

Медицинская

10 февраля 2016 г.
среда
№ 9 (7629)

газета®

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

Ориентуры

Всё — ради здоровья юных москвичей

Университетская клиника — новый символ детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой



Казалось, в этой больнице всё осталось, как год назад. Те же атрибуты в кабинете главного врача — почётные грамоты и дипломы за труд в укреплении здоровья и сохранении жизни детей, картины, нарисованные ребятами, фотопортреты, среди которых академик Юрий Вельтищев, который внёс неоценимый вклад в развитие отечественной педиатрии.

Но заметно оживились, заискрились глаза профессора Исмаила Османова, когда он начал рассказ о переменах в больнице. Речь пошла

В университетской клинике профессор Александр Шарыкин обследует пациента

не только о прорыве в укреплении материально-технической базы и оснащении новым оборудованием лечебного учреждения. Модернизация в медицине не только основательно изменила материально-технический облик больницы, но и подняла профессиональный уровень сотрудников, которые дополнительно прошли обучение и дома, и за рубежом в лучших клиниках. Очень уместно Исмаил Магомедович напомнил слова вице-мэра Москвы Леонида Печникова о том, что мало наполнить

современным «железом» лечебное учреждение, но если на нём некому будет работать, то грош цена всем благородным усилиям... «При этом у нас всё, что поступило, было задействовано на 100%. Обновление материально-технической базы продолжается, в том числе за счёт собственных ресурсов больницы», — сказал главный врач. И дальше, по существу, ответил на вопросы «Медицинской газеты».

(Окончание на стр. 5.)



Аркадий ВЁРТКИН, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор:
Гипотензивную терапию не получает каждый пятый пациент с повышенными цифрами АД...

Стр. 6-7

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ, ректор Самарского ГМУ, академик РАН:

Технопарк — площадка университета, где идеи учёных воплощаются в экспериментальные установки и опытные образцы.

Стр. 11



Елена МАКСИМКИНА, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России:

...Имеется достаточно возможностей, чтобы молодые специалисты могли реализовать свой творческий и научный потенциал, не уезжая для этого за рубеж.

Стр. 12

События

Для детей — в любое время суток

В одном из старейших медицинских учреждений Санкт-Петербурга — Детской больнице № 2 Святой Марии Магдалины распахнул двери городской центр амбулаторной травматологии.

В новом структурном подразделении больницы на Васильевском Острове с расчётной мощностью 200 посещений в смену будет оказываться специализированная помощь юным петербуржцам с 0 до 17 лет по профилям «детская травматология», «детская хирургия».

В 2015 г. на ремонт помещений под будущий центр из городской казны было адресовано 18 млн 224 тыс. руб. В результате медроботники и пациенты получили оборудованный новой аппаратурой рентгеновский кабинет, а также «упакованные» необходимой медицинской мебелью и медицинским ин-

вентарём смотровые комнаты и перевязочные, просторную палату дневного пребывания. Красочно оформлен холл, где ребята с родителями будут ожидать вызова, устроен игровой уголок.

Работу строителей и дизайнеров лично высоко оценил губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко.

— В нашем городе сегодня, которым иногда требуются неотложная медицинская помощь в любое время суток. И мы открыли первый, и пока единственный, круглосуточный травматологический центр при больнице Святой Марии Магдалины! — сказал он с гордостью на коротком митинге по случаю «дня рождения» специализированной амбулаторной клиники.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Начало

Первым всегда нелегко...

В Новосибирской области появилась первая и пока единственная врачебная выездная бригада для оказания паллиативной помощи онкологическим больным. Это событие называют началом создания паллиативной службы. Однако, учитывая специфические особенности появления первой бригады, загадывать о том, когда же появится действительно развёрнутая врачебная служба, очень сложно.

В третьем по величине городе России нет муниципального хосписа для неиз-

лечимо больных. Первое паллиативное отделение несколько месяцев назад открыли в структуре Новосибирской районной больницы № 1, то есть за пределами областного центра. Мощности единственного на весь регион отделения, разумеется, не решает поставленной задачи — улучшить качество жизни тяжелобольных людей.

Выездная врачебная бригада тоже пока одна, в её составе терапевт и психолог. Десять выездов в день — такова реальная возможность докторов. Расстояния заложены не очень большие — город и ближайший пригород-

ный район. Так что весьма несложно представить, какой напряжённый ритм работы ожидает медиков.

О том, насколько руководство Новосибирской области заинтересовано в развитии паллиативной службы здравоохранения, говорят те факты, что машину для выездной бригады купили на деньги благотворителей, а регистра онкологических больных, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи, пока не существует...

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

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

Новости

Магадан «прирос» диагностическим центром

В рамках проекта «Качество жизни (Здоровье)» в Магадане завершается реконструкция здания бывшей инфекционной больницы под современный диагностический центр онкологического диспансера. Строительные работы завершатся в конце февраля.

Сейчас практически закончены строительно-монтажные работы на 2-м этаже, идёт обустройство радиационной защиты. Помещения для специального оборудования экранируются баритовой штукатуркой и свинцовыми листами, что необходимо для обеспечения безопасности медицинского персонала и пациентов.

Новый диагностический центр областного онкологического диспансера будет работать для всех медицинских учреждений Магаданской области, что позволит выявлять патологии на ранней стадии развития болезни.

Центр будет оснащён новейшим современным диагностическим оборудованием и аппаратурой: компьютерным томографом, рентгеновским аппаратом, двумя маммографами и др. Уже развёрнута и начала работу диагностическая лаборатория. На приобретение этого оборудования потрачено 450 млн руб.

По плану в этом году завершится реконструкция и радиологического корпуса. Заработает новейшее оборудование, которое позволит оказывать высокотехнологичную помощь в сфере онкозаболеваний на территории Магаданской области.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Магадан.

Дополнительные места для больных ОРВИ

75 дополнительных коек для госпитализации взрослых больных с неосложнённым течением ОРВИ и гриппа средней степени тяжести развёрнуты в Астрахани на базе терапевтических стационаров городских клинических больниц № 2, 4 и 5. Такое решение принято Министерством здравоохранения Астраханской области на период осложнения эпидемиологической ситуации с распространением вирусных инфекций.

Приём больных ведётся в круглосуточном режиме дежурными бригадами врачей и медицинских сестёр. В лечебных учреждениях сформирован необходимый резерв лекарственных препаратов и дезинфекционных средств, а также обеспечиваются все необходимые лечебно-диагностические процедуры.

На начало февраля в инфекционных стационарах области находилось на лечении 707 человек с ОРВИ и гриппом.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

Народные защитники «скорой»

Москвичи встали на защиту скорой помощи. В Интернете появилась запись видеорежиссёра, на которой следовавшая с включёнными проблесковыми маячками «скорая» пыталась перестроиться, но таксист отказался уступать ей дорогу. А дальше он намеренно обогнал и подрезал медицинский микроавтобус, чтобы тот остановился. Конфликт набирал обороты, таксист стал избивать водителя «скорой». Однако на защиту бригады врачей поспешили другие участники движения, которые заставили агрессивного водителя ретироваться к своей машине.

Как только об этом инциденте стало известно, полиция провела проверку. И уже стало известно, что правоохранители направили материалы административного дела по её результатам в суд для принятия решения об ответственности таксиста. Ему грозит наказание за непредоставление преимущества транспортному средству с включёнными проблесковыми маячком синего цвета и специальным звуковым сигналом. В Москве и Санкт-Петербурге эта статья влечёт за собой наложение штрафа в размере 3 тыс. руб. Кроме того, компания, в которой работал этот нервный водитель, сразу его уволила.

Это не первый случай в столице. В конце декабря в Москве водитель легкового автомобиля отказался пропустить «скорую», сорвав выезд на четыре срочных вызова. Тогда в ситуацию также вмешались неравнодушные прохожие. Водитель-обидчик убрал свою машину с въезда на домовую территорию, освободив место для проезда «скорой».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

Ситуация

Порог пройден...

Почему россияне не любят прививаться от гриппа?

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) информирует, что в эти дни отмечается эпидемический подъём заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Превышение недельных эпидемических порогов по совокупному населению отмечено в 74 субъектах Российской Федерации во всех федеральных округах. Среди детей в возрасте 0-2 года превышение недельных порогов заболеваемости отмечено в 57 субъектах РФ, 3-6 лет – в 65 субъектах, 7-14 лет – в 59 субъектах. Среди лиц старше 15 лет превышение недельных эпидпорогов отмечалось в 66 субъектах РФ.

По результатам вирусологического мониторинга в структуре циркулирующих респираторных вирусов продолжает увеличиваться доля вирусов гриппа (до 81%) с преобладанием вируса гриппа А(Н1N1)2009. Также регистрируются случаи заболеваний гриппом А(Н3N2) и В.

С учётом уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ в целях снижения интенсивности циркуляции респираторных вирусов в ряде регионов проводилось приостановление учебного процесса в детских образовательных учреждениях в ряде субъектов Федерации как профилактическая мера, в школах введены внеочередные каникулы.

Роспотребнадзор намерен на днях провести селекторное совещание «Об организации профилактических и противоэпидемических мероприятиях в субъектах РФ в период эпидемического подъёма заболеваемости гриппом и ОРВИ».



О своём решении не вакцинироваться от гриппа пожалел каждый четвёртый россиянин

На совещание с информацией по повестке дня приглашены представители органов исполнительной власти субъектов РФ, руководители управлений Роспотребнадзора, представители железнодорожного транспорта, руководители органов исполнительной власти субъектов Федерации в области охраны здоровья граждан, руководители органов исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющих государственное управление в сфере образования, главные врачи Федеральных бюджетных учреждений здравоохранения – центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации.

Между тем каждый четвёртый россиянин жалеет, что не сделал прививку от гриппа. Это показал недавний опрос одного из исследовательских центров 1600 представителей экономически активного населения страны.

Прививаться от гриппа россияне не любят, однако в разгар эпидемии многим из тех, кто отказался от осенней вакцинации,

приходится сожалеть о своём решении.

В период, предшествующий эпидемии, от гриппа привились всего 11% россиян трудоспособного возраста. Чаще других прививки делала молодёжь. 89% респондентов по различным причинам отказались от вакцинации.

Не прошли вакцинацию и не переживают по этому поводу чаще всего россияне 25-34 лет (71%) и респонденты с зарплатой более 45 тыс. руб. (70%). О своём решении отказаться от вакцинации чаще всего жалеет старшее поколение (29% граждан в возрасте от 45 лет) и женщины (24%).

В целом же о своём решении не вакцинироваться от гриппа пожалел каждый четвёртый, в том время как о сделанной прививке сожалеют лишь 9 из 100 россиян.

Опрос проводился в 267 населённых пунктах всех федеральных округов России.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Профилактика

Фильмы без курения

Всемирной организацией здравоохранения опубликован доклад «Фильмы без курения: от доказательств к действиям». В докладе отмечается, что в 2014 г. в 44% голливудских фильмов, в том числе 36% фильмов для молодёжи, имелись сцены курения. Сцены курения распространены также в фильмах других стран. Так, например, в 9 из 10 фильмов в Исландии и Аргентине курят.

При этом, по данным исследователей, около 37% новых случаев курения среди подростков в США ассоциированы с курением на экране.

Эксперты ВОЗ пришли к выводу, что меры по ограничению курения в телефильмах являются надёжным препятствием для продвижения курения среди несовершеннолетних.

Как пояснил директор Департамента общественного

здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, в соответствии с действующим российским антитабачным законодательством не допускается демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака во вновь созданных и предназначенных для взрослых аудиовизуальных произведениях, включая теле- и видеофильмы, в театрально-зрелищных представлениях, радио-, теле-, видео- и кинохроникальных программах, а также публичное исполнение, сообщение в эфире, по кабелю и любое другое использование указанных произведений, представлений, программ, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака, за исключением случаев, если такое действие является неотъемлемой частью художественного замысла.

При демонстрации аудиовизуальных произведений, включая теле- и видеофильмы, теле-,

видео- и кинохроникальных программ, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака, вещатель или организатор демонстрации должен обеспечить трансляцию социальной рекламы о вреде потребления табака непосредственно перед началом или во время демонстрации программы.

Исследование молодёжных сериалов, проведённое общественными организациями в 2011-2015 гг., показало, что если в 2011 г. доля серий, где демонстрируется курение, составляла 40%, то в 2014 г. – 17%. При этом общая длительность эпизодов с курением снизилась с 75 минут в 2011 г. до 37 минут в 2014 г.

В целом за время реализации активной антитабачной кампании в нашей стране число потребителей табака уменьшилось, по независимым оценкам, примерно на 17%.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Cito!

5 февраля 2016 г. на 78-м году ушёл из жизни

**Александр Иосифович
САЛТАНОВ,**

выдающийся специалист в России по проблемам анестезиологии и интенсивной терапии в онкологии, педиатрии, нутрициологии, видный учёный, долгое время руководивший отделением анестезиологии и реанимации НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им.Н.Н.Блохина Минздрава России, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Александр Иосифович был талантливым руководителем, выдающимся учёным, пользовался огромной любовью, заслуженным авторитетом и уважением.

Коллектив РОНЦ им. Н.Н.Блохина выражает свои искренние соболезнования родным, близким и друзьям Александра Иосифовича. Живой памятью о нём станет развитие его наследия, поддержка творческой инициативы и движение вперед.



Дословно

Усилить контроль,
но не создавать дефицита

Президент России Владимир Путин считает необходимым усилить контроль за товарами медицинского назначения, однако глава государства высказался против действий, которые могут привести к дефициту и создать проблемы для граждан.

В ходе встречи В.Путина с Клубом лидеров по продвижению инициатив бизнеса в резиден-

ции Ново-Огарёво руководитель одной из компаний заявил, что в России установлен жёсткий контроль за фармацевтической продукцией, однако применительно к товарам медицинского назначения он фактически отсутствует.

— Нам ни в коем случае нельзя создавать дефицита, но в то же время нужно так отрегулировать, чтобы ужесточение лицензирования шло параллельно с

ростом ваших возможностей по выпуску товарной продукции, — так считает глава государства. — Правительство постарается организовать прямой контакт с Министерством экономического развития РФ. Самое главное не создать людям искусственно дефицита и проблем.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Сити!

Официально

Порядок эвакуации

Минздравом России предлагается внести изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», направленный на решение вопросов организации и проведения мероприятий по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в частности своевременной медицинской эвакуации в российские медицинские организации граждан РФ, здоровью которых в период временного пребывания за пределами территории Российской Федерации был причинён вред, а также граждан России, состояние здоровья которых в период временного пребывания за пределами территории Российской Федерации ухудшилось вследствие обострения имевшихся хронических заболеваний.

Во исполнение указанного законопроекта подготовлен проект постановления Правительства РФ, которым будет утверждён порядок осуществления медицинской эвакуации граждан России, временно пребывающих за пределами территории Российской Федерации, из иностранных государств в РФ, порядок выбора медицинской организации, ответственной за осуществление медицинской эвакуации граждан РФ, временно пребывающих на территории иностранных государств, в РФ, и способа её осуществления, а также устанавливающего, что определение поставщика услуг по предоставлению транспорта для проведения медицинской эвакуации российских граждан,

находящихся за пределами территории РФ, осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Поправки позволят сократить бюрократическую процедуру при вывозе российских граждан из-за рубежа.

Сейчас механизм организации медицинской эвакуации российских граждан из-за рубежа основан на детальном формировании всеми заинтересованными ведомствами (Минздрав России, МИД России, МЧС России, Минфин России) доказательств необходимости и подтверждения

возможности её проведения. Минздрав России осуществляет сбор и обработку обращений граждан и организаций, касающихся медицинской эвакуации российских граждан из-за рубежа, прорабатывает медицинские аспекты эвакуации, в том числе проводит оценку транспортабельности пациентов, осуществляет их медицинское сопровождение на борту воздушного судна и организует дальнейшее лечение на территории России.

Проектом устанавливается, что финансовое обеспечение мероприятий по проведению медицинской эвакуации российских граждан из-за рубежа будет осуществляться за счёт средств федерального бюджета, предоставляемых Минздраву России, а определение поставщика услуг по предоставлению авиационного транспорта для проведения санитарно-авиационной эвакуации российских граждан из-за рубежа будет осуществляться в соответствии с Федеральным законом «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Соб. инф.

Акценты

Обойдёмся без штрафов

Государственная Дума РФ отклонила на пленарном заседании законопроект о штрафах для врачей за необоснованный отказ в выписке обезболяющих лекарственных препаратов.

Разработанным членом Комитета Совета Федерации по экономической политике Антоном Беляковым и внесённым в Госдуму верхней палатой парламента проектом закона предусматривались административные штрафы от 500 руб. до 1 тыс. руб. для врачей, которые без должных оснований отказались выписать пациенту рецепт на препараты, содержащие наркотические, психотропные или ядовитые вещества. При повторном правонарушении штраф должен был составить от 1 до 2 тыс. руб.

Кроме того, в законопроекте предлагались следующие меры: — смягчение наказания за неза-

конную выдачу рецептов на получение наркотических средств или психотропных веществ;

— разделение в правовом отношении незаконной выдачи рецептов и подделки рецептов;

— наказание за незаконную выписку наркотиков из корыстных побуждений вплоть до 2 лет лишения свободы.

«Логика должны быть иная. Врач, видя симптомы, выписывает рецепт, но потом оказывается, что он ошибся. Это может быть врачебной ошибкой, которая может повлечь штраф, но не привести к уголовной ответственности», отметил А.Беляков.

По его словам, угроза ответственности за нарушения, связанные с наркотическими и психотропными веществами, заставляет не только отдельных врачей, но и целые медорганизации полностью отказываться от работы с наркотическими и сильнодействующими веществами, вплоть до отсутствия

их на складе. При этом страдающие от боли пациенты остаются без должной помощи.

«Актуальность принятия законопроекта обусловлена жёстким регулированием медицинского использования контролируемых препаратов и, как следствие, распространённостью отказов медицинских работников в выписке пациентам рецептов на психотропные и наркотические вещества ввиду опасения уголовной ответственности», — пояснил автор проекта закона.

В содокладе заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству Александр Ремезков сообщил, что после подробного рассмотрения законопроекта комитет принял решение о его отклонении.

Илья ГЕРБИНСКИЙ.

МИА Сити!

Юбилей

Из породы умеющих дерзать

Директору Научного центра неврологии, члену-корреспонденту РАН Михаилу Пирадову исполнилось 60 лет. Выпускник Второго меда, он всю жизнь посвятил наиболее актуальным проблемам неврологии и нейронаук. Им выполнены фундаментальные исследования по патофизиологии мозгового кровообращения и метаболизма, очаговым и диффузным поражениям головного мозга. Под его руководством создана система специализированной нейрореанимационной помощи больным, снизившая летальность при тяжёлых кровоизлияниях в мозг в 2 раза и инфарктах мозга в 1,5 раза. М.Пирадов является одним из

авторов национальных критериев смерти мозга, основоположником применения экстракорпоральных методов терапии при тяжёлых заболеваниях нервной системы, автором многочисленных научных работ по комам, нарушениям сознания, нейропластичности и ранней нейрореабилитации.

Поздравляем Михаила Александровича с юбилеем, желаем ему крепкого здоровья и дальнейших успехов в руководстве известным в стране и мире коллективом.

Новых вам свершений, Михаил Александрович!

Журналисты
«Медицинской газеты».

Однако

А деньги лучше...

Счётная палата РФ проанализировала качество лекарственного обеспечения льготных категорий граждан за счёт бюджета за период с 2013 по 2015 г. Согласно результатам проверки, 74% всех расходов на медикаменты осуществляются за счёт личных средств пациентов.

По сравнению с 2012 г. этот показатель вырос на 154 млрд руб. (почти на 26%) и составил 752 млрд руб. Из государственных источников на лекарственное обеспечение в 2014 г. было затрачено 262 млрд руб., в том числе средства ОМС (126 млрд) и ассигнования федерального бюджета (более 100 млрд).

Утверждаемая ежегодно правительством Программа госгарантий бесплатной медпомощи не содержит требований к субъектам РФ по порядку формирования региональных перечней бесплатных лекарств. В результате регионы формируют свои перечни без привязки к Перечню жизненно необходимых

финансового года. Это приводит к тому, что субъекты РФ по полгоду не имеют достаточных средств для лекарственного обеспечения населения. Так, из 3,5 млрд руб., предоставленных в 2014 г. на закупку противотуберкулёзных препаратов, регионы успели использовать до конца года только чуть более 1,5 млрд руб. (43%).

Напомним, получать лекарственные препараты за счёт государства могут участники ВОВ, Герои СССР и Герои РФ, инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, дети первых 3 лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет. Кроме того, предоставление бесплатных медикаментов предусмотрено для страдающих некоторыми заболеваниями — рак, туберкулёз, инфаркт — в течение первых 6 месяцев после приступа, диабет, глаукома, бронхиальная астма, СПИД, лучевая болезнь и т.д. (Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского



и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Например, из 397 позиций лекарственных препаратов территориальной программы Калининградской области только 40% входят в Перечень ЖНВЛП, в Пермском крае — 38%. Количество наименований лекарственных препаратов, предоставляемых за счёт субъектов, также разнится от региона к региону — от 232 в Иркутской области до 768 в Тульской области.

Ситуацию усугубляет и то, что трансферты на закупку медикаментов из федерального бюджета в региональные выделяются, как правило, во втором полугодии

назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно).

Вместо лекарственного обеспечения в натуральной форме пациенты вправе получать денежную компенсацию. В настоящее время, по официальным источникам, её размер составляет 679,5 руб. в месяц.

По регионам доля отказавшихся от лекарств граждан колеблется от 19% в Чукотском автономном округе до 95% в Тульской области.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Половина россиян (50%) уверена, что даже в условиях экономического кризиса нельзя экономить на здравоохранении. Это – максимум за все годы проведения социологических исследований: в 2009 г. их было 44%. Таковы данные Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), выяснившего у россиян, какие статьи бюджета для них неприкосновенны, а расходы на какие, напротив, следует в числе антикризисных мер сократить.

На здоровье экономить недопустимо

Пожилые (53%) и высокообразованные россияне (57%) чаще говорят о том, что неправильно сокращать расходы на здравоохранения, чем молодёжь (39%) и люди с начальным образованием (35%). В целом население считает медицину самой неприкосновенной частью расходов. После неё следуют социальная политика (26%), наука и образование (24%) и национальная оборона (18%).

И лишь 4% россиян заявили, что здравоохранение – это та отрасль, в которой прежде всего должны быть снижены расходы федерального бюджета.

Опрос, в котором приняли участие 1600 человек из 130 населённых пунктов в 46 областях, краях и республиках России, проведён 16-17 января 2016 г. Статистическая погрешность не превышает 3,5%.

Выяснилось, что россияне «щадят» социальную политику (26%), науку и образование (24%). Примечательно, что в 2015 г. сторонников такой позиции было меньше: о недопустимости экономии на здоровье граждан, социальной политике, образовании и науке говорили 35, 22 и 16% опрошенных соответственно.

В кризисных условиях россияне предлагают снизить, в первую очередь, расходы на госуправление: такой позиции придерживаются 49% опрошенных. Другими популярными статьями расходов, которые считают возможным урезать, участники опроса назвали ЖКХ (18%), культуру, кинематографию и СМИ (14%).

Врачи и пациенты выступили сообща

На защиту бюджетного финансирования здравоохранения встали в конце прошлого года как медицинское, так и пациентское сообщества. Когда Государственная дума приняла в первом чтении проект бюджета на 2016 г., в котором сокращена доля расходов на здравоохранение с 3,7 до 3,4% ВВП, Всероссийский союз пациентов и Национальная медицинская палата обратились ко всем властным органам с открытым письмом. В нём они потребовали оставить в бюджете-2016 долю здравоохранения в ВВП на уровне 2015 г. назвав сокращение финансирования здравоохранения большой ошибкой, которая приведёт отрасль к катастрофе.

Во многих странах Европы доля расходов на здравоохранение превышает 9-12% ВВП, что почти в 3 раза больше, чем в России. В нашей стране финансирование на одного человека в год составляет около 350 евро, в Германии, Франции – не менее 5 тыс. евро.

«Мы не просим таких баснословных денег на здравоохранение. Мы говорим о необходимости нивелирования расхождений доли расходов на здравоохранение в ВВП по сравнению с долями расходов на здравоохранение других стран. Приоритеты государства – это проблема менталь-

ности. В настоящее время мы не можем эффективно исполнить государственные гарантии по оказанию медицинской помощи в здравоохранении, создать конкурентоспособное здравоохранение, решить задачи улучшения оказания медицинской помощи, включая кадровые вопросы и проблемы квалификации медицинских работников, повысить удовлетворённость населения

в дальнейшем финансирование необходимо увеличивать. Авторы открытого письма призывают органы власти в 2017 г. довести долю государственных расходов на здравоохранение до 4% от ВВП, а в 2018 г. – до 5 % от ВВП. При этом следует резко увеличить финансирование социально значимых болезней, болезней, находящихся на первом месте по смертности и инвалидности,

бюджетный фонд, и никто никаких 10% оттуда не может изымать, и не изымает. Речь идёт о федеральном бюджете, который и так у нас уменьшился за счёт того, что деньги перераспределились. И это всего составляет менее 18% от всего консолидированного бюджета здравоохранения», – пояснила глава Минздрава России.

По её словам, это составляет примерно 200 млрд руб., из них

более чем на 29 млрд руб. Расходы фонда составят 1 688 462 206,3 тыс. руб. – рост более чем на 13 млрд руб. Объём дефицита бюджета составит 26 782 537,8 тыс. руб. – по сравнению с 2015 г. он уменьшился более чем на 16 млрд. Размеры субвенций территориальным фондам ОМС на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов РФ также вырастут – Санкт-Петербургу будет перечислено 51 643 508,1 тыс. руб. (в сравнении с прошлым годом – плюс более 2 млрд руб.), Ленобласти – 12 947 399,2 тыс. (плюс более 574 млн). Как сказано в пояснительной записке к документу, из субвенций территориальным фондам ОМС в 2016 г. дополнительно будет финансироваться ещё более 50 методов высокотехнологичной медицинской помощи.

Федеральным законом также устанавливаются порядок расходования средств нормированного страхового запаса фонда, порядок предоставления трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, и порядок предоставления субсидий бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходов, возникающих при оказании такой помощи. В бюджете на следующий год на финансирование ВМП заложено 90 729 300 тыс. руб., на софинансирование расходов – ещё 6 млрд руб.

Кроме того, в бюджете отдельной строкой выделена оплата (18 754 011,0 тыс. руб.) из средств ОМС на медицинскую помощь беременным женщинам, женщинам и новорождённым в период родов и в послеродовой период, а также на проведение профилактических медосмотров ребёнка в первый год жизни. Также за счёт средств ОМС будут выплачиваться компенсации в размере 1 млн руб. медикам в возрасте до 50 лет, переехавшим работать в сёла, рабочие посёлки и посёлки городского типа.

Президент утвердил и общий федеральный бюджет на 2016 г., в котором прописано финансирование Министерства здравоохранения и Росздравнадзора. Согласно ему, Минздраву будет выделено более 274 млрд руб. Государство выделяет более 130 млрд на совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи. Так, в частности, на совершенствование системы оказания помощи пациентам с туберкулёзом – почти 4,9 млрд руб., страдающим ВИЧ, гепатитами А и В – более 21 млрд руб., наркологическим больным – более 228,2 млн руб., пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения – 3,7 млрд руб., пациентам с сосудистыми заболеваниями – 80,9 млн руб., страдающим онкологическими заболеваниями – 501 млн руб. На совершенствование оказания высокотехнологичной медицинской помощи заложено 81,9 млрд. Кроме того, заложено 11,7 млн на оказание мер социальной поддержки россиян при возникновении поствакцинальных осложнений.

На развитие фундаментальных исследований запланировано 2,7 млрд руб., ещё столько же – 2,7 млрд – на развитие фундаментальной трансляционной и персонализированной медицины. Бюджет Росздравнадзора в 2016 г. составит 3,1 млрд руб.

Так что в этом году займёмся, похоже, терапией, а не реанимацией здравоохранения.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Терапия или реанимация?

Россияне считают здравоохранение самой неприкосновенной частью госрасходов



Врачебное сообщество обращает внимание нашей высокой власти на то, что сегодня здравоохранение находится в реальной опасности

страны здравоохранением и улучшить демографические показатели», – говорится в открытом письме.

По мнению его авторов, ситуация усугубляется двукратным падением рубля по отношению к доллару и евро, инфляцией и зависимостью от импорта по очень многим позициям. Закупленное ранее оборудование стало дороже в эксплуатации, цены на запчасти, лекарства и реактивы для лабораторного оборудования выросли. Поручение В.Путина об увеличении заработной платы в 2 раза к 2018 г. привело не к увеличению государственных расходов, а к сокращению медицинских работников (с которыми сегодня в медицине катастрофа!) и таким образом повышению зарплат у ещё остающихся врачей и медицинских сестёр.

«Мы отчётливо понимаем, что нам сегодня необходимо в здравоохранении беречь копейку и резервы ещё есть, но, по большому счёту, это не решит проблему отрасли в целом. Здравоохранение в России значительно недофинансировано», – заявил президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

Всероссийский союз пациентов и НМП считают, что сегодня здравоохранение находится в реальной опасности. Для сохранения жизнеспособности отрасли

диспансеризацию, всю систему оздоровления, включая реабилитацию, паллиативную помощь, систему образования и повышение квалификации медицинских работников. Необходимо также учесть и аспекты финансирования эксплуатации всего комплекса оборудования.

Если долю ВВП на здравоохранение снизят до 3,4%, «не будет здоровья народа – не будет производства. Будут инвалиды, которые дорого стоят, будут смерти, которые никак не окупаются – ни морально, ни материально». Президент НМП Л.Рошаль призвал пациентские сообщества России сообща преодолевать эту страшную проблему.

Секвестр не коснётся ОМС

Наконец, в январе 2016 г. глава Минздрава России Вероника Скворцова сообщила: по сравнению с 2015 г., консолидированный бюджет на здравоохранение в нынешнем году вырастет на 4,3%. Сокращение бюджета в сфере здравоохранения коснётся, по словам министра, только незащищённых статей, но не системы ОМС. На Гайдаровском форуме В.Скворцова рассказала, по каким статьям может пройти это сокращение.

«Почти 85% денег за медицинскую помощь идёт из системы ОМС. А система ОМС – это вне-

95 – лекарственное обеспечение под публичные обязательства государства: лекарства для льготных категорий граждан, лекарства на 7 высокотехнологичных нозологий и другие статьи. «Эта часть уменьшаться не может. Поскольку мы работаем по регистру, по «живым людям», мы не можем кому-то дать, а кому-то не дать. Если и пойдёт речь о сокращении, то только из тех статей, которые являются незащищёнными», – уточнила В.Скворцова.

Как сказала глава Минздрава, незащищённые статьи бюджета действительно предусматривают возможность сокращения. По словам министра финансов РФ Антона Силуанова, министерства и ведомства должны на 10% снизить в 2016 г. расходы федерального бюджета, приоритеты они будут определять сами.

Языком цифр

Между тем Президент России Владимир Путин утвердил бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) на 2016 г. По сравнению с бюджетом прошлого года в этом году у фонда вырастут доходы и расходы, а дефицит бюджета, наоборот, уменьшится.

Так, прогнозируемый доход ФФОМС в 2016 г. составит 1 661 679 668,5 тыс. руб. – рост

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Какие новые тенденции в развитии больницы вы могли бы отметить за прошедший год?

– Широкий спектр патологий, современнейшее оборудование, высокопрофессиональный кадровый потенциал, необходимость подготовки собственных будущих кадров и непрерывное последипломное образование нынешнего врачебного состава наряду с увеличением творческого потенциала врачей определили актуальность создания в конце 2015 г. на нашей базе университетской клиники по педиатрии, объединившей 5 кафедр Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ректор – профессор С.Лукьянов). Эти кафедры возглавляют известные учёные: госпитальной педиатрии № 1 (профессор П.Шумилов); педиатрии усовершенствования врачей (профессор Л.Харитонов); пропедевтики детских болезней (профессор А.Моисеев); инфекционных болезней педиатрического факультета (профессор О.Шамшева) и патологической анатомии (профессор Е.Туманова).

Университетская клиника создавалась не на пустом месте. Ранее было принято принципиальное решение на уровне мэра Москвы С.Собянина и вице-мэра профессора Л.Печатникова, которое положило начало формированию университетских клиник на базе крупных московских больниц.

Возглавить нашу университетскую клинику было предложено мне ректором РНИМУ профессором Сергеем Лукьяновым. Возможно, Сергей Анатольевич учитывал мой 20-летний опыт работы в университете в качестве профессора кафедры госпитальной педиатрии.

Что касается кафедр, входящих в состав университетской клиники, то они в той или иной степени друг с другом взаимодействуют как в научной, так и в практической работе.

– Так что же такое, Исмаил Магомедович, университетская клиника и для чего она нужна?

– Необходимость в подобной модели назрела давно, особенно в крупных многопрофильных стационарах, к которым относится и наша больница. То есть это наиболее эффективный и благоприятный вариант сотрудничества науки, образования и практики. Не будем скрывать, не всегда они шли «в ногу» – кафедра часто была сама по себе, сосредоточившись лишь на решении своих образовательных задач, имея при этом определённые юридические сложности в выполнении лечебно-диагностической работы на базе лечебного учреждения.

– Сейчас ситуация изменится?

– Безусловно, и весь богатый профессорско-преподавательский потенциал в тандеме с практическими врачами будет работать на конечную цель – повышение доступности и качества оказания медицинской помощи больным детям. Более того, наличие университетской клиники позволит создать реальную возможность подготовки и отбора будущих врачей для больницы уже на самых ранних этапах, то есть со студенческих лет, а в последующем «вести» их во время обучения в ординатуре и аспирантуре. Немаловажным является также объединение практических врачей с кафедральными сотрудниками, в результате чего мы ожидаем повышение творческого потенциала наших докторов, которых надо увлекать, чтобы они стремились получить научную степень, участвовали в выполнении различных научных исследований, результаты которых имеют перспективу внедрения в клиническую практику.

Данная модель сотрудничества почти исключает возможность каких-либо разногласий между кафедральными и больничными сотрудниками. Теперь в рамках единой структуры у всех есть единое понимание, в каком ключе совершенствовать лечебно-диагностический процесс. Каждый сотрудник университетской клиники должен нести определённую лечебную на-

Всё – ради здоровья юных москвичей



Исмаил Османов

грузку независимо от его образовательной и научной работы. Конечно же, функционирование подобной клиники в больнице – это ещё и вопрос рейтинга, престижа, в том числе на международном уровне.

– Но, как известно, ваша больница за последние годы и без того серьёзно нарастила свой авторитет...

– Абсолютно правильно. Для этого был создан крепкий фундамент основателями и первыми руководителями больницы – Ю.Павловым и Н.Найговзиной. Кроме того, лечебное учреждение многие годы является образовательной базой всего педиатрического факультета (декан – профессор А.Заплатников) Российской медицинской академии последипломного образования (ректор – академик РАН Л.Мошкетов). А благодаря осуществлению программы модернизации московского здравоохранения мы сделали огромный рывок в техническом переоснащении, что открыло новые возможности для сохранения здоровья детей. Достаточно сказать, что мы получили самое современное оборудование на сумму более 700 млн руб. Полностью обновили медицинскую и общепользовательную мебель, провели полную компьютеризацию и информатизацию структурных подразделений, серьёзно улучшили условия пребывания пациентов и условия труда сотрудников.

Больница активно сотрудничает с британским фондом имени принцессы Дианы, в рамках которого мы совместно с английскими коллегами отбираем лучших детских врачей и медицинских сестёр со всей страны для стажировки в одном из ведущих госпиталей мира – Грейт Ормонд Стрит в Лондоне. Начало этому процессу в конце 80-х годов положила профессор Нелли Найговзина, когда впервые большая группа сотрудников, тогда ещё Тушинской детской городской больницы, была направлена на учёбу в Лондон.

Нынешний врачебный штат больницы включает более 300 врачей, из которых 16 докторов и около

60 кандидатов медицинских наук и более 150 врачей с высшей врачебной категорией,

– Теперь сотрудники кафедр – это практически и сотрудники больницы?

– Совершенно верно. На каждой кафедре по 5-6 человек. Они отвечают за то или иное отделение, им прописана конкретная практическая работа, курация сложных и тяжёлых больных. Все кафедры имеют свои собственные помещения для ведения образовательного и лечебного процесса, совместно используется медицинское оборудование.

Наглядным примером эффективной работы является кардиологическая клиника, которую возглавляет профессор И.Трунина вместе с ведущими российскими профессорами Н.Катлуковой и А.Шарыкиным. Все сотрудники кардиологической клиники владеют необходимыми диагностическими ультразвуковыми и функциональными методами исследования и в этом смысле являются абсолютно самостоятельными по аналогии с европейскими и американскими специалистами. Здесь оказывается помощь самым тяжёлым больным с сердечно-сосудистой патологией и, прежде всего, с врождёнными пороками сердца. Впервые в нашей стране под руководством профессора Н.Катлуковой у нас был внедрён метод консервативного лечения гемангиом у детей, получены фантастические результаты. Метод позволяет добиться обратного развития гемангиом, вплоть до излечения.

– Есть все основания полагать, что в связи с организацией университетской клиники кардиология поднимется на новую ступень развития?

– Надеюсь, что все ведущие направления обретут второе дыхание. Что касается кардиологической клиники, то ей самой судьбой должно быть обеспечено движение. Создана менее чем 3 года назад под руководством главного детского кардиолога Москвы, учёного с мировым именем профессо-

ра М.Школьниковой, она включает в себя отделения реанимации для новорождённых, патологии новорождённых, отделения для детей грудного и старшего возраста с сердечно-сосудистой патологией, а также стационар дневного пребывания. Кстати, здесь прошли и проходят лечение более 150 детей с юго-востока Украины.

Открытие университетской клиники даст дополнительный импульс для профессионального роста кардиологов и врачей других специальностей. Ведь известно, что без подготовленных кадров, всё время совершенствующих своё мастерство, невозможны продвижения в современной педиатрической практике. Современный педиатр, как и другой врач, не может не быть вдумчивым и ищущим доктором. В их руках находится особый контингент пациентов – дети. А отсюда следует, что главное удовлетворение он должен получать от достойного выполнения своей работы, когда видит, что смог спасти ребёнка и передать под наблюдение педиатра амбулаторно-поликлинического звена. Я уже как-то говорил и ещё раз повторю слова профессора Леонида Печатникова, что врачу, чтобы качественно лечить, положено владеть несколькими специальностями. Нигде в мире, например, нет специальности «врач функциональной диагностики». К этому мы стремимся. Многие наши специалисты – кардиологи, нейрохирурги, урологи сами владеют необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза. От этого выиграет не только лечебно-диагностический процесс, но и экономическая база больницы.

– А что с организацией университетской клиники педиатрии ждёт педиатров поликлиник, с которыми, кстати, у «башляевской» больницы тесные контакты?

– Скажем так: все эти преобразования были необходимы для эффективной и качественной работы всей системы здравоохранения. И что бы ни происходило в какой-то из её структур, это обязательно отразится на других. Это – крепкая цепь, которую нельзя разорвать. Происходит единение взглядов на ту или иную проблему. Мы будем стараться подтягивать специалистов поликлинического звена до знаний и навыков, которыми владеют сотрудники университетской клиники педиатрии. Мы регулярно проводим совместные совещания с главными врачами амбулаторных центров, на которых обсуждаем вопросы качества и преемственности при оказании медицинской помощи детям. В рамках непрерывного последипломного образования на нашей базе проводятся совместные клинические конференции по наиболее актуальным проблемам в педиатрии, клинко-патологоанатомические конференции, мастер-классы с участием ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Теперь, с созданием Университетской педиатрической клиники мы намерены и дальше развивать эту работу, поскольку она важна не только в плане совершенствования профессионального мастерства врачей, но и в рамках укрепления преемственности между больницей и амбулаторными центрами, а также выработки единых подходов в диагностике и лечении основных нозологических форм заболеваний.

Известно, что детские врачи – это особая «каста» медицинских работников, у которых на высшем уровне выражено чувство ответственности и для которых профессия врача в прямом смысле является образом жизни.

Обратимся к мировому опыту. Там ведущим мотивом является

не столько материальный, сколько профессиональный. Престижно, к примеру, врачу работать в известной государственной клинике Шиба (Израиль), хотя в соседних частных медицинских центрах платят гораздо больше. Потому что здесь есть все возможности овладеть новыми методами, продвигаться в профессиональном плане. Это престижно и перспективно. И вот, поднимаясь по ступенькам совершенствования – что нас безусловно заставит соответствовать статусу «больница с университетской клиникой», – будем продолжать работать в тандеме с амбулаторно-поликлиническими центрами. Возможно, даже со временем появятся новые формы взаимодействия. Будем собираться вместе с сотрудниками кафедр университетской клиники, приглашать главных врачей поликлиник и обсуждать вместе с ними актуальные текущие вопросы и вместе думать о перспективах дальнейшей совместной работы в деле охраны здоровья детей. Особое внимание будет, конечно же, уделено профилактической направленности и преемственности.

– Исмаил Магомедович, поделитесь «секретом», как у вас хватает времени, чтобы управлять огромным больничным хозяйством, быть в курсе всего и вся, думать о перспективах и воплощать их в жизнь, совмещать это с работой в качестве главного детского нефролога Департамента здравоохранения Москвы? К тому же ещё вы по образовательной программе департамента получаете второе высшее образование в Московском государственном университете управления...

– Не могу сказать, что все удаётся легко и просто. Но я привык к такому ритму и уже не мыслю себе жить и работать иначе. Да и современный руководитель должен хорошо разбираться в вопросах экономики, юриспруденции, оплате труда, принимать чётко продуманные кадровые и финансовые решения и непременно двигаться дальше.

Иногда, казалось бы, ничего нового не услышал на лекции, а сопоставив с действительностью – и всё предстаёт в новом свете, и вот уже определились недочёты, которые могут стать тормозом. Нет, нам никак нельзя останавливаться на достигнутом, накапливая научный и клинический потенциал, мы должны его реализовать в полной мере. И Университетская клиника педиатрии в этом безусловно поможет.

– Да, хорошая репутация для больницы – это одна из ключевых составляющих успеха. Хотя бы коротко о достижениях...

– Среди основных перечислю следующие: увеличение проходимости больницы, сокращение средней длительности пребывания пациента до 5,4 дня, развитие новых, в том числе высокотехнологичных медицинских технологий в области кардиологии, офтальмологии, нейрохирургии, травматологии, неонатологии, эндокардиологии, детской хирургии, урологии-андрологии, снижение больничной летальности более чем в 2 раза, усиление кадрового состава больницы, интеграция науки в практику, увеличение средней заработной платы врачей до 81 тыс. руб., медсестёр – до 53 тыс. И самое главное – созданы все возможности для профессионального развития. В 2014 г. правительством Москвы и столичным Департаментом здравоохранения больница была признана лучшей детской клиникой города.

Мы намерены и дальше поддерживать и укреплять такой статус больницы, делиться наработками с коллегами. Для этого у нас есть достаточный и надёжный потенциал. Планов очень много, и все возможности для их реализации есть, главное – быть влюблённым в свою профессию и больницу.

Беседу вел
Галина ПАПИРИНА,
корр. «МГ».

В недавнее субботнее утро кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова совместно с компанией Гедеон Рихтер и Московским экспериментальным молодёжным театром под руководством Вячеслава Спесивцева была организована арт-конференция, посвящённая первому в России инновационному комбинированному препарату Эквамер, предназначенному для лечения артериальной гипертонии (АГ) и дислипидемии.

Опираясь на классику

Посылом для организации именно конференции и именно в таком формате послужили слова великого немецкого поэта Генриха Гейне: «Там, где сжигают книги, будут жечь людей». Долгие годы эти пророческие слова характеризовали направленность образования в нашей стране. Книги, учебники, монографии, справочная литература... Однако на каком-то этапе интерес к «запойному» чтению не только снизился, но и в определённых медицинских кругах пропал напрочь. То ли книг стало очень много, то ли информация в них стала повторяться, то ли печать литературы не успевала за быстро меняющимся виртуальным информационным миром.

Вместе с тем, как говорил великий наш соотечественник Михаил Ломоносов, «Красота, величие, сила и богатство русского языка явствуют довольно из книг, в прошлые века писанных, когда ещё не только никаких правил для сочинений наши предки не знали, но и о том едва ли думали, что оные есть или могут быть».

Вот мы и подумали: а не рассказать ли про современную медицину, про наиболее распространённые и актуальные для практического врача болезни, про новые возможности лечения, опираясь на классику русской литературы.

Мы долго не выбирали, с кого и с чего начать, пока не прочли первую строфу у Петра Вяземского: «Гоголь был судья и врач!..» Действительно, произведения Николая Гоголя актуальны и по сей день – именно они заставляют читателей разных возрастов задумываться над происходящими в их жизни событиями, переосмысливать свои поступки и ценности. Они высмеивают никчёмные и жалкие проявления человеческой натуры, от которых после прочтения гоголевских текстов, подобно от тяжёлого недуга, излечивается и избавляется не только обыкновенный человек – простой читатель, но и прогностически трудный пациент, а также его лечащий врач.

«Сделайте милость, дайте какой-нибудь сюжет, хоть какой-нибудь, смешной или несмешной, но чисто русский анекдот. Рука дрожит написать тем временем комедию», – именно такими словами начинается письмо Н.Гоголя к Александру Пушкину. Вы, наверное, уже догадались, что «чисто русский анекдот» Гоголь поведал нам в своей бессмертной комедии «Ревизор», которую 180 лет назад впервые поставили на театральной сцене.

Есть над чем задуматься

«Я решил собраться в одну кучу всё дурное в России, какое я тогда знал, все несправедливости, какие делаются в тех местах и в тех случаях, где больше всего требуется от человека справедливости», – писал Гоголь.

Вот мы и пригласили врачей поликлиник и стационаров Москвы и Московской области, чтобы сообщить им преприятнейшее известие о новом препарате, который должен помочь обезопасить нас от той унижительной для великой страны несправедливости, связанной с трагедийными последствиями АГ.

Ну, а дальше, как в театре: зрители в зале в ожидании необычного

спектакля, актёры – за кулисами в необычном волнении перед встречей с необычной аудиторией, а на сцене уже поднимается занавес и первым выходит режиссёр театрального спектакля профессор Вячеслав Спесивцев. Его роль начинается с сакраментального вопроса: почему россияне стали меньше посещать театр? Убедительного ответа нет, но у театрального коллектива под руководством В.Спесивцева он есть: артистам самим надо идти к зрителям. Именно они первыми в стране

В этом и заключается классика литературы: фразы, сказанные 200 лет назад, имеют тот же смысл и актуальность на современном этапе. Ведь, несмотря на изданные, много раз дополненные и исправленные, клинические рекомендации по ведению больных с АГ в реальной практике далеко не всегда соблюдаются. Скорее наоборот.

...И вот уже новая сцена, Городничий продолжает: «Так уж, видно, судьба! До сих пор, благодарение богу, подбирались к другим го-

щее к инсулинорезистентности и прогрессированию болезней сердца и сосудов. Последние данные мировой литературы позволяют позиционировать неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП) как новый предиктор развития ССЗ.

Так, в проспективном исследовании М.Намадзучи и соавт. (2007) были обследованы в рамках профилактической программы 1,6 тыс. японских мужчин и женщин. НАЖБП диагностировали у 18,9% пациентов. При этом сред-

другой кто может принять это на свой счёт. Из этого чёрт знает что может произойти».

Сегодня перед «учёными головами» стоит непростой выбор: как среди обилия гипотензивных препаратов выбрать лучший, не забывая при этом про коморбидность нынешних пациентов и, как следствие, – вынужденную полипрагмазию. И пробовать-то надо не на авось, а в полном соответствии с клиническими рекомендациями.

Итак, на первом шаге необходимо признать, что пациенты с АГ

События

АРТ-гипертония, или правила хорошего вкуса

В Москве состоялся уникальный медицинский спектакль



Действо на сцене вызвало у медиков неподдельный интерес

стали организовывать спектакли в школах и в других молодёжных коллективах. Но, как заметил маэстро, когда к нему обратились врачи (!) с предложением совместного спектакля, степень удивления совпала с желанием побыстрее организовать это действо.

И вот уже на сцене первая Гоголевская картина: Городничий в окружении известных персонажей «Ревизора» рассказывает о пришедших накануне ему каких-то двух необыкновенных крысах: «...Право, эдаких я никогда не видел: чёрные, неестественной величины! Пришли, понюхали – и пошли прочь» и сообщает пренебрежительное известие: «К нам едет ревизор, из Петербурга, инкогнито, да ещё с секретным предписанием!». Молчаливая пауза.

Сон в руку

Да и нам, как в страшном сне, можно увидеть, что у умерших от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) артериальная гипертония была у 96% (!) больных. Так, по данным стационарных историй болезни и амбулаторных карт поликлиник одного из округов Москвы в 2013 г. АГ явилась причиной большого количества острых сосудистых катастроф. И как совет звучит слово Гоголя: предосторожность. Конечно, пора давно уже наступила, ибо только в одну из московских поликлиник в том же 2013 г. обратилось более 23 тыс. пациентов с повышенными цифрами артериального давления (АД).

родам; теперь пришла очередь к нашему». Действительно, беда: гипотензивную терапию не получает каждый пятый (!) пациент с повышенными цифрами АД, а 60% больных с лёгкой руки докторов применяют монотерапию, во многих случаях категорически непоказанную.

Вместе с тем, согласно одному из последних мета-анализов, снижение АД даже менее рекомендованных величин значительно уменьшает риск развития двух наиболее фатальных для человеческого организма сердечно-сосудистых катастроф: инсульта и инфаркта миокарда.

...И вновь слова Городничего: «Без сомнения, проезжающий чиновник захочет, прежде всего, осмотреть подведомственные вам богоугодные заведения – дабы всё было прилично: колпаки были бы чистые, и больные не походили бы на кузнецов, как обыкновенно они ходят по-домашнему. Да, и тоже над каждой кроватью надписать по-латыни или на другом языке... всякую болезнь: когда кто заболел, которого дня и числа... Нехорошо, что у вас больные такой крепкий табак курят, что всегда расчихаются, когда войдётся».

Коррекция факторов риска

Стратификация риска – важнейшее условие в борьбе с гипертонией. В этом плане особого внимания заслуживает ожирение – главный виновник развития жирового перерождения гепатоцитов, приводя-

ний возраст, индекс массы тела, систолическое и диастолическое АД, уровни глюкозы крови, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов были достоверно выше в группе НАЖБП. Метаболический синдром (МС) в 6 раз чаще выявлялся у лиц с НАЖБП: 38,1 против 6,5%.

За период наблюдения ССЗ (стенокардия, ишемический инсульт, геморрагический инсульт, инфаркт миокарда) чаще возникали в группе НАЖБП ($p < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что выбор лекарственного препарата, вернее, учёт его возможного влияния на печёночный метаболизм, во многих случаях является одним из главных критериев эффективной и безопасной гипотензивной терапии. Не правда ли, есть над чем задуматься!

...Ну, а на сцене Городничий продолжает: «Они люди, конечно, учёные и воспитывались в разных коллегиях, но имеют очень странные поступки, натурально неразлучные с учёным званием. Один из них, например, вот этот, что имеет толстое лицо... Не вспомню его фамилию, никак не может обойтись без того, чтобы взошедши на кафедру, не сделать гримасу, вот этот, и потом начнёт рукою из-под галстука утюжить свою бороду. Конечно, если ученику сделает такую рожу, то оно ещё ничего: может быть, оно там и нужно так, об этом я не могу судить; но вы посудите сами, если он сделает это посетителю, – это может быть очень худо: господин ревизор или

обращаются за медицинской помощью, как правило, лишь тогда, когда болезнь находится в самом разгаре. Ей сопутствует коморбидность, факторы риска требуют незамедлительного назначения комбинированной терапии. О каком порядке можно говорить, если в реальной клинической практике комбинированная терапия осуществляется не многим более чем в 16% случаев.

Обоснованием фиксированных комбинаций в терапии АГ являются: действие на различные звенья патогенеза АГ, нейтрализация контррегуляторных механизмов, повышение отношения эффективности – переносимость, лучшая приверженность к лечению, более быстрое достижение целевого АД, увеличение числа респондеров, а также большая уверенность и приверженность.

...А на сцене Добчинский и Бобчинский – городские помещики – нелепы и беспомощны, хотя что-то значить в общественном смысле, но обречены попадать впросак, смешны и трагичны, пытаются доказать своё участие в жизни города, не появившись они сами – о них никто и не вспомнит, оттого и суетятся. Вот так они, перебивая друг друга, характеризуют ревизора: «Недурной наружности, в партикулярном платье, ходит этак по комнате, и в лице этакое рассуждение... физиономия... поступки, и здесь много, много всего. Я будто предчувствовал и говорю: здесь что-нибудь неспроста-с. Да. Молодой, лет 23-24».

Лизиноприл: почему он?

Следующий шаг – выбор группы гипотензивных препаратов. Как выбрать лучший ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)? К примеру – лизиноприл. Доказано, что он не метаболизируется в печени, в то время как подавляющее большинство ингибиторов АПФ второго и третьего поколения являются пролекарствами. Лизиноприл сохраняет высокую терапевтическую активность при заболеваниях печени у пожилых больных АГ со сниженной функциональной её активностью. Приём с пищей не оказывает влияния на всасывание препарата, в незначительной мере он связывается с белками плазмы крови, поэтому не влияет на фармакокинетику большинства лекарственных препаратов, в том числе и кардиологических. Данный иАПФ имеет длительный период полувыведения (12 часов), что обеспечивает 24-часовую гипотензивный эффект. Последнее существенно повышает приверженность пациентов терапии.

Эффективность этого режима дозирования доказана с помощью суточного мониторирования АД.

Препарат в дозе 20 мг назначался первой группе больных в 8:00, второй – в 16:00 и третьей – в 22:00. Степень снижения АД и продолжительность гипотензивного эффекта были одинаковыми во всех трёх группах лечения. При назначении препарата в 22:00 в наибольшей степени предотвращался утренний подъём цифр АД, связанный с максимальным риском сердечно-сосудистых осложнений. Видимо, именно такая схема назначения препарата наиболее предпочтительна.

В нескольких исследованиях сравнивалась эффективность лизиноприла и блокаторов ангиотензиновых рецепторов (БАР). Одинаковым по степени эффектом обладали 80 мг/сут телмисартана и 20 мг/сут лизиноприла. Сопоставимой также оказалась эффективность лизиноприла и лозартана. У пациентов с тяжёлой АГ комбинация 8 мг кандесартана и 12,5 мг гидрохлортиазиды (ГХТ) в сутки оказалась эквивалентной по эффективности с комбинацией 10 мг лизиноприла и 12,5 мг ГХТ.

В крупное исследование PREVALE (E.Malacco, M.Santonastaso, N.A.Van и др.) комбинации валсартана 160 мг и лизиноприла 20 мг, назначавшихся в комбинации с мочегонной терапией, были включены 1,2 тыс. пациентов с АГ I, II и III (САД – 160–220 мм рт.ст., ДАД – 95–110 мм рт.ст.). Больные были рандомизированы для приёма валсартана в дозе 160 мг/сут или лизиноприла 20 мг/сут. При необходимости к терапии добавлялся ГХТ. Общая продолжительность лечения составила 16 недель. Снижение АД оказалось идентичным в обеих группах лечения – 31,2/15,9 мм рт.ст. и 31,4/15,9 мм рт.ст. соответственно.

Другой особенностью лизиноприла является отсутствие «утечки» в жировую ткань. Это позволяет с успехом применять препарат не только у пациентов гипертоников с нормальной массой тела, но и тучных пациентов.

Наряду с этим накоплено достаточно доказательств протективного эффекта лизиноприла в отношении органов-мишеней. Лизиноприл предупреждает развитие гипертрофии миокарда ЛЖ и вызывает при длительном лечении уменьшение его массы. В исследовании SAMPLE, пациенты в течение года получали лизиноприл в дозе 20 мг/сут, при необходимости в комбинации с ГХТ – в дозе 12,5–25 мг/сут. Лизиноприл не только достоверно снижал АД (по данным офисного измерения и суточного мониторирования), но и вызывал обратное развитие гипертрофии миокарда ЛЖ.

В исследовании ELVERA у 85 больных, получавших лизиноприл в дозе 10–20 мг/сут в течение 2 лет, индекс массы миокарда уменьшился на 25,7 г/м².

Показано также, что терапия лизиноприлом способствует уменьшению объёма левого предсердия и уменьшению фракции митральной регургитации даже у больных с органическим поражением клапанов сердца.

В другом, схожем по дизайну исследовании 69 больных АГ, ранее не получавших антигипертензивное лечение, принимали амлодипин в дозе 5–10 мг/сут или лизиноприл в дозе 5–20 мг/сут в течение года. В обеих группах отмечался одинаковый регресс толщины интима-медиа сонных артерий. При этом просвет общих сонных артерий в конце лечения оказался значимо большим в группе лизиноприла, что, по-видимому, может быть связано с благоприятными структурными изменениями стенки сонных артерий при лечении ингибиторами АПФ.

...На сцене появляется Ревизор, ну, а Городничий в своём стиле продолжает: «Столько лежит всяких дел, относительно одной чистоты, починки, поправки... Словом, наименьший человек пришёл бы в затруднение, но, благодарение богу, всё идёт благополучно. Иной городничий, конечно, раздел бы о своих выгодах; но, верите ли,

что даже когда ложишься спать, всё думаешь: господи боже ты мой, как бы так устроить, чтобы начальство увидело мою ревность и было довольное?... Наградит ли оно или нет – конечно, в его воле; по крайней мере, я буду спокоен в сердце. Когда в городе во всём порядок, улицы выметены, арестанты хорошо содержатся, пьяниц мало... то чего ж мне больше? Ей-ей, и почестей никаких не хочу. Оно, конечно, заманчиво, но пред добродетелью всё прах и суета».

Лизиноприл предпочтительно назначать пациентам с АГ в случае необходимости комбинированной терапии, при нарушениях функций

звоняет применять лизиноприл и амлодипин у широкого круга больных АГ, в том числе и с сопутствующим метаболическим синдромом, сахарным диабетом, ИБС и сердечной недостаточностью. По данным многоцентровых исследований, оба препарата относятся к средствам, улучшающим прогноз ССЗ.

При монотерапии снижение АД до целевого (< 140/90 мм рт.ст.) уровня достигается у 40–55% больных и зависит от их возраста, длительности и тяжести АГ, сезонных изменений погоды, а также курения, наличия ХОБЛ, ожирения, диабета и других сопутствующих



Необычный спектакль шёл с полной самоотдачей актёров

печени, больным с избыточной массой тела, а также страдающим сахарным диабетом, находящимся в раннем периоде острого инфаркта миокарда и, наконец, пациентам с хронической сердечной недостаточностью.

Согласно всем известным клиническим рекомендациям, наиболее целесообразно, в особенности у лиц с коморбидностью, использовать фиксированные комбинации гипотензивных средств. Причиной тому – простота назначения и удобство для врача и пациента. Комбинированная терапия позволяет также уменьшать побочные действия одного препарата через влияние другого.

Лизиноприл эффективнее всего комбинировать с амлодипином, который усиливает сосудистое воздействие лизиноприла за счёт блокады кальциевых механизмов вазоконстрикции и атерогенеза, обеспечивая дополнительные антиангинальные, антиспастические и антисклеротические свойства. Помимо сложения всех терапевтических эффектов, лизиноприл ослабляет вызываемую амлодипином активацию РААС и симпатно-адреналовой системы, что приводит к уменьшению рефлекторной тахикардии. Кроме этого, по данным мета-анализов, антагонисты кальция продемонстрировали эффективность в отношении профилактики инсульта.

А вот и ещё один гоголевский персонаж Христиан Иванович Гибнер – уездный немецкий лекарь, который не в состоянии даже общаться со своими пациентами по причине полного незнания русского языка, не применяет дорогих лекарств, положившись на естество и на волю Божию, а его больные «выздоровливают, как мухи». Увы, это только для комедии, в жизни – другие правила.

Не только соло

Комбинация лизиноприла с амлодипином обладает фармакокинетическим профилем, обеспечивающим более чем 24-часовую продолжительность действия. За счёт гидрофильности лизиноприла препараты в меньшей степени накапливаются в жировой ткани и не снижают своего действия у тучных пациентов. Наличие метаболической инертности и выраженных органопротективных свойств по-

хронических заболеваний. При комбинированном применении лизиноприла с амлодипином антигипертензивный эффект достигается у 70–85% больных.

В этой связи обязательным условием эффективного лечения АГ в сочетании с дислипидемией является назначение статинов. Именно розувастатин имеет наиболее мощный гиполипидемический эффект, более того плеiotропные эффекты статинов обеспечивают противовоспалительное, антиагрегантное действие и стабилизацию бляшки.

Выход – статины

На Европейском конгрессе по атеросклерозу постулировано: статины снижают все риски! Данный вывод сделан на основании результатов 17 исследований, в которых приняли участие 132,6 тыс. пациентов, наблюдавшихся более 4 лет. За это время у больных, принимавших статины, отмечена меньшая частота нефатального инфаркта миокарда. Относительный риск этого события в сравнении с контролем был достоверно снижен на 26%, а риск госпитализации по поводу сердечной недостаточности за период наблюдения был снижен на 10%.

Однако реальная практика в нашей стране свидетельствует о катастрофическом низком применении статинов в комбинированном лечении АГ. Несомненно, что причиной столь низкой частоты приёма статинов является весьма низкая комплаентность пациентов, обусловленная отсутствием «осязаемых» эффектов терапии. Примечательно, что схожая ситуация является глобальной мировой проблемой и не носит сугубо российский характер. Потому не случайно последние годы на многих международных форумах обсуждается проблема создания и применения так называемой полипилюли (polypill).

Этот термин был предложен в 2003 г. N.Wald и M.Low для обозначения фиксированной комбинации антиагреганта (аспирин 75 мг), статина и препаратов для снижения артериального давления (β-адреноблокатор, ингибитор АПФ и диуретик) в половинных дозах и фолиевой кислоты 0,8 мг. Фолиевая кислота была включена в состав полипилюли с целью снижения уровня гомоцистеина, но её

эффективность в снижении риска развития инфаркта миокарда и инсульта доказать так и не удалось. Именно поэтому от её применения в дальнейшем отказались. N.Wald и M.Low выполнили метаанализ 15 крупных исследований и сделали вывод, что использование полипилюли у всех лиц старше 55 лет способно снизить ССЗ на целых 80%.

...На сцене развязка комедии, и опять Городничий: «Вот смотрите, смотрите, весь мир, всё христианство, все смотрите... Вон он теперь по всей дороге заливает колокольчиком! Разнесёт по всему свету историю. Мало того что пойдёшь в посмеище – найдётся щелкопёр, бумагомарак, в комедию тебя вставит. Вот что обидно! Чина, звания не пощадит, и будут все скалить зубы и бить в ладоши. Чему смеёте? – Над собою смеётесь!.. До сих пор не могу прийти в себя. Вот, подлинно, если бог хочет наказать, то отнимет прежде разум».

Эквимер: терапия будущего

По данным метаанализа 7 исследований, у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском полипилюля, состоящая из 4 компонентов (антиагрегант, статин, ГХТ и ингибитор АПФ) снижает риск развития ИБС на 62%, инсульта – на 60%, у пациентов с низким риском – соответственно на 44 и 21%.

С учётом наиболее мощных факторов кардиоваскулярного риска, таких как артериальная гипертензия и дислипидемия, привлекательными, с позиции разработки полипилюли, могут быть фиксированные комбинации антигипертензивных и гиполипидемических средств для лечения коморбидных больных с АГ. Данный комплексный подход не только даёт возможность учесть распространённость коморбидных состояний, к которым мы привыкли за предшествующие годы, но также направлен на улучшение показателей приверженности, что, несомненно, оказывает значительное влияние на эффективность терапии. Таким образом, пациент вместо 3–4 препаратов, с принципиальным режимом дозирования, будет принимать только одну таблетку.

...И вновь – всё по Гоголю! Представим, что лечится Городничий... А если так! В гипотензивную таблетку добавить статин!

В связи с длительным отсутствием клинических проявлений дислипидемии и «осязаемых» эффектов гиполипидемической терапии довольно трудно обеспечить приверженность именно к лечению статином. Таким образом, включение статина в состав комбинированных гипотензивных препаратов обеспечивает гарантированную приверженность к гиполипидемической терапии.

Итак! Впервые в России для коморбидных пациентов с АГ в составе комбинированной гипотензивной терапии в сочетании с розувастатином для лучшей приверженности появился препарат эквимер!

Эквимер – единственная инновационная высокоэффективная комбинация, не только обеспечивающая адекватный контроль уровня АД и липидных показателей, но и позволяющая снизить сердечно-сосудистый риск и связанную с ним ССЗ и смертность. Приём статина в составе фиксированной гипотензивной комбинации обеспечивает «принудительную» приверженность к гиполипидемической. Около 12% пациентов с высокой и очень высокой степенью сердечно-сосудистого риска в течение 3 месяцев приёма эквимера снизили риск возникновения сердечно-сосудистых катастроф до среднего и даже низкого риска.

Помимо снижения уровня холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности до целевого уровня почти у 80% больных, и повышения липопротеидов высокой плотности эквимер продемонстрировал благоприятный профиль безопасности без значимого

отклонения уровня печёночных ферментов и креатинина крови.

Одним из самых известных исследований розувастатина при первичной профилактике является исследование «Юпитер»: назначение розувастатина в дозе 10 мг больным без выраженной дислипидемии, но имеющим повышение уровня высокочувствительного белка (сегодня рассматривается как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений), через 5 лет привело к достоверному снижению риска коронарных осложнений, инсульта, необходимости осуществления реваскуляризации и, самое главное, – снижению общей смертности в структуре ССЗ на целых 20%.

Отрадно, что большинство практикующих врачей ориентированы на применение статинов у больных с дислипидемическим синдромом, однако при этом следует помнить, что, если у больного АГ нет дислипидемии, но риск по шкале SCORE превышает 5%, необходимость назначения статинов такая же, как и у больных с установленным диагнозом ИБС. Следовательно, эквимер можно (и нужно!) будет назначать больным АГ с высоким/очень высоким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений независимо от исходного уровня холестерина и липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

Как известно, статины – это не только препараты для устранения дислипидемии, но и для повышения выживаемости. (Г.Барышникова и соавт., 2015).

* * *

И вот финал: на сцене все действующие лица и заключительный монолог: К 120-летию писателя по решению советской власти кладбище при Свято-Даниловом монастыре ликвидировали, сам комплекс передали колонии для несовершеннолетних преступников, и только несколько могил из некрополя было решено сохранить и перезахоронить останки на новом парадном кладбище великих деятелей нашей страны. В их число вошла и могила Гоголя. «В тот день работы по вскрытию гоголевской могилы затянулись допоздна, гроб достали уже в темноте, осветили прожекторами, а когда вскрыли крышку, обнаружили: лежащий на боку скелет, начинавшийся с шейных позвонков, череп отсутствует, лопнула подошва на ботинках с высоченными каблуками, зато табачного цвета сюртук Гоголя был в хорошем состоянии, а на уцелевшем нижнем белье даже держались костяные пуговицы...»

Занавес закрывается. Зрители встают, аплодируют и долго не отпускают всех действующих лиц этого спектакля!

Подобный формат конференции проводился впервые. Это был праздник для всех присутствовавших докторов, привыкших к зачистой формальному и монотонному донесению информации с высоких трибун отраслевых научно-практических, а также образовательных мероприятий.

Иногда в рутине повседневных желание насладиться театром, велико, но не всегда появляется такая возможность, и как замечательно осознавать, что одно прекрасное утро может превратиться в праздник с пользой для любимой работы!

Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи,
руководитель региональной
общественной организации
«Амбулаторный приём»,
член президиума Российского
научного медицинского общества
терапевтов,
заслуженный деятель науки РФ,
профессор.

Антон НАУМОВ,
профессор кафедры терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи.

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 9 (1948)

(Окончание. Начало в № 7 от 03.02.2016.)

На основании диагностических данных пациентке предложен план лечения:

1. Хирургический этап заключался в проведении операции частичной внутрисуставной резекции головки мыщелкового отростка нижней челюсти справа с целью нормализации размеров мыщелкового отростка, удаления субхондральной ростковой зоны и предупреждения рецидива патологии, связанного с продолженным ростом. С целью расширения верхней челюсти по ортодонтическим показаниям проводили остеотомию верхней челюсти по LeFort I и срединному нёбному шву с фиксацией и активацией нёбного дистракционного аппарата для нормализации трансверсальных размеров верхней челюсти.

2. Ортодонтический этап, направленный на нормализацию формы и размеров зубных рядов, положения зубов в зубных рядах с целью подготовки к ортогнатической операции проводили с использованием брекет-системы.

3. Хирургический этап – ортогнатическая операция по традиционной методике с целью нормализации положения челюстей и коррекции

скелетной асимметрии. Дополнительным этапом ортогнатической операции проведена краевая резекция тела нижней челюсти на поражённой стороне.

4. Ортодонтический этап направлен на нормализацию окклюзионных контактов.

Диагностика и комбинированное лечение пациентов с асимметричными аномалиями челюстей

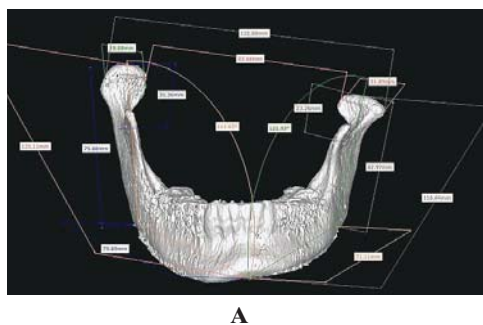


Рис. 22. 3-D-модели нижней челюсти пациентки на основе компьютерной томографии: А – до первого этапа хирургического лечения; Б – после первого этапа хирургического лечения

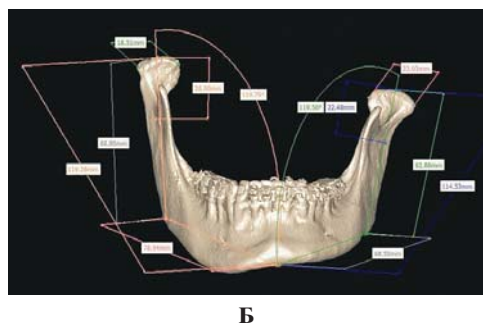


Рис. 19. Лицо пациентки: А – анфас; Б – анфас с улыбкой; В – послеоперационный рубец в предушной области

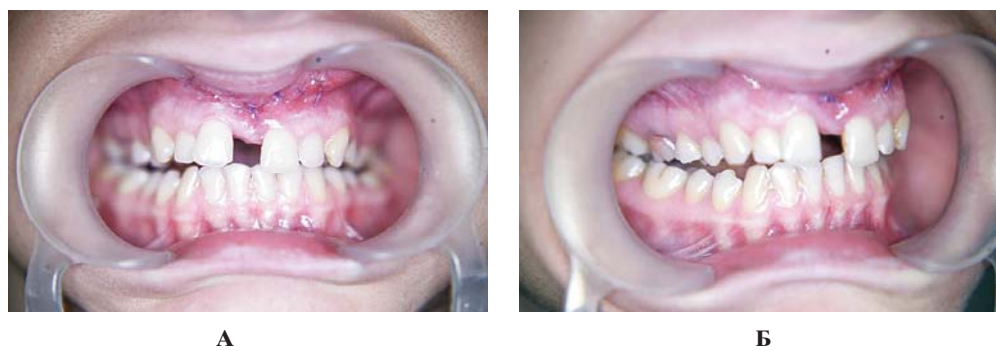


Рис. 20. Окклюзия зубных рядов пациентки после проведения первого хирургического этапа на момент снятия швов: А – переднем отделе; Б – боковом отделе справа; В – боковом отделе слева

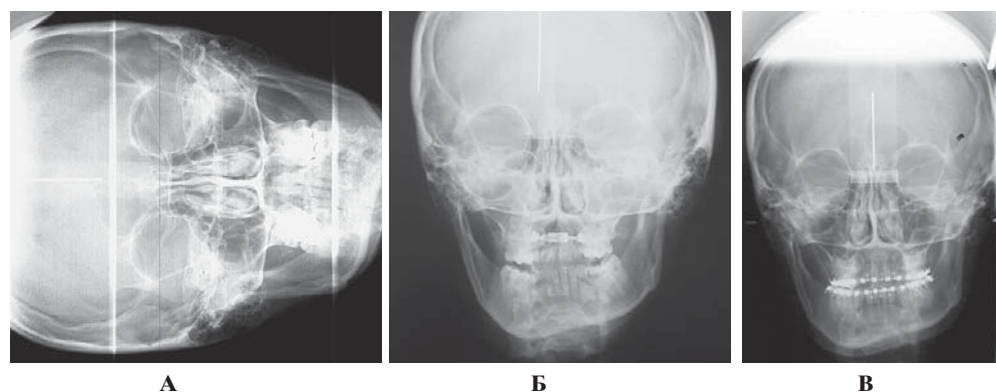


Рис. 21. Телерентгенограмма головы пациентки в прямой проекции: А – до начала лечения; Б – после проведения первого хирургического этапа; В – после завершения ортодонтической подготовки

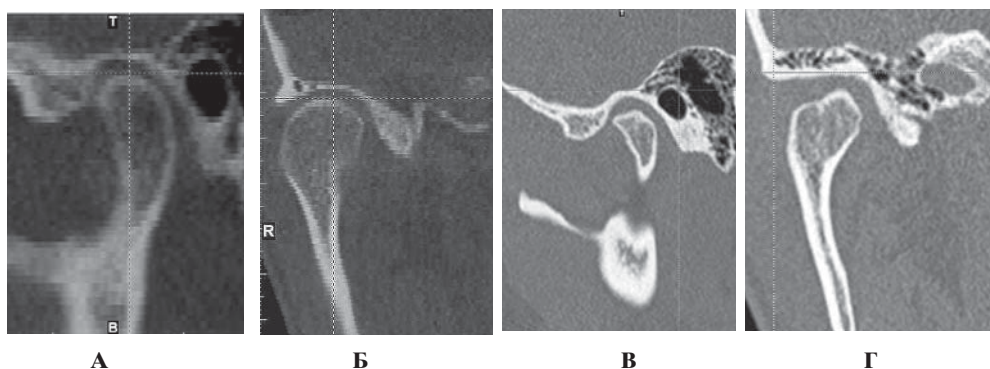


Рис. 23. Томограмма головки мыщелкового отростка в: А – сагиттальной проекции до резекции; Б – трансверсальной проекции до резекции; В – сагиттальной проекции через 8 месяцев после резекции; Г – трансверсальной проекции через 8 месяцев после резекции

высота мыщелкового отростка нижней челюсти справа после резекции уменьшилась на 8,2 мм, хотя при проведении резекции, её величина составила 6 мм. Исходя из этого можно сделать вывод, что после резекции произошло ремоделирование головки мыщелкового отростка нижней челюсти с уменьшением высоты на 2,2 мм. На послойных срезах КТ видно, что в ходе ремоделирования головки (рис. 23) мыщелкового отростка ВНЧС происходит восстановление замыкательной кортикальной пластинки костной ткани по верхнему краю мыщелкового отростка.

После проведения ортодонтической подготовки пациентка поступила в клинику для проведения второго хирургического этапа лечения – ортогнатической операции. Ортогнатическая операция была проведена пациентке по классической схеме и включала в себя остеотомию верхней челюсти по LeFort I, двухстороннюю межкортикальную остеотомию нижней челюсти (рис. 24, 25, 26, 27).

Особенностью ортогнатической операции этой пациентки является то, что одним из этапов проводится краевая резекция тела нижней челюсти на поражённой стороне. Важным моментом этого этапа является выделение подбородочного нерва и резекция нижнего края с учётом расположения нижнеальвеолярного нерва.

После проведения ортогнатической операции пациентке проведена контрольная компьютерная томография (рис. 28). По результатам компьютерной томографии отмечается восстановление симметрии контрлатеральных сторон (таб. 9).

Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. Ортодонтическая коррекция в послеоперационном периоде продолжалась в течение 7 месяцев, клинические фотографии после окончания ортодонтического лечения (рис. 29).

5. Ретенционный период.

Первым хирургическим этапом выполнена операция частичной внутрисуставной резекции головки мыщелкового отростка нижней челюсти по предложенной нами методике одновременно с операцией расширения верхней челюсти с установкой нёбного дистракционного аппарата (рис. 19, 20, 21). Величина резекции головки мыщелкового отростка составила 6 мм, суммарная величина дистракции верхней челюсти составила 7 мм. На 2-е сутки после операции начата механотерапия.

Через 8 месяцев после первого хирургического этапа пациентке была выполнена контрольная компьютерная томография (рис. 22). При проведении контрольной компьютерной томографии было выявлено, что

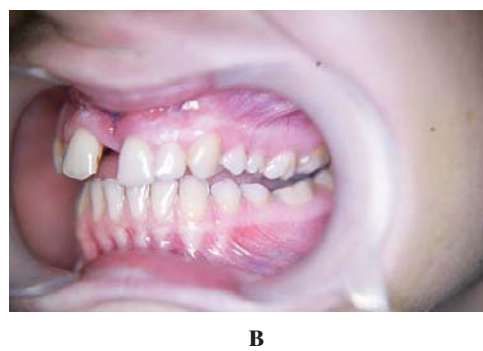


Рис. 24. Лицо пациентки: А – анфас; Б – анфас с улыбкой; В – в профиль



А



Б



В

Рис. 25. Окклюзия зубных рядов перед проведением второго хирургического этапа – ортогнатической операции в: А – переднем отделе; Б – боковом отделе слева; В – боковом отделе справа



А



Б

Рис. 32. Лицо пациентки в профиль: А – до лечения; Б – после лечения

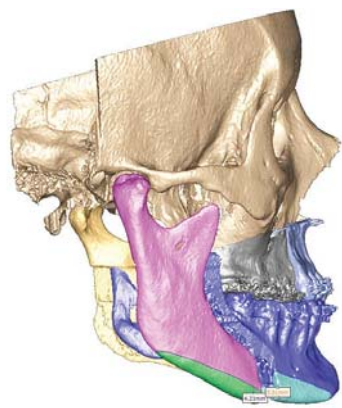
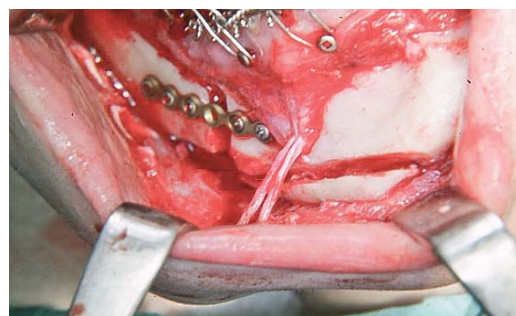


Рис. 26. 3-D-модель планирования ортогнатической операции и краевой резекции тела нижней челюсти справа

Клинические фотографии пациентки М. до и после лечения (рис. 30, 31, 32)

Заключение

Асимметричная деформация челюстей чаще встречается у женщин (70%). У данной группы пациентов наблюдается перекрёстная окклюзия в сочетании с мезиальной окклюзией зубных рядов, обусловленной макро- и прогнатией нижней челюсти (70%) и дистальной окклюзией зубных рядов, обусловленной микро- и ретрогнатией нижней челюсти (20%). И только 10% исследуемых составили

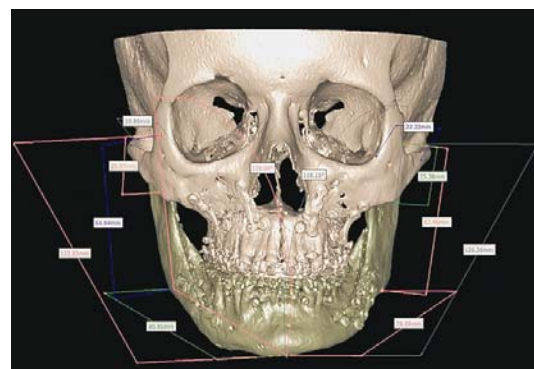


А

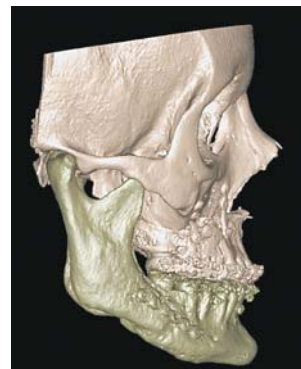


Б

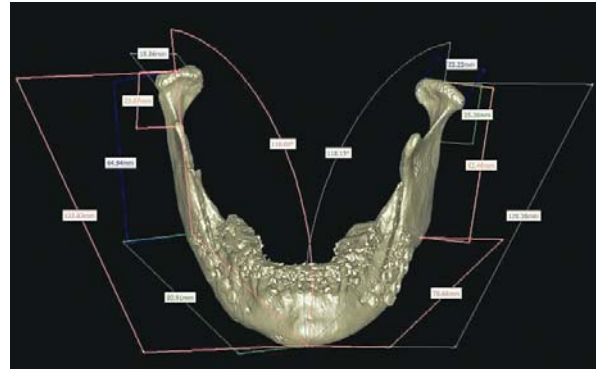
Рис. 27. Интраоперационные фотографии этапов проведения краевой резекции тела нижней челюсти на поражённой стороне: А – остеотомия и резекция; Б – нивелировка края тела нижней челюсти



А



Б



В

Рис. 28. 3-D-модели лицевого черепа пациентки после проведения ортогнатической операции: А – в прямой проекции; Б – в боковой проекции; В – нижней челюсти

Таблица 9

Средние значения изменяемых цефалометрических параметров пациентки М. с диагнозом односторонняя гиперплазия мышечного отростка нижней челюсти активная форма до и после лечения

Параметр \ Сторона	Поражённая сторона (А)		Здоровая сторона (Н)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Co – Go (мм)	75,68	64,94	62,97	62,46
Go – Me (мм)	75,85	80,92	71,11	78,08
Co – Go – Me (град)	111,62	118,00	121,93	118,15
Co – Me (мм)	125,11	122,83	116,64	120,36



А



Б



В

Рис. 29. Окклюзия зубных рядов пациентки после окончания комплексного лечения в: А – переднем отделе; Б – боковом отделе справа; В – боковом отделе слева



А



Б

Рис. 30. Лицо пациентки: А – до лечения; Б – после лечения



А



Б

Рис. 31. Лицо пациентки с улыбкой: А – до лечения; Б – после лечения

группу с физиологической окклюзией зубных рядов. По данным клинического обследования, из 235 пациентов с асимметричными деформациями челюстей выявлено 35 пациентов в

окклюзией значительно различаются до и после лечения только по показателю расстояния от Go до средней линии слева, значение показателя снизилось (на уровне значимости 0,025). У пациентов с физиологической окклюзией значимых различий до – после лечения не выявлено ни по одному показателю, что может быть связано с разной степенью выраженности асимметрии. Для получения статистически значимых показателей требуется больший объём данных. Планирование и лечение пациентов с асимметриями должно быть индивидуализировано.

У пациентов с диагнозом односторонняя гиперплазия мышечного отростка наблюдается различие высоты мышечного отростка на противоположных сторонах нижней челюсти. Среднее значение высоты мышечка на поражённой стороне составляет 26,37 мм, а на непоражённой – 19,96 мм. Средняя величина различия высоты мышечного отростка на противоположных сторонах составляет 7,14 мм, а среднее соотношение составляет 1 : 1,38.

По результатам радионуклидной диагностики пациентов с гиперплазией мышечного отростка нижней челюсти получены достоверные различия: среднее значение коэффициента относительного накопления радиофармпрепарата в группе с активной формой составило 37,94, а в группе с неактивной формой 2,28.

При комплексном обследовании пациентов с асимметричными деформациями челюстно-лицевой области необходимо проведение компьютерной томографии, а также радионуклидной диагностики для определения степени активности субхондральной зоны роста головки мышечного отростка нижней челюсти.

У взрослых пациентов с асимметричными деформациями челюстей необходимо комплексное обследование с обязательным проведением компьютерной томографии, с построением трёхмерной модели лицевого черепа и оценки состояния зубочелюстной системы наряду с применением традиционных ортогнатических операций, комплекса хирургических методик: применение остеотомии подбородка с перемещением, иссечение фрагментов челюстей и контурной пластики с использованием аутотрансплантатов.

Алексей ДРОБЫШЕВ,
заведующий кафедрой
челюстно-лицевой хирургии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Евгений СВИРИДОВ,
кандидат медицинских наук.

Тимур ДИБИРОВ,
кандидат медицинских наук.

Нелли ДРОБЫШЕВА,
кандидат медицинских наук.

Ксения ДРОБАХА,
аспирант кафедры ортодонтии.

Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И.Евдокимова.

У этой истории необычное начало. Осенью 2015 г. заведующий отделением хирургии Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства Давид Чубко вернулся с очередного съезда детских хирургов России не один, а... с комплектом операционного оборудования для роботизированной 3D-лапароскопии. Технику, которая привлекла его внимание, доктор Чубко увидел на выставке. Набравшись смелости, он тут же предложил представителям западной компании-производителя дать дорогостоящее оборудование красноярским детским хирургам на время, так сказать, попробовать-потренироваться. К удивлению Давида Марленовича компания-производитель согласилась.

Разумеется, решимость гостя из далёкой Сибири возникла не на пустом месте: некоторое время назад Д.Чубко проходил специализацию в одной из клиник Европы, и там ему довелось не просто присутствовать, но и самому выполнять роботассистированные операции. Так что сложная техника попала в умелые руки.

Вот так и получилось, что сибирские специалисты оказались пионерами во внедрении зарубежных инновационных подходов в практику отечественной детской хирургии. Первыми в России применять 3D-лапароскопию в педиатрии начали врачи Иркутской городской Ивано-Матрёнинской детской клинической больницы, а первые операции ещё более современным методом роботизированной 3D-лапароскопии выполнили в Красноярском центре охраны материнства и детства. Пока нигде больше в стране такого оборудования в арсенале детских клиник нет.

По признанию доктора Чубко, после первой операции, выполненной в сопровождении робота и с трёхмерным изображением на экране, он не мог уснуть, настолько велико было эмоциональное возбуждение: «Ощущение во время работы такое, будто я сам нахожусь в животе и делаю всё не инструментом, а руками. Благодаря детальной визуализации диссекция тканей, наложение анастомозов проходят быстрее, все твои движения более точные».

За те 1,5 месяца, что техника для роботизированной трёхмерной лапароскопии находится в Центре охраны материнства и детства, здесь с её помощью провели больше 15 операций, одна сложнее другой: врождённые пороки,

рованную 3D-лапароскопию мы вообще выполнили впервые. Более того, оказалось, это сообщили в компании, предоставившей нам в пользование оборудование, что и в Европе ещё никто данным способом не оперировал детей с аганглиозом, говорит Давид Марленович. В итоге нам предложили провести несколько мастер-классов для детских хирургов из

у Давида Чубко искренне недоумение:

– Это же взгляд в будущее! Мне с детства говорили: под лежащий камень вода не бежит. Я усвоил это правило и вот результат. Говорить, что ты всё в хирургии умеешь и тебе нечему учиться опасно. А говорить, что тебе это неинтересно, потому что в больнице нет современного оборудования, неумно,

Ситуация

Как сибиряки европейцев покорили

Чтобы владеть новыми технологиями, хирургам нужны азарт и смелость



Давид Чубко оперирует методом роботизированной 3D-лапароскопии

опухоли. Пациенты не только из Красноярского края, но и соседних республик Тыва и Хакасия.

Первым пациентом, которого мы взяли на операцию данным методом, был 3-месячный мальчик с болезнью Гиршпрунга. Эндоскопическую коррекцию этой врождённой патологии в России делают всего в 5-6 клиниках, а роботизи-

регионов Сибирского федерального округа, а это значит, что оснащение останется в нашем пользовании ещё какое-то время, что меня, несомненно, очень радует.

Казалось бы, какой смысл показывать коллегам такие технологии, если их клиники не оснащены должным образом? Этот вопрос корреспондента «МГ» вызывает

надо стремиться к развитию. Когда 5 лет назад мне сказали, что я буду оперировать атрезию пищевода эндоскопически, я с удивлением посмотрел на того человека. Зато сегодня мы 70% операций детям выполняем малоинвазивными способами, причём врождённые пороки почти все корригируются исключительно эндохирургически. Мы обеспечиваем ребёнку и меньшую послеоперационную травму, и высокий косметический эффект.

Разумеется, уточняют красноярские хирурги, для вмешательств небольшого объёма при грыжах, крипторхизме применять столь дорогостоящее оборудование нецелесообразно. Но опухоли забрюшинного пространства, органов малого таза и брюшной полости, врождённые пороки, где нужна высокая детализация анатомических структур – это те разделы детской хирургии, которые можно и нужно переводить на трёхмерную лапароскопию сразу, как только у лечебного учреждения появится такая возможность.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Перемены

Бывший Томский научный центр Сибирского отделения Российской академии медицинских наук претерпевает коренные изменения. Теперь это уже не 6 отдельных академических институтов разного профиля (НИИ онкологии, НИИ кардиологии, НИИ психического здоровья, НИИ медицинской генетики, НИИ фармакологии и регенеративной медицины, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии), а единое учреждение с названием Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук.

На январском заседании президиума СО РАН вновь созданную исследовательскую структуру назвали проектом полного цикла, «от гена и молекулы организма человека до его поведения». В России аналогов нет, зато есть за океаном – Национальный институт здоровья (National Institute of Health) в США. Не секрет, что инициатива «уподобиться американцам» принадежит вовсе не научно-медицинскому сообществу, оно лишь исполняет рекомендации Федерального агентства научных организаций (ФАНО), которое является главным распорядителем финансов, выделяемых государством на российскую академическую науку. Хорошо хоть идейное наполнение не диктуется сверху, а поручено самим томским учёным, которые уже продумывают формирование новых междисциплинарных и мультидисциплинарных исследовательских программ.

Центр создаётся путём присоединения 5 институтов к Томскому

Национальный — значит нужный?

Реформа науки не должна ограничиваться переименованием учреждений

НИИ онкологии в качестве обособленных подразделений – филиалов. Руководителем проекта назначен директор Института онкологии академик РАН Евгений Чойнзонов. Согласно проекту сохраняются администрации и штатное расписание каждого из учреждений. Общими же становятся бюджетное финансирование, сквозные темы научных исследований и научная инфраструктура.

По словам академика Е.Чойнзона, Правительство РФ и ФАНО поставили перед Томским национальным исследовательским медицинским центром задачу уже через 5-10 лет показать весомые научные результаты. Чтобы не распылять силы, средства и время, для томских научно-медицинских институтов определены 5 приоритетных направлений исследований. В их числе профилактическая медицина, включая создание скрининговых программ и разработку персонализированных генетических предикторов заболеваний с учётом этнопопуляционной вариабельности населения Сибири и Дальнего

Востока; персонализированная медицина, подразумевающая создание индивидуальных подходов к лечению основных социально значимых заболеваний на основе молекулярно-генетической диагностики индивидуума; геномная медицина, а именно разработка новых геномных и постгеномных подходов к профилактике и лечению наследственных и генетически обусловленных заболеваний; регенеративная и реабилитационная медицина – появление новых лекарственных средств, новых подходов репродуктологии, технологий биопротезирования; трансляционная медицина, то есть формирование инфраструктуры для эффективной передачи результатов научных исследований в клиническую практику.

Интеллектуальный потенциал новой научной организации составляют 415 научных сотрудников, среди которых 44% – молодые учёные. В течение 2016-2020 гг. научное объединение планирует оформить 289 патентов и 480 новых медицинских технологий, опубли-

ковать почти 1600 статей в ведущих мировых научных журналах.

Правда, для этого сибирским учёным-медикам необходимы не только вдохновляющая идея, но и вполне конкретные средства производства – центры коллективного пользования, список которых уже представлен в Правительство РФ. В этом перечне центр трансляционной медицины, инновационный бизнес-инкубатор, центр позитронной эмиссионной томографии, центр радионуклидной диагностики и терапии, центр геномных технологий и т.д. – всего 11 объектов, строительства и оснащения которых ожидает Томский национальный исследовательский медицинский центр в рамках данной реформы. На фоне сложных бюджетных процессов такая щедрость государства выглядит не очень убедительно, однако научное сообщество пока уверено в твёрдости слова, данного руководством ФАНО.

Елена ЮРИНА,
МИА Сито!

Томск.

Сотрудничество

Борьба с Эболой до победного конца

Делегация России проинформировала Всемирную организацию здравоохранения о разработанных у нас двух вакцинах от вируса Эбола. Выступивший на заседании исполкома ВОЗ в Женеве глава делегации РФ, заместитель министра здравоохранения Сергей Краевой заявил о готовности Москвы совместно с ВОЗ и заинтересованными странами продолжать работу, направленную на предотвращение угрозы геморрагических лихорадок.

Россия поддерживает инициативы генерального директора ВОЗ Маргарет Чэнь по реформированию организации «с целью улучшить координационно-мобилизационные возможности в условиях чрезвычайных ситуаций, в том числе связанных со вспышкой заболевания, вызванного вирусом Эбола», – сказал С.Краевой.

– Для достижения этой цели, – сообщил заместитель министра, – в России разработаны и зарегистрированы 2 вакцины от вируса Эбола, которые станут нашим вкладом в предотвращение повторения угрозы геморрагических лихорадок. В России, – по его словам, – готовы совместно с ВОЗ и другими заинтересованными странами продолжить эту работу.

Вакцины «были зарегистрированы 28 декабря и могут применяться в практике здравоохранения», – отметил глава делегации РФ. Это векторные вакцины, продолжил он. Первая вакцина содержит РНК- и ДНК-содержащий вирус. Благодаря этому «при введении в организм идёт иммунизация по так называемому бустерному механизму, когда один вектор усиливает действие другого, и это приводит к выраженной стимуляции как гуморального, так и клеточного иммунитета».

Вторая вакцина состоит из одного вектора – ДНК-содержащего вируса, куда встроены генетический материал вируса Эбола. «Эта вакцина больше действует на клеточное звено иммунитета, что особенно актуально для лиц с иммунодефицитами различной природы. Это может быть, в частности, физическая и химическая природа иммунодефицита, – сказал заместитель министра здравоохранения. – Вторая вакцина больше действует на клеточное звено, увеличивая активность клеточного иммунитета более чем в 30 раз».

В середине февраля министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетит штаб-квартиру ВОЗ и встретится с руководством организации с целью детального обсуждения разработанной в России вакцины, а также ряда других вопросов сотрудничества.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

О том, что главная проблема российской науки – слабая связь с промышленной практикой, говорится давно, но ситуация крайне медленно меняется в лучшую сторону. На днях председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев вновь указал на низкую кооперацию бизнеса и науки, недостаточную востребованность инноваций в экономике. Открывая заседание Экспертного совета, на котором обсуждались перспективы развития сферы инноваций, он сказал: «Среди тех проблем, которые есть у нас, совершенно очевидно нужно упомянуть низкий уровень кооперации между наукой и частным бизнесом, недостаточную востребованность и спрос на инновации, о чём мы не устаём говорить последние 7-8 лет».

Как работает технопарк Самарского государственного медицинского университета, какие передовые технологические и организационные возможности он создаёт малым предприятиям для проведения научных исследований, открытия новых видов производств, наш рассказ сегодня.

Постигая высокие технологии

Технопарк при СамГМУ был создан в апреле 2014 г. До этого момента в университете существовали отдельные предприятия, которые занимались прорывными исследованиями в области медицинской техники. Поэтому и название новому подразделению не пришлось долго придумывать. К тому моменту имелось немало интересных разработок, да и сама организационная структура технопарка «выкристаллизовалась» этап за этапом.

– Любому региону всегда интересен в развитии научных и деловых связей, в развитии наукоёмких производств, – говорит ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников. – Инновационные конструкторские решения и технологии появляются сначала в конструкторских бюро, научно-производственных лабораториях, вузовских технопарках. Составной частью региональной инфраструктуры является и технопарк СамГМУ. Это площадка, где идеи учёных воплощаются в экспериментальные установки и опытные образцы, где студенты постигают азы промышленных медицинских и фармацевтических технологий.

Университетский технопарк уже предлагает лечебным учреждениям интересные разработки. Начнём их представление с самых сложных, они создаются с применением сложнейших информационных технологий. Когда знакомимся с ними, то складывается впечатление, что ты каким-то чудом оказался в лаборатории медицины будущего. Иначе, уверяю, нельзя расценить приложения для визуализации анатомического атласа в дополненной реальности. Действует он следующим образом: при наведении камеры мобильного устройства на изображение в атласе происходит его распознавание и на экране появляется трёхмерная модель, соответствующая рисунку. То есть студент или врач видит не просто картинку в специальных очках, перед ним открывается многомерное изображение. При этом модель можно поворачивать на 360 градусов в любом направлении, есть функция масштабирования с использованием мультитач-устройства. А информационные сервисы помогают воспользоваться разделами: сноска, описание, разделение на части. То есть можно не только прочитать, увидеть, как выглядит заболевание какого-то органа, но и рассмотреть, в том числе и патологический процесс, с помощью 3D-визуализации.

Сегодня бурно развивается пластическая хирургия. Поэтому родился проект по виртуальной 3D-реконструкции частей тела, а именно подбор грудных имплантатов. Сначала по трём фотографиям пациента выстраивается его 3D-модель, затем по каталогам врач подбирает необходимые имплантаты, а дальше он может визуализировать результаты планируемой пластической операции.

Другая система – планирова-

нежели покупка их у известных производителей.

Эффективность доказана на практике

Корреспонденту «МГ» показывают прибор для лечения раневых поверхностей. Он уже имел свои аналоги, которые создавались раньше в стенах СамГМУ. В частности, в 2008 г. аппарат, имевший гораздо меньше возможностей, уже применялся в отделении сосудистой хирургии

на длительно незаживающие раны. Отличные результаты он демонстрирует и при лечении трофических язв, при воздействии на раны, воспаление в которых вызвано бактериями неизвестной этиологии.

Задача любого технопарка – коммерциализировать предлагаемые разработки. У нового прибора большое будущее, поскольку он будет востребован в поликлиниках и стационарах. Так что перспективный рынок достаточно большой, а иннова-

тивный мониторинг показателей сосудистой системы.

Потребителями этого устройства являются отделения реаниматологии, анестезиологии и интенсивной терапии, онкологии, кардиологии. Предполагаемая его конечная цена около 35 тыс. руб.

Ещё один интересный проект, который родился благодаря кафедре нормальной физиологии СамГМУ – очки циркадных ритмов. Они смогут регулировать выработку гормона мелатонина, который, как известно, влияет на биоритмы сна и бодрствования человека. Благодаря им можно добиться антидепрессивного, тонизирующего эффекта. Проведённые исследования доказали эффективность в профилактике таких тяжёлых хронических заболеваний, как сахарный диабет 2-го типа. Чтобы добиться хорошего результата, их достаточно носить утром и вечером в осенне-зимний период.

Но на этих интересных работах работа технопарка не заканчивается. Директор технопарка СамГМУ Алексей Рубцов и заведующий инженеринговым отделом центра прорывных исследований Алексей Сорокин поделились и планами. Сейчас прорабатывается вопрос монтажа автоматической линии по СМД-монтажу электронных плат. Аналогов сборки электронных составляющих в регионе нет. Там будет лаборатория для электрических испытаний, цех сборки – входного и выходного контроля изделий А ещё – уникальная беззвучная комната для испытания изделий на электромагнитную совместимость и соответствие стандартам. Эти новые производственные возможности позволят кроме использования мощностей для своих разработок оказывать услуги по производству электронных изделий. Отдельно они отметили и лабораторию на чипе, где разрабатываются технологии анализа биохимических параметров. Современные лабораторные системы иностранного производства достаточно дороги, и какую-то часть такого анализирующего оборудования можно было бы выпускать и на Родине.

В производственном подразделении СамГМУ имеется большой парк оборудования. 3D-принтеры используются для изготовления изделий, полученных с помощью технологий быстрого прототипирования: стоматологических имплантатов, костных пластин, корпусов медицинских приборов. Стационарные и ручные сканеры нужны для создания высокоточных трёхмерных моделей. Кроме того, на токарных и фрезерных станках можно создавать изделия из мягких металлов, например из меди, латуни. Работать со сталью и сплавами титана можно на второй промышленной площадке, где развёрнуто тяжёлое производственное оборудование. Всё это позволяет технопарку СамГМУ оказывать комплексную поддержку малым предприятиям, привлекать их к созданию новых производств.

Сегодня главные приоритетные инновационные направления СамГМУ – новые материалы, IT-медицина и медицинское приборостроение. По словам ректора СамГМУ академика РАН Геннадия Котельникова, важное преимущество технопарка – комплексный подход к ведению сложных проектов. То есть решается проблема, о которой говорилось в начале публикации: соединение длительных этапов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, подготовка новых изделий к промышленному производству и запуск их в первые серии.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Самара.

Ориентиры

Наступление на «технофронте»

8 февраля наша страна отметила День российской науки



Ректор СамГМУ Геннадий Котельников (слева), директор Института инновационного развития университета Александр Колсанов знакомят министра здравоохранения РФ Веронику Скворцову с разработками технопарка

ние и контроль хирургических операций – позволяет создать анатомические 3D-модели операционного поля на основе графических данных, полученных от диагностического оборудования. На операционное поле и инструменты устанавливаются маркеры, по которым определяется положение относительно друг друга. С помощью видеокамер и маркерной система распознаёт объекты операционного поля и хирургические инструменты. Понимая взаимное расположение объектов операционного поля, можно проанализировать, насколько точно было выполнено оперативное вмешательство.

Стоит назвать и учебные симуляторы, по которым обучают молодых хирургов выполнению эндоскопических операций. Безусловно, два аппарата обошлись вузу принципиально дешевле,

клиник университета. Таким образом сам подход уже доказал свою эффективность на практике. Сегодня устройство прошло полную техническую и технологическую ревизию. Оно серьёзно усовершенствовано с помощью современных технологий. После сертификации его производство будет поставлено на поток.

Огромное преимущество самарского прибора – комплексное воздействие. Оно заключается в заживляющем воздействии физиотерапевтического лазера и эффекта от применения распылённого лекарственного средства с помощью ингалятора. Как убедительно доказали исследования, пациент идёт на поправку в 2 раза быстрее, чем при использовании обычных методов.

Более того, прибор показывает большую результативность, если его применяют для воздействия

ционная суть изделия делает её интересной для поставки и за рубежом. Кстати, подобный опыт уже есть – по одному макету уже продано в несколько зарубежных стран. Коммерческая стоимость аппарата оценивается в 80-100 тыс. руб. Его можно использовать и с различными лазерными головками.

Автору этих строк показали ещё одну интересную и многообещающую разработку – счётчик капелек. Это устройство контролирует объём лекарства, находящийся в капельнице. С помощью специальной программы данная информация передаётся на компьютер, планшет или смартфон. Благодаря этому медсестра может не подходить и не проверять, какое количество лекарства осталось в капельнице. Соответственно на её попечение может находиться гораздо больше больных. Испытания новой системы проходят в клиниках СамГМУ. Всё говорит о том, что очень скоро эта разработка выйдет в серию. А если учесть, что в каждом лечебном учреждении ежедневно в зависимости от масштаба отделения ставится от 15 до 100 капельниц, то потенциально новое изделие может заинтересовать многих. Стоимость набора, состоящего непосредственно из устройства и двух зарядных станций, составляет порядка 10-15 тыс. руб.

Другую задачу решает прибор для управляемой инфузионной терапии. Он находится в стадии разработки, но опытные образцы будут созданы в ближайшее время. Скорость и объём вводимых препаратов с его помощью будет подбираться по параметрам конкретного пациента, так как в нём запрограммировано автоматическое управление объёмом инфузионной терапии. А это позволяет в режиме реального времени контролировать объём возмещаемой жидкости у конкретного больного, менять качественное и количественное соотношение инфузионно-трансфузионной терапии при изменении системной гемодинамики пациента. Отсюда возможность минимизировать осложнения у больных и своевременно оповещать медицинский персонал о переменах в состоянии пациента.

Внутрисосудистое измерение параметров отображением кривой давления на графическом дисплее и данных на табло монитора является наиболее удобным, достоверным способом непре-

В конце декабря Правительство РФ утвердило обновлённый Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛП) на 2016 г. В него было включено 43 новых препарата, 6 из них – отечественного производства. Число международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных препаратов увеличено с 604 до 646 наименований. Новый перечень будет применяться с 1 марта 2016 г.

Расставить акценты

Экономический компромисс между затратами и эффективностью новых и уже применяющихся в лечебной практике лекарственных препаратов является ключевым элементом системы здравоохранения в любой стране мира. В виду практической невозможности исчерпывающего финансирования государственным сектором и системой медицинского страхования закупок всех представленных на рынке лекарственных средств необходим выбор приоритетов.

Включение препарата в список фактически означает целесообразность его применения. Вместе с тем сам процесс формирования перечня должен быть максимально прозрачным. Один из инструментов, который помогает правильно «расставить акценты» и повысить доступность лекарственной помощи, является институт оценки медицинских технологий (ОМТ).

Методы оценки медицинских технологий дают возможность научного и методологического обоснования выбора наиболее безопасных и качественных лекарственных препаратов. При проведении таких исследований критически важным является подтверждение их эффективности с позиций доказательной медицины.

Отечественное здравоохранение стоит только на пороге внедрения данной системы. Понятие «комплексная оценка лекарственного препарата» впервые обрело законную силу в июле 2015 г. после вступления в силу поправок к Федеральному закону № 61-ФЗ.

Всё прозрачно

Применение международных подходов к оценке технологий

Проекты

Элемент регулирования

Чтобы попасть в «списки», лекарственному средству необходимо доказать свою клиническую и экономическую состоятельность



здравоохранения поможет повысить эффективность бюджетных расходов и улучшить лекарственное обеспечение россиян, считают эксперты. Тем не менее полностью копировать зарубежную модель в отечественной практике не получится. Прежде всего, это обусловлено различием подходов в лекарственной политике, в том числе существующих систем возмещения расходов на лекарственные средства, и в целом спецификой российского фармрынка, отметила директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина, выступая на конференции, посвящённой вопросам формирования и развития системы ОМТ в Российской Федерации.

Первоочередной задачей, которая стоит перед Минздравом, является обеспечение обращения на российском рынке наиболее значимых лекарственных препаратов – «качественных, эффективных и безопасных, которые были бы гарантированно доступны для наших пациентов как с точки зрения их физического присутствия на рынке, так и ценовой доступности», – определила важнейшие акценты представитель ведомства.

Формирование единого для РФ перечня основных лекарственных препаратов (именно эта терминология используется в международной практике) имеет несколько целей. Прежде всего, он должен отвечать задаче выполнения перед гражданами государственных гарантий на лекарственную помощь, и потребности стационарной помощи, и потребности льготных категорий граждан.

Кроме того, перечень выбран в качестве инструмента регулирования цены производителя. Это важно ещё и с точки зрения планирования бюджетов различного уровня. Также эксперт затронула проблему развития отечественной промышленности. «Программа импортозамещения ориентирована на перечень, но это вовсе не означает, что абсолютно все лекарственные препараты зарубежного производства надо заместить», – подчеркнула Е.Максимкина.

В первую очередь это касается стратегически важных препаратов.

Минздрав заинтересован в том, чтобы передовые технологии, которые являются критически важными для здравоохранения, были в большей степени защищёнными и соответственно развивались на территории России. По словам эксперта, в России сохраняется высокий уровень преподавания фундаментальных химических дисциплин, и выпускники советских и российских вузов работают в самых престижных международных лабораториях.

– В настоящее время, в том числе благодаря нашим зарубежным партнёрам, которые инвестировали значительные средства в отечественную фармотрасль, имеется достаточно возможностей, чтобы молодые специалисты могли реализовать свой творческий и научный потенциал внутри страны, не уезжая для этого за рубеж, – подчеркнула Е.Максимкина.

Значительным достижением, по словам главы департамента, стал тот факт, что процедура формирования перечня не вызывает вопросов, она понятна, и любой желающий может посчитать интегральные баллы и оценить перспективы включения того или иного препарата в перечень. «Мы предложили интересную, как нам кажется, шкалу интегральных оценок. По некоторым параметрам она уникальна. Ни у кого из зарубежных коллег нет таких мягких критериев, как глубина локализации, например», – сказала Е.Максимкина.

Близнецы или двойники?

Организацией и проведением комплексной оценки лекарственных препаратов займётся одно из ранее созданных федеральных учреждений – Центр экспертизы и контроля качества медицинской продукции. Одна из насущных задач – разработка единой методологии ОМТ. Это позволит в дальнейшем упорядочить требования к формализации процедуры

клинико-экономической экспертизы, в первую очередь, касающиеся оценки влияния на бюджет. Не менее жёсткие требования будут предъявляться к формату клинико-экономических исследований, результаты которых среди прочих документов заявитель обязан предоставить при подаче заявки на включение лекарственного препарата в перечень.

Доказательная база клинических исследований, как одна из важнейших интегральных величин, также получает ещё одно звучание, а именно с точки зрения порядка определения взаимозаменяемости лекарственных средств. Согласно Постановлению Правительства РФ № 1154 от 28.10.2015 все препараты, которые будут регистрироваться в РФ начиная с этого года, должны пройти процедуру подтверждения взаимозаменяемости путём его сравнения с референтным лекарственным средством.

По словам Е.Максимкиной, прежде всего речь идёт о биоаналогах и лекарственных препаратах, регистрируемых по так называемой гибридной заявке (когда имеются отклонения по солям, лекарственной форме и т.д.). Проведение сравнительных исследований необходимо для того, чтобы эксперты могли сопоставить полученные данные и сделать вывод о взаимозаменяемости ЛС. Кроме того, это станет важным шагом, который поможет установить уровень той референтной цены, которая будет браться за основу при переходе на систему лекарственного возмещения.

В данном случае не ставится задача сравнивать препараты-аналоги по механизму действия, подчеркнула глава департамента: «Когда необходимо выбрать между разными препаратами, разными МНН, тогда решение принимает врач, потому что у пациента может быть индивидуальная непереносимость на конкретное действующее вещество».

Говоря о дальнейших планах, Е.Максимкина отметила, что в 2016 г. в ряде регионов страны начнётся реализация пилотных проектов как по возмещению, так и по референтному ценообразованию. Следующим шагом станет разработка критериев исключения из перечня устаревших лекарственных препаратов.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:

- индометацин софарма, таблетки покрытые кишечнорастворимой оболочкой 25 мг 30 шт., упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производства «Софарма», Болгария, показатель «растворение» – серии 10214;
- пираретам, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 200 мг/мл 5 мл, ампулы (10), коробки картонные, производства ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов», Республика Беларусь, показатель «подлинность (УФ-спектrophотометрия)» – серии 1640514;
- магния сульфат, раствор для внутривенного введения 200 мг/мл 10 мл, ампулы (10), упаковки контурные ячейковые (поддоны) (1), пачки картонные, производитель «Шаньдун Шэнлу Фармасьюткал Ко. Лтд.», Китай, показатель «упаковка» (часть ампул на наружной поверхности имеет

следы препарата в виде белого налёта) – серии 140530;

- кальция хлорид, раствор 1% 200 мл, бутылки стеклянные, изготовитель ООО «Фармация», Калининград, Калининградская область, показатель «маркировка» – серии Ан.5983;

- викасол-виал, раствор для внутримышечного введения 10 мг/мл 1 мл, ампулы тёмного стекла (10), упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производитель «Шаньдун Шэнлу Фармасьюткал Ко. Лтд.», Китай, показатель «количественное определение» – серии 130902;

- перекись водорода, раствор для местного применения 3% 40 мл, флаконы полиэтиленовые, производитель ООО «Йодные технологии маркетинг», Россия, показатель «упаковка» (флаконы из полиэтилена упорены пробками капельницами) – серий 720515, 1190715;

- лидокаин, раствор для инъекций 20 мг/мл 2 мл, ампулы полимерные (10), пачки картонные, производства ООО «Славянская аптека», Россия, показатель «количественное определение» – серии 070215;

- де-нол, таблетки покрытые плёночной оболочкой, 120 мг 8 шт., упаковки ячейковые контурные (7), пачки картонные, произ-

водства «Астеллас фарма Юроп Б.В.», Нидерланды/расфасовано и упаковано ЗАО «ОРТАТ», Россия, показатель «Количественное определение», серии – 316062015;

- де-нол, таблетки покрытые плёночной оболочкой, 120 мг 8 шт., блистеры (14), пачки картонные, производства ЗАО «Р-Фарм», Россия/упаковщик и выпускающий контроль качества ЗАО «ОРТАТ», Россия, показатель «количественное определение», серии – 70022015;

- провайт, эмульсия для внутривенного введения 10 мг/мл 20 мл, флаконы (1), пачки картонные, производства «Кларис Лайфсайдс Лимитед», Индия, показатель «количественное определение: соевое масло (лиофилизация)» – серии А041445.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств.

Росздравнадзор предлагает субъектам обращения лекарственных средств, медицинским организациям провести проверку наличия указанных серий лекарственных средств, о результатах которой проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

Тенденции

Со знаком минус

Динамика поставок импортных лекарственных препаратов (ЛП) за декабрь так и не смогла изменить общую минорную тональность прошедшего года

По данным аналитической компании RNC Pharma, по итогам 2015 г. в Россию было ввезено готовых ЛП на общую сумму 453,7 млрд руб. (в ценах выпуска в свободное обращение), на 2% меньше показателей 2014 г. Динамика натуральных объёмов (упаковки) выглядит ещё хуже, за год количество ввозимых в нашу страну ЛП сократилось на 9%. Правда, падение импорта готовых ЛП отчасти компенсировалось за счёт in bulk (фармацевтической продукции, предназначенной для производства готовых лекарственных средств и прошедшей все стадии производственного процесса, кроме фасовки и конечной упаковки), за год такие поставки выросли на 40% в деньгах и на 16% в натуральном выражении.

На декабрь традиционно приходится сезонный всплеск активности импортёров – компании делают складские запасы перед фактически «не рабочим» январём. Последний месяц 2015 г. сохранил указанную тенденцию, демонстрируя лучший за год результат – 45,8 млрд руб., но всё же он не идёт в сравнение с итогами «высокого сезона» 2014 г. Натуральные объёмы поставок в декабре на этом фоне даже можно назвать оптимистичными – по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. RNC Pharma фиксирует рост на 0,3%. Ситуация с поставками in

bulk обратная, в декабре 2015 г. отмечен значительный рост поставок в рублях (+ 26%) и существенное снижение натуральных объёмов (– 47%) ввозимой продукции, которое, впрочем, на показателях всего года сказалось незначительно.

Доля рубля в структуре платежей за поставки импортных ЛП по итогам прошедшего года продолжила увеличиваться. Сейчас на расчёты в рублях приходится 91,7%, рост наблюдается за счёт сокращения расчётов в американской и европейской валютах.

Анна КРАСАВКИНА.

Зимой в США по традиции называют наиболее значимые отечественные научные идеи и изыскания в истёкшем году. Возраст, образование и квалификация авторов при этом в расчёт не принимаются. «МГ» писала о выделенных таким образом новациях в области физиологии и медицины, принадлежащих старшеклассникам («Великолепная пятёрка», см. № 30 от 23.04.2014), а также студентам и аспирантам («Пятеро смыслёных» – № 91 от 05.12.2014). Сегодня представим работы уже зрелых профессионалов, отмеченных в 2015 г. И как прежде, ограничимся пятью из тех, чьей звезде, возможно, суждено взойти выше.

Сосуды Кипниса – Луво

За несколько тысячелетий анатомия человека, казалось, изучена вдоль и поперёк. В лаборатории при медицинской школе Университета Вирджинии доказали, что это не так. Изучая строение головного мозга, её заведующий Джонатан Кипнис вместе с коллегой Антуаном Луво обнаружил там дотолее неизвестные ответвления лимфатической системы, участвующей в числе прочего в создании иммунитета.

Для нейробиологов значение этого факта впору сравнить разве что с открытием воды на Марсе для астрономов. В последние 10 лет широко утвердилось мнение, что центральная нервная система, замыкающаяся в коре полушарий мозга, и иммунная система организма взаимосвязаны. На этой почве получила развитие как отдельное направление нейроиммунология.

– Никто, однако, не подозревал о наличии структуры, физически соединяющей две системы, – говорит Кипнис. – Ткани мозга упакованы в 3 оболочки, в которых есть клетки, автономно выполняющие иммунные функции. Но без их видимой связи с лимфатическими узлами оставалось непонятным, как эти клетки активизируются и как удаляются токсины, которые во всех других частях организма выводятся с помощью лимфы.

Применив новейший метод диссекции тканей в сочетании с микроскопией, предложенный Луво, в лаборатории Кипниса заметили ответвления, плотно прилегающие к кровеносным сосудам, уходящим в глубь мозга. Возможно, из-за близости друг к другу их прежде и не удавалось разглядеть. Последовавшие эксперименты показали, что эти отростки содержат как спинно-мозговую жидкость, так и иммунные клетки. Вскоре о схожих результатах доложила в журнале Nature группа исследователей из Финляндии.

Находки

Учёные высказывали предположение, что опухоли возникают из одной-единственной клетки, доказать это не было никакой возможности, пока в качестве объекта наблюдения не была выбрана аквариумная рыбка с зебровой окраской (*Danio*), прозрачное тело которой позволяет видеть клеточное свечение.

В клетки излюбленного объекта генетиков и геномщиков сотрудники Технического университета в датском городе Роскильд и гамбургского Медицинского центра ввели ген XPG, мутации в котором приводят к пигментозной ксеродерме (*Xeroderma Pigmentosa*) или сухости и выраженной пигментации кожи. Заболевание, возникающее под действием солнечного ультрафиолета, считается предраковым и ведущим к переходу пигментных пятен в меланомы. Действие ультрафиолетовых лучей проявляется в повышении числа разрывов ДНК (*breaks*), которые плохо восстанавливаются в результате нехватки активных репарационных ферментов. К удивлению европейцев и сотрудничавших с ними специ-

Перспективы

Квинтет идей чудных

Им обогатился научный задел медицины в прошлом году

Открытие, считают специалисты, обещает дать нейрологам мощный инструмент и стать основой новых подходов в лечении всего спектра заболеваний мозга и когнитивных расстройств – от рассеянного склероза и аутизма до болезни Альцгеймера и деменции.

Карта Келлиса

За 12 лет после завершения расшифровки генома человека учёными выявлено уже более тысячи связей между его элементами и возможностью возникновения болезней.

– Конечно, это количество впечатляет, но на самом деле таких связей миллионы, и в большинстве случаев мы не знаем, как они функционируют, – признаёт Манолис Келлис, занимающийся вычислительной биологией в Массачусетском технологическом институте. – Чтобы решить задачу, необходимо обратиться к эпигенетике и расшифровке эпигенома.

Если геном представляет собой, так сказать, книгу жизни, то эпигеном – это набор кодов к её страницам. Они дают клеткам сигналы о том, какие генетические инструкции и в каком порядке следует исполнять. Коды базируются на химических метках двоякого рода – одни делают гены нечитаемыми, другие, наоборот, позволяют клеточному ядру воспринимать их. Отсюда, собственно, и происходят различия в дальнейшем развитии клеток.

Специально созданный общенациональный консорциум опубликовал наиболее полную на сегодня карту эпигенома. Келлис возглавил в нём команду аналитиков, которая применила для его прочтения технологии машинно-обучающих алгоритмов. Результатом стал своего рода путеводитель, указывающий, какую из сотен тканей организма предстоит сложить отдельным клеткам, и, что ещё важнее, подсказывающий, какие нарушения их могут подстергать.

Опираясь на метод, предложенный Келлисом, одной из групп участников консорциума удалось отследить происхождение мета-

стазов в ткани по единственной клетке, нёсшей соответствующий эпигенетический отпечаток. Другая группа сообщила, что он позволил ей установить дефект в геноме, способный привести к аутоиммунным заболеваниям.

Достижение, как ожидают, даст толчок созданию клеточно-ориентированных терапий и приведёт к революции в диагностике и лечении генетически обусловленных болезней.

Антибиотик от Ким Льюис

Между тем учёные, похоже, также нащупали принципиально новый путь получения антибиотиков – причём сделали это, можно сказать, перекапывая почву.

В лабораторных условиях удаётся выводить менее одного процента природных микроорганизмов с антибактериальными свойствами, необходимыми для получения лечебных препаратов. Это, кстати, стало основой длительного застоя в создании новых антибиотиков, способных преодолевать резистентность мутирующих бактерий к тем, что были созданы прежде.

Чтобы обмануть природу, Ким Льюис из Северо-Западного университета в Бостоне разработала оригинальный способ выращивания колоний искомым микроорганизмов в естественной среде при максимальном сохранении их терапевтического потенциала.

Исследовав с его помощью более 10 тыс. образцов почвенных субстанций, группа её сотрудников идентифицировала одну, выделяющую химическое вещество, названное теиксобактином. В испытаниях на мышах теиксобактин, среди прочего, оказался эффективен против возбудителей туберкулёза и диареи, не поддающихся обычным антибиотикам. При этом у патогенов не развивалась резистентность к нему. Более того, Льюис считает, что бактерии будут бессильны против теиксобактина как минимум в течение 40 лет.

Открытие сделано как нельзя вовремя. Эксперты полагают, что невосприимчивые к нынешним

препаратам возбудители болезней к 2050 г. могут сгубить в мире больше людей, чем рак, если арсенал антибиотиков решительно не обновится.

От аптечных полок теиксобактин ещё отделяют длительные клинические испытания. Но уже общепризнано, что методика Льюис по «приручению» прежде некультивируемых почвенных бактерий представляет собой прорыв, способный дать необходимый импульс поискам новых антибиотиков.

Вакцина от Гэри Нэйбла

Среди эпидемиологов бытует мечта об универсальной антигриппозной вакцине, которая защищала бы человека от всех видов гриппа и действовала на протяжении всей жизни. Пока она далека от воплощения, но разработка подобной вакцины со сроком действия в течение нескольких лет уже представляется вполне реальной.

Такую перспективу даёт успех исследователей из американского подразделения фармацевтической компании Sanofi. Раскрыв до конца молекулярную структуру вируса гриппа, описанного 5 лет назад, они поняли, что в прежних экспериментах слишком зациклились на головной части вируса, которая варьируется от штамма к штамму и потому необычайно трудна для манипуляций. Сменив тактику, они сделали упор на изучении его хвостовой части, с помощью которой вирус крепится к клетке и передаёт в неё свой генетический материал.

По словам научного руководителя Гэри Нэйбла, этот «хвост», в противоположность головке, не слишком видоизменяется в ходе мутаций вируса и, значит, представляет более удобную платформу для конструирования универсальной вакцины.

– Новый подход в изучении строения вируса и его жизненного цикла позволяет делать вещи, которые мы не могли даже представить несколько лет назад, – говорит он. – Создание на этой базе клинически пригодной вакцины, вероятно, потребует сочетания разных техноло-

гий – подобно тому как в онкологии применяют комбинацию терапий против метастазов. Разработка каждого из них займёт не меньше 5 лет до передачи на испытания. Но главное – мы вышли на реальный путь разработки средства долгосрочного действия для борьбы с сезонным гриппом.

Рецепт Кристины Смолки

По данным ООН, 5,5 млрд жителей земли не имеют доступа к болеутоляющим средствам или испытывают в них недостаток. Биоинженер Кристина Смолки с коллегами по Стэнфорду, возможно, нашла эффективное решение глобальной проблемы.

Для выращивания активного ингредиента оксикодона и викадина – двух самых распространённых и востребованных обезболивающих препаратов – они создали фермент, действующий по принципу обычных дрожжей.

– Срастив молекулы из 23 генов растений, животных и микробов, мы синтезировали аналог ДНК дрожжевого грибка, – говорит Смолки. – Генетически модифицированная биомасса действует как химическая сборочная линия по выпуску опиатов.

Сообщение об открытии закономерно вызвало ажиотаж. Оно обещает значительно удешевить дорогостоящие анальгетики, ныне производимые на основе собираемого вручную опиумного мака, но с другой стороны, родило опасения насчёт потенциальных злоупотреблений – дескать, пользуясь им, любой выпускник биофака сможет наладить нелегальный выпуск наркотиков.

Такие страхи преждевременны и преувеличены. В нынешнем виде методика имеет концептуальный характер, отмечает Смолки. Для получения одной таблетки викадина требуется 4400 галлонов дрожжевого субстрата. Кроме того, в конечную формулу биомассы возможно синтезировать гены, которые исключали бы её использование вне контролируемых лабораторий, поднадзорных властям.

Предвкусная совершенствование технологии, биологи уже наметили множество морфийсодержащих лекарств, которые можно было бы получать с её помощью. Она также открывает перспективу кастомизации нынешних анальгетиков, получения препаратов, вызывающих меньшую наркозависимость, и даже антираковых средств.

– Природа не даёт нам идеальных снадобий, мы всегда приспособливаем их в лекарственные формы, – считает Смолки. – Теперь мы можем пойти много дальше в этом направлении.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

Меланوما из клетки

алистов Института технологии в городе Атланта, штат Джорджия, мутантный XPG «выводил из себя» и ещё 5 других генов, среди которых Breast Cancer (BrCa) 1 и 2, а также RAD. Мутации двух первых приводят к раку молочной железы BrCa, а последний был открыт после радиационных облучений, откуда и его сокращённое название. Нарушение репарации ДНК приводит также к прогерии, при которой дети, похожие на маленьких старичков (не от них ли пошла сказка о гномах?), умирают в 10-13 лет. Один ген таким образом может приводить как к «омоложению» клеток, так и их раннему старению.

Рыбная модель меланомы описана в Science, где авторы из Гарварда и цюрихского университета, а также Ракового центра Гамбурга рассказывают об успехах после введения в икринки рыбок мутантного гена человека, против белка которого уже имеются блокаторы, применяемые в качестве

средства против меланомы. Ген особенно активен на фоне включения белка p53, считающегося «охранителем» генома (он, в частности, приостанавливает подготовку к делению клеток с излишним количеством порывов ДНК). В качестве «репортёра» был выбран зелёный флюоресцентный протеин (GFP), подсоединённый к гену эмбрионального белка крестина, и свечение GFP сигнализировало о «возврате» клеток к примитивному эмбриональному состоянию с его быстрым клеточным делением. В общей сложности исследователи получили 50 генетически модифицированных рыбок, у 30 из которых выросли меланомы. В двух случаях удалось наблюдать развитие опухолей из одной светящейся клетки. «Атака» одного из генов эмбрионального развития и репрограммирования с помощью ДНК-редактирования резко замедляла развитие опухолей. Теперь надо разбираться с тем, как один пусть

и человеческий ген может выбить из колеи целый геном совершенно неродственного организма.

С иной стороны к проблеме решили подойти в Гарварде, где с помощью стандартных плоских сканеров, на которых получают электронные копии документов и изображений, создали машину «Продолжительности жизни» (LSM – Life-Span Machine). Каждый из сканеров «отслеживал» активность круглых червячков *Caenorabditis elegans* в 16 чашках Петри, что позволило наблюдать за 30 тыс. «подопытных», испытывавших воздействие различных температур и режимов питания, солёности и кислотности. Преимущество использования червячков заключалось в идентичности их геномов, что снимало вечный вопрос о вариативности последних и выводило на первый план именно воздействие среды.

Результаты, с одной стороны, не принесли ничего удивительного, поскольку в полном соответствии с предшественниками подтвердили известную истину: разные воздействия укорачивают (при подьёме температуры, например) или

удлиняют время жизни. В каждой из чашек были более чувствительные и менее, что выражалось в нормальном распределении, или кривой в виде «колокола». Пик кривых был выше или ниже, сами они компактнее или «расплывались», но форма оставалась неизменной. Исходя из этого учёные пришли к выводу, что воздействия на червячков меняли лишь продолжительность их жизни, но не оказывали эффекта посредством какого-то одного гена или белка. По всей видимости, именно поэтому разным учёным при работе с другими организмами не удалось слишком далеко выйти за видовые рамки геномной продолжительности жизни.

Остаётся только вопрос, связанный со 100-летними жителями Земли, число которых постоянно увеличивается, которые живут в той же среде что и их менее удачливые соотечественники. На другом же полюсе жертвы прогерии, которые зачастую даже не успевают оставить потомство.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science.

Каждый год многие научно-популярные и научные издания публикуют свои версии самых значимых исследований. Предлагаем рейтинг выдающихся достижений, которые способны в будущем вывести развитие медицины на новый уровень, экспертов различных дисциплин из Калифорнийского университета в Сан-Франциско. Они поделились своими прогнозами на тему того, в каких областях здравоохранения будут произведены основные научные открытия, а также предположили, каким образом, по их мнению, результаты фундаментальной медицины будут переведены в методы практического лечения в 2016 г. Исследователи уверены, что в недалёком будущем для постановки диагноза и разработки лечения будет использоваться большой массив данных, в том числе социальная и поведенческая информация.

Переход к точной медицине

Точная медицина стремится собрать и использовать огромное количество данных о нашем здоровье, чтобы понять, почему разные люди различным образом реагируют на одни и те же болезни и способы их лечения. Полученная информация используется для разработки диагностических средств, методов профилактики и индивидуального подбора лекарств. Эти данные включают информацию не только о генетике и состоянии здоровья индивида, но также о социальной среде и образе жизни, которые нередко связаны с болезнями. Совокупность этих данных позволит предсказывать заболевание прежде, чем оно наступит.

Средства, позволяющие искоренить ВИЧ

Главная сложность, которая не позволяет излечить от ВИЧ, заключается в том, что почти половина из 37 млн человек, инфицированных ВИЧ, об этом не знают. И это даже несмотря на то, что сейчас в большинстве городов развитых и даже развивающихся стран можно пройти своевременную диагностику. Между тем ранняя диагностика ВИЧ и СПИДа значительно облегчает жизнь пациенту. Но дело не только в том, что болезнь на первых этапах ещё не успела сильно навредить здоровью. Доктор Дайан Хэвлір (Diane Havlir) из Университета Калифорнии в Сан-Диего и её команда в 2010 г. обнаружили, что выгоды от раннего лечения ВИЧ перевешивают вред, наносимый используемыми

Прогнозы

Открытия, способные перевернуть развитие медицины

токсичными препаратами. Это означает, что лечение вредит пациенту меньше тогда, когда вирус ещё не атаковал все органы и системы. Кроме того, ранняя диагностика позволяет защитить большее количество людей от последующего заражения.

По этой причине Всемирная организация здравоохранения взяла на вооружение новую тактику. Теперь учёные бьются над созданием простого и при этом эффективного теста на ВИЧ, который позволит миллионам узнать о заболевании на самых ранних стадиях.

«ВОЗ настаивает на том, что лечение всех ВИЧ-инфицированных лиц станет переломным моментом в борьбе с эпидемией СПИДа», — говорит Хэвлір. — Тестовые испытания должны пройти в Африке, где в настоящее время с ВИЧ живут почти 26 млн человек».

Органоиды ускорят исследования заболеваний

Лабораторные мыши за последнее столетие уже очень много сделали для улучшения здоровья людей, однако в последние годы ряд медицинских прорывов не удалось опробовать не на модельных организмах. Человеческая биология, хоть и похожа на биологию модельных организмов, слишком отличается от неё в ряде сложных заболеваний, таких как аутизм, диабет и даже рак.

Теперь некоторые исследователи решили обратиться к выращенным в лаборатории органоидам или органическим конструктам — упрощённым моделям человеческих органов, таких как почки, молочные железы и даже мозг. Органоиды могут быть созданы из собственных стволовых клеток индивидуума, а значит, опробованные на них лекарства будут максимально эффективными.

«Существуют определённые «человеческие» аспекты заболе-

ваний головного мозга, которые просто невозможно воссоздать на животной модели», — говорит доктор Арнольд Кригштейн (Arnold Kriegstein), директор Центра регенеративной медицины и исследований стволовых клеток. — Я считаю, что органоиды, полученные от пациентов, смогут стать полем для испытаний, в ходе которых будут учтены индивидуальные факторы и найдено оптимальное лечение».

В прошлом году Кригштейн и ряд других учёных использовали органоиды, чтобы изучить природу тяжёлых генетических аномалий мозга и узнать, как иммунная система помогает сформировать молочную железу человека.

Также 3D-печатные органоиды из собственных клеток пациента позволяют быстро тестировать эффективность различных противораковых препаратов. Учёные уверены, что в ближайшие годы исследования с использованием органоидов приведут к определённым успехам.

Наука обратится к этническим меньшинствам

Так как мир постепенно продвигается к использованию персонализированной медицины, всё более важным становится изучение популяций, отражающих глобальное разнообразие. Однако люди неевропейского происхождения задействованы, например, в менее чем 2% клинических исследований рака. Учёные подчёркивают, что необходимо собирать более разнообразную выборку, чтобы действительно сократить влияние заболеваний.

«Этнические меньшинства почти не представлены в клинических исследованиях», — говорит профессор биоинженерии Эстебан Бурхард (Estepan Burchard). — Но мы не можем уменьшить бремя большинства болезней, не обращаясь к человеческому разнообразию».

Гематоэнцефалический барьер будет преодолен

Гематоэнцефалический барьер — биологический щит, защищающий мозг от передающихся через кровь инфекций и токсинов. Он имеет решающее значение для выживания. Однако этот барьер также мешает некоторым терапевтическим агентам достичь мозга.

Большинство химиотерапевтических препаратов против опухоли головного мозга вводятся перорально или внутривенно и вызывают огромное количество побочных эффектов. Но на саму опухоль они часто оказывают минимальное воздействие из-за того самого гематоэнцефалического барьера.

«В течение многих лет учёные сталкивались с вопросом — препараты не воздействуют на заболевания мозга, потому что они неэффективны или же они просто не в состоянии пересечь гематоэнцефалический барьер?» — рассказывает профессор нейрохирургии Калифорнийского университета Кристоф Банкевич (Krystof Bankiewicz), тестирующий препараты против глиобластомы.

Однако за последние 2 года учёным удалось добиться прогресса в преодолении гематоэнцефалического барьера, в том числе в ходе противораковой терапии. На 2016 г. запланировано клиническое исследование с участием детей, страдающих от опухолей головного мозга. Также 2 других исследования будут направлены на лечение болезни Паркинсона. Есть планы по разработке лечения болезни Альцгеймера и хореи Гентингтона.

Биология психических заболеваний

Технологии геномики и нейронаук развиваются беспрецедентными темпами: в ближайшее время ожидается, что они приведут к новому пониманию биологической основы психических расстройств.

«Серьёзные психические заболевания вряд ли принципиально отличаются от болезней сердца, рака или эпилепсии. Просто в настоящий момент мы недостаточно хорошо понимаем их основу», — считает Мэтью Стейт, заведующий кафедрой психиатрии университета. — В этом году учёным удалось выявить способ быстро измерять экспрессию 8 генов в тысячах отдельных клеток, а с помощью недавно разработанных технологий, таких, как CRISPR/Cas 9, мы можем определять функции генов точнее, чем когда-либо.

Неврологи также могут использовать подход, основанный на оптогенетике, для изучения целых участков мозга. Применение ряда современных интерфейсов в ближайшее время, вероятно, поможет определить, а может, и изменить факторы, определяющие психические заболевания».

Это существенно расширит наши знания о психических заболеваниях и откроет новые методы лечения. Кроме того, такой подход может показать, что психические заболевания — это результат физических нарушений.

Новые методы лечения рака на основе геномики

Изучение геномики рака позволило открыть массу новых генов, ответственных за появления опухолей. Несмотря на это богатство знаний, около 95% заболевших до сих пор получают устаревшее лечение химио- или лучевой терапией.

В настоящее время учёные планируют использовать дополнительные вычисления для того, чтобы разрабатывать лечение, основываясь на генетических профилях больных, а также выявить все раковые мутации, для которых эффективны уже существующие противораковые препараты.

Юлия ИНИНА.

По материалам Intercasy.

Исследования

Ещё одна попытка победить Паркинсона

Учёные из Австралии и США предложили лечить болезнь Паркинсона с помощью стволовых клеток. Они проанализировали данные о 1267 мужчинах и женщинах, у которых не было диагностировано это заболевание.

Во время исследования авторы регулярно измеряли уровень мочевой кислоты в крови. Они выяснили, что заболевание чаще развивалось у тех мужчин, концентрация мочевой кислоты в крови у которых была снижена. У тех же, у кого её уровень был высоким, болезнь Паркинсона развивалась реже. Подобная зависимость между вероятностью

развития болезни и концентрацией мочевой кислоты в крови у женщин обнаружена не была.

Авторы пока не могут утверждать, что мочевая кислота каким-то образом защищает от развития болезни Паркинсона, однако предполагают, что, возможно, управляя концентрацией этого соединения в крови, можно замедлить прогрессирование заболевания. Впрочем, исследователи предостерегают, что избыток мочевой кислоты может привести к развитию других проблем со здоровьем, например, образованию камней в почках.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Medical Daily.

Осторожно!

На юго-западе Франции, где производят фуа-гра, зарегистрировано 10 локальных вспышек птичьего гриппа.

Первая за последние 8 лет вспышка птичьего гриппа во Франции была зафиксирована на ферме в департаменте Дордонь в ноябре 2015 г. В понедельник, 7 декабря, Министерство сельского хозяйства сообщало о распространении птичьего гриппа на 6 фермах. К сегодняшнему дню 10 случаев зарегистрированы в юго-западном регионе — в департаментах Дордонь, Верхняя Вьенна и Ланды. При этом у птицы обнаружены разные штаммы вируса — H5N1, H5N2 и H5N9.

Доказательств того, что птичий грипп может передаваться через пищу, нет. Однако человек может заразиться от птицы некоторыми штаммами птичьего гриппа; были зарегистрированы смертельные случаи среди людей, находившихся в близком контакте с заражёнными пернатыми. Министерство сель-

Грипп по-французски



ского хозяйства Франции приняло решение прекратить экспорт живой птицы и инкубационных яиц из департаментов Дордонь и Ланды. Алжир, Китай, Египет, Япония, Марокко, Южная Корея, Таиланд и Тунис ввели ограничения на ввоз французских продуктов из мяса птицы. Во время последней

вспышки вируса несколько стран, в том числе Япония, Египет и Гонконг, запретили импорт мяса из Франции. Япония является самым большим импортёром французского фуа-гра.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Reuters.

В первобытных общинах возникла народная медицина. В дальнейшем историю медицины можно рассматривать по трём аспектам: великие деятели, конкретные открытия и события, эпохи или периоды в развитии.

Дети Асклепия

Вершиной врачебного искусства древнего мира признаётся медицина Древней Греции (начиная со II тыс. до н.э.). Сведения о ней получены из памятников литературы. Это, прежде всего, поэмы Гомера «Илиада» и «Одиссея».

Упоминается семья врачей во главе с Асклепием (в Древнем Риме Асклепий назывался Эскулапом), которого позже обожествили как бога врачевания, легенды о котором, по-видимому, содержали и элементы истины.

Аполлон – бог солнца, бог-исцелитель и исправитель бед передал свою целительную силу сыну своему Асклепию, матерью его была нимфа Коронида, которая ему изменила, и Аполлон убил её стрелой. Аполлон сам вынул из мёртвой сына Асклепия, которого отдал кентавру Хирону на воспитание.

Асклепию приписывают много чудесных исцелений, дар воскрешать мёртвых. Его часто изображают опирающимся на палку, вокруг которой обвивается змея, считающаяся эмблемой медицины. Известно, что однажды Асклепий сидел у постели больного, явилась змея и обвилась вокруг его палки. Он убил её, но появилась другая змея, неся во рту траву, натёрла ею мёртвую змею, которая воскресла. Эскулап отыскал эту траву и часто с успехом употреблял её.

В городе Эпидавре находился храм, посвящённый Асклепию, с кипарисовой рощей вокруг. Толпы больных собирались в роще со всей Греции, ища исцеления. Эти больные подвергались посту, омовениям и очищениям. Затем должны были провести ночь в храме, где бог являлся им во сне и давал наставления, которые объяснялись и толковались жрецами храма. Асклепию воздвигались храмы, которые строились обычно около целебных источников.

Однако он воскресил против воли богов Ипполита, пасынка Феды, и был за это поражён стрелой Зевса.

На монетах и медалях, выбитых в честь бога виноделия Диониса, часто изображалась змея, посвящённая Асклепию, намекая этим на целебные свойства, которые греки приписывали вину (Р.Менар).

У Асклепия, помимо двух сыновей – Махаона и Подалирия (занимались хирургией во время сражений), были и дочери Гигея – богиня здоровья (отсюда название – гигиена) и Панацея – богиня лечения (терапевтического – от всех болезней, ставшего нарицательным термином «панацея», применяемым сегодня с некоторой иронией).

От Гиппократов до Гарвея

Наиболее известным древнегреческим врачом является Гиппократ (460-377 гг. до н.э.). Принадлежал он к роду Асклепиадов, основателем которого был Асклепий (Эскулап), который после смерти был объявлен богом врачевания. В Риме и Древней Греции ему ставились святилища, в которых врачи-жрецы лечили больных. Гиппократ с юности много путешествовал и в каждой стране овладевал секретами медицины. Имел огромный авторитет в течение многих веков у медиков всего мира.

В приписываемых ему сочинениях, составляющих так называемый «Гиппократов сборник» приводится описание широкого круга болезней известных уже в то время. В частности, даётся описание «facies Hippocratica», столь характерного для «острого живота»: «Нос острый, глаза впалые, виски вдавленные, уши холодные и стянутые, мочки ушей отвороченные, цвет лица бледнотантунатая и сухая, цвет лица землистый, чёрный или бледный...».

В терапии среди принципов на первом месте стояло «не навреди» (non posere). Использовались такие методы, как кровопускания, банки, рвотные и слабительные средства. Приводятся описания следующих известных состояний: пневмония, апоплексия, эпилепсия и др., хотя представления о них отличаются от настоящих.

Наименования некоторых трудов в сборнике Гиппократов: «О раках и язвах», «О бесплодии женщин», «О прорезании зубов у детей», «О зрении». Представлено применение различных повязок, лечение переломов и вывихов, геморроя. Даётся и общая характеристика врача: «Врачу должны быть присущи трудолюбие, постоянное совершенствование в профессии, приветливость, чуткость, врач должен иметь приличный и опрятный вид».

Далекое – близкое

Векторы медицинской истории

Лучшие традиции и основные аспекты

Гален (130-216 гг. н.э.) был великим врачом Древнего Рима. Лечил гладиаторов. В классическом труде «о частях человеческого тела» дал первое анатомо-физиологическое описание целостного организма. Обобщил представления античной медицины в виде единого учения и опубликовал свыше 120 сочинений, которые в последующем более 1500 лет использовались врачами. Имеются комментарии Галена к трудам Гиппократов, что говорит о преемственности в медицине уже в те времена.

Гален классифицировал лекарственные вещества из растительного и животного сырья, описал способы их приготовления с учётом весовых и объёмных отношений в различных лекарственных формах – в порошках, настойках, экстрактах. Вытяжки из растений получили впоследствии название «Галеновы препараты».

Ибн Сина (Авиценна) (980-1037 гг.) великий врач, учёный, поэт. Основное произведение «Канон врачебной науки» в 5 томах. В нём обобщены и систематизированы достижения античной, византийской, восточной медицины, и при этом Авиценна внёс своё видение проблем и свой опыт.

Описывал такие инфекционные заболевания, как оспа, чума, проказа, возможность заразиться ими через воздух, воду, контакты с людьми. Дал ценные описания клиники язвы желудка, туберкулёза, плеврита, диабета (пробовал мочу на вкус – сладкая). Книги Авиценны служили руководством для врачей на протяжении многих веков.

Большое значение для медицины имело открытие кровообращения английского врача Вильяма Гарвея (1578-1657), кровообращения. Гарвей дал объяснение систолы (сокращение) и диастолы (расслабление) сердца и его роли в движении крови. Он доказал что кровь течёт по артериям из центра на периферию, а по венам – от периферии к центру.

После появления микроскопа Мальпиги описал в 1660 г. капилляры, а в 1665 г. были открыты эритроциты.

Эпоха дифференциации

Долгое время медицина существовала как единое целое, и врачи оказывали помощь всем больным, которые к ним обращались. Затем стала происходить её дифференциация, которая началась с выделения терапии и хирургии, а затем во второй половине XIX века стали появляться врачебные специальности, требующие не только предписывания лекарств, но и совершать некоторую руко-



ми учёными-медиками и практическими терапевтами Дмитрием Плетнёвым (1873-1941), Георгием Лангом (1975-1948), Николаем Стражеско (1976-1952), Максимом Кончаловским (1975-1942).

Отдельно следует сказать о Д.Плетнёве, который имел обширные зарубежные связи, работал ассистентом в ведущих зарубежных клиниках, внедрил в России новые методы диагностики и лечения, являлся автором руководства по клинике внутренних болезней, был лечащим врачом многих крупных деятелей. Доктор Плетнёв был незаслуженно репрессирован, и в 1941 г. расстрелян.

На пути к специализации

Во второй половине XX века продолжалась специализация медицины, выделение её профилей, специалистов по лечению болезней

систем органов. Обычно это связано с расширением информации о соответствующей патологии, появлением новых методов исследования, требующих повседневного использования и владения получаемой информацией, а также особенностями лечения, требующими определённых навыков и регулярной практики.

Развитие хирургии привело в первой половине XX века к операциям на нервной системе (нейрохирургия), сердце и сосудах (сердечно-сосудистая хирургия), других органах грудной клетки (грудная хирургия).

Одновременно с этим происходила дифференциация терапии (клиники внутренних болезней) на субспециальности: кардиология (сердце), эндокринология (железы внутренней секреции и сахарный диабет), гематология (кровь), пульмонология, или респираторная медицина (лёгкие), гастроэнтерология с гепатологией (желудочно-кишечный тракт и печень), нефрология (почки), ревматология (суставы).

Председателями Российского и Московского общества терапевтов были Евгений Тареев (1895-1986), Александр Мясников (1899-1965) и Владимир Василенко (1898-1978).

Е.Тареев развивал в России нефрологию, гепатологию и ревматологию, создал крупнейшую клиническую школу – 6 поколений заведующих терапевтическими кафедрами, более 200 докторов и кандидатов медицинских наук, прошедших свой путь в клинике со студенческой скамьи и ординатуры.

А.Мясников был создателем кардиологического общества и видным деятелем мировой кардиологии, автором учебников и крупных руководств, директором Института терапии.

В.Василенко был создателем общества гастроэнтерологов и института гастроэнтерологии, автор крупных исследований в кардиологии, классификации сердечной недостаточности. В 1952 г. был необоснованно арестован в составе группы консультантов Кремлёвской больницы. Вёл себя мужественно в заключении, что сыграло решающую роль в затягивании дела и его благоприятном окончании в связи со смертью И.Сталина в марте 1953 г.

Особое место среди этих специальностей занимает кардиология в связи с тем, что болезни сердечно-сосудистой системы являются главной причиной смертности населения цивилизованных стран, особенно у пожилых людей.

Важную роль в медицине сыграло так называемое Фремингемское исследование (1949-1950) в США,

которое позволило создать ценную научную базу для своевременной профилактики, прежде всего, сердечно-сосудистых и других болезней. У жителей Фремингема было оценено в динамике значение ряда легко выявляемых факторов (пол, возраст, курение, образ жизни, гипертония, гиперхолестеринемия, диабет и др.) на возникновение и течение различных болезней. В результате были установлены факторы риска различных патологических состояний (инфаркт миокарда и др.). Борьба с этими факторами риска с изменением образа жизни или приёмом некоторых лекарств (против гипертонии, гиперхолестеринемии и др.) и составляет программу профилактики, выполнение которой в большой степени зависит от населения – его готовности следовать рекомендациям врачей (начинать лучше всего с прекращения курения).

С элементами интеграции

Происходила дифференциация с элементами интеграции специальностей. Так сформировалась онкология, которая включает в себя хирургию опухолей, которая уже не мыслится без химиотерапии и лучевой терапии. Во второй половине XX века были достигнуты большие успехи в раннем распознавании опухолей разной локализации благодаря быстрому внедрению различных методов визуализации и использованию лабораторных онкомаркёров и их лечении. В результате в настоящее время более 2/3 больных злокачественными опухолями могут быть излечены. В Германии более 95% больных опухолями живут более 5 лет.

Эффект плацебо

История современной медицины – это история создания и внедрения в широкую практику новых высокоспецифических лекарств, что в настоящее время позволило создать ценную научную базу современной медицины. Следует назвать создание стрептомицина (Ваксман – Нобелевская премия 1952 г.), с которого началось эффективное лечение туберкулёза. Испытание стрептомицина было проведено впервые на основе принципов современной доказательной медицины (с контрольной группой, получавшей плацебо). Дальнейшее внедрение этих принципов и методов значительно упрочило научную базу медицины, прежде всего фармакотерапии.

Среди современных широко применяемых лекарств, эффект которых убедительно доказан на основе, прежде всего, такого показателя, как увеличение продолжительности жизни больных, назовём мочегонные ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, широко применяемые в кардиологии статины.

Следует назвать также средства, применяемые в онкологии. По сути, эти многочисленные препараты изменили уже судьбу большого количества больных с сердечно-сосудистой и онкологической патологией. А на горизонте уже новый класс генно-инженерных так называемых биологических препаратов (чаще это антитела против факторов-интерлейкинов, ферментов, участвующих в патогенезе различной патологии), которые будут применяться по разнообразным показаниям и сулят новые успехи в медицинской практике.

Валентин МОИСЕЕВ,
заведующий кафедрой
факультетской терапии Российского
университета дружбы народов,
академик РАН.

А ещё был случай

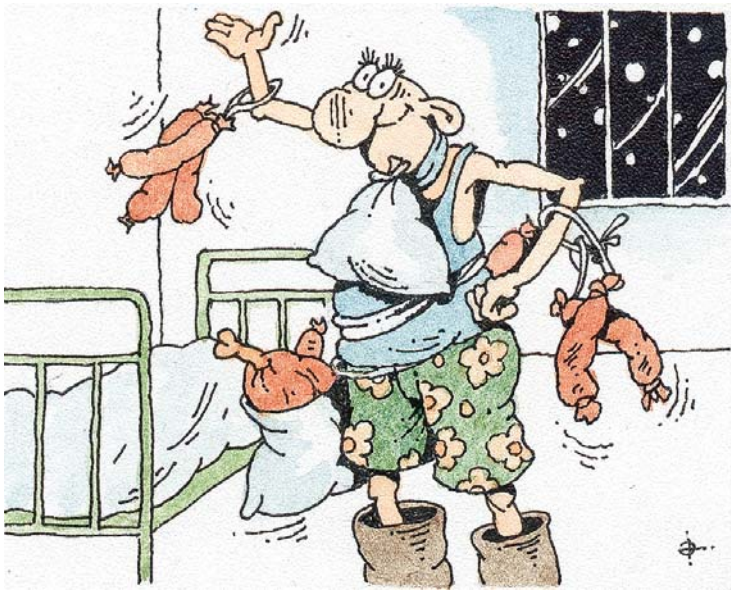
Мокрый путник в луже

Шёл новогодний дождь. Да не просто шёл, а звучно шлёпал по скользким крышам, грустным дорожкам, серым кустам. Дождь торопился «дошлёпать» до конца года, а потом превратиться в нарядный, весёлый, искрящийся от радости новогодний снег. Мы очень на это надеялись.

Мы тоже торопились – за 4 часа до Нового года на нашей «скорпомощной» машине на вызов к больному ребёнку. Но дорогу нам преградил одинокий путник. В общем даже и не путник вовсе, а не знаю кто, потому что он не шёл, а грустно сидел в луже посреди дороги и отчаянно голосовал. Почему в луже? А собственно, какая разница – где сидеть под таким проливным дождём, всё равно промокнешь до нитки.

Мужчина был не только мокрый снаружи, но ещё и пьяный – изнутри. Не просто грустный, а какой-то потерянно-грустный... И всё уговаривал нас взять его с собой. Взять мы не могли – ехали на вызов: а вдруг потребуются госпитализация – объясняя потом родителям ребёнка, почему у нас в машине валяется пьяный мужик. Вдвоём с водителем мы бережно этого мужика перетащили и усадили на обочине – ждать другого попутного транспорта.

На обратной дороге уже издали заметили это извращение – в меховой шапке-ушанке, в перемазанной и разбухшей от воды телогрейке он восседал в той же позе, в той же луже. Только вот надежды в глазах поубавилось. Теперь не взять его с собой мы не могли, тем более что жил он на улице почти по нашему пути. Наш неожиданный попутчик оказался на редкость неповоротливым,



мы с трудом запихали его в машину.

Привезли, как и обещали, на улицу. А дальше-то куда? Номер дома, квартира? Как же мы просчитались, что сразу не собрали весь «анамнез»: в тёплой машине мужика укачало и сморило, разбудить его уже не представлялось возможным. Ну и куда теперь девать? Препирались с водителем недолго: я наотрез отказалась переложить его досыпать на ближайшую лавочку – а вдруг как помрёт? А вдруг какая-либо сердобольная одинокая бабушка увидит из окна, что из «скорой» выгружают «труп»? Нет, только в медвытрезвитель – тогда такие учреждения ещё существовали, на наше счастье. Под шёпот стихающего новогоднего дождя, по мокрым безлюдным улицам – прямёхонько в «вытрезвилку».

Там нам не были особенно рады: там люди «адекватные» – за два часа до Нового

года к событию готовились основательно. И тут мы со своим мокрым мужиком. Приняли нас очень нерадушно, долго придирались к клиенту: и руки – ноги не гнутся, и шея не поворачивается, да к тому же ещё и бинтом перевязана... Наверное, он больной, наверное, его надо везти в больницу, а не в медвытрезвитель. Но тут уж и я проявила упорство и волю к достижению цели – избавиться наконец от спящего мокро-пьяного попутчика, и выиграла «сет» по передаче его на руки работникам этой «сервисной» службы.

Конечно, нам вдогонку ещё ворчали, конечно, нам грозили в спину, что «если что» – нас сюда вызовут, но мы были уже свободны. Ненадолго. На станции нас ждал новый вызов и просьба: «Непременно заехать на обратном пути в ... медвытрезвитель».

Только всё стало налаживаться, и дождь этот надоедливый закончился – за час до полу-

ночи, а тут тебе – медвытрезвитель! Но как нам здесь теперь рады, как нас теперь тепло встречают, да ещё вручают два объёмных пакета с провизией – колбасами, языками и прочими мясными деликатесами... Как благодарны за то, что я проявила стойкость характера и профессионализм и не увезла его дальше, на обследование, в стационар.

«Обследовали» они его сами – в надежде прочесть молодого доктора и возвратить ей её «поклажу». При обследовании было обнаружено: 2 килограммы свиных языков в целлофановом пакете, привязанном медицинским бинтом к шее; 4 килограмма свежайшей свинины в целлофановом пакете, навязанном на бинты у талии; по 4 палки колбасы на каждой конечности, прочно примотанные бинтами к телу. Итого 16 штук.

А наш незадачливый «найденный» оказался хитрым мудрым сотрудником местного мяско-комбината, пострадавшим из-за своей неуёмной жадности и пристрастия к спиртному. Весь ассортимент этой ходячей «мясной лавки» очень удачно делился на два: половина – для «скорпомощной» службы, половина – для медвытрезвителя. Так что мы тогда тоже успели подготовиться к празднованию Нового года. И встретили его дружно за богато накрытым столом под звонкий стук бокалов с крепким чаем!

Новогодний дождь, в котором заплутал наш «благодетель», закончился. А утро следующего года встретило нас хороводом весёлых снежинок и бодрящим морозиком.

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Москва

Умные мысли

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

«Оздоровизмы»

- Современная медицина способна поставить на ноги даже того, кто привык ходить на голове.
- Молчание – знак согласия с рекомендацией лор-врача беречь голос.
- Выварить зло с корнем удаётся не всякому стоматологу.
- Была бы голова, а мигрень приложится.
- Не все болезни, загнанные внутрь, становятся внутренними болезнями.
- Жизнь – это борьба за правильный обмен веществ.
- Полная свобода питания не для диетчиков.
- Болезнь – это наиболее частое напоминание о необходимости беречь здоровье.
- Души прекрасные порывы не обязательно должны приводить к психиатру.
- Многие без ума от природы, которая на них отдыхает.
- Алмазные коронки нам не по зубам.
- Молодость штурмует бастионы, старость – поликлиники.
- Иной «бес в ребро» оказывается всего лишь межрёберной невралгией.
- Здоровье изменяет нам с болезнями.
- Зубы сохраняются лучше, если их не класть на полку.
- Жизнь так коротка, что не у всех медицинских специалистов успеваешь побывать.
- Обиды копят в нервных клетках.
- Слепо верить можно не только хорошему офтальмологу.
- У одних проблемы со сном, у других – без него.
- В спорах с любителями водки побеждает истина в вине.
- Зубы мудрости порой дурной голове покоя не дают.
- Трудно не быть под градусом в стране, где даже дожди часто косые.
- Грех жаловаться на память, которой нет.
- Хорошо хоть не каждый склероз успеваёт закончиться маразмом.
- На медицину надейся, а сам не плошай!
- Давайте даже анекдоты не травить лекарствами!
- Не так страшна болезнь, как страшно дорогое лечение!
- Мало пойти на поправку, надо ещё суметь дойти!
- Положа руку на сердце, не мешай его биению!

Москва.

Амер. вирусолог					Сорт печени	Леналидомид	СКАНВОРД										Винт конвейер		Абраз. материал										
Симво-статин	Подол жен. платья		Съе-добные клубни				"... Стоун", Доил	Фин. писа-тель									Остро-ва, Поли-незия		Вест-ница Зевса	Чайков-ский, опера	Низовые реки								
					Боло-тистое место (стар.)			Цыган-ка ...	Индий-ский буйвол		Край шляпы		Город, Гродн. обл.		Шерст. ткань					Кулид-жанов									
Всегда	Старин. ружье		Бурый капуцин				Рыба, Инд. океан				Древняя столица, Вьетнам								Регион, Турция										
			Отрос-ток на колесе		Дверь в потолке			Амер. невро-патолог	Оркест-ровая				Рофлу-миласт	Деньги, Узбе-кистан		Твердая стих. форма													
Чеш. писа-тель		Аэро-порт, Париж				Перу	Путе-шест-венник ... Поло	Древ-ние счета	Турман			Анчоус							Древняя страна, Мьянма										
					Шутка		буки, ве-ди	Рос. хирург				Крик кучера																	
Вода в пустыне		Реаль-ность				Пря-ность																							
Автор Валерий Шаршуков				Ящери-ца	Бело-бровик			Школа япон. живо-писи																					
										З А М О К Д										Д У К А Т А									
										А Т Е Л О П										Г О Ш М А И									
										Т И Б Р М Л										А А Э Д А А К У Л А									
										А А К И М О В										И О Ф Т Н А Р О П И Н Т И Н									
										К А Л Б А А С О И										Т О Р Т А Н И И Ж И Ц А									
										С У Л А Р Р А Н Г Р О										А С Е Н К О Т									
										И К Т Ч И Т О Г А Н У Ш Б																			
										Я О Д Е О Н Н А У М Н О В А																			
										М К А З А Т А Л Ь К О Р																			

Ответы на сканворд, опубликованный в № 7 от 03.02.2016.