

Медицинская

16 декабря 2016 г.
пятница
№ 95 (7715)

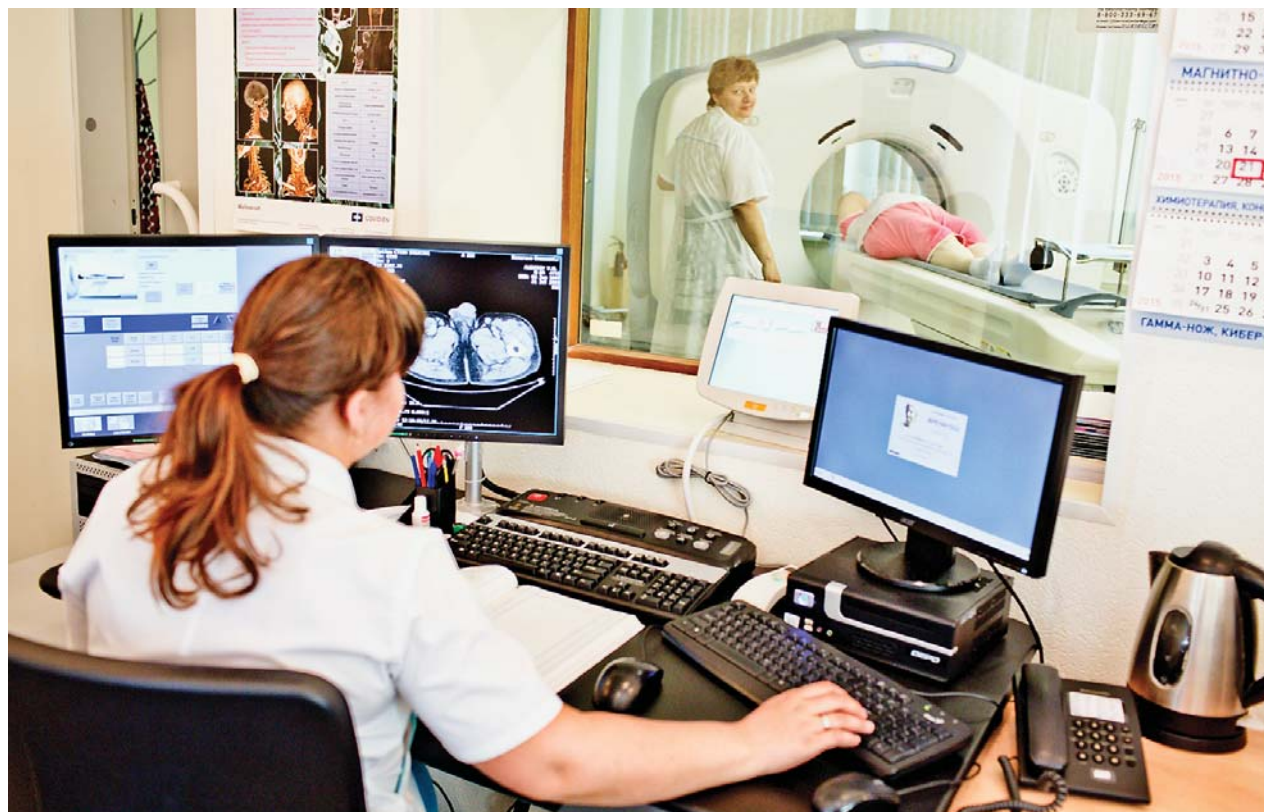
Газета®

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

Современные технологии

На высшем уровне

Шансы на излечение от рака увеличиваются



В Омске впервые проведена давно ставшая традиционной ежегодная научно-практическая конференция Российского общества урологов-онкологов.

В город на Иртыше приехали ведущие специалисты страны. Только целевых докладов о самых современных технологиях и методах лечения онкоурологических новообразований было заслушано без малого два десятка. Хотя, по мнению президента Российского общества онкоурологов, заведующего отделением онкоурологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, доктора медицинских наук, члена-корреспондента РАН Всеволода Матвеева, они приблизительно одинаковые и в столичных, и в провинциальных клиниках. И привёл в пример одну из самых популярных методик – лапароскопию. Такие щадящие операции легче переносятся пациентами,

Сегодня наши онкологи успешно осваивают самые современные технологии

значительно сокращая и период их реабилитации.

Генеральный директор Научно-исследовательского центра Минздрава России Андрей Каприн представил статистику онкоурологических опухолей в РФ, ситуацию с заболеваемостью и смертностью. Да, наблюдается рост заболеваемости раком почки, раком мочевого пузыря, выявляется сегодня много рака предстательной железы. Однако снижается и смертность, как, например, в Омской области на 10% за последние годы, отметил в своём докладе заместитель главного врача Клинического онкологического диспансера Олег Леонов. А его коллега, заведующий урологическим отделением этого ЛПУ Евгений Копыльцов, поделился с участниками конференции собственным опытом неинвазивного лечения рака мочевого пузыря с применением фотодинамической терапии.

Судя по выступлениям других специалистов в онкоурологии, злокачественные новообразования сегодня не приговор, особенно если они выявлены на начальных стадиях развития. А это случается всё чаще благодаря диспансеризации населения и скрининговым программам, действующим уже во многих российских регионах. Теперь в большинстве случаев людям с недавно смертельным диагнозом нет необходимости ездить в столичные клиники, поскольку и в провинциальных, оснащённых самым современным оборудованием, есть специалисты-онкологи высшего уровня, шансы на полное излечение от рака будут увеличиваться год от года.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Акценты

Успехи впечатляют

В Министерстве здравоохранения Республики Тыва подвели итоги трёхлетней деятельности Регионального сосудистого центра. Здесь связывают увеличение средней продолжительности жизни населения именно с реализацией проекта по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. За этот же период госпитальная летальность от инсульта и инфаркта миокарда снизилась в регионе в два раза.

Созданный в Кызыле сосудистый центр имеет два профильных отделения на 60 коек – кардиологическое и неврологическое. С 2014 по 2016 г. здесь получили медицинскую помощь около 4 тыс. человек, из них 380 – высокотехнологичную. В течение трёх лет специалисты центра последова-

тельно внедряли и отработывали все основные стандартные методы лечения и реабилитации больных при остром коронарном синдроме и острых нарушениях мозгового кровообращения: догоспитальный и госпитальный тромболизис, коронарографию, стентирование и дру-

гие виды оперативных вмешательств.

По словам руководства, большим подспорьем в снижении летальности от инфарктов и инсультов стала система дистанционного ЭКГ-консультирования и телемедицины. Здесь круглосуточно дежурят специалисты функциональной диагностики, которые помогают врачам скорой помощи правильно оценить состояние пациента на вызове и при наличии показаний начать проведение тромболитической терапии на этапе транспортировки больного в первичный либо региональный сосудистый центр.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:

Сегодня укреплять здравоохранение надо через доступность и качество медицинской помощи, путём совершенствования первичного звена, развития кадрового потенциала, информационных цифровых технологий и высокотехнологичных методов лечения.

Стр. 4



Владислав КУЧМА,
директор НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков НЦЗД,
член-корреспондент РАН:

У школьников отмечается типичная патология офисного работника.

Стр. 5

Сергей ПУСТЫЛЬНИКОВ,
победитель конкурса
«Туберкулёз-минус: молодёжные
инновации XXI века»,
кандидат биологических наук:

...открытость миру и заимствование лучших практик – это возможность усилить российскую науку.

Стр. 11



Острая тема

Нашим детям требуется активная помощь!

Современные школьники практически не бывают на свежем воздухе, мало двигаются, нерегулярно питаются, недосыпают. Только у 18% российских учащихся продолжительность ночного сна соответствует гигиеническим нормам. 40% подростков ложатся спать после полуночи. Их режим и рацион питания далёк от того, каким должен быть. Низкая двигательная активность характерна для 70% старшеклассников.

По словам заведующего лабораторией НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей профессора Петра Храмцова, у детей отмечается столь существенный дефицит движений, что учёные его называют уже даже не гипокинезией, а инактивностью, подчёркивая тем самым чрезвычайно низкий уровень двигательной активности.

Гипокинезия школьников сегодня характеризуется качественно особым её видом, связанным с сидячим образом жизни, считает профессор. И это становится приметой нашего времени.

Как научить детей правильно питаться, больше двигаться, противостоять вредным увлечениям?

Об этом шла речь на прошедшей в Москве Международной конференции стран Восточной Европы и Центральной Азии «Формирование здорового образа жизни школьников в современных условиях», в которой приняли участие представители министерств здравоохранения и образования, национальные координаторы сети школ здоровья, сотрудники научно-исследовательских институтов, вузов, учреждений Роспотребнадзора,

врачи детских поликлиник и учителя школ.

В рамках конференции состоялся обмен опытом по формированию здорового образа жизни обучающихся, в том числе с учётом социокультурных и этнических особенностей. Специалисты республик Армения, Беларусь, Казахстан, Молдова и других государств выражали обеспокоенность сложившимся положением дел и делились наработками. Так, интерес у присутствующих вызвали проекты по интеграции двигательной активности в образовательный процесс «Активный урок», «Активная школа» и др., обеспечивающие профилактику гипокинезии. Особое значение придавалось развитию сети школ, содействующих сохранению и укреплению здоровья. Выступившая на конференции заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Ольга Чумакова рассказала о том, что предпринимается в отношении охраны здоровья учащихся, выделив пилотный проект «Школьная медицина», основной целью которого является создание эффективной модели здоровьесбережения обучающихся.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Новости

Новейшие технологии
приходят в Сургут

В Сургутской клинической травматологической больнице под руководством израильского врача доктора медицинских наук Эльяху Адара проведена операция по восстановлению движений в плечевом суставе по новейшей технологии.

Зарубежный специалист посетил медицинское учреждение Сургута для обучения коллег новой методике, которую используют при невосстановимых разрывах сухожилий плечевого сустава.

– Представленная технология призвана сдвинуть на более поздний период проведение операции по замене сустава, а в некоторых случаях даже исключить её.

– Такое оперативное лечение при разрывах вращательной манжеты плечевого сустава – это новинка для российского врача. Метод является передовым и активно применяется в зарубежных медицинских центрах в последние годы. В настоящее время подобные операции внедряются в Москве и Нижнем Тагиле. Сургут – третий город в России, где планируется проведение вмешательств пациентам по данной технологии, – отметил травматолог-ортопед Сургутской клинической травматологической больницы Станислав Афанасьев.

Елена ЛЬВОВА.

Сургут.

Грипп:
всё под контролем?

Роспотребнадзор исследовал циркулирующий вирус гриппа H3N2 (гонконгский), который практически идентичен с вакцинным штаммом. Об этом сообщила глава ведомства Анна Попова.

«Мы можем сказать, что на 99% вирус гриппа H3N2 совпадает с вакцинным штаммом, – отметила А.Попова. – Мутаций, вызывающих лекарственную устойчивость, тоже не обнаружено, то есть штамм чувствителен к тому спектру противовирусных препаратов», – подчеркнула она, добавив, что гонконгский штамм сейчас выявляется в 90% случаев заболеваний гриппом во всём мире, а в России привито уже 38,3% населения от намеченных 40%.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Брахитерапия и на Сахалине

В Сахалинском областном онкологическом диспансере стало возможным использовать новый метод – внутритканевую брахитерапию для лечения рака предстательной железы. Суть новой методики заключается во введении источника излучения в поражённый орган при помощи радиоактивных игл. Первым пациентом стал 77-летний житель региона, страдающий раком простаты. На выбор данного метода лечения повлиял тот факт, что не все традиционные способы – дистанционная лучевая терапия и хирургическое вмешательство – могут использоваться при наличии сопутствующих патологий в пожилом возрасте. Преимуществом брахитерапии является её точечное воздействие и низкая вероятность осложнений, которые нередко возникают при других методах. На днях островные онкологи провели аналогичную операцию ещё одному сахалинцу.

Предварительно специалисты прошли обучение в ведущих российских и зарубежных медицинских центрах. Для помощи в проведении первых операций по новой методике врачам онкодиспансера прибыл заведующий отделением медицинской физики краевого клинического центра онкологии Алексей Молоков (Хабаровск). К слову, Хабаровский онкологический центр – единственный на Дальнем Востоке, применяющий эту технологию. Теперь и сахалинские специалисты будут использовать новый метод. До конца этого года планируется сделать ещё две операции, а в следующем году – не менее 20. По данным специалистов, брахитерапия – очень востребованный метод, при раке предстательной железы на ранних стадиях он является альтернативой радикальной простатэктомии. В настоящее время рак предстательной железы – самое распространённое злокачественное заболевание у мужчин.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

Ятрогенная слепота

Следственный комитет проверяет сообщение средств массовой информации о женщине, которая потеряла зрение после пластической операции в столичной клинике эстетической медицины. Об этом сообщает пресс-служба Государственного следственного управления Следственного комитета РФ по Москве.

«По информации, полученной из СМИ, следует, что в позапрошлом году женщина обратилась в одну из столичных «косметических» клиник для проведения пластической операции. Несмотря на то, что после проведения блефаропластики у женщины открылось глазное кровотечение, сотрудники частной клиники отправили её домой. После чего она фактически потеряла зрение», – говорится в сообщении.

Следователи выясняют обстоятельства произошедшего. Специалисты Следственного комитета дадут правовую оценку всем действиям сотрудников клиники. По итогам проверки будет принято процессуальное решение.

Борис БЕРКУТ.

Москва.

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

События

Медики с ключами
от квартир

Им в Алтайском крае устроили большой праздник

Для привлечения и закрепления в Алтайском крае высококвалифицированных медицинских специалистов по поручению руководства Алтайского края в сентябре позапрошлого года в Барнауле началось строительство 10-этажного многоквартирного дома на 160 квартир для медицинских работников организаций, входящих в медицинский кластер. Общий объём инвестиций составил более 274 млн руб.

В августе этого года губернатор края Александр Карлин уже вручил ключи части медработников. А недавно закончилось строительство второй очереди на 80 квартир. Они предоставлены в качестве служебного жилья врачам и средним медицинским работникам остродефицитных специальностей – сотрудникам Федерального центра травматологии и ортопедии, Алтайского краевого онкологического диспансера, городской больницы № 5 и Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи.

На торжественном мероприятии присутствовали депутаты Государственной Думы РФ, представители комитета администрации Алтайского края по финансам, налоговой и кредитной политике, главных управлений Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, строительства, транспорта, жилищно-коммунального и дорожного хозяйства, общественные организации, а также подрядчики.

– Барнаул сегодня активно растёт, развивается здравоохранение: появился Федеральный центр травматологии и ортопедии, скоро откроется новый перинатальный центр. Для нас важно, чтобы молодые высокопрофессиональные кадры имели комфортные условия не только для работы, но и для жизни, – сказал на открытии заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Константин Гордеев.

Все квартиры в доме № 15 на улице 6-й Нагорной были сданы под ключ с полной чистовой отделкой и установленной сантехникой. Каждую обеспечили



Ключи медицинской сестре городской больницы № 5 Марине Жилиной и её сыну Косте вручает президент Национальной медицинской палаты Алтайского края Яков Шойхет

оптико-волоконной связью. На дворовой территории предусмотрены площадки для детей и взрослых, волейбольная площадка и велосипедная дорожка, две стоянки для автомобилей.

Тепло поздравили новосёлов и депутаты Государственной Думы РФ от Алтайского края Даниил Бессарабов и Валерий Елыкомов.

– Вопрос обеспечения жильём специалистов лечебных учреждений в регионе решается по целому ряду направлений, – комментирует начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Долгова. – В ходе реализации федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий» в ряде районов края медицинские специалисты получили социальные выплаты на строительство и приобретение

жилья. Приняты муниципальные программы по кадровому обеспечению медицинских организаций. В рамках реализации данных программ в различных муниципальных образованиях, помимо ежемесячных выплат интернам и студентам-целевикам, предусмотрено предоставление жилья по социальному найму.

Ведомственное жильё выделяется врачам, трудоустроившимся в городские медицинские организации Бийска. В Белокурихе администрация города закупила служебное жильё для 5 врачей местной городской больницы. Кроме того, в регионе налажено строительство типовых ФАПов с жильём для медицинских работников.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Барнаул.

Эхо трагедии

В консилиуме
участвовала министр

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила в субботу детей, пострадавших в ДТП в Ханты-Мансийском автономном округе. Она вместе со специалистами НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко провела консилиум, в ходе которого было обсуждено состояние детей, а также дальнейшая тактика их лечения.

В.Скворцова прокомментировала состояние детей, которые находятся в НИИ нейрохирургии

им. Н.Н.Бурденко: «10-летняя девочка с хорошей динамикой с выходом в сознание и самостоятельное дыхание. Двое детей считаются тяжёлыми. Причём один ребёнок со сложным прогнозом».

Кроме того, министр провела видеоселекторное совещание с окружной больницей ХМАО.

«В реанимации Ханты-Мансийска остаётся пять человек, из них четверо детей и одна взрослая – тренер. В целом мы оцениваем ситуацию за сутки с положительной динамикой:

один ребёнок переведён в палатное отделение в состоянии средней тяжести из реанимации. На искусственной вентиляции лёгких остаются трое детей и тренер... У двоих детей наблюдается положительная динамика, но один ребёнок находится в очень тяжёлом состоянии. Существенно улучшилось состояние тренера, она пришла в сознание», – отметила В.Скворцова.

Министр выразила благодарность специалистам из Ханты-Мансийска, а также врачам федеральных центров за медицинскую помощь детям, оказываемую на самом высоком уровне.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Москва.

Из первых уст

Нам удалось достичь целей тысячелетия

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев провёл в Оренбурге совещание по охране здоровья матери и ребёнка

Совещание прошло в режиме видеоконференции с участием заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец, министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, полномочного представителя Президента РФ в Приволжском федеральном округе Михаила Бабича, председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерия Рязанского, председателя Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрия Морозова, губернатора Оренбургской области Юрия Берга, глав регионов и других официальных лиц.

«Нам удалось достичь целей тысячелетия в области развития по таким важнейшим показателям, как снижение материнской и детской смертности», — отметил глава Правительства РФ.

— Я напомним, что эти цели тысячелетия были сформулированы Организацией Объединённых Наций в 2000 г. За последние 25 лет, то есть с 1990 г., показатель материнской смертности в нашей стране снизился более чем на три четверти. Сейчас он составляет чуть более 10 случаев на 100 тыс. родившихся живыми. За всё это время смертность детей в возрасте до 5 лет сократилась практически на две трети. Уровень младенческой смертности по результатам прошлого года составил 6,5 случая на тысячу родившихся живыми. По итогам 10 месяцев текущего года этот показатель выглядит ещё лучше и составляет 5,9. За сухими цифрами стоят тыся-

чи детей и женщин, которым была вовремя оказана сложная, высококвалифицированная медицинская помощь, — подчеркнул Д.Медведев.

Он также отметил, что работа по программе охраны материнства и детства, по созданию перинатальных центров началась почти 10 лет назад, когда была создана первая версия национального проекта по здоровью.

— Я только что посетил Оренбургский областной перинатальный центр. Он производит очень хорошее впечатление. Там есть всё, чтобы и женщины, и дети получали самую лучшую медицинскую помощь. Специалисты, которые там трудятся, имеют хорошую подготовку. Оборудование — высокотехнологичное, сложное. Причём значительная часть его — это российское, абсолютно конкурентоспособное. И всё это смонтировано в единую систему и работает для решения самых разных медицинских задач. Условия комфортные. В то же время всё сделано абсолютно разумно, нет ничего лишнего, — сказал премьер-министр.

«Ускориться» со строительством современных перинатальных центров — такое требование предъявил глава Правительства РФ губернаторам регионов, где идёт отставание от графика. В настоящее время в России строятся 32 перинатальных центра, однако работа, которую нужно было выполнить до конца года, завершается не во всех регионах.

Премьер подчеркнул, что охрана материнства и детства является самым приоритетным и дорогостоя-

щим проектом из существующих сегодня в сфере здравоохранения. На его реализацию выделено 25 млрд руб. из региональных бюджетов и порядка 45 млрд руб. из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

— От его успеха зависит и демографическая ситуация и будущее наших детей, — отметил Д.Медведев.

Губернатор Оренбургской области Юрий Берг выразил глубокую признательность Правительству РФ за возможность участия в программе строительства в регионах современных центров родовспоможения.

Правительством области введены дополнительные меры поддержки материнства и планомерно осуществляется пропаганда традиционных семейных ценностей. Учреждены выплаты регионального материнского капитала и ежемесячного пособия при рождении третьего и последующих детей. Увеличены единовременные выплаты при рождении двоих и более детей и пособия на детей в возрасте от 1,5 до 3 лет.

Весь комплекс мер работает на укрепление службы материнства и детства, охрану здоровья оренбуржцев, благополучие региона. Это в полной мере согласуется с задачей, обозначенной в послании Президента РФ к Федеральному Собранию: «Смысл всей нашей политики — это сбережение людей, умножение человеческого капитала как главного богатства России».

Наталья ЧЕПУРГИНА,
внешт. корр. «МГ».

Оренбург.

Решения

Импортозамещение лекарств — под контроль

В нижней палате российского парламента сформирован Экспертный совет по развитию биотехнологий, фармацевтической и медицинской промышленности, который будет работать над законами по импортозамещению медицинских изделий и лекарств. Совет создан при Комитете по экономической политике, промышленности и инновационному развитию. Председателем совета стал депутат Владимир Гутенев. По его словам, совет намерен предложить способы повышения заинтересованности инвесторов в фармотрасли, а также методы развития фармацевтической и медицинской промышленности.

Впервые Совет по фармацевтике был собран в 2012 г. при Госдуме РФ VI созыва. «Главное, чего мы добились с членами Экспертного совета в прошлом созыве Госдумы, — так это недопущения измения Правил регистрации и экспертизы лекарственных средств Евразийского экономического союза, подготовленных к вступлению в силу в конце прошлого года,

в пользу иностранных фармацевтических компаний», — утверждает В.Гутенев.

Совет при Госдуме РФ VII созыва, по словам депутата, будет участвовать в регулировании национального законодательства, касающегося импортозамещения медицинских изделий и лекарств. Отрасль, как уточнил депутат, по-прежнему нуждается в господдержке и стимулировании

увеличения глубины локализации продуктов. Также эксперты займутся разработкой механизмов, которые позволят упростить выход отечественных препаратов на рынок. По словам В.Гутенева, совет также намерен предложить систему ускоренной регистрации медизделий и лекарств.

Ранее было зафиксировано снижение поставок импортных лекарств в Россию. По данным министра промышленности и торговли РФ Дениса Мантурова, с начала минувшего года объём импорта фармпродукции в натуральном выражении сократился на 8,5%, при этом доля российских лекарств на рынке за это время увеличилась с 24 до 28,5%.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

Проекты

Цель — довести до автоматизма

Департамент здравоохранения Москвы начал тестирование электронного сервиса «ЕМИАС. Школа». Это прототип модуля единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС), который, в случае успешных испытаний, планируется использовать во всех школах и детских садах столицы.

По мнению московских властей, автоматизированные рабочие места позволят уменьшить бумажную работу медперсонала почти на 90%. Планируется, что в дальнейшем систему интегрируют с

электронной медицинской картой, а также с электронным дневником.

Когда систему интегрируют с электронной медицинской картой, можно будет быстро получить информацию о состоянии здоровья

ребёнка. Кроме того, столичные власти планируют связать новый модуль с электронным дневником, родители школьников будут получать информацию о запланированных вакцинациях и рекомендациях для ребёнка по результатам профилактических осмотров.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Перспективы

Депутаты Государственной Думы РФ — председатель Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Василий Пискарев и его заместитель Эрнест Валеев — внесли на рассмотрение законопроект о расширении полномочий Росгвардии и МВД по доступу к медицинской информации о гражданах РФ. Новые полномочия помогут Росгвардии эффективно выполнять свои функции по контролю за оборотом оружия в стране, полагают парламентарии.

К новым полномочиям Росгвардии и МВД

Должностных лиц Росгвардии законопроект наделяет правом получать сведения о наличии у граждан медицинских противопоказаний к владению огнестрельным оружием, осуществлению охранной деятельности, а также результаты медицинского освидетельствования в связи с производством по делам об административных правонарушениях. Кроме того, МВД будет иметь право получать информацию о наличии у граждан медицинских противопоказаний или ограничений к управлению транспортными средствами и осуществлению частной детективной деятельности. Результаты

медицинского освидетельствования Росгвардия и МВД смогут получать в связи с производством по делам об административных правонарушениях.

Как пояснили разработчики законопроекта, получение информации о медицинских противопоказаниях или ограничениях граждан к управлению транспортным средством, владению огнестрельным оружием и осуществлению охранной деятельности позволит Росгвардии эффективно выполнять свои функции по контролю за оборотом оружия.

Валентин СТАРОСТИН.

Кагры

Переехавшим на работу в село

Государственная дума РФ приняла во втором чтении законопроект о продлении на 2017 г. единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, переехавшим в село в 2016 и 2017 гг.

Законопроект был внесён Правительством РФ. Документом предлагается продлить на 2017 г. единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2017 г. или переехавшим на работу в сельский населённый пункт, рабочий посёлок или посёлок городского типа.

Ко второму чтению Правительством РФ были внесены поправки,

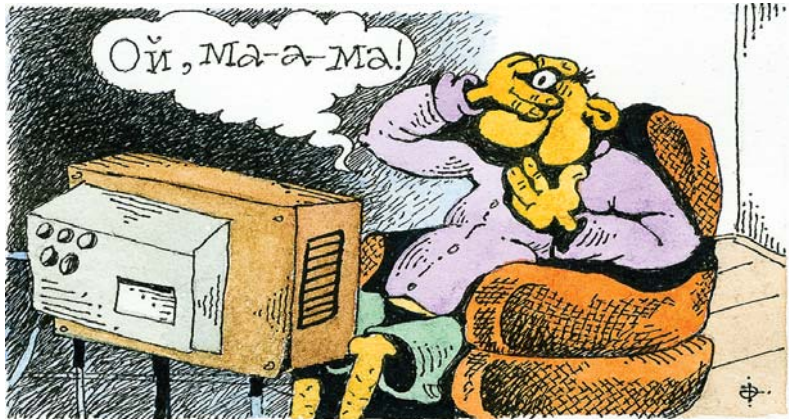
рекомендованные к принятию Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья. Согласно поправкам, действие указанной в проекте закона меры распространяется, помимо граждан, прибывших в 2017 г., также на прибывших в 2016 г. на работу в село медицинских работников в возрасте до 50 лет.

Как отмечается в тексте пояснительной записки к документу, для сокращения сроков получения медицинскими работниками данных выплат предусматривается ежемесячное предоставление уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ и территориальным фондом ОМС заявок на получение межбюджетных трансфертов из бюджета фонда ОМС.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

Профилактика

Чего мы боимся?



Международная напряжённость — снова на первом месте в рейтинге страхов россиян, выяснил Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в ходе опроса о том, каких проблем в жизни россияне опасаются больше всего. Индекс этого страха вдвое вырос с сентября. Страх появления проблем со здоровьем у россиян существенно ниже, но тоже усилился.

Страхи россиян, связанные с напряжённой международной ситуацией, значительно усилились, достигнув максимальных значений, говорится в сообщении ВЦИОМ. «Индекс страхов» демонстрирует уровень опасений россиян по шкале от минуса ста до ста. Чем выше значение, тем более ве-

роятным кажется возникновение проблемы.

«Уровень нервозности в обществе повышается — почти все страхи стали более выраженными, чем месяц назад или год назад, — считает руководитель исследовательских проектов ВЦИОМ Юлия Баскакова. — После некоторой стабилизации летом, когда рубль укреплялся, а цены на продукты сезонно снижались, осенью повышение стоимости жизни вновь становится более сильным фактором беспокойства для широких слоёв населения, в первую очередь — для малообеспеченных и пенсионеров».

Опрос ВЦИОМ проведён в 130 населённых пунктах в 46 областях, краях и республиках и 8 федеральных округах России. Объём выборки — 1600 человек.

Алина КРАЗУЗЕ.

Заслушивание в парламенте министра здравоохранения совпало с обсуждением во втором чтении бюджета страны. А в этом году процесс его вёрстки шёл как никогда остро. И депутаты ещё раз убедились, какое принципиально весомое значение имеет работа медиков.

В ходе своего выступления и в ответах на вопросы депутатов Вероника Игоревна старалась предметно убедить их в том, что ситуация в здравоохранении улучшается, чудес не бывает, но тенденции говорят о том, что медицина не остановится в своём развитии. Предлагаем нашим читателям важные фрагменты из выступления министра.

Что за цифрами

Вероника Скворцова считает, что сегодня даже в условиях действия сильных социально-экономических факторов системе здравоохранения удаётся добиваться позитивных изменений.

— За 2015 г. и неполный 2016 г. продолжительность жизни увеличилась более чем на 1,2 года, впервые в нашей истории превысив 72 года, — отметила она. — Смертность же снизилась во всех возрастных группах: детей — на 12,4%, трудоспособного населения — на 3,3%, старшего поколения — на 0,8% — от всех основных причин. Лишь за 10 месяцев 2016 г. в России удалось сохранить на 33 тыс. жизней больше, чем за аналогичный период прошлого года.

Безусловный вклад в увеличение продолжительности жизни внесло снижение младенческой смертности, которая сократилась в 2015 г. на 12,2%, составив 6,5 на 1000 родившихся живыми. А за 10 месяцев 2016 г. снижение составило 10,6% — до 5,9 на 1000 родившихся живыми. Следует напомнить, что ещё в 2010 г. эксперты прогнозировали на 2020 г. достижение показателя 7,5.

Значительно снизилась и материнская смертность — на 6,5% за 2015 г., достигнув 10,1 на 100 тыс. родившихся живыми. При этом в прогнозах на 2020 г. данный показатель должен был достичь 18,7.

Сегодня уровни младенческой и материнской смертности являются наименьшими в истории нашей страны.

Реализация поручения Президента РФ по строительству новых 32 перинатальных центров позволит завершить формирование трёхуровневой системы оказания медицинской помощи в сфере охраны материнства и младенчества и обеспечить дальнейшее улучшение показателей.

Геоинформационная система оценивает доступность

Одной из главных задач Минздрава России является повышение доступности медицинской помощи, в особенности на селе и в отдалённых районах. Известно, что на протяжении десятилетий сельская медицина последовательно деградировала. Так, лишь с 2005 по 2011 г. количество ФАПов и ФП сократилось на 12%, или более чем на 5 тыс.

— В 2012 г. мы обратились к регионам с требованием прекратить сокращение маломощных медицинских объектов на селе, — акцентировала внимание депутатов министр. — Были системно рассмотрены и утверждены требования к размещению медицинских организаций, исходя из численности населения и удалённости от другой медицинской организации. Это дало результат. Из 800 медицинских объектов, построенных и введённых в 2015 г., 557 — были новые ФАПы, 58 — офисы врачей общей практики. За 2015 г. почти в 2,5 раза увеличилось число отделений врачей общей практики и в 1,6 раза — количество сельских врачебных амбулаторий.

Благодаря программе «Земский доктор» на село с 2012 г. переехали более 22 тыс. специалистов.

Для обеспечения своевременности медицинской помощи — с 2014 г. — рекомендательно, а с 2015 г. — в обязательном порядке — впервые были установлены предельные сроки ожидания медицинской помощи разных видов, закреплённые Программой государственных гарантий.

Сегодня территориальную доступность медицинских организаций оценивает геоинформационная система. Она разработана Минздравом России совместно

В центре внимания

Убеждать делами, а не словами

Итогам уходящего года и планам было посвящено выступление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой на «Правительственном часе» в Государственной Думе

с субъектами РФ. С 2016 г. этот проект содержит информацию о населённых пунктах, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, медицинских организациях. Система позволяет оценивать территориальную доступность медицинской помощи разных видов и определяет зоны риска по несоблюдению предельных сроков её ожидания для каждого населённого пункта в каждом регионе. В настоящее время в её памяти данные о 158 тыс. населённых пунктах и 72 тыс. медицинских организаций и их структурных подразделений.

Проведённый анализ позволил Минздраву утвердить в марте этого года комплекс мероприятий по развитию первичной медико-санитарной помощи, на основе которого каждый регион создал региональную программу. Её компонентами являются, наряду с развитием медицинской инфраструктуры и оптимальной маршрутизации больных, меры по развитию выездных форм работы, санитарной авиации, информационных технологий, а также решение кадровых вопросов.

С 2015 г. был внедрён еженедельный и ежемесячный мониторинг эффективности мероприятий по снижению смертности на каждом из 60 тыс. терапевтических участков и, в целом, в каждом регионе.

Поддержка скорой помощи

Благодаря поддержке Государственной Думы РФ в 2016 г. в регионы направлено 2154 автомобиля скорой медицинской помощи класса В и 113 реанимобилей на шасси российского производства. За счёт этого на 37% обновлён автопарк автомобилей класса В со сроком эксплуатации свыше 5 лет и на 19% — класса С. Запланировано продолжение программы на 2017 г.

Все машины и станции скорой помощи оснащены спутниковой навигацией ГЛОНАСС. До конца 2016 г. во всех регионах будет создана единая централизованная диспетчерская служба скорой помощи, что позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время доезда «скорой» до пациента и доставки больного в стационар.

Одним из приоритетов развития здравоохранения в 2017–2019 гг. является развитие санитарной авиации и обеспечение доступности экстренной медицинской помощи в 34 труднодоступных территориях Российской Федерации.

В федеральном бюджете на 2017 г. и плановый 2018 и 2019 гг. на эти цели предусмотрено 3,3 млрд руб., с 2018 г. — более одного миллиона, то есть доступность ВМП впервые будет соответствовать потребностям населения.

Отдельное направление — повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Для этого в 2014 г. создана новая организационная модель, предусматривающая поэтапное погружение методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования. Наиболее растражированные виды ВМП «ух-

Кадры без исключений

Есть позитивные перемены и в кадровой составляющей. За 2015 г. число врачей, работающих в медицинских организациях системы Минздрава, выросло на 1061 человека. Особенно важно, что при этом удалось сократить кадровый дисбаланс. Так, выросло количество врачей, работающих на селе. Впервые за последние годы существенно увеличилось число врачей по таким традиционно дефицитным специальностям как анестезиология-реаниматология,

международной системе допуска к врачебному, включающей наряду с теоретическим экзаменом подтверждение навыков и умений, способность решать ситуационные задачи.

Приведение уровня подготовки медиков к единым требованиям осуществляется через разработанную систему непрерывного медицинского образования. Созданный в этих целях «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает уже сегодня с автоматизированных рабочих мест врача доступ к реестру дополнительных образовательных программ.

Высокоскоростной интернет — в регионы

В соответствии с посланием Президента РФ Федеральному Собранию подключение всех поликлиник и больниц к высокоскоростному интернету должно быть завершено за 2 года, к концу 2018 г. План подключения разрабатывается в настоящее время Минкомсвязью России совместно с Минздравом.

На сегодняшний день к высокоскоростному интернету подключено 57% поликлиник и больниц, к ЕГИСЗ — более 6,5 тыс. медицинских организаций, медицинские информационные системы используют 4,6 тыс.

Для обеспечения обязательности подключения регионов к ЕГИСЗ, перехода к электронному ведению медицинской документации без дублирования на бумаге, обеспечения электронного документооборота между медицинскими организациями, в том числе в ходе телемедицинских консультаций, и преемственности лечения пациентов, Минздрав России разработал специальный законопроект, который готовится Правительством РФ к внесению в Государственную Думу.

Проект «Электронное здравоохранение» определён в качестве одного из приоритетных в сфере здравоохранения, в соответствии с которым к 2019 г. для всех застрахованных граждан в системе ОМС будут созданы электронные медицинские карты и в 2017 г. будет сформирован личный кабинет пациента на Едином портале государственных услуг, с помощью которого поэтапно будут реализованы такие полезные сервисы, как запись на приём к врачу, вызов врача на дом, возможность оценить удовлетворённость работой медицинских организаций, доступ к электронной медицинской карте и другие. Планируется, что активными пользователями личного кабинета уже в 2018 г. будут не менее 14 млн человек.

Конечно же, выполнение всех планов по формированию ЕГИСЗ зависит от выполнения планов информатизации здравоохранения субъектами РФ, которые должны выполнить свои «дорожные карты» по развитию региональных сегментов ЕГИСЗ до конца 2018 г.

* * *

Как считает В.Скворцова, российская медицина динамично развивается. И это не остаётся незамеченным. Одним из индикаторов развития стало существенное увеличение потока въездного медицинского туризма, который за год увеличился на 56%.

Но всё же перед здравоохранением сегодня стоят очень серьёзные задачи в плане повышения доступности и качества медицинской помощи, прежде всего, через укрепление первичного звена, развитие кадрового потенциала, информационных цифровых технологий, высокотехнологичных методов лечения.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.



дят» в базовую программу ОМС, а наиболее сложные и уникальные операции проводятся в ведущих федеральных центрах.

Эта модель на практике доказала свою эффективность и позволила существенным образом увеличить объёмы и доступность ВМП: поручение Президента РФ — к 2017 г. увеличить объём ВМП в 1,5 раза к уровню 2013 г. — выполнено уже в середине 2015 г. Если в 2013 г. медицинская помощь была оказана 505 тыс. пациентов, то в 2015 г. — более 823 тыс., а за неполный 2016 г. — более 900 тыс. больных.

При этом особенно значительно увеличились объёмы ВМП по наиболее востребованным профилям: стентированию коронарных сосудов — более чем в 3 раза, эндопротезированию крупных суставов — на 44%, ЭКО — в 3,6 раза. В результате, в 2015 г. через ЭКО родились более 30 тыс. здоровых детей, что превышает итоговый прирост населения страны.

Изменение организационной модели ВМП потребовало изменения финансовой модели её обеспечения. В 2016 г. принят Федеральный закон, предусматривающий осуществление финансирования ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, из обособленного сегмента бюджета Федерального фонда ОМС на основе соглашения с уполномоченными федеральными органами исполнительной власти — учредителями федеральных медицинских учреждений. Закон вступает в силу с 1 января 2017 г.

Это позволит обеспечить дальнейший рост объёмов ВМП в 2017 г. до 960 тыс. пациентов, а начиная с 2018 г. — более одного миллиона, то есть доступность ВМП впервые будет соответствовать потребностям населения.

онкология, рентгенология, психиатрия, патологическая анатомия и др.

Одним из основных механизмов устранения кадровых дисбалансов является адресная целевая подготовка специалистов по заявкам регионов. Её эффективность, то есть процент возврата на подготовленные рабочие места, в целом по стране превысила 86%.

С 2017 г. начнётся подготовка по новой специальности «бакалавр — школьная медицина».

За последние 3 года были обновлены все образовательные программы в рамках новых государственных образовательных стандартов. Программы обучения обогащены современными фундаментальными биомедицинскими и клиническими блоками, существенное развитие получила практическая подготовка как в созданных в каждом вузе симуляционно-тренинговых центрах, так и у постели больного.

Подготовлено 1200 клинических руководств, определяющих критерии качества оказания медицинской помощи при основных заболеваниях, обуславливающих более 90% заболеваемости и смертности населения. В ближайшее время Правительством РФ в Государственную Думу будет внесён законопроект, закрепляющий обязательность применения протоколов лечения на всей территории страны и единые требования к их структуре.

С 2016 г. Минздрав России внедряет принципиально новую систему допуска к профессиональной деятельности — аккредитацию, которая основана на реализации профессиональных стандартов. Само профессиональное сообщество решает вопрос о допуске специалиста на основе комплексных процедур, соответствующих

Авторитетное мнение

В поисках согласия

Две системы должны объединить усилия в заботе о здоровье учащихся

Рабочий день школьника больше, чем у взрослого человека. И в основном ребёнок его проводит в стенах образовательного учреждения. Поэтому было бы логичным обеспечить оптимальные условия для учащихся, направить усилия на профилактику, чтобы вырастить здоровое поколение. Однако всё не так просто. О проблемах школьного здравоохранения – наш разговор с главным специалистом по гигиене детей и подростков Минздрава России, директором НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, членом-корреспондентом РАН Владиславом КУЧМОЙ.

– Владислав Ремирович, уже много лет слышу, что здоровье школьников ухудшается. Все это признают. И вроде бы принимаются какие-то меры, звучат правильные речи, но реально ситуация к лучшему не меняется. Значит, что-то идёт не так. Что именно, с вашей точки зрения?

– Думаю, основной причиной сложившейся ситуации является дефицит ресурсов.

– Каких: человеческих или материальных?

– Всех. Ведь зарплата небольшая – и очередь из желающих трудиться в образовательных организациях, как говорится, не стоит. До сих пор нет нормальной схемы тарификации услуг по линии ОМС, в большинстве территорий школьное здравоохранение финансируется из накладных расходов, то есть, грубо говоря, из тех денег, которые «приносят» участковые педиатры за закреплённое население. Но сейчас ощущается дефицит и участковых педиатров. Поэтому отсюда взяты школьным врачам?

Указом Президента РФ о Национальной стратегии действий в интересах детей предусматривается восстановить в образовательных организациях медицинские кабинеты, но их же никто особо и не восстанавливает. Где были, там и остаются, а где не было, так и не появились. Оборудование, оснащение компьютерами оставляют желать лучшего. Как сегодня можно работать, не имея элементарных вещей?

Надо сказать, подавляющее большинство школьных врачей – люди пенсионного возраста. Они не знают современных технологий, отсутствие компьютеров не позволяет им быть в курсе новых подходов.

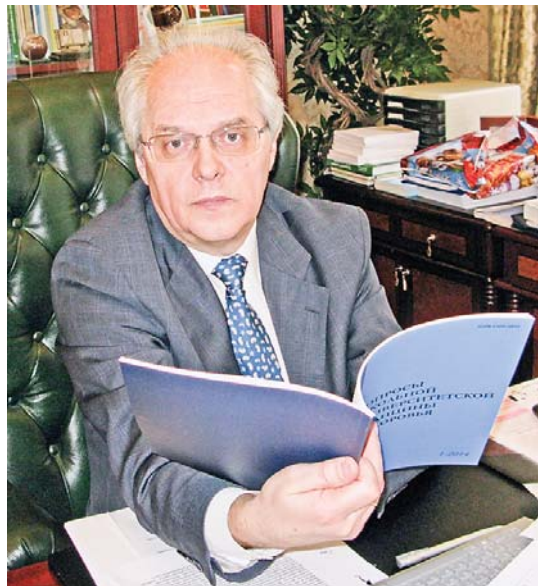
При этом система образования очень быстро меняется. Внедряются разные формы обучения: урочные, внеурочные, проектные, индивидуальные, коллективные и, конечно, информационные.

Всё это требует определённого решения, в том числе и политического. Если лица, принимающие такие решения, действительно осознали, что профилактика – залог успеха будущего, то тогда нужно перераспределить силы и средства, выполнить заложенные в Национальную стратегию действий положения, усилить работу именно в школьном здравоохранении, основой которого является профилактика. Это позволит вырастить более здоровое поколение, тем самым снизить нагрузку на первичное звено, участковую службу.

Сегодня мы все, в том числе дети, живём в гиперинформационном обществе.

– А кто-нибудь просчитал последствия этой жизни для юного поколения?

– Нет. В том и проблема. Дети не только учатся, но и социализируются в процессе обучения: ребёнок должен соответствовать требованиям, которые к нему предъявляются, должен выполнять задания, разговаривать со сверстниками на одном языке. Интенсификация обучения, увеличение нагрузок без учёта возможностей детского организма не проходят бесслед-



но. Мы уже не удивляемся тому, что растёт распространённость реакций гипертонического типа у учащихся, отмечают ухудшения со стороны нервной, опорно-двигательной систем, зрительного аппарата. Это – последствие высоких нагрузок. Поэтому очень важно, чтобы все педагогические инновации получали гигиеническую оценку, а их внедрение происходило при сопровождении медиков. Мы давно сказали сфере образования, что не собираемся ничего запрещать, а предлагаем выработать рекомендации ребёнку, учителям, родителям. Если наши специалисты установили, что дети младших классов, работая с ридерами, хуже запоминают, чем читая обычный учебник, учитель должен же это знать и понимать, что ребёнку придётся прочесть текст не один раз, а два. А это – нагрузка на зрительный аппарат. Так, может быть, в начальной школе лучше использовать традиционные учебники?

Сегодня в образовательном процессе применяются самые разнообразные новшества, гаджеты, при этом исследования по их использованию в реальных условиях не проводились. Да, учителя отмечают повышение мотивации к обучению. Плюсы, несомненно, есть. Но какова цена вопроса? Пока мы видим, что развиваются признаки утомления, страдает зрительный анализатор и т.д.

– Недавно главный государственный санитарный врач Анна Попова упомянула, что удельный вес детей с пониженной остротой зрения за период от поступления в школу до перехода к предметному обучению увеличивается в 2 раза, а нарушения осанки – в 1,6 раза.

– Правильно. Хотя формальные условия зрительной работы не ухудшаются, уровень освещённости в пределах нормы. Но ведь многое зависит от того, как ребёнок сидит, какова зрительная дистанция и т.д. Факторов немало.

Возьмём излучения от компьютеров, Wi-fi, мобильных телефонов... Да, уровни небольшие, но действуют они постоянно. И действуют не на взрослого человека, а на растущий организм. Как влияет вся сумма факторов? Конечно, это требует исследований. А в практической жизни мы видим, что в процессе обучения продолжается рост заболеваемости, функциональных отклонений. Более того, у детей отмечается типичная патология офисного работника. Зарубежные исследования показывают, что, когда ребёнок работает с планшетом, начинает страдать нервно-мышечный аппарат руки.

– Кто отвечает на данный момент за здоровье школьников? И какова мера этой ответственности? Можно, конечно, сослаться на Конституцию РФ, где говорится, что ответственность несут родители. Но родители, особенно работающие, практически не видят своих детей, ведь ребёнок 8 часов находится в школе...

– Никто не отвечает. Несмотря на то, что в Национальной стратегии действий, утверждённой Президентом РФ, написано: восстановить медицинские кабинеты школ, распространить технологии школ здоровья на все образовательные учреждения, ввести ежегодный мониторинг факторов риска здоровью обучающихся и оценки качества жизни, это не выполняется. На местах больше озабочены тем, чтобы не было жалоб и очередей в поликлиниках. До конца не понимают значимость профилактического направления.

Сказывается, конечно же, и отсутствие денег. Как укомплектовать штаты школьных отделений, при столь низкой зарплате?

– Может быть, больших денег и не нужно, а стоит, скажем, пересмотреть программу обучения в школе. Нынче ведь, какую программу педагогический коллектив захотел, по такой и обучает.

– Всё верно. Сейчас уже педагоги поднимают вопрос о том, что правильнее говорить об электронных образовательных учебниках, электронных образовательных программах для детей. И я рад этому.

– Почему?

– Потому что в законе о санэпидблагополучии записано: режимы, технологии обучения могут использоваться и внедряться в образование при наличии заключения об их безвредности для здоровья, соответствии санитарным требованиям. Сегодня же школы вовсю экспериментируют, внедряя планшеты и прочие технические средства безо всякого заключения. А если речь будет идти об электронных программах обучения, то сама лексика, само определение попадают под эту статью закона и, наверное, служба Роспотребнадзора может проявить здесь принципиальность и проверять более жёстко. Сейчас можно сосчитать на пальцах рук те технологии, которые прошли экспертизу и имеют заключение о том, что безвредны. Всё остальное многообразие, что мы видим в школе, – на совести учителей и администрации образовательной организации.

– Но кто-то ж должен поставить барьер...

– Служба Роспотребнадзора. – Однако она имеет право лишь раз в 2 года делать контрольные проверки в школах, что недостаточно.

– Понимаете, закон о санэпидблагополучии предусматривает не только и не столько надзор (пришли, проверили, оштрафовали), но и ответственность юридического лица.

– В данном случае – директор школы?

– Совершенно верно. Не представитель Роспотребнадзора, не врач по гигиене детей и подростков обязан знать и соблюдать санитарные правила, а директор школы, именно для него они написаны, а школьный врач должен помогать ему в этом.

– Вообще врач в образовательном учреждении – фигура желательная, нужная? Или мешающая? Как его воспринимают педагоги?

– Положительно, ценят его работу. У врача достаточно большая текущая нагрузка: кому-то нужна консультация, у кого-то голова заболела, кто-то упал... Кроме того, на его плечах лежит вакцинация.

– На мой взгляд, этим деятельностью школьного врача обычно и ограничивается. Может быть, потому что это – заметная работа. Провакцировал 100 человек, оказал помощь пострадавшему ребёнку – результат зрим. А вот профилактическую деятельность плохо видно.

– Совершенно верно. Её результат проявится через энное количество лет.

Данный момент, видимо, является решающим и для чиновников, многие из них стараются не вкладываться в профилактику, предпочитают построить перинатальный центр, открыть центр восстановительной и реабилитационной помощи, когда эффект сразу виден. Но надо объяснять, учить, доказывать важность предупредительной медицины.

Мы разработали федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных учреждениях. И продолжаем готовить новые методические материалы, среди них, например, «Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия». Школьный врач должен иметь представление о степени санэпидблагополучия в учреждении, довести информацию до директора школы, подсказать, на что нужно обратить внимание. Это позволит выработать своего рода дорожную карту по устранению недостатков, не дожидаясь, когда придёт представитель Роспотребнадзора и начнёт выписывать штрафы.

– А не стоит ли ужесточить законодательство в плане лишения лицензии школы, у которой нет соответствующих санитарно-гигиенических условий?

– Конечно, стоит. Но тогда придётся немалое количество школ закрыть. А за этим – огромная социальная проблема.

Я считаю, действовать вначале надо не через запрет, а через воспитание убеждения. Директора школ вспоминают о существовании СанПиНов накануне лицензирования, потому что придёт комиссия. Кстати, в санитарных правилах написано: организовывать проветривание при такой-то температуре вот таким-то образом. Расписание уроков должно строиться так-то, и т.д.

– Почему СанПиНы допускают 8 уроков?

– Там нет такого. Допустимая максимальная нагрузка – 34 часа при 5-дневной неделе.

– А реально получается 50 часов.

– Никто не заостряет внимание директоров на это.

– У школы основная цель – напичкать ребёнка информацией, то есть дать знания. А какой ценой это достаётся, мало кто задумывается...

– Поэтому, безусловно, надзор нужен, но и важна подсказка, чтобы обучение не шло в ущерб здоровью. И здесь велика роль школьного врача. Но Министерство образования и науки, к сожалению, нас не слышит.

– Может быть, торможение происходит из-за того, что нет каких-то совместных документов, например, министерств здравоохранения и образования. Потому что люди привыкли: если есть приказ, будет его выполнять, а если рекомендации – можно их и не выполнять.

– Согласен с вами. В своё время существовал совместный координационный совет двух министерств. Его возглавляли заместители министра. Мы регулярно собирались, обсуждали проблемы, находили пути их решения. Сейчас такого нет.

– Хотя много говорится о необходимости усиления межведомственного взаимодействия. На мой взгляд, совместные документы Минздрава и Минобрнауки России, определяющие ответственность обеих сторон, как раз и могли бы послужить его укреплению.

– Возможно. Поскольку произошло разделение функций, то ярые, такие «сто процентные» чиновники системы минообразования заявляют: «Здоровье – ваша функция, образование – наша. Мы учим, а вы обеспечиваете медицинскую помощь, и к нам не суйтесь». С трудом удалось на уровне вице-премьера Ольги Голодец договориться, что система образования будет оборудовать медицинские кабинеты. Но, к сожалению, не оборудует, так как нет денег на это.

– Выход всё же какой-то должен быть?

– Мы предлагаем сделать по школьному здравоохранению такую же программу, как по школьному питанию, – выделить из федерального бюджета дотации на оснащение медицинских кабинетов. А всё остальное: кадровое насыщение, обучение – пусть обеспечивают субъекты.

Хорошей идеей считаю пилотный проект «Школьная медицина», инициированный Минздравом России и реализуемый в 5 территориях. Он заставил регионы шевелиться. Например, Ростовская область уже подала заявку в медицинский университет на то, чтобы им весной следующего года распределили врачей по гигиене детей и подростков.

Пилотный проект позволит отработать современную модель, которую можно предложить другим регионам, оптимизировать имеющуюся нормативную базу и двигаться дальше.

Но, как я говорил: должно быть политическое решение. Проблемой здоровья школьников должны озаботиться губернаторы.

– Я что-то не припомню, чтобы с губернаторов когда-нибудь об этом спрашивали.

– Лет 15 назад среди целевых показателей деятельности глав регионов значилось «количество детей, отнесённых к первой группе здоровья, по отношению к общему числу обучающихся». И губернаторы стали интересоваться вопросом. Потом очень быстро начали «рисовать» эти показатели, а потом их отменили. И напрасно.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Итоги и прогнозы

Здоровье Москвы: показатели улучшаются

Но на ближайшее будущее у столичных медиков есть серьёзные планы

До конца 2017 г. на всех без исключения столичных жителей будут заведены электронные медицинские карты. Об этом сообщил глава Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун на открытии XV ассамблеи «Здоровье Москвы». «До конца 2017 г. электронная медицинская карта появится у всех москвичей, которые прикреплены к той или иной поликлинике. Сейчас такая карта есть примерно у 30% горожан», – чётко и уверенно заявил он.

Примечательно, что федеральный Минздрав осенью нынешнего года сделал заявление о том, что в 2018 г. электронные медицинские карты будут доступны не менее чем в 40% российских клиник, а в 2020 г. – в 60%. По словам же руководителя департамента, до конца I квартала следующего года планируется закончить оснащение всех бригад скорой помощи планшетами с доступом к единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) и электронным картам пациентов.

«Есть и другие вопросы. Например, интеграция единой медицинской информационной системы и автоматизированной информационной системы фонда ОМС, которая позволит точнее учитывать оказанные медицинские услуги, а значит, и планировать нашу работу, лучше выстраивать маршруты и потоки пациентов», – отметил А.Хрипун, подчеркнув, что это также позволит вести учёт имеющихся лекарств, выписки рецептов, оценивать правильность назначения препаратов.

«Также в ЕМИАС в будущем году начнут интегрироваться

стационары. И в электронные карты пациентов будет поступать информация о том, как их лечат во время госпитализации», – добавил А.Хрипун.

Что характерно, по данным на конец сентября этого года, в столичной ЕМИАС зарегистрировались более 9 млн человек, что составляет около 75% жителей Москвы. При этом, по словам мэра Москвы Сергея Собянина, только за июнь этого года количество пользователей системы возросло на один миллион.

Наряду с этим руководитель департамента рассказал о том, что уже в следующем году в столице появится «московский стандарт врача». Соответствующий статус будет подтверждаться сдачей специального экзамена. «Московский стандарт врача должен подтверждаться строгим экзаменом похожим на аккредитацию. Он позволит рассчитывать на карьерный рост и определённые стимулирующие выплаты. Такой проект подготовлен. Мы будем его внедрять в течение 2017 г.», – сообщил он.

Сертификационные экзамены будут проходить по тем же строгим правилам, что и экзамены аккредитационные. Отвечать за их проведение будут медицинские вузы. Также в следующем году город планирует реализовать проект по подготовке профессиональных управленцев. В течение этого года из 5 тыс. потенциальных кандидатов на эту роль будут отобраны 150-200 человек. «Они составят управленческий резерв, который мы будем обучать и привлекать к руководящей работе. Такой проект уже существует», – акцентировал глава департамента.

Стало также известно, что столичные власти в следу-

ющем году начнут создание городской онкологической сети. «Проблем в организации помощи онкологическим больным у нас ещё хватает – как в части диагностики, так и в части организации медицинской помощи. Поэтому онкология – это приоритет. В следующем году мы начнём создание онкологической сети Москвы. Её задача – привести пациента кратчайшим путём к правильному и своевременно-му диагнозу, назначению лечения. Главным ресурсом для достижения этой цели станут наши городские поликлиники. Они уже достаточно хорошо оснащены компьютерными и МРТ-томографами, эндоскопической и ультразвуковой техникой, обеспечены специалистами-диагностами. По сути, мы объединим работу поликлиник с онкоцентрами и больницами, выстроим чёткий маршрут движения пациента от получения диагноза до амбулаторного лечения или лечения в стационаре. Это и будут звенья онкологической сети», – пояснил А.Хрипун.

Также он отметил, что в 2017 г. планируется расширить онкологическую амбулаторную сеть. 17 онкологических отделений, которые являются структурными подразделениями поликлиник, будут переведены в подчинение больничных онкологических комплексов. «Таким образом, отныне диагноз пациент получит в ближайшей поликлинике, в стационаре же он получит комплексное лечение – хирургическое, химиотерапевтическое, лучевую терапию, если это необходимо. А вот долечивание и амбулаторное наблюдение будет проходить в онкологических амбулаторных подразделениях – диспансерах и отделениях, которые станут подчиняться онкоцентрам,

но территориально останутся в поликлиниках», – рассказал А.Хрипун.

По его словам, за последние 5 лет в Москве количество пациентов, у которых диагноз злокачественного новообразования был установлен на ранних стадиях, увеличилось на 5%. Число пациентов, которым удалось продлить жизнь на 5 и более лет, увеличилось на 13%.

А.Хрипун также напомнил, что в Москве уже несколько лет действует инфарктная сеть экстренной и оперативной помощи людям с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пациентов круглосуточно принимают 29 сосудистых центров. В этом году, по аналогии с инфарктной, начала работать инсультная сеть.

В заключении своего выступления глава департамента констатировал, что показатель смертности в трудоспособном возрасте по столичному региону снизился. «Московское здравоохранение стало эффективным. Потому что средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре снизилась на 4,6 дня. Есть и другие показатели: например, количество выездов скорой помощи, которые осуществляются меньше, чем за 20 минут, увеличилось на 11%. Беспрецедентной стала доступность медицины для москвичей: 98% жителей столицы имеют возможность записаться к терапевту или педиатру на приём на следующий или на 2-й день. Показатель смертности в трудоспособном возрасте в течение последних 5 лет снизился на 22%», – заключил А.Хрипун.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Инициатива

Нововведения городской клинической больницы № 3 им. М.А.Подгорбунского (Кемерово) позволило максимально сократить время от момента поступления пациента до постановки ему первичного диагноза и начала лечения.

Помогают ярко-жёлтые косынки...

Этот проект реализуется в больнице № 3 в рамках эксперимента по расширению полномочий среднего медперсонала.

«Уделять больше внимания комфортному пребыванию пациентов и их родственников в приёмном отделении нас заставила сама жизнь», – говорит главный врач ГКБ № 3 Андрей Иванов. – Больница трижды в неделю дежурит по «скорой» и принимает в такие дни от 150 пациентов. А с сопровождающими бывает и больше. Люди попадают сюда с работы, с дачи, все – в состоянии стресса. Некоторые бывают изначально настроены на конфликт, другие, беспокоясь о судьбе близких, просто не выдерживают напряжения... Раньше объясняться с такими гражданами и успокаивать их приходилось врачам приёмного отделения. В результате время на обследование больного затягивалось, что вызывало ещё большее недовольство очередейников. Теперь доктора занимаются исключительно своими прямыми обязанностями. Всё остальное – забота менеджеров приёмного отделения».

Эту должность в ГКБ № 3 ввели ещё весной. В роли менеджеров по графику стали выступать старшие медицинские сёстры 22 клинических и 18 параклинических отделений больницы. Чтобы выделить их в общей массе медперсонала, ввели отличительный знак – форменные ярко-жёлтые косынки.

Менеджер сопровождает вновь поступающих больных на обследование, контролирует готовность результатов, следит за тем, чтобы пациента быстро перевели в профильное отделение стационара или в другое медучреждение, если это необходимо. И он же общается с родными и близкими пациентов. Разговоры с людьми – это тоже работа, причём – на полную занятость. И при её выполнении очень важен позитивный настрой. Сопровождающим лицам менеджер предлагает, например, присесть (для этого в приёмном отделении увеличили количество посадочных мест). Или пойти в недавно открывшийся буфет, услугами которого охотно пользуются и сотрудники больницы, и бригады «скорой».

В результате уже через пару месяцев после внедрения этого организационного новшества время от прибытия больного в ГКБ № 3 до постановки ему первичного диагноза перестало выходить за двухчасовые рамки. А конфликтные ситуации и жалобы на работу приёмного отделения прекратились вообще. Это повышает настроение не только у больных, но и у медиков. А когда люди доброжелательны, им легче оставаться взаимно вежливыми...

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Ситуация

Пилотный проект по профилактической психиатрической помощи студентам, успешно прошедший апробацию в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова и Российском государственном социальном университете, запущен ещё в трёх столичных вузах: Национальном исследовательском технологическом университете «МИСиС», Московском государственном психолого-педагогическом университете, а также в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова, являющимся федеральным вузом. Об этом сообщил заведующий медико-реабилитационным отделением Московской психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева Аркадий ШМИЛОВИЧ.

Обращаться ли к психиатру?

Этот вопрос сегодня нередко встаёт перед студентами

По его словам, анонимный опрос, проведённый в рамках пилотного проекта, показал, что от 70 до 80% студентов нуждаются в той или иной помощи психиатра, начиная от консультации и заканчивая лечением. Однако практически никто из них не обращался к специалистам за помощью, так как боялся того, что «окружающие узнают, что они не такие, как все, и будут считать их ненормальными».

«После каждой лекции, посвящённой тому или иному психическому расстройству, ко мне выстраивается цепочка

учащихся, которым нужна личная консультация. Давно известно, что студенты – это наиболее уязвимая группа. На «студенческом материале» проводится очень много научных исследований в психиатрии. В то же время учащиеся редко обращаются за помощью к врачам, даже если оценивают своё состояние как болезненное», – сказал А.Шмилович, сообщивший также, что для 500 студентов, указанных выше университетов, будет организован форум под названием «Здоров ли я психически?».

Примечательно, что инициа-

тиву психиатров поддерживает и студенческое сообщество, но при условии, что учащихся не будут принуждать к обследованию. Так, согласно онлайн-опросу, проведённому весной нынешнего года Российским обществом психиатров, более половины пациентов признали качество психиатрической помощи в России плохим или очень плохим. Причиной этого, по мнению как пациентов, так и работников службы, является недостаточное финансирование.

Марк ВИНТЕР.

МИА Cito!

Заслуженный врач Российской Федерации – это высокопрофессиональный практикующий врач, а когда их много – это Ассоциация заслуженных врачей РФ. С 28 по 30 ноября 2016 г. в Москве при поддержке Министерства здравоохранения РФ, полномочного представителя Президента РФ по Центральному федеральному округу (ЦФО), губернаторов субъектов ЦФО собралась элита врачебного сообщества на стратегическую проектную сессию Ассоциации заслуженных врачей РФ. В рамках проводимого мероприятия корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиль САФИНА побеседовала с президентом ассоциации, главным специалистом оториноларингологом Минздрава Московской области, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ Виктором ЕГОРОВЫМ.



Перспективы

Медицина народного доверия

Межрегиональная общественная организация «Ассоциация заслуженных врачей РФ» нацелена на улучшение качества медицинской помощи

– Виктор Иванович, быть заслуженным врачом РФ – это главное условие членства в ассоциации?

– В настоящее время мы объединяем на добровольных началах помимо 2 тыс. и даже более врачей различных специальностей, удостоенных звания «заслуженный врач РФ», а также наиболее уважаемых в медицинском сообществе специалистов, не имеющих данного звания, и численностью, не превышающей 10% от общего числа членов ассоциации.

– Прошло полгода с тех пор, как самое сильное звено медицинского сообщества, заслуженные врачи, собирались на очередную стратегическую сессию в Морозовской детской городской клинической больнице Департамента здравоохранения Москвы ...

– В прошлый раз Морозовская детская больница была выбрана местом проведения нашего очередного мероприятия не случайно. Московское отделение нашей ассоциации возглавляет главный врач этой больницы и, конечно же, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России Игорь Ефимович Колтунов. Несмотря на его огромную занятость в связи с модернизацией этого учреждения, которое, по оценкам специалистов, будет самой лучшей детской клиникой в Европе, ему удастся эффективно руководить также и московским подразделением нашей ассоциации. В этот же раз мы собрались в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте

им. М.Ф.Владимирского, где мне подчиняется лор-служба. В работе сессии приняли участие около 200 заслуженных врачей России из 18 субъектов РФ, входящих в ЦФО. Формат проектной сессии позволил всем участникам не только обозначить свою позицию, но и установить новые коммуникации с федеральными и региональными органами власти, депутатским корпусом, экспертным сообществом. Если кратко обозначить цель мероприятия, то это – создание и поддержка общедоступной медицины народного доверия при активном участии профессионального медицинского сообщества, власти всех уровней и организаций, защищающих права пациентов. В процессе работы сессии в результате коллективного согласования новых общественно-профессиональных норм в сфере медицины были разработаны соответствующие законодательные инициативы, направленные на усовершенствование существующих нормативно-правовых актов. Уже сейчас могут ответственно заявить, что материалы сессии поступят в администрацию Президента РФ, Минздрав России и территориальные органы управления здравоохранением ЦФО.

Все выработанные предложения также будут представлены в профильные комитеты Госдумы РФ, законодательные собрания регионов и органы исполнительной государственной власти с целью рассмотрения и непосредственной реализации.

– Какие проекты являются приоритетными для ассоциации?

– Наши проекты невозможно разграничить на приоритетные и не приоритетные. Все они в приоритете. Перечислю основные – «Наставничество в медицинской среде», «Мониторинг эффективности и безопасности

медицины и образования. Ассоциация ведёт активную работу по содействию законотворческой деятельности. Завершается технологическая разработка концепции «Экспертной клиники» при Ассоциации заслуженных врачей. Экспертная клиника – это решение с использованием современных информационных технологий коммуникации.

– Да, всем без исключения хочется лечиться именно у признанных экспертов...

– И это правильно. Мнения заслуженных врачей должны быть востребованы как определяющие в диагностической

сферы здравоохранения и носителями высокой культуры нашего общества. Мнение врачей должно быть важнейшим фактором в повышении эффективности не только оказания медицинской помощи, но и всей сферы охраны здоровья. Мы можем и должны сами формировать благоприятный устойчивый имидж врача в обществе, предлагая и реализуя проекты, направленные на достижение главной ценности общества – укрепление и защиту здоровья людей. Важной составляющей данного процесса является более полное информирование населения о том, как, чем и в каких

средств медицинского назначения», «Оценка эффективности средств медицинского назначения и товаров для здоровья», «Общественно-профессиональный контроль обращения лекарственных средств, медицинских изделий и товаров для здоровья», «Культура питания», «Покупай полезное», «Культура здоровья школьников», «Безопасный свет – детям».

– В конце 2014 г. в Доме правительства Москвы был проведён Первый всероссийский съезд заслуженных врачей России. Виктор Иванович, так что же конкретно удалось сделать ассоциации за прошедшие 2 года в плане улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи населению?

– С декабря 2015 г. ассоциация является членом Национальной медицинской палаты. Также, с 2015 г., ассоциация представлена в рабочей группе при Минздраве России «По снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации». В 2016 г. в ассоциации создан Комитет по санитарно-гигиеническому благополучию объектов

и лечебной тактике пациентов, сложных клинических случаях, неопределённости диагнозов и результатов лечения. Цели и задачи данного проекта – создание условий и возможностей, при которых пациент сможет получить ту самую, нужную и действительно качественную помощь, а врач – применить весь свой профессиональный интеллект без бюрократических издержек и ограничений, а также сможет тиражировать опыт и успех в лечении заболеваний.

Мы должны понять, что наш колоссальный научный и практический потенциал – это основа основ нашей профессии, исторический и культурный геном, передать который в будущее – наш гражданский долг, наша гражданская позиция.

– Виктор Иванович, хочу вернуться к теме медицины народного доверия, которая была одной из главных на съезде...

– Народное доверие в сфере охраны здоровья – это доверие общества к врачебному сообществу. Должна быть установлена обратная связь между пациентами, потребителями сферы охраны здоровья и врачебным сообществом. В конце концов, врачи должны стать полноправным субъектом

условиях живут и трудятся врачи. Это позволит снять многие предубеждения. Врач должен стать единомышленником, мудрым товарищем в решении вопросов здоровья, а иногда и в повседневной жизни человека. По нашему убеждению, власти пора более активно использовать имеющийся административный ресурс в создании здорового психологического климата в обществе. Необходимо создать механизмы обратной связи, пронизывающей всю сферу здравоохранения. В таком случае и губернаторы будут более полно понимать, что происходит в социальной сфере региона в целом, а также знать, как, за счёт чего и каких механизмов оптимальным образом обеспечить эффективность здравоохранения в регионе. Очень нам сегодня нужны открытый диалог и поиск конструктивных решений.

– Совершенно очевидно, что именно Ассоциация заслуженных врачей России должна сформировать и возглавить процесс создания медицины народного доверия, стать центральным звеном между врачебным сообществом и населением.

Москва.

События

На страницах нашего издания в последнее время уже не раз освещалась тема научно-практических конференций с точки зрения их эффективности и эффективности.

В этом смысле не стала исключением и международная научно-практическая конференция «Реабилитация челюсти с использованием скуловых имплантатов», «Имплантация от А до Я», которую проводил Северо-Осетинский государственный университет (СОГУ) им. К.Л.Хетагурова на базе городской стоматологической поликлиники № 1. Недавно во Владикавказе собрались врачи из республик Северного Кавказа, а «международность» при этом «обеспечивали» коллеги из Эстонии.

Так работает мастер

В университетской поликлинике провели уникальную операцию

Главным итогом конференции стала впервые проведённая в республике операция латерализации нижнечелюстного канала с одномоментной имплантацией. Уникальную операцию проводил хирург-имплантолог из Липецка, кандидат медицинских наук Михаил Гладышев, который специализируется на сложных случаях эстетического и функционального протезирования на имплантатах и естественных зубах. Вот как сам «маэстро» прокомментировал

операцию: «У 52-летнего пациента была проблема в атрофии нижней челюсти. Мы латерализовали нижнечелюстной нерв, установили имплантаты, сделали костную пластику, уложили обратно нерв и ушили. Эта операция – единственная возможность сделать данному пациенту имплантацию в день обращения без дополнительных костных пластик».

За простотой и будничностью фраз стоит огромный опыт: кроме всего прочего, М.Гладышев

проводит курсы по вопросам имплантации и реабилитации на дентальных имплантатах, причём не только в России, но и за рубежом. В этот раз «учебный» эффект обеспечивался онлайн-трансляцией, за которой в числе прочих участников конференции наблюдали также студенты и интерны факультета стоматологии и фармации СОГУ. Ассистировали Михаилу Гладышеву местные специалисты: главный врач поликлиники № 1 Карен Мусикян и

врачи-ординаторы Сослан Хохоев и Алан Чигоев. После этого состоялся «круглый стол», и, казалось, вопросам не будет конца, а что может быть лучше живой, доверительной беседы!

Благодаря современным техническим средствам участники форума воочию увидели, как работает мастер, и, можно сказать, им повезло. Но больше всех в этот день повезло самому главному «участнику» конференции – тому самому 52-летнему пациенту...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

При содействии
пресс-службы СОГУ.

Республика
Северная Осетия – Алания.

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 88 (2027)

Проаритмическое действие антиаритмических препаратов (ААП) представляет их способность ухудшать/утяжелять проявление предшествующей аритмии. Проаритмическое действие ААП проявляется усилением возбудимости миокарда, подавлением автоматизма синусового узла, нарушением проводимости, развитием блокад.

Аритмогенное действие ААП сложно поддается анализу конкретного препарата, так как оно не всегда учитывает инотропную функцию сердца, электрофизиологические параметры проводящей системы, патогенез аритмии, водно-электролитные и кислотно-основные показатели.

В электрофизиологической природе аритмогенного эффекта, как считают, находится диссоциация между скоростью проведения и рефрактерностью, которая может возникать под воздействием ААП. Проаритмия может происходить под влиянием усиления нормального или аномального автоматизма, образования ранних и поздних потенциалов. Аритмогенное действие ААП при регистрации ЭКГ в покое наблюдается в среднем у 6-16% больных; при применении препаратов IC подкласса проаритмии встречаются значительно чаще – от 11 до 28%. Так, регистрация устойчивой желудочковой тахикардии является, как и тахикардии типа «пируэт», объективным критерием аритмогенного эффекта.

Проаритмический и аритмогенный эффекты проявляются:

- брадикардией;
- нарушением проводимости;
- наджелудочковыми нарушениями ритма;
- желудочковыми нарушениями ритма, желудочковой тахикардией с удлинением интервала QT, фибрилляцией желудочков;
- асистолией.

У лиц пожилого и старческого возраста возможность побочного и проаритмического действия ААП заметно выше, что связано с возрастными изменениями электролитного обмена (снижение уровня калия и магния в кардиомиоцитах), изменениями нейроэндокринной регуляции (повышение симпатической активности на фоне снижения парасимпатических и барорефлекторных влияний, снижение устойчивости миокарда к катехоламинам и др.), ухудшения коронарного кровотока и замедления проведения импульса, создающего условия для формирования электрической нестабильности миокарда. У пожилых пациентов чаще наблюдается дисфункция левого желудочка (ЛЖ), его гипертрофия и дилатация, что заметно повышает риск проаритмогенного действия ААП.

При развитии аритмогенных и проаритмических эффектов введение препарата следует немедленно прекратить.

Факторами риска для большинства ААП являются: удлинённый исходно интервал QT, брадикардия, гипокалиемия, длительный приём сердечных гликозидов с возникновением интоксикации. Пациенты со сниженной фракцией изгнания (ФИ) ЛЖ также имеют высокий риск фатальных аритмий. Это в равной мере относится к больным с выраженной гипертрофией и дилатацией желудочков и предсердий, со значительными фиброзными изменениями в них.

Основными целями ААТ являются: максимальное подавление аритмий, увеличение качества жизни и её продолжительности у больных.

Способы, направленные на снижение аритмогенного эффекта ААС:

1. Назначение ААС строго по прямым показаниям с неременным учётом их возможных противопоказаний.
2. Начинать терапию с малых доз с постепенным их нарастанием.
3. Комбинированная ААТ должна использоваться преимущественно у пациентов с тяжёлыми жизнеугрожающими формами нарушений ритма и проводимости.
4. Подбор конкретных ААС целесообразно проводить под контролем суточного мониторинга ЭКГ.
5. Рациональное лечение аритмий должно проводиться при одновременном эффективном лечении сердечной недостаточности и коррекции электролитного обмена.
6. При лечении резистентных к лекарственной терапии аритмий необходимо своевременно использовать хирургические методы.

7. Необходим оперативный учёт побочных (токсических) действий ААС, их отмена и последующее рациональное лечение.

Аритмогенный эффект может наблюдаться при назначении любого АП. Вероятность развития этого эффекта составляет не менее 10% для каждого препарата и максимально высока у больных с тяжёлыми, опасными для жизни желудочковыми аритмиями, особенно при наличии органического поражения миокарда с нарушением функции ЛЖ.

Применение ААП, в том числе активных, сопряжено с определённым риском. Они могут спровоцировать желудочковую тахикардию (ЖТ) и даже фибрилляцию желудочков (ФЖ), трансформацию фибрилляции предсердий (ФП) в трепетание предсердий

Не требуют лечения монотопные ЖЭ у больных без структурных изменений сердца, если нет больших субъективных ощущений. Не нуждаются в лечении пациенты с синусовой брадикардией (СБ) <50 в 1 минуту, если они не предъявляют жалоб, спонтанно прекращающихся приступах ФП.

Прогностически неблагоприятные аритмии:

1. ЖЭ высоких градаций по B.Lowp – парная, групповая, полиморфная, неустойчивая ЖТ у пациентов, перенёсших ИМ. Пароксизмальная ФП у больных с синдромом WPW.
2. Гемодинамическая значимость аритмий. Синдром MAC у пациента с полной АВ-блокадой; тахиаритмии с падением АД во время пароксизма ЖТ; острая левожелудочковая недостаточность на фоне пароксизма ФП.
3. Субъективная непереносимость аритмий.

Специального анализа требуют побочные, токсические действия основных антиаритмических средств, применяемых в повседневной клинической практике.

Противопоказания при использовании хинидина: АВ-блокада II-III ст., тромбоцитопеническая пурпура, беременность, острый

выраженных диспептических расстройствах.

Противопоказания и осложнения при приёме новокаиамида: АВ-блокада II-III ст., синоаурикулярная (СА) блокада, острая блокада ножек пучка Гиса, острая СН, ХСН II-III ФК, гипотония, выраженная почечная недостаточность.

Факторы риска: исходно удлинённый интервал QT, брадикардия, гипокалиемия, приём сердечных гликозидов. Критериями отмены препарата являются – QRS >50%, удлинение интервала QT >25%, побочные эффекты.

Противопоказания и осложнения при использовании дизопирамида: кардиогенный шок, ОШН, ДКМП, АВ – блокада II-III ст., синдром слабости синусового узла (СССУ), гипотония, применение совместно с хинидином, β-блокаторами. Критериями отмены препарата являются – ОИМ, перечисленные ранее осложнения, побочные эффекты.

Аймалин противопоказан при пароксизмах ЖТ, тяжёлых нарушениях AV – и внутрижелудочковой проводимости, выраженной гипотонии, ХСН III ст., активных миокардитах. Подлежит отмене при уширении зубца Р, удлинении интервалов PQ, QRST, QT.

Диагностика и терапия проаритмических и токсических действий антиаритмических препаратов

Таблица 1
Классификация неотложных состояний и терапия при аритмиях и аритмогенных эффектах

Острое нарушение кровообращения вследствие аритмии	Признаки	Неотложная помощь
Прекращение кровообращения	Отсутствие сознания и пульса на сонных артериях. Прекращение дыхания развивается позже	Реанимационные мероприятия
Нарушение кровообращения, опасное для жизни	Шок, отёк лёгких, синдром Морганьи – Адамса – Стокса (MAC)	Интенсивная терапия, электроимпульсная терапия (ЭИТ), установка электрокардиостимулятора (ЭКС)
Клинически значимые нарушения кровообращения	Ангинозная боль, острая, но умеренно выраженная гипотония, гипертензия, неврологическая симптоматика, СН	Неотложное лечение
Прямая угроза нарушения кровообращения	Впервые возникший пароксизм без острого нарушения кровообращения, аритмии или нарушения работы ЭКС с указанием на синкопальные состояния, ангинозную боль или острые нарушения гемодинамики, «опасные» желудочковые аритмии, фибрилляция предсердий при синдроме WPW	Интенсивное наблюдение, плановое лечение
Нет прямой угрозы нарушения кровообращения	Непароксизмальные тахиаритмии, увеличение ЧСС при постоянной форме ФП, снижение ЧСС при хронических брадиаритмиях. Суправентрикулярные или «неопасные» желудочковые экстрасистолы	Симптоматическая терапия. Лечение основного заболевания

с АВ-проведением 1:1, нарушение проводимости, дисфункцию синусового узла, АВ-блокаду. Кроме того, ААП способны вызвать снижение сократительной функции сердца, вплоть до выраженной гиподинамии.

Из сказанного следует, что назначение ААП всегда сопряжено с определённым, иногда немалым, риском, поэтому некоторые аритмии, не сопровождающиеся нарушениями сократимости и значительными субъективными проявлениями, не требуют их назначения.

ИМ, ХСН III-IV ФК, гипотония, гликозидная интоксикация. Возможные осложнения: желудочковая тахикардия типа «пируэт», обмороки, гипотония.

Факторами риска при приёме хинидина являются: исходно удлинённый интервал QT, брадикардия, гипокалиемия, приём сердечных гликозидов. Отмена препарата осуществляется при уширении QRS >50%, удлинении интервала QT >25%, снижении в динамике сегмента ST, отрицательном зубце Т, нарушениях ритма и проводимости,

Лидокаин противопоказан при АВ-блокаде II-III ст., синдроме слабости синусового узла (СССУ), совместном применении с хинидином. К факторам риска относятся учащение желудочковых сокращений при суправентрикулярных тахиаритмиях. Отменяется при АВ блокаде II-III ст., СССУ.

Мексилетин используется только при желудочковых аритмиях (близок к лидокаину). К противопоказаниям относятся: СССУ, выраженная брадикардия, ХСН II-IV ФК, печёночная и почечная недостаточности, паркинсонизм.

Морацизин противопоказан при тяжёлых нарушениях проводимости, выраженной гипотонии, нарушениях функции почек и печени. **Этацизин противопоказан** при тяжёлых нарушениях проводимости, выраженной гипотонии.

Пропафенон противопоказан при кардиогенном шоке, выраженных гипотонии, СССУ, СН, АВ-блокаде II-III ст., блокаде ножек пучка Гиса, тяжёлой миастении, печёночной и почечной недостаточности. Побочные действия: трепетание предсердий, АВ-диссоциация, слабость синусового узла вплоть до его остановки, наджелудочковая тахикардия (НЖТ), снижение АД, нарушение сознания и психики, желудочно-кишечные расстройства, агранулоцитоз, нарушение функции почек.

Лаптаконитина гидробромид используется при желудочковых, реже – при наджелудочковых аритмиях. Побочные эффекты мало выражены.

Побочные действия β-блокаторов – общая слабость, похолодание конечностей, возникновение перемежающейся хромоты и синдрома Рейно, выраженная брадикардия, гипотония, усиление бронхоспазма при его наличии, головокружение, иногда снижение либидо, синдром отмены (учащение приступов стенокардии, тахикардия и др.).

Противопоказания к использованию β-блокаторов: выраженная СН, СССУ, АВ-блокада – I ст., брадикардия (ЧСС <50 в мин), артериальная гипотензия (АД систолическое <95 мм рт.ст.), обострение бронхиальной астмы (наличие бронхоастматического статуса в анамнезе), СД у юношей, нарушения функции печени и почек, синдром перемежающейся хромоты, синдром Рейно.

Противопоказания при использовании амиодарона: нарушения проводимости, синусовая брадикардия, артериальная гипотония, обострение бронхиальной астмы, выраженный лёгочный фиброз, нарушения функции щитовидной железы – гипо- или гипертиреозидизм, беременность. Осложнения: нарастание нарушений проводимости, брадикардия, гипотония, гипо-, гипертиреозидизм лёгочного фиброза. Отмена пре-

парата при перечисленных осложнениях, побочных эффектах.

Соталол используется при желудочковых аритмиях, желудочковой тахикардии, наджелудочковых аритмиях. Противопоказания те же, что и у β-блокаторов.

Побочные явления при использовании верапамила – выраженные периферические отёки, головные боли, покраснение лица, тошнота, запоры (особенно у пожилых), брадикардия, АВ – блокада и асистолия, трансформация фибрилляции предсердий в фибрилляцию желудочков при синдроме WPW, синдром отмены (утяжеление приступов стенокардии), проишемическое действие, обмороки, снижение либидо.

Дилтиазем – побочные эффекты как у верапамила, менее выражены. Противопоказания – ОН (кардиогенный шок, отёк лёгких), прогрессирующая СН III-IV ФК по NYHA , ФВ <40%, СССУ, брадикардия (ЧСС <50 в мин), АВ-блокада II-III ст., фибрилляция предсердий при синдроме WPW, артериальная гипотония (АД систолическое <90 мм рт.ст.), острый инфаркт миокарда (для нифедипина!), беременность (первый триместр).

Рассмотрим классификацию неотложных состояний и экстренную терапию при аритмиях, аритмогенных и токсических

По состоянию на сегодняшний день инфекция *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) является одной из наиболее распространённых инфекций человека. Более 50% населения мира (~3 млрд человек) инфицировано данным микроорганизмом. По различным данным, инфекция *H.pylori* встречается у 80-90% жителей развивающихся стран Азии и Африки, у 40-80% жителей Восточной Европы, Южной Америки и у 25-40% населения развитых стран Европы и Северной Америки.

Истинная распространённость инфекции *H.pylori* в России не известна. Опираясь на ряд региональных данных, можно сделать вывод, что данный показатель в мегаполисах находится в среднем на уровне 75%, хотя в некоторых регионах достигает 90%. При этом стоит отметить, что тренд к снижению распространённости инфекции *H.pylori*, выявляемый в ряде западных популяций мира, в нашей стране не прослеживается.

Исследователями многих стран наглядно показана прямая зависимость степени инфицированности населения от общего экономического развития страны, уровня жизни и образования, соблюдения санитарно-гигиенических норм, величины годового дохода на душу населения, густонаселённости, наличия достаточных бытовых удобств. В целом, в настоящее время в развитых странах, а также в субпопуляциях с высоким доходом заражение *H.pylori* происходит в детском возрасте (до 10 лет) и в среднем достигает уровня инфицированности в 30-50%, который и сохраняется в старших возрастных группах. Напротив, в развивающихся странах и в субпопуляциях с низкими доходами, заражение происходит как в детском, так и в подростковом возрасте, в среднем достигая 80% уровня инфицированности взрослого населения. Первичное заражение взрослых или повторное инфицирование после успешной эрадикации микроорганизма (реинфекция) происходит реже. Так, в развитых странах ежегодно инфицируется около 0,3-0,7%, а в развивающихся – 6-14%. Частота реинфекции после успешной антихеликобактерной терапии невысока и в среднем составляет около 3,5% в год во взрослой популяции. В свою очередь, реинфицирование у детей встречается чаще, достигая показателя 5,5-6% в год.

Современные исследования в области филогеографии *H.pylori* позволили установить, что совместное сосуществование инфекта и человека имеет длительную историю. Анализ филогеографических моделей показал, что *H.pylori*, сосуществует с людьми, по крайней мере, с момента их исхода из Африки 60 тыс. лет назад и, вероятно, на протяжении всей их дальнейшей эволюции. Безусловно, такое длительное сосуществование человека и инфекции, по сути, отражает уникальные, по всей видимости, филогенетически сформировавшиеся механизмы коадаптации инфекции к хозяину. Это лишь подтверждается тем фактом, что колонизация желудка человека инфекцией *H.pylori* происходит в детском возрасте и персистирует на протяжении всей жизни, фактически уклоняясь от иммунного ответа хозяина.

Распространение *H.pylori* происходит путём передачи бактерии от человека к человеку без участия переносчиков

эффектах при использовании основных антиаритмических препаратов.

При пароксизме наджелудочковой тахикардии:

- массаж каротидного синуса или другие вагусные приёмы;
- при отсутствии эффекта – АТФ 10 мг в/в быстро, при отсутствии эффекта – через 2 мин АТФ 20 мг в/в быстро;
- результат не достигнут – через 2 мин верапамил (изоптин) 2,5-5 мг в/в с возможным повторным введением через 15 мин при отсутствии эффекта 5-10 мг верапамила в/в, сочетание АТФ и верапамила с вагусными приёмами;
- пациентам без СН через 20 мин в/в со скоростью 50-100 мг/мин 1 г (до 17 мг/кг) новокаинамида;
- пациентам с СН через 20 мин в/в медленно 150 мг амиодарона, при отсутствии эффекта через 5 мин ещё 150 мг амиодарона. Эффект отсутствует – ЭИТ.

При пароксизме фибрилляции предсердий новокаинамид либо амиодарон, либо пропафенон 70-100 мг (1-2 мг/кг) в/в за 5 мин (возможно назначение пропафенона внутрь 450-600 мг). Для снижения ЧСЖ – в/в медленно верапамил по 5 мг через 5 мин до суммарной дозы 20 мг или пропранолол 20-40 мг внутрь.

При пароксизме трепетания предсердий – ЭИТ; снижение ЧСЖ, катетерная абляция.

При пароксизме ФП на фоне синдрома WPW – в/в медленно новокаинамид или амиодарон, ЭИТ (противопоказаны сердечные гликозиды, БАБ, АТФ, верапамил, дилтиазем).

При пароксизме ЖТ:

- лидокаин 120 мг (1,5 мг/кг) в/в медленно, при отсутствии эффекта повторно лидокаин в той же дозе (до общей дозы 3 мг/кг), нет эффекта – ЭИТ либо амиодарон;
- можно начать с амиодарона, нет эффекта – ЭИТ, либо лидокаин – ЭИТ при отсутствии эффекта; возможно введение новокаинамида.

Синдром MAC при АВ-блокаде III ст.:

- закрытый массаж сердца;
- вводить атропин через 3-5 мин по 1 мг в/в (общая доза 3 мг – 0,04 мг/кг);
- эндокардиальная чрескожная или чреспищеводная ЭКС;
- допамин 100 мг или адреналин 1 мг в 200 мл 5% раствора глюкозы в/в;
- медленное введение в/в 240 мг эуфиллина.

Осложнения:

- асистолия;
- фибрилляция желудочков;
- острая СН (отёк лёгких, кардиогенный шок);

– артериальная гипотензия;

– ангинозная боль.

В отличие от обычных ААП, следует при- менять средства, влияющие на различные кардиальные патогенетические механизмы – воспаление, нейрогуморальные факторы, снижение ремоделирования. Они сокращают сердечно-сосудистую смертность, влияют на жизнеопасные аритмии у пациен- тов со структурной сердечной патологией. Именно в этом значительная патогенети- ческая роль кортикостероидных гормонов, ω-3 ПНЖК, средств, воздействующих на ренин-ангиотензин-альдостероновую си- стему (РААС).

В статье отражены современные све- дения об аритмогенных и токсических эффектах наиболее широко используемых в клинической практике антиаритмических препаратов, а также представлены методы систематизации, диагностики и неотложной терапии.

Михаил ГУРЕВИЧ, профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского.

Клиническое значение инфекции helicobacter pylori в XXI веке

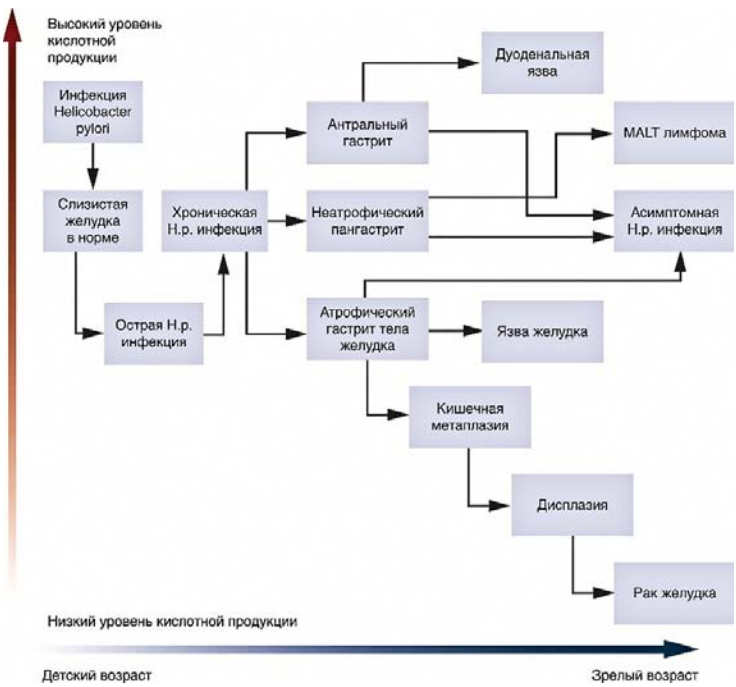


Рис. Спектр гастродуоденальных заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H.pylori*

и промежуточных хозяев. В литературе также описаны случаи контаминации водных ресурсов и пищи как возможного источника инфекции. Тем не менее до сих пор однозначно не определено, какие факторы необходимы для обязательного заражения и почему не у всех лиц гаран- тированно и быстро возникают воспали- тельные изменения слизистой оболочки. В целом предполагается три основных пути передачи бактерии: орально-оральный, фекально-оральный, ятрогенный (во время проведения эндоскопии, стоматологиче- ских вмешательств и пр.)

В этом контексте большое значение придают внутрисемейной передаче с за-

ражением в раннем детском возрасте, однако этот факт до сих пор является предметом опре- делённых дискус- сий, поскольку ме- ханизмы передачи достаточно трудно изучать. Показано, что вероятность ин- фицирования кор- релирует с числом детей в семье и что младшие дети бо- лее склонны к за- ражению, если их старшие братья и/или сёстры были инфицированы.

Сегодня в меди- цинском сообще- стве *H.pylori* уже не рассматривается только через при- зму его ассоциа- ции с развитием язвенной болезни желудка и двенад- цатиперстной киш- ки, ведь значимость этого инфекта уже не ограничивается заболеваниями гастродуоденальной зоны, придавая инфекции *H.pylori* ещё более существенную роль в клинической медицине. Клиническая значимость дан- ной инфекции определяется её ведущей ролью в формировании хронического га- стрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, MALT-лимфомы, а также аденокарциномы желудка. Кроме того, к текущему моменту существуют достоверные данные касательно ассоци- ации инфекции *H.pylori* с идиопатической железodefицитной анемией и идиопати- ческой тромбоцитопенической пурпурой. Таким образом, можно сделать вывод, что клинические эффекты инфекции *H.pylori*

гетерогенны и включают в себя широкий спектр патологий, доказательная база которых как на патогенетическом, так и на клиническом уровне продолжает рас- ширяться.

Несмотря на то, что хронический га- стрит развивается у всех инфицирован- ных *H.pylori*, какие-либо возникшие проявления имеются далеко не в каждом случае, более того – примерно 80% лиц остаются асимптомными. В целом, для *H.pylori*-позитивных пациентов риск раз- вития язвенной болезни в течение жизни составляет 10-20%, рака желудка – 1-2%, а MALT-лимфомы желудка – 0,1%. Счи- тается, что вероятность возникновения этих заболеваний может зависеть от вирулентных и патогенных свойств бacte- риального штамма (табл.), генетических особенностей организма хозяина и сре- довых факторов, которые, в свою очередь, в комплексе и детерминируют паттерн развития *H.pylori*-ассоциированного забо- левания гастродуоденальной зоны (рис.). Важно отметить, что патоморфологическая оценка гастрита является клинически релевантной, поскольку различные фено- типы *H.pylori*-ассоциированного гастрита детерминируют различный риск развития гастродуоденальных осложнений. Выра- женность и распространённость атрофи- ческого гастрита и кишечной метаплазии являются предикторами риска развития рака желудка.

В этой связи, в соответствии с современ- ными рекомендациями Экспертного совета Киотского консенсуса (2015), целесообраз- но скрининговое обследование на *H.pylori* среди молодых людей до развития атрофи- ческого гастрита и кишечной метаплазии с учётом локальных эпидемиологических данных (класс рекомендаций: сильный; уровень доказательности: умеренный). Эрадикационная терапия (ЭТ) инфекции *H.pylori* снижает риск рака желудка, одна- ко этот эффект, как правило, достигается лишь у пациентов, у которых отсутствовали явления атрофии и метаплазии. У боль- ных с этими предраковыми состояниями ЭТ приводит к регрессу воспалительных изменений слизистой оболочки желудка, однако может не остановить дальнейшее прогрессирование в рак. Исходя из этого, целесообразно проводить скрининговые мероприятия у пациентов младших и сред- них возрастных групп до формирования у них явлений атрофии и кишечной мета- плазии. В основе такой тактики должны лежать локальные эпидемиологические данные о распространённости предра- ковых изменений желудка в конкретных возрастных группах.

Дмитрий АНДРЕЕВ, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии.

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

Таблица Основные факторы вирулентности <i>H.pylori</i> и их роль в развитии заболеваний		
Фактор вирулентности	Основная функция	Ассоциированная патология
OipA	Адгезия, воспаление	Гастрит
BabA/B	Адгезия	Язвенная болезнь, рак желудка
SabA	Адгезия	Гастрит
UreA/B	Колонизация	Гастрит
CagA	Дезорганизация плотных контактов эпителиоцитов, индукция провоспалительных цитокинов	Гастрит, язвенная болезнь, рак желудка, MALT-лимфома желудка
VacA	Вакуолизация и апоптоз эпителиоцитов	Язвенная болезнь, рак желудка
IceA	Воспаление	Язвенная болезнь

– Юрий Анатольевич, исходя из названия института – экологии человека и гигиены окружающей среды, вы изучаете воздействие различных вредных факторов на человека, а значит и на его здоровье. В этой цепочке большое место занимают исследования воды. В одном из интервью вы даже выразились так: «Человек – это, в сущности, сосуд с водой...» Поэтому начнём беседу о её значении в жизни человечества.

– В действительности вода – один из важнейших факторов, определяющих все формы жизни на Земле. Человек зарождается в водосодержащей среде, а теряя воду, – умирает. У 6-недельного эмбриона, когда сформированы зачатки скелета и всех органов, – 97% воды в организме, у новорождённого – 80%, у взрослого человека около 70%, а у пожилого – 60% и менее. В воде содержится многие необходимые для роста и развития живых существ биогенные элементы, но может содержаться и огромное количество веществ, вредных для жизни. Вода на земле практически не бывает стерильной. Поэтому, помимо её химического состава, важным является и биологическое загрязнение – бактериальное, вирусное, грибковое, паразитарное. Всё это становится жизненно важным предметом изучения и нормирования её качества при питьевом, рекреационном, промышленном и сельскохозяйственном использовании. Научное направление «экология человека», связанное с изучением основных механизмов и закономерностей влияния качества воды на наше здоровье, регламентированием её химического и биологического загрязнения, является основой профилактического здравоохранения и одной из важнейших составляющих превентивной медицины.

– Очевидно, поэтому основные ваши научные исследования посвящены теоретическим и практическим вопросам экологии человека и гигиены окружающей среды, гигиены воды и её роли в формировании здоровья населения. Каковы их результаты, где и кем они реализуются?

– Практическое значение исследований в области «экологии человека» в большей своей части реализуется через научное направление «гигиена окружающей среды». То есть через обоснование критериев и показателей неблагоприятного химического, биологического, радиационного её загрязнения и установление допустимых уровней содержания этих загрязнений без риска нанесения ими вреда нашему здоровью, а также определение и нормирование содержания в воде жизненно важных биогенных элементов. Они необходимы для нормального функционирования живых организмов и, прежде всего, организма человека.

Достижения отечественных учёных, в том числе наши разработки, находят отражение в международных документах, издаваемых, например, Всемирной организацией здравоохранения, Таможенным союзом.

К этому можно отнести также научные открытия (я соавтор 9) и патенты на изобретения (я соавтор более 30). Например, патент по оптимальным уровням содержания биогенных элементов в питьевой воде удостоен серебряной награды на международной выставке в Брюсселе и используется рядом предприятий по производству бутилированных питьевых вод высшей категории качества.

– Что послужило толчком для написания вами книги «Вода – космическое явление»? Какое она имеет значение для науки?

– Первое – это то, что практически всю свою научную жизнь я занимаюсь (с лёгкой руки научного руководителя моей кандидатской диссертации члена-корреспондента АМН СССР Самуила Наумовича

Авторитетное мнение

Святой продукт России

Взгляд в будущее через призму воды



В «послужном» документе Научно-исследовательского института экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н.Сысина и его нынешнего директора академика Юрия РАХМАНИНА много ярких страниц. Юрий Анатольевич – выпускник Первого Московского государственного медицинского института им. И.М.Сеченова. В 1970 г. он пришёл к тогдашнему директору НИИ академику АМН СССР Геннадию Ивановичу Сидоренко с идеей создания лаборатории гигиены опреснённой воды. Предложение нашло поддержку в Госкомитете по науке и технике. А уже через 5 лет вместе с коллегами был удостоен премии Госкомитета по науке и технике Совета министров СССР.

В апреле 2000 г. после ухода из жизни Г.Сидоренко Ю.Рахманин на конкурсной основе возглавил институт, «вытянул» его, можно сказать, из полной разрухи перестроечных лет, пережил труднейшие годы рейдерского захвата этого, без преувеличения, исторического здания на Погодинской в Москве. Спасли институт от уничтожения бывший и нынешний министры здравоохранения РФ – Татьяна Голикова и Вероника Скворцова. Решение было радикальное государственное – перевести научно-исследовательское медицинское учреждение из РАМН в подчинение Министерства здравоохранения и социального развития РФ и тем самым дать толчок его новому развитию. Так в чём состоит сегодняшняя востребованность НИИ, узнала корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА у его руководителя.

Черкинского) водой. Второе – Библия, в которой есть много смысловых значений, связанных с особой миссией воды и, прежде всего, с самой легендой сотворения мира: «И была тьма, и был хаос. И Дух Божий носился над водою» (в чём просматривается гармония «инь» и «янь») и далее: «И был день первый. И разделил Бог воду на ту, что над твердью, и ту, что под твердью». Ну а потом – диалектика: в чём жизненная сила «первичного» и «вторичного»? И, конечно, третье – это то, что в последние 3-4 десятилетия прошла устойчивая волна различных технологий физического воздействия на воду. В связи с этим существенно возрос интерес к молекулярно-структурной организации воды, кластерности водных ассоциатов, её водородно-кислородному изотопному составу, к пониманию того, что конкретно фиксируемые физические параметры и константы изменчивости агрегатных состояний физико-химических и биологических свойств воды – это, в определённой мере, реальная сущность фиксируемых явлений водного мироустройства.

Появилось огромное желание углубиться в эту область научного познания. Нам представляется, что это будет иметь большое значение в будущем для дальнейшего научного познания воды и её предназначения.

– Как вы ведёте комплексную оценку и обеспечение безопасности водных источников? В 90-е годы была попытка реализовать программы «Чистая вода», потом – «Питьевая вода». Почему не получилось?

– Вода – единственная чистящая жидкость на нашей планете: она моет воздух, наши тела, автомашины, дороги, смывает всё с лесов, сельскохозяйственных полей, в неё, так или иначе, поступает большинство отходов жизнедеятельности человека. А это – сотни миллионов тонн различных химических соединений, выбрасываемых промышленными и сельскохозяйственными производствами, миллионы штаммов различных микроорганизмов, сотни видов возбудителей паразитарных болезней. И от всего этого ей необходимо очиститься, на что у неё остаётся всё меньше сил. Например, река Москва – это почти что очищенные городские сточные воды, вдвое разбавленные речной

водой, которая сама по себе уже не очень чистой поступает в Москву, а на её дне покоится ещё около 20 млн тонн загрязнённых иловых отложений. Так что очищать такую воду до питьевого качества не просто и нужно помнить: всё, что выбрасывается в матушку природу, возвращается через какое-то время в том или ином виде к человеку. К сожалению, с поставленными задачами не справилась ни одна из программ – ни «Питьевая вода», ни «Возрождение Волги», ни нынешняя «Чистая вода».

– В чём суть сегодняшней очистки воды? Был же период, когда в процессе первичного её хлорирования и образования побочных продуктов произошёл рост онкозаболеваний...

– Конечно, борьба продолжается. В 1994 г. мне вместе с академиком РАН Б.Н.Ласкориным удалось убедить московское правительство (вёл заседание В.И.Ресин), и на выделенные им деньги была построена самая современная в Москве система очистки воды на Юго-Западной водопроводной станции. Тогда к науке отнеслись с пониманием, и многие угрозы здоровью удалось предотвратить. В частности, в значительной мере была решена проблема образования побочных продуктов дезинфекции воды хлором (в список таких веществ может входить более 300 химических соединений, которые вносят существенный вклад в увеличение онкозаболеваемости населения). Здесь важен принцип соблюдения баланса между обеззараживающим эффектом и образованием побочных продуктов дезинфекции. Это важно отметить, прежде всего, в связи с тем, что в настоящее время в России в качестве основной причины смертности населения доминирует неинфекционная заболеваемость, составляющая 75% причин общей смертности, в том числе 55% от сердечно-сосудистых и около 15% от онкологических заболеваний. На наш взгляд, сегодня нарушена триада успешного решения любых сложных задач в виде сотрудничества производителя, контролирующей организации и науки. Производитель ясен, контролирующая организация по питьевой воде – Роспотребнадзор, по водоисточнику – он же, совместно с Росприроднадзором, а вот научные

силы по разработке гигиенических регламентов и профилактических мероприятий отодвинуты в сторону, хотя в нашем институте работает цвет специалистов, посвятивших данной проблеме десятки лет и с международным признанием в качестве экспертов ВОЗ. К ним, кроме меня, относятся академик РАН Н.Русаков, члены-корреспонденты РАН Г.Красовский и О.Синицына, профессора Р.Михайлова и З.Жолдакова, а также ряд перспективных молодых специалистов.

– Как вы прокомментируете утверждение, что изменение физических свойств воды в результате воздействия может привести к тому, что она приобретёт волновые характеристики, подобно резонансным характеристикам клеток и отдельных внутренних органов человека – печени, почек, селезёнки. Эти «созвучия» как-то могут быть использованы в развитии медицины будущего?

– В институте создана единственная пока в стране Лаборатория биофизики воды и водных оздоровительных технологий, в которой работа ведётся в 3 основных направлениях. В этих исследованиях присутствуют и резонансные явления. Мы все – водные организмы, если можно так сказать, и волновые характеристики наших органов имеют свою специфику, связанную с их функциональным предназначением. Поэтому очень вероятно, что в недалёком будущем нам удастся помогать им в работе, в том числе и с помощью модифицированных свойств воды. Но уже сегодня на эту тему идут жаркие дискуссии, когда обсуждается проблема, как добиться активного здорового долголетия человека. Это может коснуться и различных разделов медицины, например, проблемы борьбы с отторжением органов при их пересадке или более эффективной технологии получения вакцинных препаратов.

– С кем институт работает в тесном контакте?

– В Министерстве здравоохранения РФ нас курирует, в основном, Департамент науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью. По ряду вопросов, особенно в части санитарной охраны водоемных объектов и по проблеме

утилизации отходов производства и потребления, сотрудничаем с Росприроднадзором. С медицинскими вузами и рядом ведомственных организаций нас связывает подготовка квалифицированных кадров. Один из основных наших партнёров – Роспотребнадзор, через который наши разработки реализуются в виде различных нормативно-методических документов, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. На международный форум Научного совета Российской Федерации по экологии человека и гигиены окружающей среды, в декабре на базе нашего института заявки на участие поступили из 30 стран, в том числе из Швейцарии, Италии, Германии, Норвегии, США, Китая, Ирана, Украины, Белоруссии, Казахстана, Латвии, Грузии и др. Запланирован телемост с Европейским бюро ВОЗ. С помощью Минздрава России, учитывая высокопрофессиональную подготовку наших кадров, мы принимаем самое активное участие в деятельности Европейского бюро ВОЗ.

– Какие проблемы будет решать НИИ завтра и в перспективе?

– Задачи, стоящие перед институтом, очень значительны для охраны здоровья населения. Ради этого трудятся специалисты 22 структурных подразделений. Это и проблемы охраны от загрязнений атмосферного воздуха, водоёмов и питьевой воды, почвы, гигиены жилых и общественных зданий, утилизации отходов производства и потребления, оценки рисков здоровью от неблагоприятных химических, биологических и физических воздействий. Специалисты занимаются изучением токсических биохимических, иммунологических, генетических, цитоморфологических последствий воздействия различных факторов и профилактикой эколого- и климатозависимых патологических состояний – как на моделируемых тест-системах, так и в экспериментах на теплокровных животных, при обследовании здоровья детского и взрослого населения, находящегося под воздействием различных явлений окружающей среды.

Ряд научных направлений, как и создание Координационно-аналитического центра, направлен на обеспечение химической и биологической безопасности в нашей стране. Принимаем участие в разработке соответствующих законов. Мы надеемся, что в недалёком будущем на территории института будут построены современная, отвечающая требованиям GMP, Клиника экспериментальных животных и Медицинская клиника изучения здоровья здоровых, направленные на профилактику эколого- и климатозависимых заболеваний, развитие нового научного направления «Медицины окружающей среды». Особую актуальность этому придаёт то обстоятельство, что в мире зарегистрировано уже несколько десятков монофакторных экологически обусловленных заболеваний, опосредованно в той или иной мере связанных с климато- или экологозависимыми воздействиями.

– А что думает о своей научной работе в будущем академик Юрий Рахманин?

– Надеюсь в ближайшие годы оформить ещё 2 научных открытия, поучаствовать в подготовке 10 докторов медицинских и биологических наук, довести развитие научных направлений «Медицины окружающей среды» и «Биофизики воды и водных оздоровительных технологий» до высоко значимых научно-практических результатов и сделать всё, чтобы институт остался флагманом в решении научных проблем экологии человека, гигиены и медицины окружающей среды, продолжал развиваться направления во имя сохранения и упрочения здоровья россиян.

Недавно завершился очередной этап конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Победителем его признан младший научный сотрудник Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза кандидат биологических наук Сергей ПУСТЫЛЬНИКОВ. Сразу после награждения мы попросили его поделиться мыслями, возникшими в ходе Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии во фтизиатрии», посвящённой памяти академика РАМН М.Перельмана, в рамках которой прошла церемония награждения победителей молодёжного конкурса. Вот что он рассказал:

– Научными исследованиями в области туберкулёза я начал заниматься не случайно. Несколько лет назад я был поражён тем, какое количество людей инфицировано микобактерией туберкулёза и гибнет от неё, в том числе в нашем сибирском регионе. Я осознал масштаб проблемы и понял, сколь востребованы поиски эффективных путей противодействия этой смертоносной инфекции. По сути, это задача мирового масштаба.

Я недостаточно квалифицирован, чтобы оценивать эффективность нашей противотуберкулёзной службы, но считаю, следует повышать её действенность. Как?

Лично мне кажется, что в масштабах страны важнее всего, чтобы люди научились ответственно относиться к своему здоровью: отказываться от вредных привычек, правильно питаться, больше двигаться – тогда и болеть будут меньше, не только туберкулёзом. Мне кажется, это задачи системы образования, средств массовой информации. Пусть люди под влиянием информационного окружения задумаются и о важности прививок, и о важности профилактических обследований.

С другой стороны важно, чтобы государство сумело отрегулировать хороший уровень бесплатной или хотя бы доступной медицины даже в сложные времена. Это направление, где экономия может выйти боком. Иначе никакого прогресса в здоровье людей не будет.

Что касается конкурса, хочу с удовлетворением отметить, что подобных полезных начинаний нет во многих отраслях науки и медицины. А вот фтизиатры его организовали, что очень важно. По сути, это инвестиции в прогресс фтизиатрической службы и медицины в целом.

На конкурс я представил работу «Влияние наивных и кондиционированных с poly(A:U) мезенхимальных стромальных клеток на течение микобактериальной инфекции у мышей», и её признали лучшей.

Хочу сказать искреннее спасибо организаторам конкурса и организаторам конференции, Российскому обществу фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России. Конференция замечательная и ин-

для авторов оплатить открытый доступ. Конечно, хотелось бы иметь доступ к оцифрованным архивам, ведь есть море интересных работ прошлых лет.

Во-вторых, я бы предложил найти способы финансировать фтизиатрическую науку на грантовых принципах. С хорошими объёмами грантов, со стимулированием создания международных и внутренних коллабораций,

карту, куда поступает часть денег с гранта. Зашли в онлайн магазин – оплатили реагенты, пришла доставка – работают. Это очень просто, это очень быстро, это – под контролем, потому что банк «видит» все траты и видны все цены. Собираение трёх коммерческих предложений даже на незначительную закупку и ожидание конкурсов с задержками на всех этапах – в итоге полгода люди вме-

Все предложенные шаги – или сложные, или дорогие, или требуют усилий, в том числе политической воли. Но это всё можно делать, было бы желание. Мне видится, что открытость миру и заимствование лучших практик – это возможность усилить российскую науку. А тем, кто считает, что всё это дорого и трудно, можно ответить, что эпидемия туберкулёза с множественной лекарствен-

Тенденции

Как нам усилить российскую науку?

Фтизиатры вполне могут стать локомотивом в продвижении проверенных мировых практик и собственных наработок

тересная, яркие докладчики и отличный уровень. Большое спасибо моим коллегам по исследованию, ведь 1-е место в конкурсе «Туберкулёз-минус» – наш командный, коллективный успех. Большое спасибо всему Новосибирскому НИИ туберкулёза, у нас есть уверенная нацеленность на высокий научный уровень и новые достижения.

Сегодня все мы понимаем, что процесс глобализации неотвратим, и чтобы «выиграть» от него, в этом процессе надо принимать участие. Российская наука вполне может заимствовать уже проверенные удачные практики мирового научного сообщества. Для российской фтизиатрии я бы сделал три предложения. Они не оригинальны, так в мире делают многие. Но я надеюсь, всем будет интересно, ведь мы обычно так не делаем.

Во-первых, международный научный язык – английский. Я бы предложил двигаться в сторону того, чтобы все наши журналы были международными и тянулись в сторону роста престижа, узнаваемости и импакт-фактора. Чтобы они имели полные онлайн тексты на английском и везде индексировались. Для начала достаточно делать переводы существующих и новых статей на английский язык. Это не так дорого. Зато издательства смогут зарабатывать на платном доступе либо на возможности

с возможностями проводить клинические исследования. Сколько мы видим на конференции отличных клинических работ! А сколько бы их было, если бы активные люди зарабатывали прибавки к зарплате, а их проекты конкурировали друг с другом?

Почему грантовый принцип? Чтобы привлечь к оценке заявок экспертов из других стран и иметь меньше потенциальных конфликтов интересов, иметь больше обратной связи от профессионалов со всего мира, иметь конкуренцию и рост качества. Есть много стран, где уже существующие научные фонды объявляют тематические гранты.

В-третьих, я бы предложил упростить закупку реагентов для научных исследований. В США лаборатория имеет банковскую



сто работы ждут нужного реагента. Чем наши учёные хуже американцев? Если реформу по упрощению «подтолкнуть» фтизиатрия или медицина в целом, спасибо им скажут все естественные науки.

ной устойчивостью возбудителя на фоне распространения ВИЧ-инфекции может оказаться для России намного дороже и труднее.

В заключение несколько слов о глобальном. На мой взгляд, директор отдела ВОЗ по борьбе с туберкулёзом Марио Равильоне, один из первых выступавших на конференции «Инновационные технологии во фтизиатрии», посвящённой памяти академика РАМН М.Перельмана, очень правильно сказал, что иммунологию туберкулёза мы знаем плохо, поэтому и хорошей вакцины нет. Может быть, и хороших методов лечения не хватает по этой же причине. Химиотерапия токсична, люди не привержены такому лечению, развивается лекарственная устойчивость – и очень многие в мире убеждены, что надо искать новые, другие методы терапии. Поэтому мне видится, что в будущем главный удар по туберкулёзу нанесут вакцины или средства иммунотерапии.

Конечно же, необходимы усилия по всем направлениям – нужны и фундаментальные исследования, и новые подходы в диагностике, лечении, организации здравоохранения. Многие помнят, что в Stop TB Strategy обозначена цель победить туберкулёз к 2050 г. за счёт инноваций. Лично мне кажется, что при желании эта цель достижима. Новосибирск.

Решения

На достойный уровень К нему уверенно идёт пластическая хирургия

В четырёх отечественных медицинских вузах могут появиться диссертационные советы по специальности «пластическая хирургия» – Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова, Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова, Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова и Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова. «Кафедры пластической и эстетической хирургии этих медвузов соответствуют первичным требованиям Высшей аттестационной комиссии», – сообщил член профильной комиссии Минздрава России по пластической хирургии на очередном её заседании, заведующий кафедрой пластической хирургии Первого Меда профессор Игорь Решетов.

Как известно, пластическая хирургия вошла в номенклатуру научных специальности, по которым присуждаются учёные степени, в конце минувшего года. Это зна-

чило, что пластические хирурги получили возможность учиться в аспирантуре, защищать научные работы и получать кандидатские и докторские учёные степени

по своей профильной специальности.

Следующим шагом профильной комиссии федерального Минздрава, возглавляемой главным специалистом ведомства по пластической хирургии, заведующей кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова Натальей Мантуровой, стало создание диссертационных советов, которые могли бы эти научные степени присуждать.

И.Решетов акцентировал внимание коллег на том, что изначально обсуждалось предложение сделать единственный диссертационный совет на базе РНИМУ, но в итоге

было принято «сетевое решение, которое сразу позволит выполнить всю процедуру экспертизы научных работ», исключающую пересечение интересов членов диссертационного совета и вузов.

По положению ВАК, диссертационный совет может быть открыт в учреждении, если в его штате есть не менее 5 докторов наук по специальности. Каждый из них должен соответствовать ряду критериев: иметь не менее 5 научных публикаций в журналах со статусом ВАК и свой пул учеников. «Как вы понимаете, очень немногих учреждений в нашей стране имеют такую штатную возможность. И, таким образом, мы ожидаем подачу документов в ВАК

от РНИМУ, Первого МГМУ, Первого Санкт-Петербургского ГМУ и Северо-Западного ГМУ, – отметил И.Решетов. – Далее хотелось бы начать процесс и посмотреть научную ёмкость нашей специальности. Надо свои претензии подтвердить. Непросто это доказывать. К сожалению, зачастую советы закрываются из-за технических ошибок на этапе экспертизы диссертаций, а если это произошло, то открыть диссертационный совет вновь нельзя».

В свою очередь, Н.Мантурова подчеркнула, что создание диссертационного совета – не что иное, как просьба кафедр и профессионального сообщества: «Действительно был проделан титанический труд. Мы с коллегами, можно сказать, рискнули. Но всё-таки выполнили ваше желание. Просьба: не навредите. Не так сложно решить, как удержать решение на достойном уровне», – сказала она.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Наблюдательность – одно из важнейших и спасительных качеств. Она присуща и животному, и человеку. Есть и понятие «профессиональная наблюдательность». Например, Исаак Ньютон, наблюдая в саду падающие яблоки, открыл на этом основании закон всемирного тяготения. Наблюдательность врача также, несомненно, имеет профессиональную окраску: увидеть клинические проявления болезни, её картину в целом и в частностях, проследить динамику состояния больного, оценить результаты терапии. Исторически наблюдение долгое время было единственным методом диагностики.

В основе открытий

Отточенная наблюдательность докторов позволила описать семиотику патологии и выделить различные болезни задолго до раскрытия их этиологии и патогенеза. Закономерно поэтому, что названия многих симптомов и заболеваний носят имена сообщивших о них первонаблюдателей.

Так, симптом раздражения оболочек мозга, характерный для менингита и субарахноидального кровоизлияния, носит имя отечественного учёного Кернига, симптом разгибания большого пальца стопы, характерный для поражения пирамидных путей, – французского невролога Бабинского и т.д. Можно вспомнить и образцы высокой наблюдательности, которые в буквальном смысле спасли человечество. Например, в конце XVIII века наблюдательность Эдуарда Дженнера позволила предложить прививку против оспы, а в 20-е годы XX века наблюдательность Александра Флеминга привела к обнаружению антибиотиков.

Новации, связанные с научной или клинической наблюдательностью, конечно, продолжают и в наше время. Одарённые наблюдательностью клиницисты – и учёные, и практики – делают и важные открытия, и повседневно лучше разбираются в запутанных ситуациях с больными. Вспомню поучительные случаи профессиональной наблюдательности моих учителей, друзей и собственные.

Как родилась эндоваскулярная нейрохирургия

Что общего между первомайской демонстрацией на Красной площади и эндоваскулярной нейрохирургией? Мой друг Фёдор Сербиненко – аспирант Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко – изучал каротидно-кавернозные (мы их прозвали «каверзные» – за создание сложных внутричерепных ситуаций) соустья, образующиеся вследствие разрыва внутренней сонной артерии. Принятые внутричерепные и внечерепные операции для их устранения травматичны и «малоэффективны». Нужны принципиально новые методы ликвидации жизнеопасных патологических fistул. И Фёдор неперестанно думает об этом. Случайное его наблюдение обогатило мировую медицину открытием.

На первомайской демонстрации, на Красной площади в Москве, он увидел, как воздушные шары легко подчиняются подёргиваниям за нитку, к которой привязаны. Раньше подобное не впечатляло его. А здесь, как Фёдор мне рассказывал, мгновенно родилась идея вводить в сосуды управляемый и разделяемый баллон-катетер. Это было в 1959 г. От великолепной ассоциации до её осуществления прошли долгие годы. Но устройство, позволяющее «ремонтировать» сосуды изнутри, щадяще закрывая «дырку» в артерии, восстанавливая ток крови к головному мозгу, было сделано. А с ним родилось и получило мировое развитие

новое направление в нейронауках – эндоваскулярная нейрохирургия. Крупнейшие нейрохирурги мира – Джеймс Гудрич, Эдвард Лоус, Жерар Дебрун подчёркивают, что вклад Ф.Сербиненко в интервенционную радиологию соразмерен Нобелевской премии.

Старый свитер

Мне довелось быть учеником замечательного профессора-невролога Юлия Вениаминовича Коновалова. Он являл образец творческой наблюдательности у постели больного. Смотреть, как обследует пациента Юлий Вени-

ит – я получал глухое невнятное бормотание с носовым оттенком. Типичная «речь» больной с боковым амиотрофическим склерозом. Я был готов согласиться с опасным диагнозом и бесперспективным прогнозом уважаемого коллеги.

Однако меня смутила избирательность речевых нарушений. Ещё до неврологического исследования было ясно, что у женщины, по тому, как она ходит и жестикулирует, нет параличей и характерных атрофий конечностей. Осмотр подтвердил это. Более того, я не выявил ни одного объективного пирамидного знака, и вообще, ни одного даже

Этика и деонтология

О врачебной наблюдательности

Она очень важна для лечения пациентов и научных открытий

аминович, было лучшей школой для становления молодого врача. Помню, к примеру, как, обратив внимание на то, что у больного вызывает неприятные ощущения в правой руке старый свитер, и сопоставив эту локальную гиперпатию с общей клинической картиной, Юлий Вениаминович один из первых в мире до применения контрастных методов исследования поставил труднейший диагноз опухоли левого зрительного бугра, верифицированный затем на операции. И подобных достижений наблюдательности у моего учителя было много.

Поле зрения

Однажды у постели тяжёлого больного встретились три неврологических светила: Е.Сепп, А.Кульков и М.Рапопорт. Первый, учитывая внезапность развития мозговой патологии у пожилого человека с гипертонической болезнью, при отсутствии объективных признаков внутричерепной гипертензии, диагностировал инсульт. Второй, исходя из быстрого развития менингеального синдрома, высокой температуры, повышения РОЭ (тогда так называли нынешнее СОЭ), предположил менингоэнцефалит. Третий уловил чёткую заведомо недислокационную очаговую симптоматику. Михаил Юльевич приблизился к больному с левой стороны и не увидел никакой реакции на своё появление. Когда же он подошёл с правой стороны, пациент стал следить за ним. Профессор Рапопорт расценил это как доказательство гомонимной левосторонней гемианопсии и с учётом других симптомов заподозрил недоброкачественную опухоль правой височной доли. Истина не могла быть тройственной. Больного перевели в институт нейрохирургии, где дальнейшее исследование и операция подтвердили суждение Михаила Юльевича.

Конец смертельного диагноза

Однажды ко мне на консультацию прислали больную, которой опытный невролог поставил диагноз, по сути, смертельного заболевания: «боковой амиотрофический склероз». Болезнь проявляется периферическими и центральными параличами конечностей, нарушениями речи и глотания с неизбежным фатальным исходом. Больная – женщина лет 50 с поникшим взглядом. В ответ на мои обычные вопросы: как имя-отчество, что вас беспоко-

скрытого симптома органической патологии нервной системы.

Я был озадачен: яркие расстройства речи – грубейшая дизартрия и дисфония и больше ничего. Расспрашиваю о работе, семье, детях и не столько слушаю ответы (их всё равно не разберёшь), сколько наблюдаю за мимикой и речевой моторикой. И вижу – каждый раз, когда больная начинает говорить, её нижняя губа оттопыривается. Странно, к чему бы это? Невольно пытаюсь сам подражать больной. Пробую отдельно надуть нижнюю губу, но при попытке говорить она опадает. А у больной именно тогда, когда она хочет что-либо сказать, нижняя губа остаётся оттопыренной. Когда же она молчит, губа опадает. В поисках движений для подражания засовываю язык между нижней губой и зубами и пробую произнести несколько слов. Эврика! Тот же эффект, что и у больной, та же «бульбарная», смазанная, глухая, носовая речь.

Теперь всё ясно. Не осознавая, с помощью случайно найденного своеобразного приёма, пациентка выключила себя из конфликтной ситуации, ибо муж, испугавшись, перестал её бить.

Новые симптомы

Как ни хорошо изучена семиотика патологии нервной системы, однако она ещё далеко не исчерпана. При исследовании больных мне удалось обнаружить неизвестный ранее рефлекс, сопровождающий патологию пирамидной системы. Я назвал его большеберцовостопным. В ответ на постукивание неврологическим молоточком по внутренней поверхности большеберцовой кости возникает тыльное сгибание стопы, а порой её клонус. Большеберцово-стопный рефлекс дополняет существующие патологические стопные знаки. Его значение состоит в том, что он может быть ранним, первым и единственным признаком поражения центральных нейронов двигательного пути.

Затем я описал феномен ирритации корнеальных рефлексов при опухолях задней черепной ямки, имеющий определённое диагностическое значение. Исследуя больных с хроническими субдуральными гематомами, я обратил внимание на притупление перкуторного звука на стороне расположения осумкованного кровоизлияния. И в век КТ/MPT этот симптом не лишний, он позволяет сразу ориентироваться и в наличии патологии, и в её латерализации. Все эти находки – результат профессиональной наблюдательности.

Синдром разобщения

Неврологические признаки по своему характеру разделяются на симптомы выпадения – клинические признаки недостаточности мозговых функций (центральные парезы конечностей, афазия, гемианопсия и др.) и симптомы раздражения – клинические признаки избыточности мозговых функций (эпилептические припадки, галлюцинации, гиперкинезы и др.)

Наблюдая за пострадавшими с тяжёлой черепно-мозговой травмой, прежде всего, с диффузным аксональным повреждением,

я выделил новый класс неврологических признаков – симптомы разобщения. Они характеризуются клиническими проявлениями функционального и/или анатомического нарушения связей коры больших полушарий и подкорково-стволовых образований. Их, конечно, видели очень многие врачи, но я, уловив своеобразие, обобщил.

Происходит растормаживание подкорковых, орально-стволовых, каудально-стволовых и спинномозговых механизмов при функциональном молчании первично неповреждённой коры мозга. Синдром разобщения проявляется комплексом поздних и генерализованных двигательных реакций, сложных патологических рефлексов, оральных, глазодвигательных, зрачковых и спинномозговых автоматизмов, пароксизмальных вегетовисцеральных нарушений.

Симптомы разобщения чаще всего развиваются при диффузном аксональном повреждении мозга на фоне перехода длительной комы в стойкое или транзиторное вегетативное состояние. Они могут также наблюдаться в структуре далеко зашедших дислокационных и постдислокационных синдромов, обусловленных внутричерепными гематомами и другими объёмными травматическими процессами, а также после гипоксии головного мозга, вследствие посттравматических нарушений мозгового кровообращения и др.

Часто симптомы разобщения настолько выразительны в своём сочетании, что образуют характерный синдром, позволяющий ставить диагноз клинически. Специальные модальности магнитно-резонансной томографии такие, например, как трактография, демонстративно подтверждают его.

«Опухоль» матки

Я задержался на работе. Вечерело. Собрался уходить, как в кабинет вошла дежурный врач.

– Леонид Болеславович, у поступившей больной с инсультом огромная опухоль матки. Что делать?

– Сколько ей лет? – ответил я вопросом на вопрос, чтобы сразу исключить либо подтвердить беременность.

– Восемьдесят.

«Беременность отпадает», – подумал про себя. Неужели огромная фибромиома? Всякое бывает.

– Пойдёмте в палату. Старушка была в коме. Артериальное давление 230 на 140. Уточнение анамнеза невозможно.

Я обратил внимание, что её не парализованная рука находится в беспокойном состоянии, по-

стоянно хватается за живот. Откинул одеяло. Над лобком чётко контурировалось гладкое шаровидное возвышение. Приступил к пальпации и перкуссии. Ничего разнотканного или бугристого. Диагноз ясен. Центральная задержка мочеиспускания нередко наблюдается у тяжёлых неврологических и нейрохирургических больных, особенно впадающих в кому. Об этом надо помнить.

Попросил мягкий катетер, благо у женщин катетеризация мочевого пузыря много проще, чем у мужчин (причиной тому – длина и строение уретры). И, к удивлению ординатора, получил напряжённую струю концентрированно-почечного продукта. Набегало 2 лотка жидкости, около 1,5 литров. Живот опал. Больная сразу стала спокойней; снизилось и артериальное давление.

– Спасибо за бдительность, – поблагодарил я дежурного доктора.

– За что? За ошибку?

– Хорошо, что посмотрели не только неврологический статус. Всё было на пределе и могло кончиться печально – разрывом мочевого пузыря. Этого бы больная не перенесла, и мы с вами тоже.

Заключение

Подобные примеры клинической наблюдательности есть в активе у каждого доктора, и их можно бесконечно продолжать. Смысл данной статьи – напомнить врачам, особенно молодым, что в период абсолютного царствования высоких технологий нельзя уповать только на них и забывать о значительной роли клинического опыта и наших органов чувств в диагностической ориентации, а порой и в распутывании сложных и срочных ситуаций с пациентами.

Методы неинвазивной визуализации патологии угрожают развитию повседневной наблюдательности клинициста. Внимание с изучения непонятного больного невольно переключается на ожидание картинок, где можно легко увидеть точный субстратный диагноз. Бессспорно, методы визуализации надо как можно шире внедрять в наше здравоохранение, но вместе с тем всячески способствовать развитию активной наблюдательности врача у постели больного. Это – необходимая предпосылка его состоятельности в ситуациях, выходящих за стандартные рамки, основа накопления личного клинического опыта.

Клиническая наблюдательность и методы нейровизуализации взаимно дополняют и развивают друг друга. Это есть не что иное, как внимание к больному. Адекватно оценить выражение лица и глаз, мимику, голосовые интонации, понимание речи и качество произносимых слов, ориентировку, спонтанные движения, чёткость выполнения инструкций, поведенческие реакции, эмоциональное состояние, то есть всё, что характеризует личность, улавливая при этом любые отклонения, связанные с заболеванием, преморбидом и возрастом, способно только непосредственное наблюдение обследуемого врачом. Клиническая наблюдательность является полноценной лишь тогда, когда общению с больным уделяется достаточное время, его смотрят в динамике и с пониманием внимают его переживаниям. Благодаря этому услышанное на лекциях и прочитанное в книгах превращается в клинический опыт и обуславливает состоятельность доктора в сложных ситуациях.

Наблюдательность врача – активный процесс, реализующий его призвание и развивающий клиническое мышление.

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

**Институт нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.**

Взгляд

«Спутанность» генома

Эрвин Шрёдингер, один из отцов-основателей квантовой физики, ввёл понятие «спутанности»-энтенглмента, против чего выступал Эйнштейн, не принимавший связи на расстоянии. Биологам приходится иметь дело с гораздо большей спутанностью генома, который в норме прекрасно «распутывается» по мере развития эмбриона и далее по жизни организма.

Итальянские специалисты из Международной школы передовых исследований в городе Триест с коллегами из Университета Осло создали «очищенную» от белков 3D-модель генома человека, поражающую спутанностью клубка нитей ДНК. Модель выявила в этом «хаосе» строгие закономерности соседствования участков хромосом («сближения пар» — proximity pairs), определяющих стадии развития организма и его тканей. Учёные сравнивают свою модель с 3D-картой города, в котором офисы и предприятия располагаются не только «в плане», но и на разных этажах зданий (как шикарные отели на верхних этажах небоскрёбов). С увеличением разрешения карты всё больше проявляется функциональное соседство указанных пар. Нечто подобное можно видеть на примере микробных биофильмов, образование которых препятствует проникновению к клеткам антибиотиков и повышает опасность внутрибольничных инфекций.

Из четырёх биополимеров два — протеины и нуклеиновые кислоты (НК) — являются более «равными». Первые представляют собой цепь из аминокислот, соединённых

пептидной связью (С — N), вторые же имеют сахаро-фосфатную цепочку. Биохимики создали «гибрид» в виде пептидных НК (ПНК — PNA), одна из цепей которых представлена полипептидом. В университетах Карнеги города Питтсбурга и Йеля указанные ПНК использовали для «исправления» — пока у мышей — одной из форм анемии. Сейчас многие слышали о талассотерапии, или накладывании морской гальки на область позвоночника. Талассой греки называли одну из наяд моря, отсюда и название процедуры. Врачи же знают о талассемии — «крови моря», — которой страдают жители южных приморских районов. Она вызывается мутацией в гене бета-цепи гемоглобина, которая повышает сопротивляемость людей малярии. Ещё одна мутация в гене, приводящая к замене глутаминовой аминокислоты на валин, даёт более опасную серповидно-клеточную анемию (СКА), при которой эритроциты обретают форму лунных серпиков, откуда и её название.

Упомянутые ПНК «раскрывают» двуцепочную ДНК, что облегчает доступ к ней фермента-редактора её последовательности для исправления мутационного дефекта. Сконструированные учёными последовательности помогают ферменту «нацелено» (адресно) подобраться к гену, к тому же ПНК легче заключить в полость наночастиц, легко проникающих в клетки. Испытания нового подхода на мышах показало, что его эффективность пока не превышает 7%, однако и этого уже достаточно для исправления фенотипа, то есть болезненного состояния (фенотип —

это проявление генотипа, кодирующего синтез тех же протеинов). Название статьи подчёркивает «коррекцию бета-талассемии у живых мышей с помощью генредактирования и наночастиц». Летом 2016 г. сотрудники университетов штата Теннесси в Мемфисе и Пенсильванского в Филадельфии сообщили об исправлении бета-талассемии и СКА в культуре клеток, которые были выделены у больных детей. С помощью редактирования был «вырезан» регулирующий участок гена (промотор) белка, осуществляющего переключение синтеза бета-цепи гемоглобина с эмбриональной формы на взрослую (первая связывает кислород из крови матери, вторая — из воздуха, где концентрация газа достигает 20%).

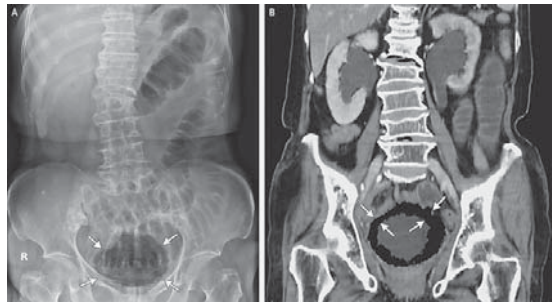
Около 5 лет назад в научный обиход было запущено словосочетание «персонализированная медицина». Речь шла о том, что применяемое лечение должно учитывать геномные особенности данного человека, потом заговорили о «прецизионной», или точной медицине. Смена слов была вызвана неоправданностью нереалистичных ожиданий и необходимостью более широкого популяционного секвенирования. Теперь с «вхождением» в практику новых методов ген-редактирования учёные, определяющие геномные профили людей, станут более свободными от «стигмат», последовательностей, которые смогут исправлять во благо человечества.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Medicine,
Scientific Reports.

Однако

Эмфизематозный цистит. Образы патологии



72-летняя женщина с плохо контролируемой гипергликемией и сахарным диабетом поступила в отделение интенсивной терапии Shuang Ho больницы Медицинского университета города Тайбея (Тайвань) по по-

воду боли внизу живота.

У неё также была лихорадка, тошнота и рвота. При физикальном обследовании выявлена болезненность внизу живота. В анализе крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз — 11,800/мм³, повышенный уровень С-реактивного белка — 24 мг/дл и глюкозы — 735 мг/дл (41 mmol/L). На рентгенограмме в прямой проекции почек, матки и мочевого пузыря был виден окружённый воздухом мочевой пузырь

(рис. А, стрелки). КТ брюшной полости выявила газ, рассекающий стенку мочевого пузыря, двусторонний гидронефроз и интрамуральный газ с «булжником» и «смертельным ожерельем» (рис. В, стрелки). Картина соответствовала эмфизематозному циститу. Больная получала лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия, был поставлен катетер Foley. При последующем обследовании в культуре мочи был получен рост Escherichia coli; лечение антибиотиками привело к выздоровлению. Эмфизематозный цистит представляет собой инфекционное заболевание мочевыделительной системы, ассоциированное с газообразованием, и вызывается обычно E.coli и Klebsiella pneumoniae, считают авторы сообщения в New England Journal of Medicine (2016), врачи больницы Kai-Yi Tzou и Yi-Te Chiang.

Рудольф АРТАМОНОВ.

Исследования

Шведские учёные разработали новый способ лечения фантомных болей в ампутированных конечностях.

Он основан на искусственном интеллекте и дополненной реальности — и по итогам исследований помогает даже тем пациентам, которые безуспешно перепробовали все остальные существующие методы терапии. Макс Орtiz Каталан из Технологического университета Чалмерса (Швеция) вместе со своими коллегами работал с 14 инвалидами, облегчить боли которых не смогли ни медикаменты, ни имплантаты, ни акупунктура, ни любые другие известные варианты терапии.

Как известно, фантомные боли

часто возникают у людей, потерявших руку или ногу, — их мозг не адаптируется к новому состоянию, и они испытывают ощущения, подобные тому, как если бы конечность всё ещё была на своём месте и болела. Эти ощущения могут стать постоянными и значительно снизить качество жизни пациента. Врачи и учёные до сих пор не имеют точной информации, почему появляются фантомные боли и прочие фантомные ощущения.

Доктор Каталан подчеркнул, что для исследования специально взяли самые тяжёлые случаи. Команда

учёных сотрудничала с несколькими больницами и набрала группу из 14 человек, которые страдали от фантомных болей в среднем по 10 лет. Четверо из этой группы постоянно принимали лекарства, остальные десятеро не лечились вообще, так как перепробовали уже всё, и им ничего не помогло. Каждый из участников прошёл 12 сеансов новой терапии.

Метод шведских учёных заключался в реактивации зон мозга, которые когда-то были ответственными за управление ныне отсутствующей конечностью. На

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для временного или постоянного трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ (в центр амбулаторного диализа).

Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.

Контактные телефоны:

8 (922) 433-93-03 — главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом.

Официальный сайт: sovboldnica.ru

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО — Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovboldnica.ru

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovboldnica.ru

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для постоянного трудоустройства АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 — заведующий хирургическим отделением.

Официальный сайт: sovboldnica.ru

Адрес: ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240, ХМАО — Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovboldnica.ru

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovboldnica.ru

КГБУЗ «Амурская центральная районная больница»

срочно требуются специалисты:

АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ, ЭНДОКРИНОЛОГ, НЕОНАТОЛОГ, ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД, НЕВРОЛОГ, ОНКОЛОГ; АКУШЕРКА, ФЕЛЬДШЕР.

Гарантируем: полный соцпакет, выплату подъемных и предоставление жилья. Местность приравнена к районам Крайнего Севера.

Адрес: пр. Строителей, д. 21, г. Амурск, Хабаровский край 682640.

Тел.: 8 (42142) 23 241; факс 8 (42142) 27 938.

Иген

Ген коморбидности

Учёные из Уппсальского университета (Швеция) рассказали, что им удалось найти ген, ассоциированный с множеством самых различных заболеваний.

Этот ген — FADS1 — отвечает за производство полиненасыщенных жирных кислот, например, омега-3 и омега-6. Этот ген есть только у людей и шимпанзе, и, поскольку полиненасыщенные кислоты крайне важны для развития мозга, возможно, именно из-за наличия FADS1 люди так успешно эволюционировали. Около 300 тыс. лет назад в FADS1 произошла мутация, благодаря которой «работа» гена на производстве кислот стала ещё более эффективной — что и дало человеку преимущество.

Раньше, как известно, люди употребляли достаточное количество

кислот, как омега-3, так и омега-6, получая их из мяса, яиц, овощей и рыбы. Сейчас рацион человека изменился в сторону переизбытка омега-6-полиненасыщенной кислоты, и, по словам Ганга Пана, одного из авторов исследования, преимущество превратилось в недостаток. Мутации в гене FADS1 влияют на уровень холестерина, полезных жиров, сахара, могут повышать риск развития аллергии, ревматизма, воспалительных болезней кишечника и других заболеваний.

Возможно, заявил Клаэс Ваделиус, профессор Уппсальского университета и главный автор исследования, это поможет разработать таргетную терапию для некоторых из этих патологий.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

По материалам журнала Nucleic Acids Research.

В погоне за призраком

снизилась примерно на 50%. Боль уже не так сильно мешала им спать и заниматься бытовыми делами, а двое из четверых инвалидов, принимавших медикаменты, заявили о существенном снижении доз обезболивающего (на 81 и 33%). Доктор Каталан отметил, что болевые ощущения уменьшались на протяжении всего эксперимента, это означает, что, возможно, у данного способа лечения нет «плато», и продолжение терапии улучшит качество жизни пациентов. Есть также вероятность, что метод прольёт свет и на причины возникновения фантомных болей.

Марк ВИНТЕР.

По информации Medical Xpress.

Врачам, по установившейся традиции, принято доверять безоговорочно. Раз доктор сказал, значит так и нужно. Такое патриархальное отношение может и льстить, но порой выходит боком.

В нашем обществе закреплено убеждение: сапёр ошибается только один раз. Врач – ни разу. И тем не менее, по неофициальным данным, в России каждый третий диагноз ставится врачами неверно. Результаты патологоанатомических данных, полученных в четырёх крупных больницах Москвы, показали, что в 21,6% случаев установленный при жизни диагноз был не правильным. В каждом из 5 случаев не было установлено воспаление лёгких, а ошибки при диагностике злокачественных новообразований составили 30-40%. Для сравнения: в США процент врачебных ошибок составляет 3-4%, в Великобритании – 5%, во Франции – 3%. В Великобритании от врачебных ошибок ежегодно умирают до 70 тыс. человек, в США, по разным оценкам, – 50-100 тыс.

В США врачебные ошибки занимают 5-е место среди причин смертности в стране. Каждые 15 минут здесь умирают 5 человек от врачебных ошибок или недобросовестности медицинского персонала.

По информации Ассоциации жертв медицинской халатности в Испании, где действует преимущественно государственная система здравоохранения, за последние 10 лет умерли около 5 тыс. пациентов.

Своеобразно складывается ситуация в Италии, где система здравоохранения является одной из наименее эффективных и одновременно наиболее консервативных. Ежегодно от врачебных ошибок страдают около 90 тыс. итальянцев.

В Германии жертвами врачебных ошибок ежегодно становятся почти 100 тыс. пациентов. По статистике, состояние 11% больных (среди общего количества пациентов) ухудшается вследствие неправильного лечения, а 8% врачебных ошибок приводят к летальным исходам.

Особенностью врачебной ошибки является невозможность для врача любой специальности её предусмотреть, а в дальнейшем – предотвратить последствия. В англо-американской литературе в этих случаях применяется слово «непреднамеренность».

В практике юристов и медицинских работников к врачебным ошибкам относят незлоумышленное заблуждение врача в его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность, недобросовестность, небрежность, самонадеянность, равнодушие.

Причины ошибок могут быть объективными и субъективными. Первые чаще всего связаны с изменением взглядов на лечение определённого заболевания. Комплекс лечебных мероприятий, который считался наиболее рациональным ещё совсем недавно, с позиций новейших достижений науки может быть квалифицирован как ошибочный. Сюда же относятся ошибки, допущенные врачами в процессе их общения с пациентами вследствие несоблюдения основных деонтологических принципов.

Субъективные причины: переоценка лабораторных и инструментальных данных, нелогичное их осмысление, предвзятое отношение к больному, особенности психики врача. Согласно данным литературы, на долю субъективных причин врачебных ошибок приходится 60% от общего их числа.

Ни один врач не свободен от профессиональных ошибок так же, как и представитель любой специальности. Однако в силу особенности его профессии они приобретают общественное значение. Ошибка пилота, приводящая к одновременной смерти сотни людей, почему-то трактуется как «человеческий фактор», а не как ошибка. Может быть, это связано с особенностями профессии.

Принципиальное отношение коллег к ошибке какого-то врача в одних случаях должно играть роль «обвинения». В других же случаях небезразлична и компетентная позиция коллег должна играть роль «защиты». Ведь в иные моменты врач нуждается в нравственно-психологической реабилитации. Разрушительная сила мысли виновности врача, совершившего профессиональную ошибку, хоть в какой-то степени может быть таким образом нейтрализована.

Если говорить об истории понятия «врачебная ошибка», то необ-

греческий поэт Еврипид. Другие уверяют, что это Цицерон, который однажды воскликнул: «Человеку свойственно ошибаться, но никому, кроме глупца, не свойственно упорствовать в своей ошибке». Один из врачей древности говорил, что медицина является историей человеческих ошибок.

Во многих странах до сих пор не существует обобщения судебной практики по проблеме врачебных ошибок. В России, где такие обобщения есть, Верховным судом определено, что врачебные ошибки не могут включать приме-

что эти врачи полны творческих дерзаний и риска. Они не бегут от трудностей, то есть трудных для диагнозов случаев, а смело идут навстречу. Для них, высокоответственных представителей медицины, цель – спасти больного – оправдывает средства, даже если эти средства представляют сложный и опасный, но единственный возможный эксперимент.

Меньше всего ошибаются врачи, не очень прочно связавшие свою деятельность с призванием в медицине. Такие врачи вряд ли переживают свои ошибки всерьёз.

мощи в западных странах основана, как правило, на институте независимых врачей-кураторов, а также на непредвзятости патологоанатомической службы. Последняя в западных странах выделена в отдельное независимое государственное ведомство. Самое мягкое наказание, которое может быть применено к врачу, допустившему халатность без осложнений в процессе оказания помощи, – это штраф в размере нескольких тысяч долларов. За провинность, которая привела к расстройству или ухудшению здоровья пациента, придётся отвечать сначала в гражданско-правовом порядке, возмещая материальный и моральный ущерб. Затем следует дисциплинарно-врачебный комитет, который обычно решает вопрос о возможности лишения врача сертификата или даже диплома. Поэтому, когда на чашу весов поставлена более чем благополучная жизнь – большая заработная плата, высокое положение в обществе – проблемы, подобные нашим (нежелание оказывать первую медицинскую помощь пациенту, «пинание» от одного врача к другому, грубое и невнимательное отношение, отсутствие хороших медикаментов и диагностического оборудования) возникнуть не могут по определению.

В США врачебные ошибки расследуют военные медики. При обнаружении ошибки по вине врача его лишают лицензии на право работы.

В последние годы для того, чтобы защититься от последствий своих возможных ошибок, пациентам хирургических и других отделений при поступлении в больницу предлагают подписать документ – «согласие пациента», где оговорены возможные ухудшения или осложнения, не предвиденные при проведении лечения, сложных инструментальных и лабораторных исследованиях. Такая постановка вопроса даёт право врачу на его реабилитацию в случае возникновения какой-либо неприятности и лишает пациента защиты. Врач в таких случаях освобождается от административной и уголовной ответственности. С этим положением можно соглашаться, а можно и не соглашаться.

Решение вопросов виновности-невиновности врача относится исключительно к компетенции суда. Заключение судебно-медицинской экспертизы по таким делам является одним из доказательств виновности или невиновности врача – тем источником, который позволяет следствию и суду дать правовую оценку его действиям, определить степень виновности. Если общество возложит всю полноту ответственности на врача, то кто же будет лечить больных? Какой хирург отважится оперировать без стопроцентной гарантии успеха, если за спиной у него будет стоять судья? Законы нужно соблюдать, но всё же главная проблема по пути повышения безопасности пациента – отсутствие осведомлённости о частоте ошибок, возникающих ежедневно по всей системе здравоохранения, так как традиционно их скрывают из-за страха наказания.

Несмотря на наличие современных компьютеров, совершенных диагностических приборов, новейших лекарств с самым широким спектром действия, ошибки в профессиональной деятельности врача, очевидно, ещё не скоро исчезнут. Самое главное для доктора – не пытаться их скрыть, переложить на чьи-либо плечи. Необходимо отыскивать причину, породившую ошибку, и принять все меры для того, чтобы не допустить подобного в дальнейшем. «Только дураки учатся на своих ошибках, умные предпочитают учиться на ошибках других», – предупреждал О.Бисмарк.

Давид АКУЛОВ.

По материалам Nature.

Точка зрения

Врачебная ошибка наказуема?



нение к ним гражданско-правовой ответственности. Некоторые считают, что необходимы более строгие и компетентные подходы в каждом случае вынесения заключения о совершённой врачебной ошибке. Что же, напомним им, что касаются строгих подходов к оценке врачебных

ходимо отметить, что этот термин впервые применил видный русский хирург Н.Пирогов, который ещё в начале XIX столетия обратил внимание на ошибки медицинских работников. Он не только изложил своё видение сущности этой проблемы, но ещё и предложил классификацию врачебных ошибок с учётом этапов медицинской деятельности: диагностического, тактического, технического, деонтологического и др.

Говорить об ошибках вообще трудно, особенно медицинских. И тем не менее нет такой сферы деятельности, где этот вопрос изучался так же тщательно, как в медицине. Это связано с тем, что последствия в работе врача особенно серьёзны: это и недееспособность, инвалидность и даже смерть. Образцом отношения врача к своим профессиональным ошибкам следует считать того же Н.Пирогова, который писал: «Я считал... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и её результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих». И далее: «С самого начала своей практической деятельности я взял себе за правило никогда и ни в чём не скрывать ни малейшего промаха, ни одной своей ошибки. И, чистый перед судом своей совести, прошу мне указать: где и когда я скрыл хоть одну свою ошибку».

Историки продолжают спорить до сих пор, кому принадлежит выражение, ставшее впоследствии крылатым: Errare humanum est – человеку свойственно ошибаться. Одни считают, что впервые его произнёс в V веке до н.э. древне-

ошибок, то из исторических данных известно, например, что у древних шумеров за неправильно сделанную операцию отрубали руку неумелому хирургу. А за неизлеченный глаз могли ослепить неопытного офтальмолога. Не менее суровые меры существовали в Древнерусском государстве. Врачей, не исполнивших свой долг, топили в прорубях, душили.

Проще было врачам Древнего Египта. Они имели право отказываться лечить больного, если считали его болезнь неизлечимой. В случае неблагоприятного исхода они могли сказать: «Больной умер по всем правилам врачебного искусства». Сейчас трудно сказать, кто был судьёй в таких случаях: их совесть, мнение коллег, родственников или правителей. Почти все выдающиеся клиницисты и прежде всего Н.Пирогов, С.Боткин настаивали на необходимости тщательно изучать врачебные ошибки, учиться на них.

Известный немецкий хирург Т.Бильроп отмечал: «Только слабые духом, хвастливые болтуны боятся открыто высказываться о совершённых ими ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед осознанием своей ошибки». Ошибки, имеющие в своей основе несовершенство медицинской науки, совершают даже опытные врачи, так как им приходится консультировать наиболее тяжёлых и сложных в диагностическом отношении больных. В подобном положении могут оказаться даже самые авторитетные клиники.

Ошибаются врачи всех специальностей, включая патологоанатомов. Однако наибольшее число ошибок приходится на долю терапевтов и хирургов. Причём количество ошибок по мере повышения квалификации врачей этих специальностей скорее увеличивается, чем падает. Это связано с тем,

Они склонны передоверять свои заключения (диагнозы) старшим или скрываются за спинами консультантов. Невежды и коновалы, случайные люди в медицине есть и сегодня.

Думающие врачи во все времена понимали, что без ошибок обойтись не может никто. Только мелкий ум старается избежать неприятностей, глубокому же уму подбавляет признаться в содеянных ошибках. Известный врач и философ Моисей Маймонид, живший в XII веке в Испании, написал «Ежедневную молитву врача». В ней, в частности, говорилось: «Всемогущий! Сделай меня уверенным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последнем я хочу остаться ненасытым. Дай мне силу, волю, способность для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки».

Врачебные ошибки являются досадным браком во врачебной деятельности. К сожалению, невозможно представить себе врача, даже немолодого, который не совершал бы диагностических и других профессиональных ошибок. Дело в необычной сложности объекта, с которым имеет дело медицина: «корни... ошибок часто уходят за пределы личности врача».

Актуальность проблемы врачебных ошибок имеет объективные предпосылки. Необходимо отметить резко возросшую активность современных методов диагностики и лечения, а также отрицательные стороны прогрессирующей специализации в медицине.

Более узкий смысл термин «врачебные ошибки» приобрёл в судебной медицине. Все неблагоприятные исходы медицинской деятельности, причинно связанные с действиями, а иногда бездействием, она разделяет на уголовно наказуемые врачебные ошибки и несчастные случаи.

Наличие в практике врачей «ненаказуемых» врачебных ошибок не означает правомочия на их совершение. В самом деле, насколько серьёзные опасения, что общепринятое у медиков понятие врачебных ошибок как неизбежного явления сопутствующему врачеванию порождает представление о некоем «праве на ошибку». Такой тезис о праве на ошибку несостоятелен с точки зрения логики (методологии) и с точки зрения мировоззренческой, ценностных ориентаций. Если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, она утрачивает свою гуманистическую природу. Идея «права на ошибку» деморализует врачей. С позиций медицинской этики отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым.

Организация процесса контроля за оказанием медицинской по-

XII Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников, организуемый Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов страны, Профсоюзом работников здравоохранения РФ и редакцией «Медицинской газеты», пройдёт 4-8 апреля 2017 г. на базе Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

Мероприятие масштабное и по творческим направлениям многокомплексное, поэтому за 4 месяца до проведения фестиваля организаторы проводят его своеобразную генеральную репетицию. Так было в Твери, Самаре, Красноярске, Казани, не нарушена традиция и нынче: в городе на Оке в начале удивительно пушистого декабря в рамках подготовки к грядущему творческому форуму состоялась акция «Три дня в Рязани». Её участниками стали делегации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Воронежского, Красноярского, Смоленского, Ярославского, Казанского государственных медицинских университетов РФ и Витебского государственного

Накануне

Три дня в Рязани

Готовясь к фестивалю – 2017



Ректор РязГМУ профессор Роман Калинин

аудиторию, что грядущая в апреле творческая схватка станет яркой демонстрацией эстрадных, театральных, вокальных и музыкальных талантов коллег, а Рязань с честью пронесёт звание культурной столицы российской медицины 2017 г. так же, как это сделал Воронеж в этом году.

На состоявшемся после гала-концерта заседании

оргкомитета XII Всероссийского фестиваля студентов-медиков и медицинских работников решено расширить программу соперничества форума, добавив к ранее существующим конкурсам хоров, вокальных и вокально-инструментальных ансамблей, театральному, хореографическому инструментальному и вокальному конкурсам, конкурсу оригинального жанра, киноvideоконкурсу соперничество в номинации «Журналистика». На этот конкурс, девиз которого «Газета – лицо

вуза», участники фестиваля должны представить, как минимум, 5 номеров многотиражной газеты, показывающих жизнь университета (академии, института) в период между фестивалем – 2016 и фестивалем – 2017. А главными темами документальных фильмов

диагностического центра, станции переливания крови и т.п. Продолжительность фильма – 15 минут.

«Медицинская газета» будет информировать своих читателей о ходе подготовки к Рязанскому форуму – 2017, который посвя-



Ансамбль индийских студентов с факультета иностранных учащихся РязГМУ уже готов принять участие в фестивале – 2017

киновидеоконкурса названы: для вузовских студий – волонтерское движение, для студий лечебно-профилактических учреждений – рассказ о жизни медицинского коллектива больницы, поликлиники, диспансера, госпиталя,

щён XIX Всемирному фестивалю молодёжи и студентов в Сочи и Году экологии.

Владимир КОРОЛЁВ,
спец. корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.



Алая лента флэш-моба – символ борьбы со СПИДом

медицинского университета Республики Беларусь.

Хлебом-солью встречали гостей хозяева театральных и концертных площадок – студенты и преподаватели Рязанского государственного медицинского университета во главе с художественным руководителем центра культуры и досуга вуза Татьяной Котовой. Участники акции дважды организовали флэш-моб, посвящённый Международному дню борьбы со СПИДом (в пригородном санатории «Старица» и в главном корпусе университета), затем в санатории провели «кру-

глый стол» с представителями практической медицины, дали 2 концерта, один из которых – на главной площадке будущего фестиваля в городском Дворце молодёжи, вмещающем 900 зрителей.

Перед этим гала-представлением состоялась торжественная передача руководителем воронежской делегации Олегом Блашнцевым Смоленского ключа, главного символа фестиваля (первые 3 форума прошли в городе-герое) ректору РязГМУ Роману Калинину. Принимая эстафету, профессор Р.Калинин заверил



Хор Рязанской областной клинической больницы: песни на «бис»

Традиции

В Алтайском государственном медицинском университете завершился X юбилейный Фестиваль национальных культур, ставший самым масштабным за всю историю его проведения. 10 команд студентов из разных стран мира с помощью песен, танцев и национальных блюд представили культуру своего народа на сцене концертного зала «Сибирь».

Темой, объединившей выступления всех участников, стало празднование Нового года.

Подготовка концертной части фестиваля длилась 2 месяца под руководством режиссёра-постановщика, заведующей студенческим клубом АГМУ Ларисы Роговой. Каждая команда представляла свою национальную

Интернационал по-студенчески

Фестиваль в Барнауле прошёл с большим успехом

кухню, костюмы и традиционные народные обычаи, танцы и песни.

Многие участники сами сшили для себя сценические костюмы, но были и такие, которые не смогли найти мастериц в Барнауле, им пришлось, как, например, для выступления команды «Доктора Востока», доставлять национальные костюмы самолётом.

По словам гостей, фестиваль стал настоящим праздником.

«Вы просто подарили нам сегодня сказку! – отметил профессор Михаил Родиков, доктор медицин-

ских наук, начальник медицинского управления – проректор Красноярского ГМУ. – Такого я никогда не видел».

Жюри конкурса, в состав которого вошли представители медицинских вузов из Томска, Красноярска, Кемерово, Омска и Новосибирска, было предложено оценить работы команд по одному критерию – яркое и эмоциональное представление культуры своего народа.

По итогам голосования гран-при фестиваля завоевала команда студенток АГМУ из Нигерии. Де-

вушки исполнили зажигательный африканский танец и композицию канадского певца и поэта Леонарда Коэна, которая сорвала настоящие овации.

В честь юбилея фестиваля было решено вручить второй, малый кубок победителя. Его получила команда Республики Азербайджан «Страна огней», уже второй год покоряющая жюри и зрителей фестиваля своим артистизмом и мастерством.

В финале фестиваля ректор АГМУ Игорь Салдан вручил кубки

победителям и памятные подарки всем участникам фестиваля. «Сегодня видно, насколько разнообразна и богата национальными традициями студенческая семья будущих медиков. Но мы увидели и единство студентов разных стран, ведь сегодня все они принадлежат одной большой нации – студент Алтайского медицинского университета!» – подчеркнул ректор.

Елизавета ГУНДАРИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Вероника Павелецкая, как всегда, работала в своём кабинете... Отчёты увлекали её настолько, что оторваться было невозможно. Можно сказать, что она дневала и ночевала на новой работе в страховой медицинской компании, возглавляя отдел разработки и внедрения нового программного обеспечения.

Всё шло как обычно, когда по телефону раздался звонок и, сняв трубку, Вероника услышала родной голос матери.

– Вероника, мне очень плохо.
– Что с тобой, мама? Что случилось? Ты дома?
– Да, я дома, но мне очень холодно, оче...нь, – произнесла мать.
– Я сейчас приеду... – встревожилась Вероника.

* * *

Приёмное отделение городской больницы просто кипело. Всюду сновали вновь и вновь поступавшие по «скорой» больные, каждый со своей проблемой. Время было беспокойное, девяностые годы. Характерные ножевые, огнестрельные раны пострадавших в разборках «братков». Каталки, кровь, бинты – «как в полевом госпитале во время войны», – подумала Павелецкая.

Алексей Евлочко сразу узнал Веронику, Галина Павелецкая стояла рядом. Она боялась потерять Веронку из виду, всё время тревожно держала её взглядом. Эта беспомощность, вялость, отсутствие активности пугало Павелецкую в матери, от бывлой природной красоты которой не осталось и следа. Перед ней, едва дыша, стояла семидесятилетняя старушка с отёкшим, маскообразным, ничего не выражавшим лицом, пустыми глазами, замедленной речью, глупо улыбающаяся её знакомому врачу Алексею. Евлочко вежливо поздоровался с матерью и распорядился по поводу обследования. Договорились встретиться позже у кабинета УЗИ. Работы у Алексея хватало, он быстрыми шагами направился к вновь поступившему с почечной коликой пациенту на каталке.

Вероника водила мать из кабинета в кабинет буквально под руку. Поражала забывчивость Галины Бобровой на недавние события: она не помнила, в каком кабинете уже была, что ей там сказали, и постоянно переспрашивала дочку. Мама сильно уставала, передвигаясь от одного кабинета к другому, часто присаживалась на кушетку. Заводя мать, минуя очередь, в кабинет УЗИ, Вероника в больничном коридоре встретила глазами с Алексеем.

– Ну что ж, результаты анализов уже готовы, – по-дружески протянул он Павелецкой бланки. – Сделали общие анализы крови, мочи, биохимию. Моего ничего нет, моча абсолютно без патологии, – заключил опытный уролог.

Вероника, внимательно изучив результаты обследования, обратила внимание на высокие показатели холестерина, они почти в десять раз превышали норму, плохими были и показатели печёночных проб.

– Да, – уловив мысль Вероники, подтвердил Евлочко, – что-то с печенью.

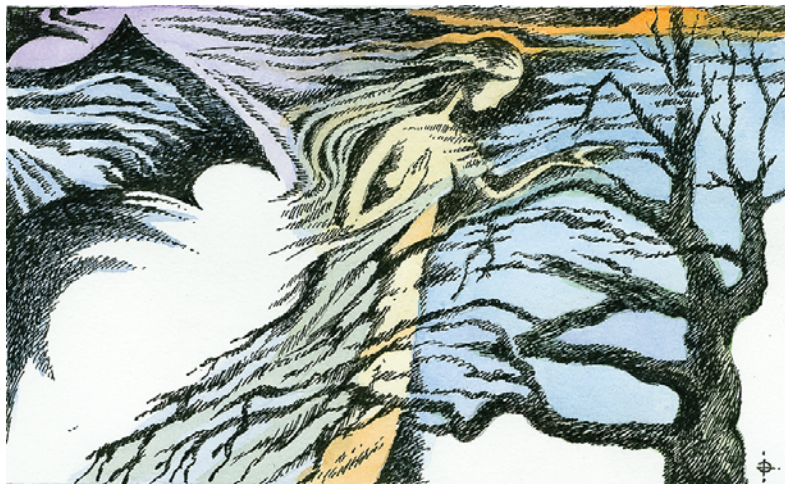
«Что могло быть с печенью? – подумала Вероника. – Может, описторхоз – краевая патология, связанная с употреблением сырой, мороженной рыбы, а может быть, слабо просоленной и недостаточно прожаренной?... Описторхи – гельминты, травмирующие желчные протоки и вызывающие нарушение функции печени».

Павелецкая тут же опровергла этот диагноз. Она знала, мать никогда не употребляла в пищу сырую

На литературный конкурс

Лучевой удар

Рассказ



речную рыбу, тем более карповых пород, всегда соблюдала правила её кулинарной обработки. Кроме того, характерная для описторхоза аллергическая реакция в форме эозинофилии крови отсутствовала.

«Что могло быть ещё? Гепатит? В последнее время ситуация по хроническим вирусным гепатитам также была неблагоприятной. Новые формы вирусной печёночной инфекции: гепатиты В, С, D, E и другие могли передаваться не только через кровь, половым путём, но и через пищу (гепатит E). Опять же поражали цифры холестерина! Что это? Раннее старение организма?» – тревога нарастала.

Алексей улыбался, вспоминая старое, но слова его Вероника почти не слышала. Она целиком и полностью была погружена в свои мысли.

– Знаешь, Алексей, мать здорово изменилась за последнее время. Стала выглядеть старше своего возраста, но продолжает работать.

– Может, работает на износ? – успокаивал Алексей.

«Конечно, – подумала Вероника, – у врача Евлочко внешний вид моей матери не вызывает ничего необычного: обыкновенная пожилая женщина. Ох, если бы он видел фотографию, сделанную около года назад, когда мама, как королева в летнем голубом платье, счастливая и красивая, получала правительственную награду «Заслуженный врач России» из рук губернатора области. Сколько сил и здоровья унесла работа за достаточно короткий промежуток времени! Просто невероятно», – Вероника не верила своим глазам.

– Да, мама продолжает работать. Ладно, хоть, работа рядом с домом, через дорогу.

– Где?

– Да прямо вот в этом здании, на первом этаже вашей городской больницы, отдельный вход с торца. Там раньше была радиоизотопная лаборатория. Руководство собеса недавно арендовало это помещение для их медицинской комиссии, буквально два года назад.

Разговор прервала мама.

– А вот и я, – держа в руках результаты УЗИ, она обречённо смотрела то на дочь, то на Алексея. – С почками всё в порядке, камней нет. Вот, только печень и селезёнка

увеличены, – сказала она протяжно заунывным голосом.

Вероника поняла, что это лишь начало пути к разгадке диагноза самого родного ей человека. За годы работы и практики в медицинской академии в различных поликлиниках и стационарах области она всего насмотрелась. Бывало, что больных выписывали из стационара, так и не выяснив причину недуга. Не всё ещё известно медицине. Человеческий организм – не машина, он часто преподносит свои сюрпризы.

Вежливо попрощавшись с Алексеем, обменявшись с ним телефонами и поблагодарив его за помощь, Вероника поковыляла с матерью домой.

* * *

Маму положили в отдельную палату. Дома стало пусто. Всё пошло не так: внезапно вырубил всё электричество в квартире, у отца продырявились ботинки. Вероника приняла на себя хозяйство, оставленное на время матерью. Наступили, что называется, «чёрные дни». Неутраченный диагноз не давал покоя, и Павелецкая решила на следующий день помочь врачам больницы побыстрее вынести правильный вердикт. Она, как никто, понимала, что медлить нельзя, так как показатели здоровья матери критические. Высокий холестерин благодаря своему разрушающему действию на стенки сосудов мог за короткое время привести к инвалидности, не говоря уже об исходе, о котором Вероника боялась даже подумать. Тромб, оторвавшийся от стенки крупного сосуда, мог по кровеносной системе попасть в лёгочную артерию, перекрыть её, тем самым обусловив причину смертельного исхода.

* * *

На завтра, надев белый халат, Вероника «вспомнила», что называется, «старое», и под видом студентки медицинского института пробралась в отделение, минуя многочисленные коридоры, соединявшие здания больничного комплекса. Она знала здесь всё: все подземные лазейки, входы и выходы. Здесь она провела много времени на практике, обучаясь в своё время в тамошней медицинской академии, работая в кардио-

Мария БЕЛЕНЬКАЯ

ревматологическом отделении, соседнем с гастроотделением, где сейчас страдала её мать.

Девушка в белом халате, уверенно шагавшая по больничным коридорам, не вызвала никакого удивления у персонала. Первым делом Вероника направилась в палату к матери. Мать лежала с тем же ничего не выражающим лицом, и единственное, что её беспокоило, – это медицинская сестра, на которую она уже успела обидеться, когда та ставила ей капельницу.

Мать как подменили. Поражало её безразличие ко всему происходящему.

– Мама, тебе сделали анализы? Надо быстрее узнать результаты.

– Мне всё равно, – отвечала мать.

Сдерживая слёзы, Павелецкая решительно направилась в ординаторскую. Начальник гастроотделения терапевт Глеб Ярославский внимательно посмотрел на Веронику.

– Вы, по-моему, не из нашей больницы, – заметил он, улыбаясь.

– Да, я из бывших студентов медицинской академии, – не смогла соврать Вероника, – а халат надела, чтобы не нарушать больничного режима. Здесь лежит моя мама. Нельзя ли уточнить результаты обследования?

Сказав это, Вероника присела на кушетку ординаторской. Она вспомнила, как проходила интернатуру под руководством Ярославского в его отделении. Здесь всё было знакомо. Конечно, Глеб Яковлевич не мог помнить всех своих подопечных, но в просьбе Веронике не мог отказать, тем более что просила она за мать. Подняв историю болезни Галины Ивановны Павелецкой, он произнёс:

– А... это та больная с высоким холестерином. Знаете, у нас таких ещё не было. Цифры холестерина поражают. В десять раз превышают норму. Она просто напигована им.

– Я тоже об этом много думала. Как вы считаете, с чем это может быть связано?

Опытный врач развёл руками.

– Пока ничего сказать не могу. Я отдал результаты анализов для проведения консультации вашей матери врачами кардиоревматологического отделения. Им приходится работать с больными сердцем и сосудами, особенно повреждёнными холестерином.

– Я проходила практику в этом отделении и знаю многих врачей, – встала Вероника.

– Хорошо, – решил Ярославский, – пойдёмте вместе в кардиоотделение, соберём консилиум и обсудим этот случай.

Такой ход дела обрадовал Веронику. Сам профессор Ярославский, заведующий кафедрой гастроэнтерологии медицинского института, пошёл ей навстречу. Вероника и Ярославский согласились и с мнением кардиолога.

– Эти изменения не являются причиной заболевания – неосновной диагноз, иными словами.

– Будем обследовать дальше, – сказал Ярославский, попрощавшись.

* * *

Вероника ещё раз заглянула в палату к матери – она спала. Лицо её было каким-то восковидным, с желтушным оттенком, отёчным, особенно веки. Павелецкая угрюмо ползла на работу, решив на завтра прийти снова. Нельзя было ничего упускать из-под своего контроля. Время шло, а маме лучше не становилось. «Сейчас главное – как можно быстрее поставить правильный диагноз, – думала она, – ведь не известно, от чего лечить». Затянувшееся бездействие Веронику угнетало.

Вечером дома Вероника подняла свои старые справочники, лекции. Вопрос высокого холестерина не давал покоя. «Вот оно: при гипотиреозе происходит вторичное поражение печени, и, как следствие, нарушается обмен холестерина. Вот откуда такие высокие цифры! Значит, заболевание протекало вот уже не первый год. Ну, конечно, мама уже два года работает в этой злополучной лаборатории, не подозревая о смертельной опасности, которая угрожает ей и её коллегам. Холестерин постепенно накапливался в организме, оказывая своё разрушающее действие на стенки крупных и средних сосудов сердца, мозга и других органов. Отсюда и увеличенная печень, которая не справляется с переработкой огромного количества жира, и увеличенная селезёнка, взявшая на себя часть функций уставшей и больной печени».

Клиническая картина моментально сложилась в голове бывшего терапевта Вероники Павелецкой, покинувшей свою первую профессию из-за низкой заработной платы.

Вероника ненавидела начало своей жизни. Больше всего её раздражали, с одной стороны, безнаказанность, с другой – собственное бессилие. Она понимала: чтобы доказать факт лучевого поражения, нужно было вызвать представителей МЧС с дозиметрами, комитет по труду, в общем, подключить огромное количество специалистов. Если показатели радиации превысят предельно допустимые, то останется доказать факт профессионального заболевания, приобретённого в процессе трудовой деятельности. А это – госпитализация всего коллектива медицинской комиссии в отделение профессиональной патологии областной больницы. Не говоря уже о разбирательствах в суде, а, может быть, и привлечении к уголовной ответственности отдельных руководителей.

«Главное сейчас – здоровье матери», – решила Вероника, – «остальное – потом».

* * *

На следующий день Павелецкая вновь была в гастроотделении областной больницы. Результаты анализов показали выраженный гипотиреоз. Галину Боброву проконсультировали у эндокринолога, подобрали дозу гормонов и начали готовить к выписке.

* * *

Вероника забрала мать из стационара на долечивание домой. Она сама назначила ей печёночные препараты, витамины, расписала диету. Лечение инъекциями очень дорогостоящего препарата дало о себе знать: мама пошла на поправку...

Тюмень.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.КОРОЛЁВ.

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-11-00371 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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