

Медицинская

27 октября 2017 г.
пятница
№ 81 (7799)

Газета®

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

События

С тройней!

Новорождённых провожали в праздничной атмосфере



Появление тройни, – как известно, явление редкое. В прошлом году в Алтайском крае такой случай был один на 3,5 тыс. родов. Поэтому недавняя выписка новорождённых из перинатального центра стала большим событием для всех.

Почти 3 недели Платона, Савелия и Матвея выхаживали неонатологи. Сначала в отделении реанимации и интенсивной терапии, затем в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей. Наконец состоялись торжественные проводы, на которых присутствовали министр здравоохранения Алтайского края Ирина Долгова и министр труда и социальной защиты региона Михаил Дайбов.

Молодые родители и их маленькие сыновья получили в дорогу цветы и улыбки

«Перед медиками стояла очень ответственная задача: как можно дольше сохранить беременность и получить здоровых малышей. И они с этой задачей справились. В перинатальном центре есть все условия для рождения и выхаживания детей – современная медицинская аппаратура, профессиональный коллектив. Но самое главное – здесь создана уютная атмосфера добра, заботы и любви», – сказала И. Долгова.

Каждая многодетная семья находится на особом контроле правительства Алтайского края; им оказываются 11 видов социальной поддержки. За несколько лет количество таких семей здесь увеличилось вдвое.

Самое главное пожелание М. Дайбова – чтобы мальчики выросли достойными гражданами нашей страны. По поручению губернатора Александра Карлина семье Драчевых был вручен сертификат на материальную помощь в размере 150 тыс. руб.

Вместе с почётными гостями и близкими родственниками новоиспечённых родителей поздравила главный врач центра Ирина Молчанова. Она вручила памятные метрики на детей.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

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

Необходимо популяционное исследование состояния здоровья детского населения России на основе доказательной медицины и по единой программе для принятия обоснованных управленческих решений.

Стр. 6-7



Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ,
ректор СамГМУ, академик РАН:

Направление «Информационные технологии в медицине» – отдельная отрасль экономики в Самарской области.

Стр. 10-11



Лилия ТИТОВА,
исполнительный директор
Союза профессиональных
фармацевтических организаций:

Необходимо найти баланс между ценой на товар и его качеством, но если этим товаром является лекарство, то приоритет остаётся за качеством, а цена имеет второстепенное значение.

Стр. 12



Акции

Пожилые люди думают о здоровье

В Омске представителей старшего поколения пригласили бесплатно сдать кровь на анализы, которые помогают врачам в диагностике воспалительных и инфекционных заболеваний, а также в оценке эффективности проводимого лечения.

Социальная акция «Неделя здоровья пожилых людей» прошла в Клиническом диагностическом центре. Воспользоваться бесплатными услугами сотрудников центра смогли омичи в возрасте старше 65 лет. Полный комплекс исследований включает биохимический анализ крови, гемостаз с определением рисков тромбозов, инсультов и инфарктов, диагностику сахарного диабета, ревматического процесса, остеопороза, исследование гормонов, онкомаркёры. Всего около 70 различных показателей, в том числе и таких, которые не доступны в обычных поликлиниках.

За несколько дней акции в обследовании приняли участие более 1,5 тыс. человек, а это более 105 тыс. лабораторных исследований. Учитывая, что такой «подарок» пришёлся весьма кстати многим пожилым людям, в учреждении предусматри-

тельно организовали отдельный пункт забора крови. Исследования были доступны не только для горожан, но и для селян. Отдельные списки ветеранов, малообеспеченных пенсионеров, инвалидов старше 65 лет из геронтологических центров и домов престарелых подготовили сотрудники регионального Министерства труда и социального развития.

– В диагностическом центре есть и современное оборудование, и врачи узкой специализации, поэтому, если человек приехал из района и ему необходимо дополнительное обследование или консультация «узкого» специалиста, он может пройти всё здесь, – сообщил министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженко.

К слову, это уже третья социальная акция, проводимая диагностическим центром в этом году. Свежие результаты анализов крови, полученные в ходе акций, позволили врачам поставить точный диагноз, определиться с тактикой лечения и подобрать лекарства пожилым пациентам, чтобы они могли как можно дольше сохранять активную жизнь.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Начало

В поликлинику лечиться и отдыхать

В Индустриальном районе Хабаровска открыли новую поликлинику детской городской клинической больницы № 9. Работа здесь организована по современным стандартам: потоки больных и здоровых детей разделены, регистратура упразднена, записаться к врачу можно по телефону и через интернет.

В медицинском учреждении функционируют кабинеты приёма участковых

педиатров, неотложной и доврачебной помощи, здорового ребёнка и др.

Для детей в новом подразделении работает игровая комната с телевизором, есть комната матери и ребёнка.

– Поликлиника очень удобно расположена, она комфортна для людей – такими должны быть все наши медицинские учреждения, и мы стремимся к этому, – сказал заместитель председателя правительства Хабаровского края по вопросам социального развития Владимир

Чаюк. – Наша задача – восстановить первичное звено поликлиники, амбулатории, и сегодня этому вопросу уделяется повышенное внимание.

К слову, месяц назад в регионе завершился народный мониторинг оценки качества поликлиник. Основными проблемами медучреждений Хабаровского края стали дефицит кадров, транспортная доступность.

Николай ИГНАТОВ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Новости

На борьбу с сорняком
нужны деньги

В Государственной Думе РФ решили запросить в Министерстве сельского хозяйства информацию о возможности подготовки специальной Федеральной целевой программы по борьбе с борщевиком Сосновского.

Как напомнил депутат Владимир Поздняков, это растение занесено во Всероссийский классификатор как карантинное и сорное. В Европейском союзе его официально признали опасным для человека.

«Для борьбы с ним требуется Федеральная целевая программа с соответствующим федеральным финансированием», – считает парламентарий. В этой связи В.Поздняков предложил дать поручение думским комитетам запросить в Минсельхозе информацию о возможности подготовки такой программы.

Как отметил глава Комитета Госдумы РФ по экологии Владимир Бурматов, его комитет готов заняться этим вопросом. Обращений от граждан очень много, и проблема стоит остро. Ведь контакт с растением приводит к серьёзным ожогам, влияет на здоровье человека.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

Россияне свыкаются
с платной медициной

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила, что в нынешнем году услугами бесплатной медицины пользуются 83% жителей российских городов, при этом платными – 68%. Самыми востребованными бесплатными медицинскими услугами являются: приём терапевта/педиатра – 72%, сдача анализов – 63%, приём узкоквалифицированных специалистов (эндокринолог, кардиолог, невролог и др.) – 53%. Среди женщин также востребовано посещение женской консультации – 54%.

Только треть опрошенных оценивают бесплатные медицинские услуги положительно, остальные 71% нейтрально или отрицательно. Средняя оценка – 2,9 балла из 5.

Среди наиболее востребованных платных медицинских услуг – услуги стоматолога, их оплачивает почти половина опрошенных (49%), и готовы платить ещё 34% (всего 83%).

По сравнению с 2010 г. готовность платить за медицинские услуги в целом возросла, так: за услуги стоматолога были готовы платить только половина опрошенных (55%), за анализы и диагностику – треть жителей городов (28%), за приём профильных специалистов только пятая часть респондентов (22%), а за массаж вообще только 1%.

«Рынок услуг платной медицины растёт. Россияне уже поняли и привыкли к платной медицине. Частично сменилось поколение, повзрослели люди, которые уже не столь хорошо помнят систему организации здравоохранения в СССР, им не так трудно принять сам факт необходимости оплачивать медицинские услуги. Кроме того, практически все услуги за прошедшие 7 лет стали доступнее (в плане числа клиник, их предоставляющих) – воспользоваться ими стало проще. Некоторые из них (например, пластическая хирургия, эстетическая медицина) стали дешевле за счёт появления новых технологий, средств и высокой конкуренции», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

Андрей ДЫМОВ.

Присяга на всю жизнь

Несмотря на хмурую и неприветливую осеннюю погоду, по-спортивному жарко было в выходные дни в залах спорткомплекса «Москвич» – здесь в рамках традиционного фестиваля «Формула жизни» прошла ежегодная спартакиада работников столичного здравоохранения.

«Ежегодно более тысячи медиков собираются вместе, чтобы проявить себя, продемонстрировать свою приверженность здоровому образу жизни и показать своим пациентам, на что способен врач Москвы. Желаю всем участникам удачи, поддержки болельщиков и спортивных побед», – приветствовал участников спартакиады руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

Спортивная часть фестиваля «Формула жизни» всегда отличалась большим накалом страстей, а в этом году программа праздника была ещё более расширена и включила в себя состязания по футболу, волейболу, настольному теннису, баскетболу, плаванию, легкоатлетическим дисциплинам и шахматам. Всего в них приняли участие более 1,5 тыс. медиков из 348 команд.

По признанию судей, сильны были все команды, но лучшими стали представители больницы № 51, которые первенствовали в настольном теннисе и плавании, а также заняли второе место в соревнованиях по волейболу. Золото и серебро, соответственно, – за командами психиатрической больницы № 5 и больницы № 40. Все команды медиков условно присягнули на спартакиаде здоровому образу жизни.

Анастасия ЩЕГЛОВА.

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

Сотрудничество

Из глубины тысячелетий

Российские и китайские медики объединяют усилия

В Благовещенске прошёл XIV Российско-китайский биомедицинский форум «Инновационные методы лечения в традиционной российской и китайской медицине». Организаторами его стали Амурская государственная медицинская академия и Хэйлунцзянский университет традиционной китайской медицины (Харбин). В составе прибывшей в Приамурье китайской делегации были профессор, аспиранты, студенты, а также руководство больницы соседнего с Благовещенском китайского города Хэйхэ.

Приветствуя китайских коллег, ректор Амурской ГМА профессор Татьяна Заболотских отметила, что уже стало хорошей традицией начинать новый учебный год с проведения биомедицинского форума. В этот же день состоялся большой творческий вечер, на котором блистали талантами студенты двух дружественных медицинских вузов.

Тематика докладов охватила широкий спектр медицины, поднимались актуальные проблемы современной инновационной клинической и экспериментальной медицины в целом.

Научную программу форума открыло пленарное заседание, затем работа продолжилась в секциях. На них учёные-медики двух стран обсудили современные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины, обменялись опытом в различных отраслях медицины. Выступления учёных представили интерес не только для экспериментаторов, но и для клиницистов, для практических врачей.

Участие в работе форума приняли более 250 человек. На 4 секциях было заслушано 45 докладов, из них 15 – от Хэйлунцзянского медуниверситета традиционной китайской медицины. К форуму опубликовано более 300 научных статей в специальном выпуске журнала «Амурский медицинский журнал». Содержательное обсуждение развернулось на молодёжной секции, где



Татьяна Заболотских и Ван Цицунь открывают форум

в дискуссиях рассматривались вопросы, связанные с новыми лекарственными субстанциями и биологически активными добавками из растений Азиатского региона. В этом году в более широком плане были представлены доклады по клиническим направлениям и наметились инновационные предложения внедрения их в практическое русло.

«Главная цель форума – это обмен нашими научными и практическими достижениями для того, чтобы соединить принципы традиционной китайской медицины и европейской для укрепления здоровья наших народов. Мы сегодня пытаемся найти то рациональное зерно, которое позволит все эти методы лечения, научные достижения направить служению одной главной цели – помочь человеку справиться с недугом», – сказала Т.Заболотских.

Взаимодействие двух вузов всё активнее развивается, и последние 3 года сотрудничество продолжается уже в рамках созданной Российско-китайской ассоциации медицинских

вузов. Согласно её программе, международный обмен студентами-медиками помогает лучше изучить основы здравоохранения двух стран, обменяться опытом, научиться синтезировать современные мировые медицинские технологии и традиционные китайские, которые используются в Поднебесной уже более тысячи лет.

Руководитель китайской делегации, проректор Хэйлунцзянского университета, профессор Ван Цицунь отметил, что для них этот форум также имеет огромное значение, и выразил благодарность руководству академии за то, что прилагаются все усилия для сохранения этой доброй традиции, позволяющей учёным-медикам двух стран обмениваться опытом, делиться передовыми достижениями в охране здоровья людей.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Конкурсы

«Тихий подвиг» донорства

Ребята в возрасте от 5 до 18 лет, целые семьи или учреждение основного и дополнительного образования могут принять участие во впервые учреждённом детском конкурсе Всероссийской премии за вклад в развитие донорства крови «Соучастие».

Эта премия учреждена в 2010 г. Национальным фондом развития здравоохранения и Координационным центром по организации, развитию и пропаганде добровольного донорства крови при Общественной палате РФ.

«Например, в номинацию «Я знаю, что такое донорство» могут быть поданы различные учебные проекты. Участники номинации «Донорство глазами детей» представляют визуальные

образы донорства крови и её компонентов: это могут быть рисунки, фотографии, – рассказал руководитель центра, первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Николай Дайхес. – А в номинации «Донор – это судьба и призвание» юные участники детского конкурса могут прислать стихи и прозу о безвозмездном донорстве крови».

Заявки на конкурсы VIII Всероссийской премии за вклад в развитие донорства крови принимаются до 31 января 2018 г.

Донорское переливание крови может потребоваться каждому третьему человеку хотя бы раз в жизни, полагают во Всемирной организации здравоохранения. В России ежегодно в перелива-

нии крови нуждаются около 1,5 млн человек (или более 4 тыс. ежедневно).

В нашей стране сейчас 14-15 доноров приходится на тысячу населения, считают эксперты, в США – порядка 60, в Европе – 45.

С 2008 г. Федеральное медико-биологическое агентство совместно с Минздравом России реализует Программу развития массового добровольного донорства крови и её компонентов – «тихого подвига», как нередко называют это движение в медицинском сообществе. Меры социальной поддержки доноров закреплены Федеральным законом от 20 июля 2012 г. «О донорстве крови и её компонентов».

Константин ШАРЬИН.
МИА Cito!

ОМС: реальность и перспективы

Ломать — не строить

Дискуссия относительно эффективности модели обязательного медицинского страхования не стихает всё время её существования. Перспективы и недостатки ОМС обсуждаем с членом правления и президентом Фонда поддержки общероссийской общественной организации «Общество врачей России», доктором медицинских наук, профессором Айратом Хановым.

— Айрат Мидхатович, подчас современная страховая модель здравоохранения вызывает нарекания и со стороны пациентов, и со стороны медицинского сообщества. Может, нужно ликвидировать фонд ОМС и саму систему ОМС?

— Есть народная мудрость: ломать — не строить. Существование фонда ОМС просто необходимо в нынешней ситуации. Мы уже сломали существовавшую в Советском Союзе систему государственной медицины с бюджетным финансированием, выбрали систему, основанную на принципах социального страхования. И теперь важно последовательно придерживаться именно этой модели. Никакой необходимости в её замене сегодня я не вижу.

Более того, в условиях современной ситуации ограниченности ресурсов и при политике Минфина постоянного сокращения финансирования отраслевых задач в сформированной системе платежей за оказанные медицинские услуги упразднение ФОМС приведёт к коллапсу в отрасли. Конечно, организационные механизмы системы здравоохранения и её финансирования нуждаются в совершенствовании, но столь радикальная мера, как ликвидация ОМС, не только усугубит существующие проблемы, но доведёт нас до дна пропасти.

Что касается нареканий, то, как говорится, не ошибается тот, кто ничего не делает. Безусловно, есть недостатки, но в целом и фонд, и сама система ОМС стали действительно эффективно работать. Были устранены и устраняются те проблемы, которые на слуху у всех, — в плане прозрачности системы, в плане перераспределения средств, в отношении тарифной политики и т.д. Как показывает недавнее исследование ВЦИОМ, процент тех, кто положительно оценивает состояние дел в здравоохранении и при этом обращался к медикам недавно, выше, чем тех, кто за ме-

дицинской помощью не обращался. Показательно?

— Но в чём первопричина всех этих проблем, на ваш взгляд? Не страховые ли принципы тому виной?

— Мы часто обсуждаем эти вопросы на различных общественных-политических площадках, в том числе и на площадке ОНФ. И, как правило, ответ один — причина в недостаточном финансировании. Расходы федерального бюджета на здравоохранение сокращаются с каждым годом. Да, бюджет Федерального фонда ОМС показывает хорошую динамику вплоть до 2014 г. И даже после возникновения экономических проблем внешнего характера фонд увеличивает каждый год расходы на финансирование программы ОМС в регионах. Немного, но увеличивает. Растёт и подушевой норматив. При этом что многие государственные программы с бюджетными источниками финансирования или приостановлены, или сокращены, защищённые целевые средства, формирующиеся за счёт взносов на ОМС, показали жизнеспособность и в нынешних непростых условиях.

В настоящее время совокупные государственные расходы на здравоохранение, по мнению наших серьёзных экспертов, составляют примерно 3,5-3,7% от ВВП. Эта доля явно мала для любого государства. Имея такие исходные цифры, сетовать на то, что плоха система ОМС, некорректно. Решение проблем находится в секторе увеличения доли здравоохранения в структуре всех наших расходов. Ну, представьте себе, что в бюджетных расходах некоторых шведских ландстингов — административно-территориальных единиц органов региональной власти — на долю социальных расходов приходится до 80% всей расходной части регионального бюджета. К тому же в Швеции государственная система здравоохранения, которую приводили в пример долгие годы и которая сейчас подвергается жёсткой критике и за снижение качества и доступности медицинской помощи, и за непомерно высокий уровень затрат на её поддержание.

Это я говорю тем, кто считает «себестоимость» нашей системы ОМС слишком дорогой, и тем, кто считает страховые компании «лишним звеном». В 2015 г. расходы страховщиков на ведение дела составили порядка 15 млрд руб. Ещё 4 млрд они заработали

на санкциях к медицинским организациям, вернув при этом в ОМС более 60 млрд руб. При этом расходная часть бюджета Федерального фонда на территориальные региональные программы ОМС составила почти 1 трл 428 млрд руб. Поделите расходы страховщиков, обеспечивающих контроль качества медицинской помощи, на объём финансирования. Много систем работает с такой эффективностью?

— С середины прошлого года в системе ОМС появился новый элемент — начали работать с населением страховые поверенные. Существуют опасения, что страховые представители будут продвигать услуги частных медцентров. Насколько эти предложения обоснованы?

— Работа страховых поверенных обеспечивается за счёт средств страховых компаний. При этом объёмы средств на ведение дела у страховых компаний постоянно снижаются — мало кто из них тратит больше 1% от объёма поступающих из территориальных фондов субвенций на ОМС.

Многие добросовестные страховые компании в той или иной степени и ранее выполняли функции информирования населения и контроля качества медицинских услуг, но сейчас это стало их приоритетом. Пациент не должен чувствовать себя брошенным в трудной ситуации. И задача страховой медицинской организации как раз эту помощь обеспечить, в том числе совместно с другими общественными организациями. Всем нам надо сотрудничать в интересах застрахованного, в интересах пациента, а не перетягивать одеяло на себя. Только этот путь я считаю правильным.

Мысли о возможном лоббировании страховыми представителями частных медицинских организаций считаю лишёнными доказательной базы, это уже какая-то теория заговора.

Заблуждения относительно системы ОМС обрастают различными странными мифами. Например, высказываются утверждения, что страховые организации потребляют более 10% всех расходов. А на самом деле расходы на ведение дела застрахованного в системе ОМС стабильно снижаются. Средняя величина их в страховых медицинских организациях (СМО) по России снизилась в 2016 г. до 1,05%, что на 0,36 порядковых пункта меньше, чем было 3 года назад. А платежи,

связанные с медико-экономическими экспертизами, контролем качества и информированием населения, составляют 10% от расходов на ведение дел, что ещё раз подтверждает, что структура расходов страховых медицинских компаний отвечает реалиям рынка и экономически обоснована. Собственно, работа страховых представителей будет обеспечиваться за счёт СМО.

— Тогда в чём же суть проблем ОМС?

— На наш взгляд, в России на сегодняшний день просто не завершено строительство полноценной страховой модели. Что я имею в виду? Страховые медицинские организации не обладают всеми функциями страховщиков. У СМО практически ликвидированы страховые резервы. Мы видим низкую инвестиционную привлекательность отрасли. Зато слышим, что их собственные активы не позволяют вводить «рисковые» модели страхования. Но при таких заданных условиях у страховых медицинских организаций нет рычагов влияния на выбор медицинских организаций, нет механизмов оптимизации деятельности не только региональных систем здравоохранения, но даже отдельных клиник или амбулаторных учреждений.

Шаги по оптимизации системы ОМС уже предпринимаются, что отображено в программе «Стратегии развития здравоохранения до 2020 г.» Все предложенные меры позволят в значительной степени усовершенствовать систему ОМС.

Очевидны два последовательных этапа дальнейшей настройки системы. Первый вектор изменений — дальнейшее укрупнение страховых медицинских организаций, повышение концентрации рынка. Второй — обеспечение большей сбалансированности программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Затем — последовательное и поэтапное введение полноценных страховых принципов, обострение конкуренции среди СМО, легализация соплатежей застрахованных в структуре страхового взноса, повышение комфортности системы для пациентов и создание условий для привлечения частного капитала. А потом — увеличение масштабов участия страховщиков в совершенствовании организации медицинской помощи.

Беседу вёл
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Назначения

Хирург стал сенатором

Сахалинская областная дума избрала врача Юрия Архарова представителем региона в Совете Федерации. Ранее он работал хирургом Углегорской районной больницы, а депутатом регионального парламента являлся не на постоянной основе.

Единственным медицинским работником в верхней палате российского парламента до недавнего времени была представитель Смоленской областной думы профессор Людмила Козлова.

Николай СЕРОВ.

Перспективы

На очереди — Ульяновск

Госкорпорация Ростех в рамках программы, разработанной Минздравом России, возводит в Ульяновске перинатальный центр, предназначенный для выхаживания детей с патологиями. Объект планируется к сдаче до конца года, строительная готовность превысила 80%.

Как сообщает пресс-служба госкорпорации, на сегодняшний день завершаются работы над внутренними инженерными системами и внутриплощадочными сетями, параллельно с оформлением фасада ведётся чистовая отделка помещений, благоустройство территории завершено на 50%.

Итоговая стоимость строительства объекта составляет 2,41 млрд руб. Кроме того, госкорпорация дополнительно выделяет 1,7 млрд на возведение и оснащение перинатальных центров в регионах России, из них более 300 млн направлено Ульяновской области. Также Ростех обеспечит перинатальный центр двумя автомобилями скорой медицинской помощи класса «С».

Перинатальный центр, рассчитанный на 130 мест, позволит обеспечить квалифицированной медицинской помощью беременных с высокой степенью риска рождения ребёнка с перинатальной патологией и предоставит медицинскую помощь самого высокого уровня новорождённым и детям раннего возраста. Здесь будет проводиться консультирование и прогнозирование возможной патологии у женщин до наступления желанной беременности. Также в центре откроют клинично-диагностическую лабораторию и отделение патологии беременности.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Ульяновск.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России — 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 — на год;

32289 — на полугодие;

50075 — на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Особый случай

В больницу зашла случайно...

У сургутянки, проходившей экстренно-тестирование в рамках акции «Красное платье», зафиксировали инфаркт миокарда.

В окружном кардиоцентре она оказалась случайно. Сестра рассказала об акции, и женщина решила пойти на приём к кардиологу. О том, что сжимающая и сдавливающая боль, которая отдавала в плечо и шею, являлась признаком инфаркта, женщина даже не подозревала.

«Кардиолог Рустам Садыков заподозрил у женщины признаки дестабилизации состояния и направил её в приёмное отделение. Были взяты все необходимые анализы, выполнены инструментальные исследования, в ходе которых выяснилось, что инфаркт начал развиваться ещё в середине сентября. Пациентку экстренно доставили в операци-

онную», — отметил заведующий приёмным отделением окружного кардиодиспансера Рафаэль Сулейманов.

Рентгенохирурги спасли женщину, выполнив ей малотравматичную операцию. В ближайшее время сургутянка вернётся к обычной жизни.

«Пациентка нуждается в наблюдении. Учитывая её достаточно молодой возраст, мы будем анализировать, есть ли наследственный фактор, который мог повлиять на развитие заболевания. Но надо отметить, что ишемическая болезнь сердца «помолодела», поэтому, когда к нам поступают люди моложе или чуть старше 40 лет, мы не удивляемся», — пояснил заведующий кардиологическим отделением № 2 Игорь Петренко.

Елена ЛЬВОВА.

Сургут.

В Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского состоялась международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы детской кардиологии и кардиовизуализации» с целью освоения принципов диагностики и выбора тактики лечения детей с врожденными пороками сердца и нарушениями сердечного ритма, а также использования данных принципов в клинической практике педиатров, детских кардиологов, неонатологов, сердечно-сосудистых хирургов рентгенологов и специалистов УЗИ.

Проблема снижения перинатальной (внутриутробной и неонатальной) смертности, обусловленной патологией сердечно-сосудистой системы, — одна из самых актуальных в медицинской практике. За два последних десятилетия доля детей, родившихся с различными пороками сердца, возросла с 6 до 9%, из которых 25% — врожденные пороки сердца. Таким образом, при практически неизменной доле внутрисердечных аномалий от общего числа врожденных патологий их абсолютная частота увеличилась в среднем в 1,5 раза. Это может быть связано как с улучшением выявляемости врожденных пороков сердца у новорожденных, так и с истинным увеличением частоты врожденной кардиальной патологии с течением времени. В России ежегодно рождается около 25 тыс. детей с врожденными пороками сердца, половина из них — критические пороки периода новорожденности, при которых оказание кардиохирургической помощи показано в первые дни, а иногда и в первые часы жизни ребенка. Именно от пороков сердца умирают 60% детей до одного месяца жизни и 25% детей до рождения, то есть внутриутробно. С учётом внутриутробных смертей и ранних выкидышей удельный вес внутрисердечных аномалий среди пороков развития достигает 39,5%. По социально-медицинской значимости патология сердечно-сосудистой системы занимает второе место

Деловые встречи

Детские кардиологи принимают вызов

Они решительно настроены на снижение перинатальной смертности

среди врожденных пороков развития, по ургентности стоит на первом месте. Вместе с тем большинство критических врожденных пороков сердца можно и нужно своевременно диагностировать, а тяжелое состояние стабилизировать, и это позволит успешно выполнять корригирующие и интервенционные вмешательства у данной категории новорожденных в первые дни и недели их жизни.

Необходимость оптимизации высокотехнологичной хирургической помощи указанной группе маленьких пациентов в Московской области привели к созданию по решению Министерства здравоохранения области и дирекции МОНКИ им. М.Ф.Владимирского специализированного детского кардиохирургического отделения, оказывающего хирургическую и выездную диагностическую помощь новорожденным.

Целевая аудитория международной конференции — педиатры, детские кардиологи, неонатологи, сердечно-сосудистые хирурги рентгенологи и специалисты УЗИ. Огромный интерес у слушателей прежде всего был вызван участием в форуме профессора Фрэнка Сетты — руководителя отделения детской кардиологии клиники Мэйо (США), члена Совета директоров Международного детского медицинского альянса «От сердца к сердцу».

В лекции профессора Ф.Сетты «Современный детский кардиолог: кто он?» были представлены современные стандарты и требования к детскому кардиологу в свете диагностики врожденных пороков сердца с исчерпывающим алгоритмом диагностики цианотических пороков сердца.



Во время работы конференции

Доктор медицинских наук Михаил Мартаков в докладе «Двустворчатый аортальный клапан как проявление соединительно-тканной дисплазии сердца» ознакомил слушателей с наиболее распространенной врожденной внутрисердечной аномалией — двустворчатым аортальным клапаном, представив современную классификацию соединительно-тканной дисплазии аортального клапана, алгоритм диагностики, генетического анализа, показания к хирургическому лечению этого наиболее распространенного врожденного порока сердца. М.Мартаков продемонстрировал виды кардиохирургических методик, используемых при коррекции, их преимущества и недостатки.

В лекции «Эндоваскулярная хирургия в коррекции врожден-

ных пороков сердца» профессор Александр Осиев представил новые возможности эндоваскулярной кардиохирургии у пациентов с врожденными пороками сердца.

Докладчик из Томска А.Николишин рассказал о принципах интенсивной терапии у детей с врожденным пороком сердца на этапах радикального хирургического лечения, осветил особенности ведения послеоперационного периода и интенсивной терапии у детей с критическими врожденными пороками сердца.

Кандидат медицинских наук В.Пронина рассказала о современной стратегии диагностики структурных аномалий межпредсердной перегородки методами ультразвуковой визуализации, проанализировав эмбриопатоло-

гические этапы развития вторичных дефектов межпредсердной перегородки, атриовентрикулярной коммуникации и развития сердца в постнатальном периоде. Одновременно была дана современная эхокардиографическая классификация дефектов межпредсердной перегородки с алгоритмом ультразвуковой диагностики указанного врожденного порока сердца и эхокардиографической оценкой эффективности эндоваскулярного закрытия дефектов межпредсердной перегородки окклюдерами.

В докладе доктора медицинских наук Е.Зайнетдинова «Особенности электрокардиостимуляции у детей и подростков при брадиаритмиях» были представлены современная классификация искусственных водителей ритма сердца и перспективы развития оказания аритмологической помощи в Московском регионе.

По итогам проведенной международной конференции «Актуальные вопросы детской кардиологии и кардиовизуализации» оргкомитет конференции и её участники выразили общее мнение о развитии практических и научных связей в области детской кардиологии между МОНКИ и территориальными лечебными и амбулаторными службами областного здравоохранения.

Являясь главным многопрофильным медицинским, научным и образовательным учреждением Московской области, МОНКИ им. М.Ф.Владимирского располагает интеллектуальными и практическими ресурсами для улучшения оказания помощи детям с врожденными пороками сердца в области. Основываясь на представленной резолюции, оргкомитет и участники конференции предложили подготовить проект организационных мер по дальнейшему развитию в регионе кардиологической и специализированной хирургической помощи детскому населению с врожденными пороками развития сердечно-сосудистой системы, что отвечает новым стратегическим задачам, определяемым Минздравом Московской области.

Найля САФИНА,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Ситуация

Торжественное мероприятие открытия палаты реанимационной помощи прошло в детской больнице города Артёма Приморского края.

К слову, этого события здесь ждали 15 лет. Новая палата предназначена для осуществления комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии детей, поступивших из отделений больницы или доставленных скорой медицинской помощью, с инфекционными заболеваниями, приведшими к расстройству функции жизненно важных органов.

По словам Инны Рыжененковой, главного врача Артёмовской детской больницы, медучреждению уже около 80 лет, и всегда в его стационаре было реанимационное отделение. Вплоть до начала 2000-х годов здесь имелись хирургическое, лор-отделение, в которых проводились операции. И, конечно, здесь не могли обойтись без реанимационного отделения, предназначенного для послеоперационного выхаживания детей. На тот момент в нём имелось не меньше 10 коек.

В 2002 г. после репрофилирования стационара в детской больнице остались только инфекционное и соматическое отделения. Казалось бы, это простой профиль, и потребности в реанимации уже не будет. А если вдруг в ней и возникнет необходимость, ребёнка можно будет отвезти во Владиво-

Реанимация всё-таки нужна

Жизнь доказала необходимость этого подразделения в больнице



сток. Поэтому местной городской администрацией было принято решение о закрытии реанимационного отделения в связи с нецелесообразностью его содержания. А работавшие в нём сотрудники выведены за штат, со временем они нашли работу в других учреждениях здравоохранения Артёма.

Время показало, что сделано это было неправильно. Детям с инфекционными заболеваниями в отдельных случаях, когда стоит вопрос о жизни или смерти, тоже требовалась реанимация. Бывало, что ребёнка не удавалось спасти. Тяжело решались и вопросы определения детей в инфекционное

отделение Владивостокской клинической больницы № 2. Чтобы поместить туда ребёнка, необходимо было получить согласование у главного врача этого медицинского учреждения, а порой и заручиться поддержкой Департамента здравоохранения Приморского края. Причём вопрос мог решаться и ночью. Поэтому, когда осенью 2016 г. И.Рыжененкова была назначена на должность главного врача Артёмовской детской больницы, в крайздраве поставили перед ней задачу вернуть в ЛПУ реанимацию, и она была успешно осуществлена.

Открытие палаты реанимации — это огромное достижение не только для Артёмовского городского округа, но и для Шкотовского, Надеждинского районов, откуда в наш город приводят детей в соответствии с маршрутизацией, — подчёркивает главный врач.

Реанимацию детей будут проводить педиатр и реаниматолог. Последний имеет большой опыт работы по профилю в Советской Гавани, Бикине и в перинатальном центре Хабаровска, в Артёмовской

детской больнице он работает с декабря 2016 г. Помогать специалисту будут реаниматологи из учреждений здравоохранения Артёма, которым предстоит дежурить по скользящему графику. Также в больнице имеются 4 реанимационные сестры.

Педиатры и медицинские сестры были подготовлены и обучены принципам лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии. В свою очередь, врачи-реаниматоры приобрели знания по эпидемиологии, диагностике инфекционных заболеваний у детей, овладели общими вопросами ведения инфекционных больных.

Пока в палате реанимации имеются 3 койки, но, как отметила И.Рыжененкова, при необходимости можно будет установить и больше. Возможности и имеющиеся в отделении площади это позволяют.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Для этого капитально отремонтировали консультативно-диагностическую поликлинику городской клинической больницы № 1. Работы в учреждении выполнялись по новому региональному стандарту, разработанному в соответствии с федеральным проектом «Бережливая поликлиника».

«В преддверии Десятилетия детства, объявленного Президентом РФ, в Ульяновской области запущен ряд проектов, направленных на развитие детского здравоохранения. Так, в 2016 г. в регионе начали внедрять новый стандарт работы детских поликлиник, разработанный для улучшения качества обслуживания пациентов. Мы апробировали этот проект на детских поликлиниках Правобережья Ульяновска, распространили этот опыт на поликлиники Заволжского района. Нужно продолжить тиражирование этого замечательного опыта и в Димитровграде. Эти поликлиники должны стать эталоном для всего медицинского сообщества. К таким стандартам постепенно будут приведены все учреждения здравоохранения области», – отметил глава администрации Ульяновской области Сергей Морозов.

Напомним, в 2016 г. по инициативе губернатора и при поддержке

Перспективы

В новом формате

В Ульяновской области создаётся Центр охраны здоровья матери и ребёнка

Комитета по социальной политике Законодательного Собрания Ульяновской области и фракции «Единая Россия» городская клиническая больница № 1 получила особый статус, в соответствии с которым учреждению выделяется дополнительное финансирование из областного бюджета. Это позволит за 5 лет поэтапно модернизировать учреждение и создать к 2021 г. на его базе современный центр охраны здоровья женщин и детей.

«Развитию детского здравоохранения в регионе уделяется особое внимание. Мы говорим о перестройке работы всей службы. Для реализации проекта по созданию центра разработана «дорожная карта», в соответствии с которой отремонтированы пульмонологическое отделение в детском стационаре, бассейн в детском санаторно-оздоровительном лагере круглогодичного действия «Первоцвет»; создано отделение реанимации и интенсивной терапии



новорождённых в родильном доме; проведены капитальные ремонтные работы.

Уже запущены процедуры торгов на проведение ремонта отделений медицинской реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры детского стационара, травмпункта и

отделения патологии беременности родильного дома на общую сумму порядка 82 млн руб.», – сообщил министр здравоохранения области, семьи и социального благополучия Рашид Абдуллин.

Ремонт консультативно-диагностического отделения городской

клинической больницы № 1 начался в ноябре прошлого года. Всего на эти цели было направлено порядка 32 млн руб., 8,2 млн из которых выделено из областного бюджета. В результате отремонтированы первый и второй этажи больницы.

«В этом году нашей поликлинике исполняется 30 лет. Количество прикрепленного населения постоянно растёт с учётом появления новых микрорайонов. Ни разу здесь не делали капитальный ремонт, велись только текущие ремонтные работы. После капремонта поликлиника начала работать в новом формате. В структуру учреждения вошло клиничко-диагностическое отделение, появилась открытая регистратура, картохранилище, колл-центр, игровая зона, колыбельная. Приём пациентов будут вести более 20 специалистов, в том числе те, которых ранее не было в штате сотрудников: это иммунолог-аллерголог, нефролог, гастроэнтеролог. В перспективе планируется продолжить ремонт оставшейся части здания поликлиники», – рассказала заведующая консультативно-диагностическим отделением городской клинической больницы № 1 Ирина Митина.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Ориентиры

Этот поезд всегда ждут

Всероссийский проект «Здоровые города, районы и посёлки» реализуют на Алтае

По маршруту Барнаул – Бийск начал курсировать поезд «Калина красная» в новом статусе – как поезд здоровья. Мероприятие, организованное Министерством здравоохранения Алтайского края, ОАО «РЖД» и Краевым центром медицинской профилактики, было приурочено к празднованию Всемирного дня сердца.

Поезд здоровья «Калина красная» – это знаковый проект для городов Барнаула и Бийска – участников всероссийского проекта «Здоровые города, районы и посёлки». В них уже действует наземный тематический транспорт – трамвай и троллейбус, – объединённый общим девизом «Время быть здоровым», и этот поезд расширил рамки проекта.

– Сегодня в Алтайском крае много делается для сохранения здоровья всех жителей, – сказала перед отправлением первого поезда здоровья заместитель председателя правительства Алтайского края Надежда Капура. – У нас реализуется комплексная программа, направленная в первую очередь на популяризацию занятий спортом и физической активностью, ведение активного образа жизни. Второе направление, не менее важное, – это профилактика заболеваний и сохранение здоровья.

С подобными задачами уже третий год успешно справляется Краевой центр медицинской профилактики. В каждый тематический день, отмечаемый ВОЗ, врачи учреждения совместно с сотрудниками других ведомств отправляются в трамвае или троллейбусе в рабочую поездку по Барнаулу и Бийску с лекциями о профилактике заболеваний. В этот раз речь шла о проблемах сердечно-сосудистой системы.

О том, насколько важно сохранять физическую активность и тренировать сердечную мышцу, рассказали заместитель министра здравоохранения Алтайского края Вера Ушанова и главный специалист по медицинской профилактике краевого Минздрава Ирина Осипова.



– В настоящее время заболевания сердца и сосудов являются главной причиной смерти в мире: ежегодно они уносят более 17 млн человеческих жизней. Люди могут изменить эту статистику, выбрав здоровый образ жизни, физическую активность, правильное питание и контроль за состоянием своего здоровья, – объяснила Ирина Владимировна.

Акция получилась зрелищной! В ней приняли участие студенты Алтайского государственного медицинского университета, которые с большим энтузиазмом и задором провели прямо на перроне разминку. А в завершение мероприятия организовали флешмоб: надели красные перчатки и с красными воздушными шарами в руках выстроились в форме большого сердца. Таким образом будущие медики всем как будто сказали: «Люди, не забывайте о своём сердце! Берегите его и больше двигайтесь!»

Со словами доброго напутствия поезд здоровья тронулся в свой первый рейс. На всём пути следования между городами специалисты Краевого центра медицинской профилактики совместно с врачами отделенческой клинической больницы на станции Барнаул ОАО «РЖД» проводили беседы на темы здорового образа жизни, давали рекомендации по правильному питанию. Кроме того, врачи познакомили пассажиров с алгоритмами действий при жизнеугрожающих

состояниях, рассказали о факторах риска неинфекционных заболеваний и их профилактике, а также измерили всем желающим артериальное давление.

Эстафету принял Бийск. Там также прошла торжественная часть, на которой присутствовали представители краевых и городских властных структур: депутат Алтайского краевого Законодательного собрания, почётный гражданин Бийска, паралмпийская чемпионка Татьяна Ильюченко, заместитель главы администрации Бийска Антонина Мелихова и начальник городского Управления культуры, спорта и молодёжной политики Владимир Красилов.

На мероприятии выступила танцевальная группа «Индиго». А студенты Алтайского государственного гуманитарно-педагогического университета им. В.М.Шукшина и Бийского медицинского колледжа провели зарядку и раздали буклеты с алгоритмами само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях и информацией по сохранению здоровья.

Сотрудники центра здоровья бийского филиала Краевого центра медицинской профилактики в фойе железнодорожного вокзала Бийска в течение всего дня вели приём всех желающих пройти обследование.

Наталья ВДОВИНА.

Точка зрения

Когда же придёт время диалога?

В отношениях врача и пациента нужны новые подходы

Взаимоотношения гинекологов и пациентов в современных реалиях стали одной из основных тем обсуждения во время X Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии». В рамках семинара состоялся «круглый стол» на тему: «Когда пациентки доверяют врачу-гинекологу».

В нём приняли участие вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института Российского университета дружбы народов, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ Виктор Радзинский, профессор этой же кафедры доктор медицинских наук Марина Хамошина, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН кандидат медицинских наук Ирина Шестакова, а также руководитель практики информационной политики и информационных технологий Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) Кирилл Родин.

«Сегодня мы имеем дело со всем с другими пациентками, чем 10 лет назад, – убеждён В.Радзинский. – Они могут перепроверить любую информацию, которую даёт им врач. Сомневаются, если им назначают чрезмерное количество анализов, активно задают вопросы и интересуются сутью назначений, стремясь к диалогу. Чтобы соответствовать их ожиданиям, нам, гинекологам, важно также начать перестраиваться, идти в ногу со временем и обладать самыми последними знаниями, а также лучше понимать, чего же хотят пациентки. Тогда будет доверие, приверженность назначениям и гораздо большая эффективность в сохранении женского здоровья».

Участники «круглого стола» отметили: время патернализма прошло. Врач – больше не учитель и не носитель «сакрального» знания. Тем более что информационное поле обновляется каждые 2 секунды! И люди стали более активны в поисках информации и принятии решений.

Для того чтобы обсуждение данной темы было не голословным, присутствовавшим в зале акушерам-гинекологам предложили путём электронного голосования оценить ту или иную ситуацию, возникающую на приёме у врача, представленную в виде небольших роликов. Итоги голосования комментировали М.Хамошина и И.Шестакова.

К.Родин проанализировал данные исследования «Индекс женского здоровья – 2017» и отметил, что в числе 5 наиболее значимых критериев, которые важны для женщины при обращении к гинекологу, – высокий уровень квалификации врача, комфортные гигиенические условия приёма, а также доброжелательное и вежливое отношение.

Несмотря на то, что большинство женщин репродуктивного возраста предпочитают наблюдать у «своего» доктора, каждая пятая (19% опрошенных) посещает и других специалистов. Это объясняется стремлением получить так называемое второе мнение и выбрать для себя наиболее оптимальный вариант лечения.

«Анализируя эти данные, обобщая отдельные такие случаи с коллегами, мне кажется, что пришло время задуматься: как мы сегодня взаимодействуем с пациентками. Мы должны вести приём на основании лучшего мирового опыта, на принципах этики. Необходимо слушать и слышать пациенток, вести с ними диалог. Нам важно сохранить и повысить их доверие к врачу. Тогда наши женщины будут более здоровыми, рождать более здоровых детей», – подытожил В.Радзинский.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Признавая очевидные достижения отечественного здравоохранения, в том числе и педиатрии в последние годы (они подробно и убедительно представлены в отчётах, рапортах, докладах руководителей нашей отрасли), следует отметить, что в целом результативность российского здравоохранения недостаточно высока.

На пределе возможностей

Масштабные правительственные проекты в сфере здравоохранения – приоритетный национальный проект «Здоровье» (с 2006 г.), Программа модернизации здравоохранения (с 2011 г.), Государственная программа «Развитие здравоохранения» до 2020 г. (с 2014 г.) – позволили значительно обновить материально-техническую базу медицинских учреждений, добиться прорывных успехов в высокотехнологичной медицине, генетике, биомедицине, но не способствовали созданию эффективной, доступной и качественной системы оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Действительно, в стране растёт продолжительность жизни, значительно снизились младенческая и материнская смертность, однако складывается впечатление, что эти успехи не являются свидетельством эффективности действующей оптимизированной системы здравоохранения, а достигнуты на пределе её возможностей и связаны в основном с приоритетным развитием перинатологии и высокотехнологичной помощи населению.

Качество жизни россиян, состояние их здоровья, в том числе детей, которое в немалой степени определяется уровнем оказания ПМСП, вызывает сегодня обоснованную тревогу, несмотря на данные официальной статистики, свидетельствующие, в частности, о снижении заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по основным классам болезней (зарегистрировано пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом). Официальная статистическая отчетность, к сожалению, далеко не всегда соответствует истинному положению дел, особенно в условиях кадрового дефицита в амбулаторном звене здравоохранения. Отсутствие достоверной и оперативной информации о состоянии популяционного здоровья детского населения России затрудняет принятие адекватных управленческих решений федеральными органами исполнительной власти. Возникает ощущение, что в последнее время статистические отчёты используются в нашей стране не для оценки и анализа ситуации в здравоохранении, а с целью пропаганды успехов руководителей государства. Широкомасштабные исследования сотрудников НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, представленные на конгрессе педиатров в феврале 2016 г. директором этого НИИ членом-корреспондентом РАН Владиславом Кучмой, свидетельствуют о сохраняющихся неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья детей и подростков с неблагоприятным прогнозом на ближайшую перспективу. Аналогичные сведения получены по результатам исследований в других регионах РФ (Брянск, Челябинск, Оренбург, Новосибирск, Омск). Наличие тревожных тенденций подтверждают данные официальной статистики об увеличении в России в 2016 г. по сравнению с 2011 г. численности детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии, на 76 тыс. человек.

Поэтому следует согласиться с предложением В.Кучмы о необходимости популяционных исследований состояния здоровья детского населения России на основе доказательной медицины и по единой программе для приня-

тия обоснованных управленческих решений.

Председатель Счётной палаты РФ Татьяна Голикова, выступая в Госдуме с отчётом за 2016 г., также негативно оценила результаты проводимой в системе здравоохранения оптимизации, которая не дала нужного экономического эффекта. Одной из основных причин Т.Голикова назвала катастрофическую кадровую проблему, наличие которой не отрицают и в Минздраве России.

сегодня в затишном и глубоком кризисе, при этом многие практические врачи и организаторы здравоохранения на местах считают, что именно оптимизация здравоохранения является одной из причин многих сегодняшних его проблем.

Таким образом, очевидна необходимость последовательного структурного преобразования системы организации ПМСП с использованием имеющегося ресурсного потенциала меди-

а также повышение ресурсной эффективности.

В июле 2017 г. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам утверждены 3 из 4 принятых и 16 направленных проектов в области здравоохранения (протокол № 8 от 26.07.2017).

Паспорт одного из них «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», разработанный на осно-

оказалась одна из задач проекта, связанная с процедурой перехода на электронный документооборот с сокращением бумажной документации. В пилотных регионах удалось добиться некоторого увеличения времени приёма пациента за счёт введения электронного документооборота. Однако требуется анализ рациональности использования этого времени участковым врачом. Поскольку в последнее время у амбулаторных докторов в условиях перегрузки

Острая тема

Хотим быть услышанными

Какую модель здравоохранения мы строим?



В ожидании врачебного приёма

Тяжёлое, но необходимое признание

Несмотря на несомненные достижения и успехи советской системы здравоохранения, признанные во всём мире, следует согласиться, что сегодняшняя ситуация требует новой политики, новой методологии и новых технологий, но в рамках единого стратегического пути развития отрасли, который, к сожалению, до сих пор не совсем ясен.

В качестве основной концепции развития российского здравоохранения руководством Минздрава предложено создание пациентоориентированной системы. Однако предлагаемые пути её реализации в условиях кадрового дефицита вызывают сомнения в эффективности и нуждаются в детальном обсуждении.

Новая модель организации медицинской помощи, обозначенная Центром стратегических инициатив в проекте «Стратегия 2035 г.» – «Медицина 4 П» содержит такие составляющие, как предикция (выявление предрасположенности к развитию заболеваний), превентивность, персонализация, партисипированность (участие самих граждан в профилактике). Совершенно очевидно, что воплощение этих приоритетных направлений в жизнь возможно только в системе первичной медико-санитарной помощи, которая должна на деле стать центральным звеном здравоохранения. Однако достижение доступной, качественной, экономически и социально целесообразной медицинской помощи реально лишь при условии создания оптимальных условий для функционирования первичного звена здравоохранения (ПЗЗ).

В то же время, по мнению многих аналитиков, ПЗЗ находится

цинских организаций и с учётом наработанного позитивного опыта. Несоблюдение в ходе модернизации (оптимизации) этих условий функционирования амбулаторно-поликлинического звена, особенно в последние годы, и является причиной глубокого кризиса, в котором уже длительное время находится ПМСП, не удовлетворяющая сегодня ни взрослых пациентов поликлиник, ни родителей детей, ни самих врачей, оказывающих эту помощь.

Новая модель

Нельзя сказать, что Правительство РФ и Минздрав России не обеспокоены сложившейся в ПЗЗ ситуацией. Приняты к реализации весьма радикальные и широкомасштабные проекты, направленные на оптимизацию деятельности учреждений, оказывающих амбулаторную помощь населению.

Наиболее масштабный из них, реализованный в 2016 г. в трёх пилотных регионах РФ, посвящён созданию новой модели амбулаторного лечебно-профилактического учреждения. А необходимость формирования такой модели очевидна. Безусловным позитивным моментом данного пилотного проекта стало привлечение к созданию этой модели специалистов Госкорпорации «Росатом», имеющих большой опыт в проектной деятельности, практических врачей – сотрудников пилотных учреждений и сотрудников педиатрических кафедр медицинских вузов, поликлинической базой которых являются пилотные поликлиники с формированием заинтересованной и инициативной команды, целью которой было выявление и устранение неэффективных технологических процедур в медицинской организации, то есть совершенствование логики, менеджмента и комфортности предоставления услуг,

и по результатам эксперимента, предполагает построение новой модели пациентоориентированной медицинской организации, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, комфортные условия для него в зонах ожидания; открытая и вежливая регистратура, оптимизация логики движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых; отсутствие очередей за счёт правильной организации процессов и труда персонала, переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации. Проект стартовал в июле 2017 г. и продлится до апреля 2023 г. Его ключевые участники – Минздрав России, Росздравнадзор, ФОМС, ФМБА России, Росатом, власти субъектов РФ, территориальные фонды ОМС, образовательные организации, готовящие медицинские кадры, страховые медицинские организации. На его финансирование из федерального бюджета будет выделено 450 млн руб. Предполагается тиражирование опыта пилотных регионов в 85 субъектах России не менее чем в 2 тыс. медицинских организаций к 2023 г.

Однако цель, обозначенная в паспорте проекта, выглядит весьма амбициозно («Повышение удовлетворённости населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях...») и вряд ли достижима.

Вопрос о качестве медицинской услуги представляется весьма сложным.

Наиболее распространённое определение этого понятия сформулировано Всемирной организацией здравоохранения: «качество медицинской помощи – это свойство взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, то есть его способностью применять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать объективные условия удовлетворённости пациента его взаимодействием с медицинской подсистемой (врачом, отделением, медицинским учреждением)». То есть, согласно этому определению, основное условие достижения качества медицинской помощи – это квалификация и профессионализм врача. Поэтому реальным итогом воплощения проекта «Новая модель медицинской организации» может быть только достижение удовлетворённости условиями оказания амбулаторной помощи, а не её качеством.

Сложной для реализации и нуждающейся в дальнейшем совершенствовании технологий и методического обеспечения

выработался не лучший стереотип работы: сократить до минимума взаимодействие с пациентом в пользу увеличения временных затрат на работу с документацией, так как многочисленные контролирующие органы оценивают деятельность врача преимущественно по качеству оформления документации. Необходимо создание нового алгоритма работы с пациентом в условиях введения электронного документооборота. К сожалению, на этапе реализации пилотных проектов возникла проблема нерационального использования шаблонов электронных документов, появился реальный риск потери индивидуальности пациента и отражения особенностей течения заболеваний, что крайне затрудняет реализацию одного из наиболее значимых направлений современной медицины – персонализированный подход к профилактике и лечению болезней.

Таким образом, только увеличением времени приёма пациента без повышения квалификации врача и оптимизации алгоритма его действий проблему качества оказания медпомощи не решить.

Поставленная в проекте задача перераспределения нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом также требует дальнейшей серьёзной проработки в новых пилотных проектах: создание организационных условий труда, переподготовка средних медицинских работников. Только после апробации в пилотных проектах и анализа результатов возможно дальнейшее распространение опыта.

Кадровый дефицит и попытки его устранить

Очевидно, что создание эффективной функционирующей новой модели амбулаторного ЛПУ возможно только при достаточной укомплектованности учреждения медицинскими кадрами. Именно кадровый дефицит в первичном звене здравоохранения – основная причина низкой доступности медицинской помощи, перегрузки врачей первичного звена, их быстрого профессионального выгорания и недовольства населения. По данным Росстата, число врачей, работающих в государственных (муниципальных) медицинских организациях, сократилось за 2016 г. на 2122 человека, среднего медицинского персонала – на 17 993, младшего медперсонала – на 52 194. По официальной статистике, численность педиатров с 25,5 на 10 тыс. детей в 2012 г. уменьшилась до 22,5 на 10 тыс. детей до 18 лет в 2016 г. (с 2000 г. в составе педиатров учитываются детские хирурги, детские эндокринологи и детские онкологи).

На заседании «круглого стола» «Как преодолеть кадровую проблему в здравоохранении» (июнь

2017), который провёл ОНФ, были представлены результаты мониторингов, проведённых опросов среди российских медработников за период с 2014 г. по май 2017 г. Было отмечено, что 61% опрошенных сообщают о росте профессиональной нагрузки за 2016–2017 гг., при этом абсолютное большинство (93%) считают, что это негативно отражается на качестве оказываемой ими медицинской помощи. Оптимизация в здравоохранении привела к снижению доступности медицинской помощи, подтверждают 76%.

Минздрав рассматривает в течение 2-3 лет ликвидировать недостаток медицинских кадров в стране. Об этом Президенту России Владимиру Путину доложила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в ходе одной из рабочих встреч. По её мнению, этому будут способствовать принятые «серьёзные системные меры», предусматривающие приход на участок (сразу в практическое здравоохранение) выпускников медицинских вузов, подготовленных по новой программе, по новым стандартам, после серьёзного трёхэтапного экзамена аккредитации.

Для стратегического решения кадровой проблемы принят паспорт приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» в период с 26 июля 2017 г. по 26 декабря 2025 г. Бюджет проекта – 10 689,5 млн руб. Цель проекта (Обеспечение отрасли квалифицированными специалистами...) в плане чрезвычайной её актуальности, необходимости и своевременности не вызывает никаких сомнений, а вот эффективность пути её достижения (...за счёт внедрения процедуры допуска специалистов к профессиональной деятельности и внедрения непрерывного дополнительного профессионального образования врачей с использованием интерактивных образовательных модулей...), на наш взгляд, спорна. Приоритетным и первичным в решении кадровой проблемы является создание условий для подготовки врача высокой квалификации прежде всего на додипломном уровне, а не контроль, который у нас вновь оказался «телегой, пущенной впереди лошади». Позволим себе усомниться в независимости оценки квалификации аккредитуемых специалистов (выпускников медвузов) независимыми экспертами (практическими врачами), так как в условиях имеющего место в нашей стране кадрового дефицита приоритетной задачей для практического здравоохранения считается укомплектованность особенно первичного звена врачебными кадрами, вопрос квалификации в данной ситуации вторичный.

Билль о поликлиническом рабстве

Итак, удастся ли решить проблему кадрового дефицита, ликвидировав интернатуру, предоставив возможность выпускникам работать и после первичной аккредитации только в первичном звене здравоохранения и ограничив бюджетные места в ординатуре? Среди ключевых рисков реализации проекта в паспорте перечислены, безусловно, значимые в нашей сложной макроэкономической ситуации, такие как сокращение бюджетного финансирования и некоторые организационные моменты. Но более весомым среди прочих рисков, на наш взгляд, является «Неприятное и негативное отношение к проекту образовательного и профессионального медицинского сообщества и общества в целом из-за неясности социально-экономических последствий его реализации». По мнению руководства ведомства, цель приказа Минздрава

России № 212н от 11.05.2017, устанавливающего новый порядок приёма в ординатуру, – сделать поступление максимально беспристрастным, прозрачным и основанным на объективных достижениях студентов, – не имеет ничего общего с необходимостью заполнить брешь в первичном здравоохранении дешёвой рабочей силой. Однако молодые врачи уже окрестили этот документ биллем о поликлиническом рабстве, а выпускники медвузов и их родители инициировали сбор подписей за его отмену.

Участковая работа сегодня не привлекает молодых специалистов не только по причине очевидной их неготовности к самостоятельной работе в качестве участкового врача сразу после окончания вуза, но ещё и потому, что современный статус участкового педиатра, в том числе регламентированный последними документами Минздрава и превративший его в диспетчера с примитивными функциями, унижает условия работы и непрестижность профессии не соответствуют запросам и профессиональным амбициям выпускников.

Предпринимаемые попытки изменить ситуацию принудительным укомплектованием первичного звена здравоохранения не подготовленными к самостоятельной работе выпускниками вузов сразу со студенческой скамьи и упразднение интернатуры ещё больше уронит престиж врачебной специальности. Очень образно описал положение дел с новоспечёнными докторами 2017 г. профессор Аркадий Вёрткин, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, сравнив их предстоящую практическую деятельность с полётом под куполом цирка.

Одной из причин возникновения катастрофической ситуации при отказе от интернатуры и допуске вчерашнего студента до врачебной практики в первичном звене здравоохранения является и то обстоятельство, что последние образовательные стандарты делают упор на самостоятельное изучение предмета; студенты на додипломном этапе имеют возможность отработать свои навыки исключительно на фантомах – имитаторах человеческого тела. Действительно, можно на тренажёрах научить хирургическим манипуляциям, некоторым терапевтическим и другим приёмам обследования и оказания помощи пациентам. Но как на тренажёрах научить студентов взаимодействию, общению с пациентами, родителями, выявлению рисков и ранней диагностике начальных форм заболеваний, персонализированному подходу к пациенту и другим навыкам и умениям, которыми должен обладать участковый врач, особенно педиатр. Об этой проблеме, о высоком риске атрофии у современного врача клинического мышления, утрате навыков клинического обследования больного, разобщении врача и пациента много и убедительно пишут на страницах «Медицинской газеты» профессор Рудольф Артамонов и Леонид Лихтерман.

Вряд ли переход на допуск к профессиональной деятельности посредством аккредитации по международным стандартам обеспечит уровень знаний российских врачей, соответствующий мировым стандартам, без организации учебного процесса и финансирования высшей школы также по мировым стандартам.

Начинать нужно с образования

Каждый опытный врач знает, что эффективной терапия может

быть только при условии борьбы с причинами болезни, а не с её симптомами. Известно также, что любые реформы успешны только тогда, когда они реализуются специально подготовленными под них специалистами, в данном случае – новым поколением врачей. Причём эта подготовка должна проводиться по программам и стандартам, которые бы соответствовали не только мировым международным стандартам, но были бы адаптированы к отечественной системе здравоохранения и, что может быть даже более значимо, соответствовали стратегической концепции развития здравоохранения в нашей стране. Однако создаётся впечатление, что сегодня у нас не только отсутствует чёткая научная доктрина преобразования амбулаторной помощи, но мы ещё не определились, какую модель здравоохранения строим в нашей стране.

Поэтому следует полностью согласиться с президентом Национальной медицинской палаты, членом центрального штаба ОНФ, профессором Леонидом Рощалем и поддержать решение обратиться в Правительство РФ с просьбой рассмотреть вопрос о разработке и утверждении отдельной государственной программы по этапному сокращению дефицита медицинских кадров, превращению здравоохранения по-настоящему в привлекательную отрасль для самих врачей.

Итак, несмотря на декларированную приоритетность развития ПЗЗ, принимаемые сегодня меры по его поддержке и совершенствованию, мягко говоря, недостаточно эффективны. По мнению профессора Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктора медицинских наук Галины Сквирской, сегодня «... утрачено понимание того, что качественные изменения, в которых нуждается управление здоровьем населения и построение новой, современной и эффективной системы здравоохранения, требуют проведения глубокого системного высокопрофессионального научного анализа проблем общественного здоровья и здравоохранения и научного логического подхода к сопровождению внедрения разработанных мер, без чего все решения носят фрагментарный, иногда противоречивый характер, что не приводит к ожидаемому результату».

Именно поэтому бережливое производство и другие инновационные технологии в ПЗЗ могут быть недостаточно эффективными, несмотря на значительные материальные вложения и затраты.

В.Скворцова, подводя итоги 2016 г., назвала 2 механизма, необходимых для улучшения качества ПМСП: повышение качества подготовки и квалификации медицинских работников и улучшение условий труда. Следует признать тот факт, что не только современное отечественное здравоохранение, но и медицинское образование нуждаются в коренной реорганизации, но не такой бессистемной и непродуманной, какой она является сейчас. Как уже говорилось выше, модернизация в здравоохранении должна начинаться с образования. В последнее время большое внимание уделяется последипломному образованию и повышению квалификации практикующих врачей. Однако следует напомнить, что основой квалификации врача всегда служила додипломная (вузовская) подготовка, которая сегодня нуждается в серьёзной модернизации.

Наталья ЧЕРНАЯ,
заведующая кафедрой
поликлинической педиатрии ЯГМУ,
профессор, заслуженный врач РФ,
отличник здравоохранения.

Ярославль.

Фото
Валентины ЕВЛАНОВОЙ.

Профессиональный взгляд

Серьёзный вызов — лимфома

Как справиться с болезнью

В журнале Cell 5 октября были опубликованы исследования, посвящённые генетическим драйверам самой распространённой формы неходжкинской лимфомы (около 40% случаев) – диффузной В-крупноклеточной лимфомы. Международное исследование, проведённое Институтом рака Дьюка (США), было сосредоточено на понимании генетического основания этого вида рака и на том, какую роль эти гены могут играть в ответе пациентов на лечение. Учёные определили 150 генетических драйверов этой болезни, многие из них впервые. Затем были проведены широкие исследования взаимосвязи генных подтипов данного вида лимфомы и ответа пациентов на стандартное лечение. Используя технику редактирования генома, известную как CRISPR, учёным удалось понять, какие именно из 20 тыс. генов в клетках лимфомы отвечают за их рост. Теперь на основе этого разрабатываются новые методы лечения лимфом, а также система генетических маркеров, которая позволит назначить пациенту наиболее эффективную терапию.

Хорошим поводом напомнить о серьёзном вызове человечеству и искать управу на болезнь является проведение в сентябре Всемирного дня борьбы с лимфомами. О прогрессе в терапии лимфом состоялся разговор с руководителем гематологической службы городской клинической больницы № 52 кандидатом медицинских наук Еленой МИСЮРИНОЙ.

– Елена Николаевна, как давно заболевание крови превратилось в угрозу человечеству? О чём говорит статистика? Почему мужчины сталкиваются с этим заболеванием чаще, чем женщины?

– Лимфома представляет группу из более чем 60 различных заболеваний, которые делятся на два основных вида: лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы. Около 4% всех злокачественных опухолей крови – лимфомы. В мире около миллиона людей с этим заболеванием.

Кстати, в случае фолликулярной лимфомы, наоборот, женщины болеют чаще, чем мужчины, – соотношение примерно 2 : 1. Всё зависит от конкретной патологии. Средний возраст страдающих неходжкинскими лимфомами – 50-60 лет.

Точные причины возникновения лимфом неизвестны, учёные считают, что болезнь проявляет себя из-за цепочки случайных генетических событий. В группе риска может оказаться каждый вне зависимости от образа жизни и наличия вредных привычек. Ежедневно в мире диагностируется тысяча новых случаев лимфомы, но только 35% пациентов устанавливается верный диагноз при первом обращении к специалисту.

– Какие самые распространённые виды лимфом? Врачи утверждают, что 80% случаев лимфом излечимы, другие переходят в хроническое состояние, продлевая жизнь человека на долгие годы. Зависит ли это от вида заболевания?

– Одними из самых распространённых видов лимфом являются хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) и фолликулярная лимфома (ФЛ). Ежегодно в России выявляется более 4 тыс. новых случаев ХЛЛ и 2 тыс. новых случаев ФЛ. Основная проблема данных заболеваний в том, что примерно у 50% пациентов с ХЛЛ не могут получать агрессивную химиотерапию, которая сейчас является стандартом, из-за сопутствующих заболеваний, а 20% пациентов с фолликулярной лимфомой прогрессируют в течение 24 месяцев (рефрактерность, ранний рецидив) после терапии первой линии.

Нам хочется верить в то, что когда-нибудь это заболевание будет излечимо. Ведь ещё 20 лет назад лимфомы считались неизлечимыми, а сегодня, как вы правильно заметили, можем переводить это заболевание в хроническое, а иногда и излечивать. На эффективность лечения влияет верификация диагноза – определение вида лимфомы, без которой невозможно правильно назначить лечение.

– Как утверждает статистика, к 2018 г. более 19 тыс. россиян будут нуждаться в лечении различных видов лимфом...



– Федеральная программа «Семь нозологий» разработана в 2006 г. для централизованного обеспечения высокотехнологичными лекарственными препаратами страдающих редкими заболеваниями. В её рамках создан Федеральный регистр «Семь нозологий», который позволяет адресно назначать необходимое лечение за счёт средств федерального бюджета. И число нуждающихся ежегодно прибавляется на 8-15%. В рамках программы пациенты с лимфомами бесплатно получают препарат ритуксимаб. Расширение списка лекарств «Семь нозологий» в настоящее время находится на рассмотрении.

– А как обстоит дело с доступностью инновационных методов лечения лимфом?

– Сегодня в России используются все последние достижения в лечении лимфом, которые позволяют существенным образом улучшить прогноз больных. Неизлечимые разновидности можно перевести в хроническое состояние, продлив жизнь пациентов на долгие годы и обеспечив её достойное качество.

Проблемой остаётся лечение определённых видов лимфом, которые не поддаются стандартной терапии. Но она постепенно решается научным сообществом.

– Как выглядит Россия на этом медицинском поле по сравнению с западными странами? Чем отличаются подходы к лечению лимфом у нас и за рубежом?

– Подходы лечения лимфом в нашей стране и за рубежом основаны на рекомендациях, которые одобрены международным лечебным сообществом. Правда, на сегодняшний день там доступно несколько больше опций терапии, но практически все препараты зарегистрированы в РФ. Поэтому гематологи во всём мире придерживаются одних и тех же стандартов.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 78 (2108)

(Продолжение. Начало в № 79 от 20.10.2017.)

Длительность антитромбоцитарной терапии. Её прерывание

В настоящее время у больных с ОКС/бПСТ рекомендуемая длительность ДАТТ составляет 1 год вне зависимости от тактики лечения и типа установленного стента. Имеются указания, что продление ДАТТ более 12 месяцев существенно снижает количество ишемических событий, но только среди больных, переживших первый год лечения без осложнений, при этом отмечено достоверное увеличение крупных кровотечения. К этой тактике можно прибегать у отдельных больных с низким риском кровотечений (Приложение 7г).

Преждевременное прерывание антитромбоцитарной терапии увеличивает частоту коронарных событий. Наиболее частой причиной досрочного прерывания ДАТТ является необходимость хирургического вмешательства. Минимальная длительность ДАТТ в случаях установки голометаллических (ГМС) и стентов с лекарственным покрытием нового поколения (СЛП) составляет 1-3 месяца. В подобных ситуациях оперативное лечение следует проводить в многопрофильных стационарах с возможностью проведения КАГ и ЧКВ в случае возникновения периперационного ИМ.

В случае необходимости экстренной некардиальной хирургической операции или кровотечения лечение P2Y₁₂ ингибиторами следует прекратить и возобновить при первой возможности после устранения причин кровотечения. При высоком риске рецидива кровотечения минимальный срок терапии составляет 1 месяц после установки ГМС и 3 месяца после СЛП последнего поколения (класс IIb, уровень С).

Если прерывание ДАТТ является абсолютно необходимым, то следует иметь в виду, что альтернативного более безопасного варианта профилактики тромбоза стента нет. По мере возможности аспирином следует продолжить, так как отмена обоих препаратов ещё больше повышает риск тромбоза стента.

Тикагрелор или клопидогрел следует отменить за 5 дней до хирургического вмешательства. При отсутствии возможности выдержать указанные сроки решение об оперативном лечении следует принимать консилиумом врачей разных специальностей, который должен оценить риски кровотечения и отмены ДАТТ, а также учесть тип хирургического вмешательства, риск рецидива ишемии миокарда, степень поражения коронарных артерий, время, прошедшее от начала ОКС и ЧКВ, характеристику установленных стентов. О последствиях преждевременного прерывания ДАТТ следует помнить и у больных с ОКС/бПСТ с консервативной тактикой лечения. При хирургических вмешательствах с низким риском кровотечения не следует досрочно прерывать ДАТТ.

Ингибиторы гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa

Блокируют ключевой механизм агрегации тромбоцитов, а именно – склеивание пластинки посредством связывания молекул фибриногена с активированными IIb/IIIa рецепторами тромбоцитов. В РФ разрешены к использованию 4 препарата, все они существуют в лекарственной форме для внутривенного введения. Краткая характеристика препаратов представлена в Приложении 7д.

Ингибиторы IIb/IIIa рецепторов преимущественно были изучены до появления клопидогрела, тикагрелора и широкого использования ЧКВ. В настоящее время на фоне широкого применения ДАТТ ингибиторы IIb/IIIa используются в основном как спасительное средство при тромботических осложнениях ЧКВ (класс IIa, уровень С). Основным осложнением, ограничивающим их применение, являются кровотечения. Факторами, способствующими передозировке препаратов, являются пожилой возраст, женский пол, почечная недостаточность, малая масса тела, сахарный диабет и ХСН. Следует помнить, что применение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов может вызывать тромбоцитопению.

Ингибиторы рецепторов IIb/IIIa в сочетании с ДАТТ могут использоваться вместе с эноксапарином, фондапаринуксом. Комбинация IIb/IIIa ингибиторов с бивалирудином в рутинной практике не рекомендуется, так как по частоте ишемических событий она эквивалентна монотерапии бивалирудином, но вызывает больше крупных кровотечений.

Антикоагулянтная терапия у больных с ОКС/бПСТ

Задача антикоагулянтов в остром периоде ОКС/бПСТ подавить образование или активность ключевого фермента свёртывания крови – тромбина – и тем самым снизить риск тромботических осложнений. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что добавление антикоагулянтов к антитромбоцитарным препаратам улучшает исход больных с ОКС/бПСТ. В настоящее время несколько антикоагулянтов для парентерального введения показали свою пользу у больных с ОКС/бПСТ (нефракционированный гепарин, эноксапарин, фондапаринукс и бивалирудин, см. рис. 4).

Нефракционированный гепарин (НФГ) НФГ представляет собой гетерогенную смесь полисахаридов. Для осуществления

Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST электрокардиограммы

Клинические рекомендации Минздрава России

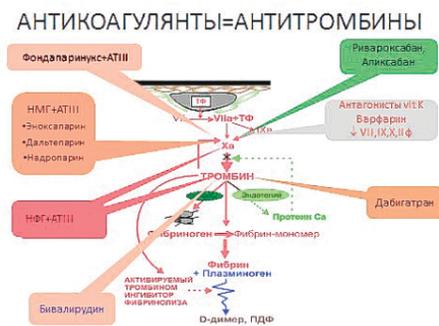


Рис. 4. Современные антикоагулянты

Сокращения: НФГ – нефракционированный гепарин, НМГ – низкомолекулярный гепарин, АТIII – антитромбин III, ПДФ – продукты деградации фибриногена и фибрина, ТФ – тканевый фактор, VII-VII фактор свёртывания крови, IX-IX фактор свёртывания крови, X-X фактор свёртывания крови, II-II фактор свёртывания крови (протромбин).

антикоагулянтной активности НФГ в плазме крови необходим кофактор антитромбина. Связывание молекулы НФГ с антитромбином приводит к конформационным изменениям антитромбина, и он превращается в быстродействующий ингибитор.

Для ингибирования тромбина НФГ должен связаться с антитромбином и тромбином, причём для связи с тромбином молекула гепарина должна состоять как минимум из 18 пентасахаридов. Для ингибирования Ха фактора также необходима связь НФГ с антитромбином, но связи НФГ с Ха не нужно. Из этого следует, что длины молекул низкомолекулярных гепаринов (НМГ) не хватает для связи с тромбином, вот почему НМГ обладают преимущественно анти-Ха активностью и практически не ингибируют тромбин.

Узкое терапевтическое окно НФГ предполагает индивидуальный подбор дозы в соответствии с весом пациента и внутривенное введение препарата: сначала болюс 60-70 МЕ/кг (не более 5000 МЕ) с дальнейшей инфузией со скоростью 12-15 МЕ/кг/час (не более 1000 ед/час). Скорость введения НФГ следует мониторировать по величине активированного времени свёртывания (АВС) или активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ). Величина АЧТВ должна быть в пределах 50-75 секунд или увеличена в 1,5-2,5 раза от верхнего предела нормального распределения АЧТВ по нормам местной лаборатории.

Хотя польза от добавления НФГ к аспирину в виде снижения смерти и ИМ была продемонстрирована до широкого использования

ЧКВ, НФГ часто используется и у больных, подвергаемых немедленному ЧКВ, так как дозу препарата легко регулировать в зависимости от веса больного и одновременного использования ингибиторов IIb/IIIa.

Для антикоагулянтной поддержки ЧКВ НФГ назначается внутривенно в виде болюса под контролем АВС. Целевое значение АВС – 250-300 секунд и 200-250 секунд при одновременном использовании антагонистов IIb/IIIa. Также можно регулировать дозу НФГ в зависимости от веса пациента (70-100 МЕ/кг, и 5060 МЕ/кг при одновременном использовании антагонистов IIb/IIIa). Инфузию НФГ следует прекратить после завершения ЧКВ, если нет иных показаний для её продолжения.

Низкомолекулярные гепарины (НМГ) НМГ являются фрагментами нефракционированного гепарина, которые имеют ряд преимуществ перед НФГ: более быструю абсорбцию при подкожном введении, меньшую степень связывания с белками плазмы и тромбоцитами, и поэтому обладают более предсказуемым дозозависимым действием. Они также реже, чем НФГ, вызывают гепарин-индуцированную тромбоцитопению

Эффективность фондапаринукса сравнима с эноксапарином, при этом фондапаринукс оказался безопаснее в отношении крупных кровотечений, что положительно сказалось на показателях смертности в первый месяц. Следует отметить, что в группе фондапаринукса по сравнению с эноксапарином чаще отмечались тромбозы катетеров, но данную проблему смогли устранить путём введения дополнительного болюса НФГ во время КАГ.

Бивалирудин Препарат представляет собой полусинтетический полипептид, состоящий из 20 аминокислот. Бивалирудин в равной степени связывает свободный и связанный с тромбом тромбин, не инактивируется 4-м фактором тромбоцитов и не нуждается в кофакторе – антитромбине. Бивалирудин обладает предсказуемой линейной фармакокинетикой и достигает пиковой концентрации после внутривенного болюса через 5 минут. Во время инфузии создаётся устойчивая концентрация, напрямую зависящая от дозы. Препарат быстро выводится из плазмы. Антикоагулянтный эффект зависит от дозы, показатели АЧТВ, тромбиновое время, АВС линейно нарастают с увеличением дозы,

(ГИТ). У больных с ОКС/бПСТ доза НМГ определяется массой тела (1 мг/кг), а препараты вводятся подкожно, каждые 12 часов. НМГ имеют почечный путь выведения из организма, поэтому у пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин требуется уменьшение дозы (1/2 дозы однократно в сутки).

Эноксапарин является единственным НМГ, рекомендованным для лечения больных ОКС. Эноксапарин по сравнению с НФГ не снижает смертности у больных с ОКС/бПСТ, но достоверно снижает суммарную частоту смерти и ИМ за 30 дней при отсутствии разницы в частоте крупных кровотечений. Смена парентерального антикоагулянта в остром периоде ОКС нецелесообразна, так как это повышает риск кровотечений.

Для больных с ОКС/бПСТ, получающих терапию эноксапарином до ЧКВ, разработана схема антикоагулянтной поддержки ЧКВ. Если пациент получил последнюю инъекцию препарата менее 8 часов назад, то дополнительного введения эноксапарина во время ЧКВ не требуется, но если с момента последнего введения эноксапарина прошло более 8 часов, то дополнительно во время ЧКВ следует внутривенно ввести болюс эноксапарина (0,3 мг/кг).

Лечение эноксапарином не требует рутинного мониторинга анти-Ха активности за исключением пациентов с клиренсом креатинина 15-30 мл/мин/1,73 м² и больных с массой тела более 100 кг. Эноксапарин противопоказан больным с клиренсом креатинина < 15 мл/мин/1,73 м².

Фондапаринукс

Препарат является парентальным селективным ингибитором Ха фактора и представляет собой синтетическую последовательность пентасахаридов, одинаковую для всех гепаринов. Фондапаринукс обратимо ингибирует Ха фактор путём связывания с антитромбином. У фондапаринукса 100% биодоступность после подкожного введения, а период полувыведения составляет 17 часов, что позволяет вводить препарат один раз в сутки. Препарат выводится почками и противопоказан при клиренсе креатинина < 20 мл/мин/1,73 м². Препарат не оказывает влияния на показатели гемостаза (АВС, АЧТВ, протромбиновое и тромбиновое время) и не требует мониторинга в рутинной практике. Практически не связывается с белками плазмы и не вызывает ГИТ. У больных с ОКС/бПСТ рекомендуется в дозе 2,5 мг один раз в сутки. Лечение фондапаринуксом при отсутствии иных показаний также, как и другими парентеральными антикоагулянтами, должно прекращаться после ЧКВ. У больных, получающих консервативное лечение парентеральными антикоагулянтами, может быть продлено на весь период госпитализации (до 8 дней).

эффект проявляется через минуты после внутривенного болюса и прекращается у здоровых лиц примерно через час после прекращения инфузии. Бивалирудин не связывается с другими (кроме тромбина) белками плазмы. Выводится преимущественно почками.

Предполагалось, что важное преимущество бивалирудина – уменьшение наклонности к кровотечениям, особенно при инвазивной тактике лечения. Однако в последнее время практическая значимость преимуществ бивалирудина по сравнению с НФГ подвергается сомнению.

Таким образом, назначение парентеральных антикоагулянтов рекомендуется с момента постановки диагноза ОКС/бПСТ (класс I, уровень В). При выборе препарата следует учитывать риск возможных ишемических осложнений и кровотечений (класс I, уровень В).

Фондапаринукс (2,5 мг в день подкожно) вне зависимости от тактики лечения обладает наиболее благоприятным профилем эффективности и безопасности (класс I, уровень В).

Эноксапарин (1 мг/кг подкожно каждые 12 часов) вызывает больше кровотечений, чем фондапаринукс, и его целесообразно использовать, когда фондапаринукс недоступен. Однако если пациент получал эноксапарин до ЧКВ, его следует продолжить и во время процедуры (класс I, уровень В).

Внутривенная инфузия НФГ (70-100 МЕ/кг и 50-70 МЕ/кг при одновременном применении антагонистов IIb/IIIa) может быть использована у больных, не получивших парентеральные антикоагулянты до КАГ (класс I, уровень В).

После завершения ЧКВ введение антикоагулянтов следует прекратить, если нет иных показаний (класс IIa, уровень С).

Переход с НФГ на НМГ и обратно не рекомендуется, так как это повышает риск кровотечений (класс III, уровень С).

У больных, получающих фондапаринукс, во время ЧКВ следует однократно ввести болюс НФГ в дозе 70-85 МЕ/кг. В случае одновременного применения антагонистов IIb/IIIa доза болюса НФГ составляет 50-60 МЕ/кг (класс I, уровень В).

Бивалирудин (внутривенно болюс 0,75 мг/кг и инфузия 1,75 мг/кг/час) может быть использован для антитромботической поддержки ЧКВ в качестве альтернативы комбинации НФГ и антагонистов IIb/IIIa. Инфузию следует начинать одновременно с ЧКВ и продолжать до 4 часов после его завершения (класс IIa, уровень В). (Класс IIa, а не I в отличие некоторых рекомендаций предложен для бивалирудина с учётом появившихся сообщений, ставящих под сомнение его существенные преимущества перед НФГ при проведении ЧКВ).

Пероральные антикоагулянты для длительного лечения больных, перенёвших ОКСбпСТ

Антагонисты витамина К
Комбинация варфарина (МНО 2,0-3,0) с аспирином у больных ОКС, леченных консервативно, оказалась эффективнее монотерапии аспирином в отношении предотвращения смерти, ИМ и инсульта, но ценой 2-кратного увеличения крупных кровотечений. Эта комбинация хуже ДАТТ в отношении ранних тромбозов стентов, поэтому варфарин не рекомендован для лечения больных ОКС после ЧКВ за исключением случаев, когда имеются дополнительные показания к приёму АВК (фибрилляция предсердий, венозные тромбозы, искусственные клапаны сердца и т.д.).

Новые пероральные антикоагулянты (НПАКГ)

Ривароксабан в добавление к аспирину и клопидогрелу был изучен в двух дозах 2,5 мг два раза в день и 5 мг дважды в день. Обе дозы ривароксабана снижали частоту сердечно-сосудистых событий, ИМ и ишемического инсульта. В подгруппе больных, получавших 2,5 мг 2 раза в день ривароксабана, по сравнению с больными, получавшими дозу 5 мг x 2, было меньше кровотечений, хотя в обеих группах их было больше, чем в группе плацебо. Преимущества в безопасности послужили основанием рекомендовать к применению ривароксабан в дозе 2,5 мг.

Ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день может быть назначен больным с ОКСбпСТ, получающим аспирин и клопидогрел, при условии наличия у них высокого риска ишемических осложнений (повышение тропонина) и низкого риска кровотечений (без инсульта/транзиторной ишемической атаки в анамнезе, моложе 75 лет, с массой тела более 60 кг), после прекращения лечения парентеральными антикоагулянтами на срок до года (класс IIb, уровень В).

Особые случаи антитромботической терапии у больных с ОКСбпСТ

Антитромбоцитарные препараты у больных с ОКСбпСТ, длительно принимающих пероральные антикоагулянты

От 6 до 8% больных ОКС имеют показания к длительному приёму пероральных антикоагулянтов в связи с наличием сопутствующих заболеваний со средним и высоким риском тромбозомболических осложнений (фибрилляция предсердий, пороки и искусственные клапаны сердца, венозные тромбозомболические осложнения).

КАГ можно проводить, не отменяя оральных антикоагулянтов, так как прерывание терапии АВК и переход на парентеральные антикоагулянты может привести как к увеличению тромбозомболических осложнений, так и кровотечений.

Безопасность проведения ЧКВ на фоне приёма новых пероральных антикоагулянтов без перехода на парентеральные не изучена. Для уменьшения осложнений во время ЧКВ у больных, получающих пероральные антикоагулянты, рекомендуется использовать радиальный доступ. У больных, получающих АВК, можно проводить ЧКВ, не отменяя антикоагулянтов при условии терапевтических значений МНО. В этом случае НФГ дополнительно вводится лишь в составе раствора для промывки катетеров. У пациентов, получающих НПАКГ, во время ЧКВ целесообразно дополнительно вводить внутривенно небольшие дозы парентеральных антикоагулянтов (эноксапарин 0,5 мг/кг или НФГ 60 мг/кг), однако следует иметь в виду, что данный подход представляет мнение экспертов и не изучен в отношении риска кровотечений. Не следует насыщать пациента, получающего пероральный антикоагулянт, ингибиторами P2Y12 рецепторов до получения результатов КАГ, а антагонисты IIb/IIIa использовать в исключительных ситуациях как средство, спасающее жизнь при тромботических осложнениях, развивающихся при ЧКВ.

Антитромботическая терапия после ЧКВ у больных, хронически принимающих антикоагулянты

Тройная антитромботическая терапия, состоящая из аспирина, клопидогрела и оральных антикоагулянтов, в 2-4 раза опаснее ДАТТ в отношении риска крупных и фатальных кровотечений. У пациентов, получающих многокомпонентную антитромботическую терапию, фатальное бывает каждое десятое кровотечение, среди которых внутричерепные и желудочно-кишечные геморрагии встречаются примерно поровну. В связи с этим тройную терапию следует назначать только в случаях абсолютной необходимости (фибрилляция предсердий при наличии ≥ 2 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, механические протезы клапанов сердца и недавние тромбоз глубоких вен или тромбозомболия лёгочной артерии) и максимально сократить её длительность. У пациентов с фибрилляцией предсердий для оценки риска инсульта и кровотечения рекомендуется использовать шкалы CHA₂DS₂-VASc и HASBLED. Тикагрелор в составе тройной терапии не изучен.

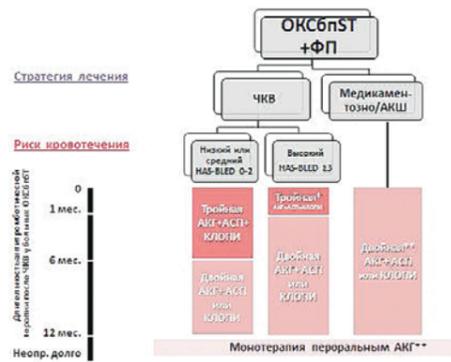


Рис. 5. Алгоритм выбора антитромботической терапии у больных с ОКСбпСТ и фибрилляцией предсердий (Рекомендации ЕОК по лечению больных с ОКСбпСТ, 2015)

*у ряда больных допустимо применение перорального АКГ и клопидогрела

**у ряда больных очень высокого риска ишемических осложнений возможно применение АКГ в сочетании с аспирином или клопидогрелом

Доза АВК в составе тройной антитромботической терапии должна быть минимально эффективной (МНО 2,0-2,5). Следует помнить, что НПАКГ нельзя использовать у больных с искусственными клапанами и с фибрилляцией предсердий при ревматических пороках сердца. С целью защиты желудка при назначении тройной терапии разумно использовать ингибиторы протонного насоса. Сравнение тройной терапии варфарином, аспирином и клопидогрелом с двойной (варфарином и клопидогрелом) у небольшого числа больных, нуждающихся в приёме антикоагулянтов и подвергнутых ЧКВ, показало преимущество комбинации варфарина и клопидогрела в отношении риска кровотечений при одинаковой частоте ишемических исходов.

Алгоритм выбора антитромботической терапии у больных с фибрилляцией предсердий и ОКСбпСТ, подвергнутых ЧКВ, предложенный европейскими экспертами, представлен на рисунке 5.

При необходимости операции КШ у больных с ОКСбпСТ, длительно принимающих АКГ, последние следует отменить из-за высокого риска кровотечения. При необходимости срочного КШ с целью восстановления факторов свёртывания крови возможно введение протромбонового комплекса (25 МЕ/кг). Опыт КШ у больных, получающих НПАКГ, отсутствует. Новые пероральные антикоагулянты рекомендуется отменить за 48 часов до вмешательства. Терапию аспирином и антикоагулянтами после операции КШ у больных ОКС рекомендуется возобновить, как только позволит состояние послеоперационной раны. Тройная терапия после операции не рекомендуется.

Инвазивное лечение

Реваскуляризация является неотъемлемой частью лечения значительной доли больных с ОКСбпСТ. Однако подход к реваскуляризации при обсуждаемом состоянии радикально отличается от такового при ИМнСТ. В последнем случае главным пособием для абсолютного большинства больных является неотложное первичное ЧКВ, как альтернативный вариант – ЧКВ, выполняемое вслед за тромболитизмом.

В более разнородной группе больных с ОКСбпСТ, представленной как больными с острой окклюзией крупной ветви коронарной артерии иногда в сочетании с многососудистым поражением, так и людьми с ангиографически малоизменёнными или нормальными артериями сердца, вариантов применения инвазивного обследования и лечения больше. Варианты эти различаются как временным интервалом от поступления до инвазивного обследования, так и выбором сроков и методов реваскуляризации по результатам этого обследования.

В настоящее время рекомендуется рутинная инвазивная тактика ведения больных с ОКСбпСТ как стандартная. В её основе – стремление подвергнуть КАГ большую часть больных, но срочность выполнения этого обследования различна и определяется риском ишемических событий, определить который требуется как можно быстрее. Данной тактикой допускается, что вслед за выполнением КАГ не обязательно следует неотложное ЧКВ. У значительной части больных решение о сроках и методе реваскуляризации может быть принято несколько позже. Разумеется, что у больных с очень высоким риском ишемических событий крайне важно быстро выявить и попытаться сразу устранить нарушение коронарного кровотока, определяющее этот очень высокий риск.

У больных с более низким риском при проведении КАГ в пределах от 2 до 72 часов после поступления и даже позже выполнение одномоментного (по итогам КАГ) ЧКВ будет определяться обнаружением острой/подострой окклюзии, признаками пристеночного коронарного тромбоза или другими критериями «осложнённого» стеноза при условии, что данное поражение подходит для ЧКВ.

При отсутствии ангиографических признаков высокого риска выполнения одномоментного ЧКВ оправдано при обнаружении единичных дискретных явно значимых сужений, однозначно подходящих для ЧКВ. В остальных случаях у больных без признаков очень высокого риска, например с многососудистым поражением без очевидного стеноза, ответственного за развитие ОКС, наличии сужения ствола левой коронарной артерии, сомнениях в гемодинамической значимости выявленных стенозов, обнаружении «старых» коллатерализованных окклюзий, результаты ангиографии должны стать основанием для взвешенного выбора сроков и метода реваскуляризации. Несмотря на важность результатов самой ангиографии (распределение и ангиографические характеристики стенозов, индекс SYNTAX), главным фактором в реализации данного выбора должно быть клиническое состояние больного. Кроме него на выбор способа и сроков реваскуляризации могут влиять возраст больного, сопутствующие лечение и болезни, пожелания больного или врача, которому предстоит наблюдать и вести больного на амбулаторном этапе.

Важное место в решениях по реваскуляризации у больных с ОКСбпСТ отводится специализированному врачебному консилиуму. В работе такого консилиума, собираемого на регулярной основе и при экстренной необходимости, должны участвовать кардиолог, ведущий данного больного, кардиохирург и врач, выполняющий ЧКВ. Кроме этих лиц к обсуждению тактики лечения и совместному принятию решений могут привлекаться специалисты по имеющимся у больного сопутствующим заболеваниям. Важно, что при принятии решений о реваскуляризации данный консилиум должен руководствоваться своими локальными алгоритмами и протоколами, учитывающими ресурсы, местные стандарты лечения и наличие опыта в выполнении экстренных вмешательств.

Принимая во внимание ключевую роль инвазивного обследования и лечения в ведении больных с ОКСбпСТ, важным элементом ведения этих больных становятся срочные переводы пациентов из больниц без возможностей для инвазивного лечения в стационары, выполняющие экстренные ЧКВ в режиме 24 часа в сутки в течение недели. Переводы эти должны выполняться аналогично тому, как это происходит с больными ИМнСТ, отличаясь лишь тем, что у значительной части больных с ОКСбпСТ (без признаков очень высокого и высокого риска) переводы эти не столь экстренны.

Инвазивная тактика с разделением по срокам выполнения КАГ

Неотложная инвазивная тактика (КАГ в пределах 2 часов после поступления)

Больные с признаками очень высокого риска должны быть подвергнуты неотложной КАГ. Очевидность плохого прогноза в случае воздержания от инвазивного лечения у этих больных определяет необходимость выполнения КАГ в пределах 2 часов от поступления с намерением выполнить реваскуляризацию в режиме первичного ЧКВ. Неотложная инвазивная тактика должна быть реализована у таких больных независимо от уровня сердечных маркёров, изменений ЭКГ и количества баллов по различным шкалам риска. Больницы без возможности выполнить экстренное ЧКВ должны переводить таких больных в инвазивные центры в неотложном порядке. Больные, пришедшие в сознание после устранения остановки кровообращения, должны подвергнуться немедленной КАГ. Больные в коме, сохраняющейся, несмотря на восстановление кровообращения, требуют мультидисциплинарного консультирования и дообследования, если это возможно, с целью исключения некоронарных причин остановки кровообращения. Сразу вслед за этим при отсутствии явных некоронарных причин им следует выполнить КАГ.

Кардиогенный шок встречается примерно у 3% больных с ОКСбпСТ и является самой частой причиной смерти в период госпитализации. Оптимальным методом реваскуляризации у больных с шоком считается ЧКВ с восстановлением полноценного кровотока по всем изменённым и доступным для ЧКВ артериям. При невозможности выполнить ЧКВ, следует рассматривать выполнение КШ которое является методом выбора при наличии механических осложнений ИМ. Значение баллонной контрпульсации у этих больных в настоящее время оспаривается, но считается оправданным при механических осложнениях ИМ. У отдельных больных для стабилизации состояния могут быть применены экстракор-

поральная мембранная оксигенация и имплантируемые вспомогательные устройства для левого желудочка.

Ранняя инвазивная тактика (КАГ в пределах от 2 до 24 часов после поступления)

Больные с ОКСбпСТ и критериями высокого риска – достаточно многочисленная и хорошо изученная категория больных. Важно, что у больных этой категории не должно быть признаков очень высокого риска при поступлении или в ходе наблюдения в стационаре. В последнем случае КАГ должна быть выполнена в неотложном режиме. Стационары без возможностей для выполнения ЧКВ должны переводить таких больных в инвазивные центры.

Инвазивная тактика (КАГ в пределах от 24 до 72 часов после поступления)

72 часа – максимальная задержка с выполнением КАГ у больных, имеющих один из признаков умеренного риска, повторение симптомов или ишемии по результатам неинвазивного обследования. Это время не может быть превышено даже тогда, когда для проведения КАГ (и последующего вмешательства) требуется перевод в другой стационар.

Избирательная инвазивная тактика

Больные без повторения симптомов и без критериев очень высокого, высокого и умеренного риска могут рассматриваться как больные с низким риском ишемических событий. У них для окончательного решения об инвазивной тактике (выполнении КАГ до выписки из стационара и реваскуляризации по её итогам) следует выполнить стресс-тест, оптимально с визуализацией миокарда или оценкой его сократимости. Считается, что у этой категории больных стресс-тест может быть заменён МСКТ-коронарографией.

Консервативная тактика

Воздержание от реваскуляризации – нередкая ситуация при ОКСбпСТ. Консервативная тактика считается уместной в нескольких подгруппах больных. Среди тех, у кого имеется коронарный атеросклероз, можно выделить следующие категории.

Больные без гемодинамически значимых стенозов. У этих больных, как правило, нет показаний для ЧКВ и особенно для КШ. Кроме того, консервативная тактика у таких больных оправдывается хорошим прогнозом в виде низкого риска смерти и ИМ.

Больные с высоким и умеренным риском ишемических событий, но сомнительной пользой от реваскуляризации. У части больных с ОКСбпСТ коронарная ангиография и реваскуляризация не рассматриваются из-за того, что воспользоваться последними успешной реваскуляризации им вряд ли удастся. При этом риск осложнений, связанных с КАГ и реваскуляризацией, окажется неоправданным. Это лица с такими сопутствующими заболеваниями, как деменция, тяжёлая хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования с малой ожидаемой продолжительностью жизни. Уместен такой подход и у больных с высоким риском развития крупных кровотечений. У больных старческого возраста (старше 75 лет) должна рассматриваться и инвазивная тактика, и если выполняма реваскуляризация. Но применятся они должны после тщательного взвешивания потенциальных рисков и пользы с учётом личных предпочтений больного.

Больные с очень высоким, высоким и умеренным риском ишемических событий, которым необходима реваскуляризация, но она технически не выполнима. Сюда же, наверное, следует отнести больных, отказавшихся от реваскуляризации (чаще в виде КШ). Такие пациенты, как правило, характеризуются плохим прогнозом и низким качеством жизни.

Среди больных с ОКСбпСТ без очевидного коронарного атеросклероза (с нормальными коронарными артериями по данным КАГ) могут встречаться пациенты с кардиомиопатией такоубо, спазмом крупных ветвей коронарных артерий и микрососудистым поражением. Ведение этих больных с позиции применения реваскуляризации будет консервативным.

Целесообразность двойной антитромботической терапии (ДАТТ) в рамках консервативного лечения ОКСбпСТ не вызывает сомнений. Препаратом выбора, дополняющим аспирин, при отсутствии противопоказаний является тикагрелор. Вопрос о назначении одного или двух антитромботических средств у лиц с нестенозирующим атеросклерозом и больных с нормальными коронарными артериями решается индивидуально.

(Продолжение следует.)

Под редакцией почётного президента Общества специалистов по неотложной кардиологии профессора Михаила РУДЫ.

В Самаре прошла III Международная конференция «Нейрокомпьютерный интерфейс: наука и практика». Кроме отечественных учёных в её работе приняли участие специалисты из Испании, США, Германии и Израиля. Конференция организована отраслевым союзом «Нейронет», Самарским государственным медицинским университетом, компанией IT-UNiverse, Инновационным территориальным кластером медицинских и фармацевтических технологий Самарской области при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований и правительства Самарской области.

Новая отрасль

Поддержку развития в России перспективных отраслей, которые в будущем станут основой мировой экономики, осуществляет государственная программа «Национальная технологическая инициатива» (НТИ), которая началась в соответствии с поручением Президента России Владимира Путина в 2014 г. Системообразующими документами НТИ стали «дорожные карты». Принципиально новую отрасль в НТИ представляет «дорожная карта» НейроНет, в которой выделено 6 основных рыночных направлений – это нейромедтехника, нейрокоммуникации, нейрофарма, нейрообразование, нейроассистенты и нейроразвлечения. По многим из этих направлений активно создаются различные сервисы: нейрокомпьютерные интерфейсы, технологии исследования и человеко-машинные алгоритмы. Они не только расширяют ресурсы человеческого мозга, но и могут вывести на новый уровень диагностические и восстановительные технологии для людей с ограниченными возможностями, детей с ДЦП и других пациентов. Все эти вопросы обсуждались на конференции. По словам первого проректора, проректора по учебно-воспитательной и социальной работе СамГМУ Юрия Щукина, с каждым годом конференция привлекает всё большее число участников и становится той коммуникационной площадкой, где специалисты со всего мира, ведущие исследования в области нейротехнологий, могут познакомиться с самыми последними достижениями, технологиями, внедрёнными в клиническую практику, рассказать о своих проектах широкому кругу специалистов из разных стран и отраслей.

Двигать и ощущать

Уже второй раз в работе конференции участвует профессор Университета Чикаго Слим Бенсмай (США). Сферой его интересов является создание бионической руки – аналога биологической с сохранением полной обратной связи, передающей информацию о выполненном движении, размере, форме и текстуре объекта. Все эти параметры человек должен чувствовать искусственной рукой. «В головном мозге есть карта нашей руки – виртуальный образ. Когда человек думает о движении, он активирует мышцы, отвечающие за это действие. Обратное в головной мозг поступают сигналы, которые дают информацию о том, насколько движения соответствуют запланированным действиям, таким образом происходит полный цикл передачи информации. Наша лаборатория занимается кодированием и декодированием сигналов, которые возникают от мышц, также мы работаем с информа-

цией, которая идёт от головного мозга к мышцам», – отмечает С.Бенсмай. Люди, которые потеряли конечность, могут ощущать предмет с помощью создания дополнительной коммуникации между нервом ампутированной руки и роботизированной. Если пациент может производить движения только головой, то в этом случае нужно осуществлять имплантацию электродов в головной мозг. Современные технологии сегодня могут простимулировать максимум 100 нейронов, а задействовано от 10 тыс. до 50 тыс., также нужно учитывать, как ведёт себя нервная клетка в данный момент времени.

и роботизированные устройства, чтобы помочь людям социализироваться. Даём им возможность виртуального воплощения в робота, смотреть на мир его глазами и взаимодействовать с другими людьми, даже если человек в Барселоне, а робот в Лондоне. Обмануть мозг? Легко! – уверен Мэлвин Слейтер. – Мы даём человеку чувство восприятия тела робота как своего собственного».

Нелокальность событий

«Перспективы развития новых нейроинтерфейсов – в обеспечении их возможностями декодирования большого количества сигналов одновременно, – го-

движение в нейронном пространстве. Согласно голографическому принципу нелокальности, который утверждает, что «Всё отражается во всём», «Всё воздействует на всё», «Целое отражено в каждой части», организация межнейронных связей создаёт новые свойства мозга, который является живой материей, нащупывающей и закрепляющей в памяти более удачные вариации. О том, как будут взаимодействовать и конкурировать между собой разные теории, учёный обещал рассказать на IV Международной конференции, которая пройдёт в Самаре в 2018 г.

Доктор Института медицинской психологии и поведенческой нейробиологии Сурью Сокадар (Германия) рассказал об использовании двунаправленных интерфейсов мозг-машина для лечения психических расстройств. «Когда мы создаём лечебные методики с использованием нейрокомпьютерных интерфейсов, надо чётко понимать связь между физиологией и органикой. Корреляция не поможет, нам необходимо найти именно связь между физиологией и поведением – сенсорный путь, чтобы провести эффективную электрическую или магнитную стимуляцию», – отмечает доктор.

В клиниках и лабораториях

Нейрокоммуникация

Учёные обсудили практическое применение и перспективы



С каждым годом конференция привлекает всё большее количество участников

Иллюзия обладания телом

Об отождествлении с виртуальными объектами при помощи нейрокомпьютерного интерфейса рассказала участникам конференции доктор Института биомедицинских исследований Мария-Виктория Санчес-Вивес (Испания). «Около 15 лет формируется область знаний о представлении нашего тела в мозгу. В своих исследованиях мы использовали различные нейрокомпьютерные интерфейсы (НКИ), протокол воображения представления движения и анализировали, как отвечал мозг на определённые действия. Представление нашего тела в мозгу пластично и может изменяться под действием ряда факторов, – отмечает Санчес-Вивес. – Если происходит совпадение намерения и действия, возникает реальное чувство владения телом». Исследования в этой же области проводит и доктор университета ICREA-University of Barcelona Мэлвин Слейтер (Испания), который является профессором Университетского колледжа Лондона.

«Мы активно занимаемся виртуальной реальностью и в некоторых случаях используем НКИ

ворит старший научный сотрудник Центра нейроинженерии Университета Дьюка Михаил Лебедев (США). – Мы работаем на обезьянах, так как их мозг очень похож на человеческий. Можно создавать такие ситуации, которые мотивируют обезьяну на выполнение сложных действий. Например, когда у неё возникает возможность одновременно достать пищу из двух кормушек, стационарной и перемещающейся. Мозг в этом случае решает сразу несколько задач, и мы в ходе исследования снимаем информацию об активности нейронов в зависимости от того, какое движение осуществляет обезьяна. Далее с помощью различных алгоритмов декодируем сразу моторные параметры, ориентацию пространственного внимания, направление взгляда, память, время и степень активности». Но, по словам исследователя, есть другая теория, опровергающая ту, которая лежит в основе проведённых экспериментов, – это наука изучающая динамические системы, или нейродинамика. Специалисты, работающие в этой области, считают важным то, что кодируют нейроны. Всё, что происходит в мозгу, – это

Слияние человека и машины

Об экспериментах по управлению мыслью для виртуальных и роботизированных систем рассказал доктор Междисциплинарного центра Герцлия Дорон Фридман (Израиль). «Наша лаборатория изучает виртуальную реальность, НКИ и возможности их взаимодействия. Совместно с Мэлвином Слейтером в Лондоне мы занимались разработкой алгоритма движения и интеграции его с НКИ. Получаем комплексный набор информации, используя функциональную МРТ. Мы применяем различные фильтры и математические алгоритмы, определяя, какая область мозга нам нужна, и работаем над увеличением эффективности наших исследований». Учёный рассказал о проведённом эксперименте, когда человек лежит в магнитно-резонансном томографе и при помощи малых движений управляет роботом во Франции и видит мир его глазами. Экспериментатор уверен, что функциональная МРТ позволяет анализировать изменение кровотока на всей поверхности мозга при высоком пространственном разрешении.

Доклад профессора Высшей школы экономики Алексея Осадчего (Россия) был посвящён перспективам развития магнитоэнцефалографии как технологии неинвазивного функционального картирования головного мозга человека. Он также проинформировал участников конференции о том, что совместно с Физико-техническим институтом им. А.Ф.Иоффе учёные разрабатывают новый сенсор и уже есть первые результаты аналитического характера. Руководитель лаборатории математической обработки биологической информации компании IT-UNiverse Владимир Буланов рассказал о применении машинного обучения в практической работе с нейрокомпьютерными интерфейсами, а профессор Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН Александр Фролов – о гемодинамической и электрофизиологической активности мозга при управлении интерфейсом мозг-компьютер, основанном на воображении движений.

Профессор Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Александр Каплан и менеджер проекта Наталья Галкина рассказали о создании социальной сети «Нейрочат» для коммуникаций людей, утративших способность нормально говорить, двигаться и полноценно общаться. Фундаментальным и прикладным аспектам применения виртуальной реальности в медицинской реабилитации был посвящён доклад доцента кафедры неврологии и нейрохирургии СамГМУ Александра Захарова.

Главным отличием III конференции от предыдущих является то, что на ней были обсуждены не только фундаментальные теоретические достижения, но и разработки, уже применяемые в медицинской практике.

Комментарии

Геннадий Котельников, ректор СамГМУ, академик РАН

Направление «Информационные технологии в медицине» 4 года назад было обозначено как новая отдельная отрасль экономики в Самарской области. Оно получило поддержку от многих региональных и федеральных институтов развития. Многие гранты были выиграны в жёсткой кон-



Многие разработки СамГМУ активно применяются в образовательной и клинической практике

без границ

развития нейротехнологий



ектов, так и создания инфраструктуры.

Сформированы междисциплинарные инжиниринговые команды внутри вуза и инновационная экосистема вокруг университета, развивается международное сотрудничество. Многие проекты сегодня являются уже не просто теоретическими разработками, а опытными образцами, готовыми к серийному выпуску, и проходят апробацию в клинической практике. Современные нейротехнологии уже в ближайшей перспективе смогут кардинально изменить множество отраслей, и поэтому данная конференция имеет стратегическое значение для развития взаимодействия отечественных специалистов и учёных мирового уровня, обладающих самыми передовыми знаниями в области нейротехнологий.

Александр Семёнов,
исполнительный директор
отраслевого союза
«Нейронет»



Александр Кобенко,
министр экономического
развития, инвестиций и
торговли Самарской области



Правительство Самарской области 3 года назад поддержало инициативу СамГМУ по созданию кластера медицинских и фармацевтических технологий. Сегодня мы видим хорошую динамику реализации как отдельных про-

мы начинаем формировать и нормативную базу отрасли. Созданы отдельные рабочие подгруппы в рамках «НейроНет», куда привлечены профильные юристы, патентоведы, консультанты, понимающие в этой сфере. Они готовят документы и первые правовые акты.

Александр Колсанов,
директор Института
инновационного развития
СамГМУ



Самара становится центром компетенций и коммуникационной площадкой, где встречаются мировые лидеры, ведущие разработки в сфере нейротехнологий. Во время общения рождаются новые проекты, возникает понимание, как взаимодействовать учёным из разных городов и стран. Информационные технологии активно развиваются в регионе и уже позволяют нам создавать принципиально новые программно-аппаратные комплексы для восстановительной медицины.

Если на первой конференции мы говорили, что начинаем делать продукты, то сегодня мы уже демонстрируем разработки, прошедшие первую апробацию в клинической практике. Нарастаем и публикационную активность в высокорейтинговых журналах. Опыт показывает, что наши продукты доходят до рынка и потребителя.

Университет активно участвует в формировании не только региональной, но и федеральной инновационной экосистемы, взаимодействует с ведущими российскими и международными высокотехнологичными центрами, принимает участие в создании концепции будущего самарского технополиса «Гагарин-центр».

Татьяна Сочинская,
заместитель министра
здравоохранения Самарской
области, руководитель
Департамента организации
медицинской помощи
населению

На этой конференции были обсуждены фундаментальные и прикладные аспекты применения нейротехнологий, прошли дискуссии по обсуждению самых последних исследований в этой сфере. И мы сегодня стали свидетелями того, что Самара является центром притяжения мировых специалистов, проводящих исследования в области нейрореабилитации. Важной частью конференции является и проходящая выставка разработок самарских учёных, которые уже проходят клиническую апробацию в лечебных учреждениях. В регионе работают 11 сосудистых центров, где уже с первых дней идёт реабилитация пациентов, перенёсших инсульт, детские реабилитационные центры для детей с ДЦП. В них в ближайшее время должны появиться новые реабилитационные технологии.

Владимир РЕЗНИКОВ,
внешт. корр. «МГ»

Наши интервью

Магнитные бури проникают всюду

В связи с вручением очередной нобелевской премии по медицине и физиологии за заслуги в исследованиях циркадных ритмов, а равно и с недавней чередой мощных солнечных вспышек, вызвавшей волну публикаций в медиа, мы решили опубликовать интервью с заведующим лабораторией «Хрономедицина и новые технологии в клинике внутренних болезней» Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктором медицинских наук, профессором Семёном РАПОПОРТОМ.



– Семён Исаакович, существуют ли какие-то твёрдые, признаваемые медицинским сообществом факты, указывающие на связь магнитных бурь и здоровья человека?

– Да, существуют. Причём мы сами их и проверили. Речь идёт о повышении частоты приступов стенокардии и инфарктов у кардиологических больных. В своё время я предложил следующую схему. Мы исследовали данные скорой помощи по кардиологическим вызовам. Как известно, это огромная доля всех вызовов по «скорой». На большой выборке, около 10 тыс. человек, мы показали, что даже во время слабых магнитных бурь на 7-8% увеличивается частота инфарктов миокарда. Это объективный критерий – мы фиксировали не самочувствие со слов пациентов, а обоснованный диагноз «инфаркт миокарда». При этом пациенты, которым мы давали мелаксен, препарат гормона мелатонина, восстанавливались быстрее по сравнению с контрольной группой. В других исследованиях нашими коллегами было показано, что те же кардиологические больные в реанимации (а они там под круглосуточным наблюдением с кардиомониторированием) в пору магнитных бурь также чувствовали себя достоверно хуже. Они чаще умирали во время магнитных бурь.

– А каков механизм этого воздействия? Есть ли понимание того, как изменения в магнитном поле могут влиять на человека? С одной стороны, мы прекрасно себя чувствуем при МРТ-исследовании, где сила воздействия в десятки раз сильнее, чем магнитное поле Земли. А с другой – вот такая история.

– Механизмов много. Меня, как вы понимаете, в своё время интересовало воздействие солнечных вспышек и магнитных бурь на гормональную систему. Конкретно на эпифиз, шишковидную железу. Дело в том, что мелатонин – гормон эпифиза – является мультифункциональным веществом. Прежде всего, это один из главных антиоксидантов в нашем организме. Также от его секреции зависит состояние иммунной системы. Это иммуномодулятор, без него у человека наступает иммунодефицит.

Известно, что при магнитных бурях его ночная продукция снижается. Человек вроде бы спит, но его организм чувствует себя так, словно не спал или спал существенно меньше.

Есть некое понимание, что магнитная буря влияет на биологические ритмы организма.

Есть даже такой термин – десинхроноз. Как вы знаете, человек существует в условиях разных биологических ритмов: суточного, околонедельного, месячного, годового и др. Например, если пассажир быстро меняет местоположение поперёк меридианов на самолёте, то ему на месте нужно некоторое время, чтобы адаптироваться к новым условиям, так как он пересёк несколько часовых поясов и у его организма изменились биоритмы. Другой случай – вахтовики на дальнем Севере. От резкого изменения продолжительности дня и ночи, то есть полярных дней и ночи, возникает десинхроноз. Они чаще страдают не только кардиологическими, но и инфекционными заболеваниями, а также обострениями язвенной болезни. Местные же жители, которые приспособлены к этим ритмам, болеют реже. В связи с этим вредно работать сутками, ночью, вахтовым методом.

Понятно, что при магнитных бурях уменьшается продукция гормона эпифиза мелатонина и её ритм. Учащение инфарктов, инсультов и гипертонии в период магнитных бурь связаны, в частности, с изменениями в гормональной системе человека, на которую мелатонин оказывает регулирующее действие.

– Что бы вы рекомендовали делать на время солнечной вспышки и последующей магнитной бури? Можно как-то защититься от их негативного воздействия?

– Прежде всего нужно снизить нагрузку на организм. Причём любую – не только физическую, но и интеллектуальную. Хроническим больным может понадобиться небольшое увеличение дозы их обычных лекарств. Есть, на мой взгляд, смысл принять и одну стандартную дозу (таблетку) мелаксена, который свободно продаётся в аптеках.

– Иногда можно услышать рекомендации по возможности не покидать помещений на время солнечной вспышки и магнитной бури.

– В этом, мне кажется, особого смысла нет, поскольку магнитные поля проникают всюду. Профессор Юрий Гурфинкель показал, что изоляция пациентов в специальном устройстве напоминает клетки Фарадея на время магнитной бури защищает от её негативного воздействия.

Подготовил
Алексей ПИМШИН.

Дискуссия вокруг новой методики не ослабевает. В течение последних месяцев эта тема стала одной из наиболее обсуждаемых в фармацевтическом пространстве. Очередной виток полемики между регуляторами и представителями индустрии состоялся в рамках пленарного заседания конференции «Правовые вопросы фармацевтической отрасли», состоявшейся в столице.

Ничего личного...

Вопросы, связанные с ценообразованием на лекарства, актуальны не только для российского фармацевтического рынка, но и глобального фармрынка в целом, подчеркнул модератор заседания генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев. «Недавно мы с коллегами приняли участие в Европейском форуме по здравоохранению, где в ходе интерактивной части участники должны были выбрать препарат для инвестирования и определить для него приемлемую цену. В итоге все сошлись во мнении: инвестиции – это не гуманитарная помощь. И если компания инвестирует, она должна четко понимать, когда эти деньги вернуться».

По словам эксперта, возврат средств зависит от многих составляющих: количества пациентов, принимающих препарат, продолжительности их жизни, возможностей государства и страховой компании по возмещению и т.д. К примеру, в одном из заданий надо было выбрать три нозологии для инвестирования в препараты для их лечения. Изначально все участники сделали акцент на лекарственном средстве для нозологии, которая развивается у детей и фактически приводит к смертельному исходу к 30 годам. Однако в финале, когда подсчитали все возможные затраты, оказалось, что гораздо выгоднее для инвесторов вкладывать средства в разработку препаратов для людей старше 50 лет с онкологическими заболеваниями. Потому что и количество больных больше, и вероятность возврата средств гораздо выше. Как говорится, ничего личного, только бизнес...

– Тема абсолютно неоднозначна: она не только экономическая, но и политическая, социальная, этическая, – очертил проблему В.Дмитриев. – Безусловно, эти вопросы актуальны и для нашей страны.

Проблемы и решения

Соблюсти баланс интересов

К этому призвали эксперты, обсуждая новую редакцию методики ценообразования на жизненно необходимые лекарства



Наглядный пример

Основные опасения производителей в отношении методики расчета регистрационных цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП) связаны с увеличением понижающих коэффициентов. Наибольшие риски в этом плане видят для себя представители отечественной фармы. В частности, в новой редакции предлагается регистрировать биоаналог на 40-65% дешевле оригинального препарата, то же самое с разницей в 5% – в отношении дженериков. Вместе с тем, если обратиться к зарубежному опыту, то, к примеру, для стран Европейского союза нормой является коэффициент в пределах 30-35%. При этом в странах, где осуществляется ценовое регулирование на биоаналоги, размер понижающего коэффициента, как правило, в 2 раза ниже, чем на дженерики.

Кроме того, как отмечалось в ходе дискуссии, ограничение рентабельности для отечественных референтных препаратов в 30% может поставить крест на инновационных разработках компаний, привести к исчезновению ряда лекарственных средств с рынка и снизить экспортный потенциал отрасли.

Вызывает вопросы у производителей и изменение перечня референтных стран. По мнению представителей фармы, необходимо исключить из него респу-

блики Сербия и Хорватия в связи с тем, что в настоящее время Банком России не установлен официальный курс российских рублей относительно национальных валют этих стран. Ещё один посыл – убрать из списка страны с высокой волатильностью курса национальных валют (Турция и Румыния), а также входящие в Европейский экономический союз.

Среди других предложений, озвученных представителями российских фармкомпаний, – внедрение индикативного метода определения цены для всех категорий лекарственных препаратов, сохранение текущих размеров понижающих коэффициентов, введение гибкой системы цен без ограничения рентабельности производителей, создание благоприятных условий для развития отечественных производств фармацевтических субстанций.

Не всё так плохо

Цены на лекарства, входящие в Перечень ЖНВЛП, регулируются с 2010 г. «Нововведения преследовали главную цель – сдерживать рост цен, что и было достигнуто благодаря проделанной работе», – напомнил начальник Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора Виктор Фисенко.

Ежемесячно в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения поступает информация по ценам на несколько сотен

тысяч позиций лекарственных средств. В целом мониторинг осуществляют более 6 тыс. респондентов из разных регионов РФ. Наибольший всплеск цен на медикаменты, включённые в список, был зафиксирован ведомством в 2015 г.: тогда они выросли на 9%. Затем кривая пошла на спад, и по итогам 7 месяцев текущего года лекарства подешевели на 1%.

Комментируя ситуацию с обесцениванием лекарствами нижнего ценового сегмента, представитель Росздравнадзора отметил, что заметных изменений количества наименований жизненно важных препаратов данной категории, представленных как в амбулаторном, так и в стационарном звене, не наблюдается: «Под одним и тем же наименованием с одной формой выпуска и дозировкой может быть зарегистрировано 60 позиций, и если 2-3 из них пропадают с рынка, то это дефектура для конкретного производителя».

Истинная дефектура (когда на рынке отсутствует препарат в рамках международного непатентованного наименования), по словам В.Фисенко, отмечается только по 3 позициям лекарственных препаратов. Подобная ситуация обусловлена модернизацией производственных площадок и никак не связана с ценовым регулированием, подчеркнул глава управления. «То, что сегодня складывается, далеко не всё так плохо, как порой нам кто-то пытается преподнести», – резюмировал он.

Приоритет – за качеством

Ключевое значение для ценообразования на госзакупках как на стадии формирования начальной цены контракта, так и на стадии участия в закупке имеет определение взаимозаменяемости и эквивалентности лекарственных средств, считает заместитель руководителя ФАС России Рачик Петросьян.

Спикер отметил, что без решения этого вопроса невозможно сформировать объективные цены на препараты, закупаемые за счёт бюджетов всех уровней.

Российскими специалистами разработана информационная система, которая позволяет рассчитать средневзвешенную цену на единицу действующего вещества в рамках одного МНН. Первые результаты её применения оказались весьма предсказуемы: сравнение этих данных со стоимостью лекарств по торговым наименованиям показало существенные различия цен. По «удивительному совпадению» именно среди препаратов с наибольшей стоимостью отмечается минимальная конкуренция.

Антимонопольное ведомство считает целесообразным оказывать поддержку российским производителям, при этом не лишая их возможности конкурировать с иностранными компаниями. «При обсуждении трёхступенчатой системы преференций для фармкомпаний мы настояли на том, чтобы это были именно преференции по цене, а не отсечение других участников на закупках, если они не имеют синтеза молекулы. То есть российская компания сначала должна выиграть соответствующую закупку, а уже потом получить преференцию», – уточнил замглавы ФАС России.

В итоге эксперты сошлись во мнении, что вводимые изменения нуждаются в дальнейшем обсуждении и поиске компромисса для всех участников отрасли. «Понятно, что обратного хода нет и быть не может. Есть поручение правительства, и оно будет выполнено, – сказала исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций Лилия Титова. – Рано или поздно производители приспособятся к тем ценам, которые будут установлены, но самый главный вопрос – на чём они начнут экономить, стараясь снизить свои издержки? Необходимо найти баланс между ценой на товар и его качеством, но если этим товаром является лекарство, то надо понимать – приоритет остаётся за качеством, а цена имеет второстепенное значение».

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ»

Начало

В рамках образовательной конференции, организатором которой выступил Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик, состоялось официальное открытие Евразийского отделения ISPE (The International Society for Pharmaceutical Engineering).

В приветственном слове к участникам конференции заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб особо подчеркнул важность и значимость данного мероприятия, поскольку это ведёт к получению новых знаний и повышению квалификации специалистов фармацевтической отрасли.

– За последние 5-7 лет прошла масштабная модернизация фармацевтической отрасли России. Внедряются наилучшие практики и не только GMP. Специалисты освоили новые технологии, научились создавать сложные лекарственные препараты. Активно инвестируют в российскую фармацевтику представители

«Дорожная карта» для фармы

В Москве состоялось открытие Евразийского отделения ISPE

глобальной фармы. За последние 7 лет объём производства лекарственных средств в России вырос в 3 раза и сегодня приблизился к отметке 300 млрд руб. И поэтому создание правильных форматов взаимодействия международного и российского бизнеса в области фармацевтического инжиниринга новых технологий – это именно та основа, которая в будущем поможет дополнительно создать приток профессиональных кадров в это высокотехнологичное направление. В этом плане открытие Евразийского отделения ISPE – ещё один шаг на встречу развития международного партнёрства и экспортного потенциала, и российских предприятий, и международных компаний, локализовавшихся в нашей стране, –

подчеркнул в своём выступлении С.Цыб.

Сообщество ISPE является некоммерческой организацией, которая представляет большое количество образовательных программ и выпускает научные материалы по проектированию, строительству и эксплуатации фармацевтических производств. Сегодня она насчитывает 19 тыс. членов по всему миру. ISPE работает с регуляторными органами и другими экспертами, включая такие области, как разработка оборудования будущего, технологических решений, подготовка персонала. Открытие отделения ISPE в рамках ЕАЭС поможет специалистам находиться на одном образовательном и профессиональном уровне с иностранными коллегами.

Александр Шаронов, президент Международной ассоциации фармацевтического инжиниринга ЕАЭС, сообщил, что «ещё с 2005 г. представители российского фарминжиниринга активно работали над тем, чтобы на территории Евразийского экономического союза появилось отделение ISPE, которое в полной мере разделяет задачи и цели глобального сообщества профессионалов».

– Цель создания Евразийского отделения ISPE – гармонизация требований надлежащих практик и стандартов в сфере фарминжиниринга. Будет открыта площадка для обмена мнениями и идеями между представителями профессионального сообщества, будут создаваться профильные

мероприятия и образовательные курсы. Одной из задач также станет внедрение в практику профессиональных стандартов и прежде всего технических руководств ISPE, – добавил А.Шаронов.

Как отмечается, самое активное участие в открытии Евразийского отделения ISPE приняли представители Государственного института лекарственных средств и надлежащих практик. В настоящий момент разрабатывается «дорожная карта» деятельности Евразийского отделения, в которой будут намечены конкретные шаги по объединению профессионального сообщества на территории стран ЕАЭС.

Анна КРАСАВКИНА,
МИА Сити!

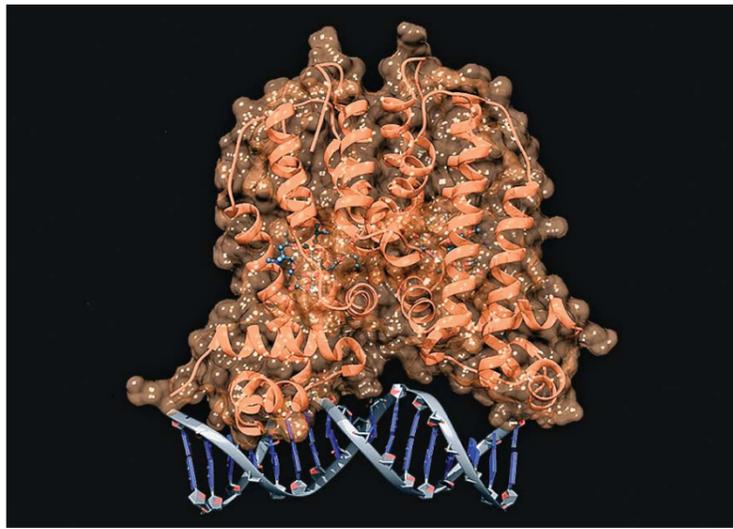
Микроорганизмы, как выяснилось, «производят» собственные антибиотики, являясь их продуцентами, например тот же эритромицин, но мало и довольно узкого спектра, который фармацевты хотели бы существенно расширить. Для обнаружения опасности в среде та же кишечная палочка E.coli имеет белковый сенсор, представляющий собой молекулярный переключатель, «сообщающий» ей об антибиотиках конкурентов.

Сотрудники Университета Северной Каролины (США) создали библиотеку молекулярных вариантов сенсора, которые начинают светиться в присутствии антибиотиков. Некоторые из вариантов имели чувствительность к эритромицину и его «родственнику» тилозину, которая была в 10 раз выше обычной. Учёные полагают, что теперь могут создавать различные сенсоры, с помощью которых можно проверять миллионы микробных вариантов (штаммов) в автоматическом режиме. А это позволит молекулярным фармацевтам быстро и эффективно проверять биоинженерные антибиотики, на что раньше уходило годы.

И.Мечникова, открывшего гигантские клетки фагоцитов, достигающие 20 мк в диаметре, упрекали в том, что эти клетки могут сами быть разносчиками инфекции. Одним из его критиков был Р.Кох, среди достижений которого была изоляция туберкулёзной микобактерии. Микробиологи Университета науки и технологии в Осло раскрыли механизм «уклонения» туберкулёзной палочки от иммунного надзора. Изучение этого процесса из соображений безопасности проводили на неопасной для человека птичьей палочке *Mycobacterium avium*. Оказалось, что имеются два протеина, которые блокируют «переход» фагосом иммунного макрофага в лизосомы. Можно напомнить, что макрофаги, или фагоциты, поглощают

Igeu

Микробы в борьбе



Белковый сенсор на ДНК (спираль внизу)

всё чужеродное, облекая в тельца «фагосомы», после чего в них поступают ферменты лизирования – переваривания, в результате чего образуется лизосома. Два упомянутых белка, блокирующие «созревание» лизосом, обеспечивают микобактерии уход от иммунного «возмездия» и возобновления противотуберкулёзного иммунитета. Из этого авторы статьи «Персистирующие микобактерии не подвергаются антибактериальной программе, осуществляемой фаголизосомами первичных макрофагов человека» делают вывод, согласно которому действовать нужно не только на палочки Коха, но и макрофаги Мечникова.

В помощь им предлагается использовать антитела, синте-

зируемые по прямой команде вводимой в клетки специально синтезированной ДНК. Л.Пастер называл без разбора все патогенные вирусы, а их действующие начала, природы которых не знал, вирулентностью. Много позже учёные разобрались, что есть что, поэтому вирулентный – летальный для клеток белок той же синегнойной палочки (*Pseudomonas aeruginosa*) сокращённо назвали Psl (он способствует формированию микробных плёнок-фильмов). Сотрудники Филадельфийского института Вистар ввели мышам две кольцевые молекулы ДНК (плазмиды), одна из которых кодирует моноклональное антитело против Psl, а другая – против не менее опасного PerV (способствующий

проникновению псевдомонасы в клетки). Применение ДНК антител защитило 16 мышей от смертельной дозы микробов на 94%, антитела с двойной специфичностью обеспечили защиту на все сто! Следует надеяться, что учёные смогут повторить чудо Пастера, сумевшего с помощью своей сыворотки защитить ребёнка от укуса бешеной собаки.

Микробы вынуждены активно защищаться от своих злейших врагов – вирусов. Для этого они имеют ферменты, расщепляющие вирусные ДНК, что сегодня используется для ген-редактирования. В Калифорнийском университете Беркли (пригород Сан-Франциско) предложили вводить гены ферментов не с помощью вирусов, а с прикрепленными к поверхности золотых наночастиц. У мышей с моделью миодистрофии Дюшена новый метод привёл к выключению мутантного гена, кодирующего мышечный белок дистрофин, в результате чего восстановился синтез нормального миозина (благодаря которому сокращаются мышцы).

У бактерий есть «оружие» и против вирусных РНК, весьма активный вариант которого был выделен из лептотрихий («тонких нитей» – *Leptotrichia*), представляющих собой палочки изысканной формы длиной 5-15 мк, живущие в бескислородной среде (анаэробы). Авторы статьи в Nature считают, что РНК-редактирование имеет преимущество перед его ДНК-версией в силу большей специфичности и адресности выключения генов, причём не только в клетках человека, но и растительных.

Одним из возможных применений РНК-таргетинга может быть

синтез шелковичными червями паучьего белка, который стал в 5 раз прочнее и эластичнее (растяжим). Химический синтез паутиного белка оказался неудачным, поэтому и было решено побороть шелкопрядов. Первый опыт получения паутины, из которой будут хорошие пуленепробиваемые жилеты и износостойкая военная и иная форма, оказался весьма успешным. Но для более эффективного производства паутиных протеинов в клетках червей желательнее в первую очередь отключить гены, кодирующие синтез шёлка.

Журнал Nature вынес на обложку одного из своих номеров цветное электронное фото микробов, обозначив кавер-стори как «Микробное сожительство». Речь шла о пятилетней годовщине проекта «Микробиом человека», осуществление которого началось в 2012 г. В работе описывались представленные университетами Гарварда, Мэриленда и Калифорнийского в Сан-Диего результаты исследования 1631 генома микроорганизмов, выделенных в 18 местах 265 человек с обращением особого внимания на носовую и ротовую полости, а также кишечник (можно вспомнить Мечникова, который ратовал за болгарскую палочку). Микробиологи в целом имеют уже 2355 бактериальных геномов, что позволяет говорить о функциональных профилях и долговременном анализе, более глубоком понимании микробных сообществ здорового человека. Это особенно важно на фоне той тревоги, которую бьют врачи всего мира, которым приходится постоянно сталкиваться с резистентными (невосприимчивым к существующим антибиотикам) инфекциями.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Biomedical Engineering.

Эксперименты

Заменитель поджелудочной железы

Увенчались успехом эксперименты по выращиванию островков поджелудочной железы вместе с сосудами прямо «в пробирке». Это открытие принципиально важно для успешной трансплантации островковых клеток поджелудочной железы при сахарном диабете 1-го типа.

Национальный научный фонд профинансировал исследование под руководством учёных из Школы инженеров Свансона Питтсбургского университета (США), которые изучают использование плюрипотентных стволовых клеток человека (hPSC) для создания островков поджелудочной железы в лаборатории. Основной целью исследования является разработка метода выращивания васкуляризированных островков *in vitro*, что, по мнению исследователей, приведёт к повышению жизнеспособности островковых клеток и усилению их функции после трансплантации.

«Это первая удачная попытка создать *in vitro* васкуляризированные органоиды – островки поджелудочной железы из hPSCs, – объясняет Ипсита Банерджи, руководитель исследования. – Благодаря совместным усилиям мы разработали метод имплантации фрагментов кровеносных сосудов в островки. Путём васкуляризации островков до их трансплантации в организм они с большей вероятностью выживут и смогут быстрее регулировать уровень глюкозы в крови».

Исследователи начали искать новые методы, чтобы ускорить васкуляризацию островков после трансплантации, и пришли к выводу, что проще «вырастить» сосуды ещё до пересадки, в пробирке, прямо внутри группы островковых клеток.

В эксперименте была использована новая структурирующая система – специальный гидрогель для создания трёхмерной конфигурации клеточной культуры, которая имитирует способ образования поджелудочной железы естественным путём.

«Гидрогель подобен строительным лесам, и он помогает наращивать ячейки структуры в трёхмерном пространстве, – говорит доктор Банерджи. – Обычно плюрипотентные стволовые клетки hPSC представляют собой структуру неконтролируемой конфигурации, однако, используя гидрогель, разработанный нашим сотрудником в штате Аризона, мы можем создать точную многоклеточную архитектуру под названием «сфероиды». В отличие от обычной двумерной культуры островковых клеток, выращенной в чашке Петри, островковые сфероиды, выращенные на гидрогеле, полностью идентичны тем структурам, которые образуются в организме естественным путём».

Кроме применения непосредственно для трансплантации, создание жизнеспособных васкуляризированных островков поджелудочной железы за пределами тела может стать ценным инструментом для проверки эффективности и токсичности новых лекарств для лечения поджелудочной железы. Кроме того, васкуляризация органелл *in vitro* открывает новые горизонты в области трансплантологии.

«Принципы предварительного проектирования васкуляризации перед трансплантацией могут применяться к любому типу ткани, а не только в случае поджелудочной железы, – говорит доктор Банерджи. – Когда донорские островки используются для трансплантации, часть из них гибнет в результате процедуры. Мы ожидаем, что

принятые в лаборатории меры до пересадки новых клеток в тело пациента будут иметь огромное значение для регенеративной медицины следующего поколения».

Попытки стимулировать васкуляризацию островковых клеток в пробирке проводились и раньше. Так, в 2011 г. были опубликованы результаты эксперимента американских учёных из Бостонского университета и медицинской школы Браунского университета (оба – США), в котором они проверили предположение, что стволовые клетки костного мозга стимулируют ангиогенез в островках поджелудочной железы. Для проверки этой гипотезы человеческие островки (100 на 1 мл) культивировали отдельно или совместно с цельным человеческим костным мозгом (106 клеток на 1 мл) в течение 210 суток. При оценке в конце выращивания было обнаружено, что при кокультивировании значительно возрастает содержание таких факторов ангиогенеза, как VEGF-a, PDGF, KGF, TIMP-1 и ангиогенина. При этом содержание ангиопоэтина-2 было ниже, чем в контроле. Если при кокультивировании удалить названные проангиогенные факторы, вызванная стволовыми клетками васкуляризация островков также снижается, что говорит о паракринном механизме воздействия этих клеток.

При вызванной стволовыми клетками васкуляризации наблюдалось значительное рассеивание эндотелиальных клеток и рост островков. Те, что уменьшались в размере, отличались слабой васкуляризацией. В течение всего периода культивирования наблюдалось выделение инсулина, что говорит о сохранении функции островков при взаимодействии со стволовыми клетками. Более того, наблюдалось значительное усиление генной экспрессии инсулина и глюкагона по сравнению с контролем – в 28,66 и в 24,4 раза соответственно. Это свидетельствует о том, что стволовые клетки стимулируют и регенерацию эндокринных клеток.

Софья РУШАНСКАЯ.
По материалам MedicalXpress.

Выводы

В поисках оптимальной диагностики

Созданием биомаркера лечения аутизма занимаются специалисты из Университета Джорджа Вашингтона (США). Учёные разрабатывают методики персонализированной и более эффективной терапии.

Исследователи создают биомаркер эффективности лечения аутизма. Многие знают, что при данном расстройстве терапия сложна и весьма дорога стоит. В настоящее время специалисты, которые занимаются им, являются беспомощными. Экспертам удаётся улучшить состояние больных аутизмом детей, однако сделать их жизнь полноценной на 100% пока не удаётся.

Ситуация с лечением аутизма очень сложная, считают учёные. Многие из них опускают руки. Между тем американские специалисты решили найти маркер, предрекающий успех либо неудачу терапии. В данном случае было проведено МРТ-сканирование около 20 взрослых людей с аутизмом, возрастом 18-40 лет, когда они просматривали анимации. Потом обследуемым предложили проходить занятия два раза в неделю на протяжении 1,5 месяцев.

Во время эксперимента больные аутизмом взрослые проходили различные социальные ситуации – конфликты, собеседования, знакомства. По результату эксперимента исследователи сопоставили эффективность терапии с данными МРТ.

Научные сотрудники пришли к выводу, что больные с зонами обработки языка, а также невербальных сигналов лучше усваивают терапию обучения социальным виртуальным навыкам. Между тем меньшая активность мозга не означает, что терапия бесполезна, отмечают авторы исследования.

Эксперты планируют заняться созданием биомаркера эффективности лечения взрослого аутизма. Не исключено, что вскоре аутисты смогут полностью приспособиться к жизни в современном обществе.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По материалам MedicalXpress.

Почему бы и нет?

Не только свет...

В предсмертном состоянии многие говорят, что видели свет в конце туннеля. Но на самом деле ощущения и видения в коме у разных людей отличаются. Исследование проводили при участии 156 человек, которые рассказали о своих предсмертных видениях.

За всеми испытуемыми наблюдали эксперты, которые в результате выделили общие схожие черты. Об итогах научной работы сообщается в специализированном издании.

Оказалось, что 80% переживших смерть, но выживших людей на самом деле передвигались по туннелю. При этом данный тип людей чувствовал спокойствие. Также 64% добровольцев говорили, что

встречали в пути духов или некий источник света.

Последовательность этих ощущений была разной, но в основном люди сначала чувствовали себя за гранью своего тела, далее шли по коридору или туннелю, а после этого видели свет, и уже затем испытываемые говорили о том, что чувствовали успокоение и умиротворение. Такую последовательность подтвердили 20% людей, которые остались в живых.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.
По сообщению Reuters.

Однако

Медики в США курят больше

Работники сферы здравоохранения курят и питаются неправильно чаще, чем люди, которые работают в других сферах. К такому выводу пришли учёные из США.

Исследователи оценивали факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и, проанализировав данные более 6 тыс. человек, стар-

ше 45 лет, работавших в сфере здравоохранения. Исследование показало, что почти 75% медиков питались неправильно, 54% весили больше, чем работники других сфер. Кроме того, 11,2% медицинских работников курили табачные изделия, не являющиеся сигаретами, например трубки и сигары.

Однако у работников здравоохранения были и преимущества

перед остальными. Так, медики были достаточно активными, и у них оказались снижены уровни глюкозы и холестерина в крови. Специалисты предложили ряд мер, которые помогут укрепить здоровье медработников. В их числе – борьба с курением, ограничения на сверхурочную работу и оплачиваемый отпуск по болезни.

Валентин МАЛОВ.
По сообщению VistaNews.

Гипотезы

Невкусно — значит полезно

Полный отказ от мясной пищи существенно снижает риск сахарного диабета 2-го типа (СД-2). Об этом сообщили специалисты Университета Ровира и Вирхилий (Испания), основываясь на результатах своих многолетних исследований. Достаточно столовой ложки белков животного происхождения, утверждают учёные, чтобы вероятность СД-2 повысилась в два раза – намного безопаснее потреблять оливковое масло и орехи.

В исследовании, которое длилось без малого 5 лет, приняла участие 3349 добровольцев. Удвоение риска диабета наблюдалось у пациентов уже при потреблении 12 г сливочного масла в день. При потреблении такого же количества жирного йогурта вероятность за-

болевания оказалась значительно ниже, однако превышала риски веганов. Кроме того, отмечают учёные, животные белки в ежедневном рационе способствуют возникновению таких заболеваний, как рак, болезнь Альцгеймера и сердечные патологии.

Впрочем, полностью отказываться от животного белка всё же не следует. Согласно результатам исследования в Университете Монаш в Мельбурне (Австралия), проведённого на мухах-дрозофилах, полное отсутствие мяса в рационе мужчины может пагубно сказаться на способности его сыновей к зачатию. Однако замена мяса и яиц на фасоль или сою с большой долей вероятности прибавит к жизни несколько лет.

Герман АКОДИС.
По сообщению Reuters.

Тайны

Зачатие через рот

Заболевания ротовой полости у женщин тесно связаны со способностью к зачатию: чем серьёзнее заболевание дёсен, тем меньше вероятность забеременеть в течение ближайшего года, сообщили учёные из Университета Хельсинки (Финляндия).

В ходе исследований специалисты обследовали 256 здоровых женщин в возрасте 19-42 лет, которые пытались забеременеть, причём осмотру подвергались ротовая полость, дёсны и половые органы. В течение года исследователи отслеживали возникновение беременности у всех женщин-участниц эксперимента.

Как показали результаты обследований, женщины, которые страдали заболеваниями дёсен, имели в 3 раза меньше шансов забеременеть, чем их здоровые ровесницы, а шансы у женщин с диагностированным пародонитом оказались ещё меньше – вероятность забеременеть в течение года составила лишь 20% от нормы.

Учёные полагают, что инфекция в дёснах и челюсти вызывает новые очаги воспалений в организ-

ме, которые могут препятствовать овуляции или помешать эмбриону прикрепиться к матке. Кроме того, воспаление, возможно, мешает выработке необходимых гормонов, что, в свою очередь, приводит к возникновению эндометриоза.

Исследование, проведённое специалистами университета, не дало ясного ответа на вопрос о возможных причинах бесплодия, однако показало, что периодонтальные бактерии могут оказывать системный эффект на весь организм, даже если их количество в полости рта меньше, чем это необходимо для проявления клинических признаков заболевания дёсен. Причём наличие болезнетворных бактерий в ротовой полости негативно влияет на способность забеременеть независимо от социально-экономического статуса, состояния здоровья и образа жизни женщины.

Разумеется, эти составляющие также крайне важны для успешного зачатия, однако, если женщина хочет ещё больше повысить свои шансы, ей непременно следует сходить к стоматологу.

Алина КРАЗУЭ.
По сообщению Reuters.

Мнения

Тихо сам с собою я веду беседу...

Разговаривая с собой в третьем лице, люди чувствуют себя менее взволнованно и больше контролируют свои эмоции. К таким выводам пришли учёные Мичиганского государственного университета (США). По их мнению, исследование показывает, как работает самоконтроль и как можно помочь людям управлять своими эмоциями в повседневной жизни.

Исследование состояло из двух этапов. В ходе первого людям моделировали негативные или нейтральные сцены, на которые они должны были ответить «Что я сейчас чувствую?». В ходе второго им нужно было отвечать о себе в третьем лице, например «Что чувствует Нэнси?».

Далее людям напоминали неприятные события из их прошлого, которые должны были вызывать негативные эмоции. Результаты показали, что многие чувствуют себя менее обеспо-

коеными и эмоционально более стабильными, когда разговаривают с собой в третьем лице.

По мнению авторов исследования, обращение к себе в третьем лице заставляет людей думать о себе так, как они думают о других. Это помогает создать им небольшую психологическую дистанцию по отношению к себе и может быть полезно для регулирования эмоций.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению MedicalXpress.

Ну и ну!

Пикантное несоответствие

Южноафриканские хирурги провели третье в мире успешное трансплантацию пениса у мужчины, который жил без полового органа последние 17 лет.

Сорокалетний пациент, имя которого не называется по этическим соображениям, потерял пенис в ходе осложнения после обрезания. Но теперь его орган восстановлен. Однако врачи столкнулись с неожиданной проблемой – несоответствием цвета органа и тела пациента. Исправить ошибку медики планируют в течение года при помощи медицинской татуировки.

Операция выполнялась той же командой, что провела первую

удачную пересадку пениса в 2014 г. Теперь, спустя 3 года, можно сказать, что вторая 10-часовая операция завершена успешно. Врачи обещают, что в течение полугода после пересадки все мочевые и репродуктивные функции будут восстановлены.

Как сообщается, в Южной Африке членовредительство – распространённое явление из-за различных осложнений после ритуальных церемоний обрезания. Первая трансплантация пениса также прошла в ЮАР, и её необходимость тоже была вызвана неудачным обрядом обрезания.

Профессор Андре ван дер Мерве, который провёл операцию,

заявил, что пациент чувствует себя хорошо и пока не наблюдается никакого отторжения тканей. Ван дер Мерве в течение многих лет проводил операции на трупах, чтобы понять, какие сосуды и нервы надо соединять, чтобы гарантировать полное восстановление функций пересаженного органа. Планирование к первой операции на живом человеке началось в 2010 г.

По словам эксперта, он мог бы помочь большему количеству мужчин, но количество таких операций ограничивает число доноров и финансирования.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Daily Mail.

Ракурс

Непобедимая бессонница

Снотворные средства так же опасны, как выкуриваемая ежедневно пачка сигарет, считает специалист из Аризонского университета (США) Шоун Юнгштедт.

Он призывает всех как можно быстрее отказаться от таблеток снотворного, поскольку они значительно увеличивают опасность сердечных приступов и поражают мозг. В интервью CNN Юнгштедт сообщил, что они также способствуют развитию слабоумия, нарушают работу вестибулярного аппарата.

Проблемы со сном не дают покоя множеству людей во всех странах мира. Например, в США от бессонницы сегодня страдают более 100 млн человек. Многие из них «сидят» на снотворном.

Появилось новое поколение этих средств, так называемые Z-препараты. Считается, что они вызывают меньше побочных осложнений, от них не вырабатывается зависимость. Но и эти лекарства тоже вызывают сонливость, замедленную реакцию. Люди, употребляющие их, нередко теряют равновесие, падают, получая тяжёлые переломы.

Причиной многих автомобильных аварий также стали снотворные препараты. Дело в том, что их действие продолжается и днём, в результате чего водители теряют контроль за дорожной ситуацией.



Исследование, проведённое в Вашингтонском университете (США), выявило тревожную связь снотворных таблеток с развитием старческого слабоумия. Английские учёные, в свою очередь, установили, что наиболее распространённые препараты могут увеличить опасность заболевания воспалением лёгких.

Однако, несмотря на столь серьёзные выводы учёных, практикующие врачи продолжают по старинке выписывать пожилым

людям очень сильные снотворные препараты, ускоряющие развитие опасных недугов.

Между тем, по словам доктора Юнгштедта, гораздо более действенным средством для нормализации сна являются лёгкие физические упражнения, прогулка на ночь или поездка на велосипеде.

Дана СЛАВИНА.

По сообщению Daily Mail.

Знаменитая ирландская певица и композитор Шинейд О'Коннор родилась в 1966 г. в пригороде Дублина. Её родители развелись, когда девочке было 8 лет. Вскоре за делинквентное поведение и плохую успеваемость она была исключена из католической школы. Отношения Шинейд с её неуравновешенной матерью всегда были напряжёнными. Даже если не торопиться поверить в то, что О'Коннор рассказывает сейчас, находясь в статусе обострения психического расстройства, о сексуальном насилии со стороны матери, домашняя обстановка была далека от идиллии. Она боялась попадаться матери на глаза, чтобы не получить новую порцию побоев, до ночи торчала на улице, свела знакомства с дублинской шпаной.

Социальные навыки из подворотни

Когда Шинейд исполнилось 13 лет, суд отдал её отцу. Пять лет, проведённых с матерью, оставили тёмный след в психике подростка. Она стала агрессивной, часто и охотно дралась, не поддаваясь никаким попыткам приручения. В 14-летнем возрасте Шинейд несколько раз попала на магазинных кражах. Её отправили в Приют Магдалины (воспитательно-исправительное учреждение монастырского типа). Там она начала сочинять песни. «Музыка стала отдушиной, смыслом моего существования», – сказала потом О'Коннор. Вскоре она сбежала из приюта.

Шинейд поступила в музыкальный колледж для совершенствования техники вокала и игры на фортепиано, начала петь в дублинских кафе. На неё обратил внимание барабанщик ирландской группы In Tua Nua П.Бирн. В течение некоторого времени О'Коннор работала с этой командой, став соавтором её дебютного сингла.

В 1984 г. её мать погибла в автокатастрофе. Она так и не научила дочь искусству социальной коммуникации с окружающими. Возможно, из-за того, что и сама не обладала этим умением. Социальные навыки Шинейд О'Коннор были сформированы в подворотне и в колонии. Их причудливо окрасило своеобразие натуры певицы, которое до некоторых пор считалось «сочетанием ирландского темперамента и дурного воспитания». Значительно позже выяснилось, что в этом коктейле присутствовал ещё и биполярный психоз.

В 1985 г., заключив контракт с лейблом Ensign Records, О'Коннор переехала в Лондон. В 1986 г. она дебютировала в саундтреке к фильму The Captive. Довольно быстро она представила продюсерам свой музыкальный материал, но они сочли, что в нём многовато кельтских мотивов, и решили альбом не выпускать: кельтская тема вызывала ненужные шоу-бизнесу аналогии с IRA – военизированной группировкой, борющейся за самостоятельность Северной Ирландии. Певица решила, что выпустит диск сама.

Деньги на рекламную кампанию были не нужны. Поведение и высказывания О'Коннор, тиражированные журналистами, были лучшим паблисити, которое можно было себе вообразить. Она могла вспылить из-за пустяка и никогда не стеснялась в выражениях, становившихся заголовками статей. «Меня тогда было очень легко разозлить, и на это были свои причины. Когда живёшь в непрерывном стрессе, трудно любить весь мир. И от гнева, который накапливается внутри тебя, никуда не денешься. Его можно только выпустить наружу. Не нужно бояться своего гнева. Гнев – это первый шаг к храбрости». Именно тогда она обрела наголо – в знак протеста: «Мои боссы хотели, чтобы я отрастила длинные волосы, перекрасилась в блондинку и стала похожа на их любовниц». Альбом The Lion and the Cobra (1987) охватил широкий спектр жанров: от хард- и панк-рока до ирландского фолка. Музыкальная эклектика стала спутницей О'Коннор, словно певице скучно было находиться в пределах единого стиля на протяжении всего диска. Критики объявили альбом одним из лучших дебютов года. Скандальная артистка стала любимицей меломанов. Свой альбом она посвятила матери.

Имена и судьбы

Ирландское рагу

«Мелодия» психической болезни певицы Шинейд О'Коннор звучит в её жизни и творчестве

О'Коннор бросала вызов истеблишменту с самого начала карьеры. Впрочем, она бросала вызов социуму ещё раньше – когда скандалила в католической школе, когда шлялась по улицам и воровала, когда набивала татуировки, тогда ещё не ставшие непременной принадлежностью юных идиотов-модников, но обозначившие демонстративную анти-социальность их обладателя... Все месседжи О'Коннор означали: «Да пошли вы все туда-то и туда-то!» Все её поступки были сделаны назло окружающему миру. И в то же время это были сигналы SOS – неумелые призывы о помощи, неловкие попытки привлечь к себе внимание людей. Ей всегда не доставало человеческого участия, она недополучила его в детстве от матери. И она нуждалась в нём. Но – парадокс – любая попытка проявить по отношению к Шинейд сердечность и искренность тут же наткалась на грубость и агрессию с её стороны, если не физическую, то вербальную. Чужие доброта и приветливость обжигали её. Она не привыкла к доброжелательным эмоциям посторонних людей (а посторонними для неё были все), не знала, что с ними делать, и не умела реагировать иначе: то, что непонятно и незнакомо, – враждебно, таит в себе подвох и опасность.

Ниша скандалистки в шоу-бизнесе

Закомплексованный подросток, стесняющийся самого себя, не знающий, что сказать, не умеющий себя вести и от смущения грубящий присутствующим. Она защищала сепаратистов IRA, бестактно критиковала коллег по цеху, в том числе U2, которые с самого начала искренне поддерживали её (музыку группы она назвала «напыщенной»), заявляла о том, что собирается выступить в Шинн Фейн, хамила журналистам на пресс-конференциях, что лишь привлекало к ней внимание и служило рекламой её концертов и альбомов (так обычно и трактовали её эпатажное поведение). О'Коннор заняла в шоу-социуме нишу скандалистки, что было вполне приемлемо: добропорядочные ирландки этому бизнесу и не нужны.

В 1990 г. после развода с первым мужем она записала второй альбом I Do Not Want What I Haven't Got. Он не покидал американского чарта в течение года. По иронии судьбы О'Коннор, будучи небеталантным композитором, прославилась благодаря чужому хиту Nothing Compares 2 U, написанному Принсом. Несмотря на четыре номинации Grammy за альбом, она отказалась участвовать в церемонии награждения, потребовав вычеркнуть своё имя из списка номинантов. Диск остался лучшим достижением певицы. Третий её альбом Am I Not Your Girl? (1992) получил весьма сдержанные отзывы критики.

А скандалы множились, становясь непременным аккомпане-

ментом к творческой биографии О'Коннор. Певица, лишённая навыков адекватного социального общения, не получившая от матери ни тепла, ни положительных эмоций, ни нормальной коммуникативной практики, контактировала с миром в стилистике ирландских хулиганов, даже если содержательная сторона её высказываний была вполне осмысленной. Она так яростно критиковала войну в Персидском

диссидент М.Кокс предлагал вести в церковный обиход исповедь по телефону, что стало причиной его разногласий с Ватиканом. Секта освящала гомосексуальные браки и не возражала против того, чтобы женщины были священниками. Шинейд заявила, что отныне её имя – Сестра Бернадетт Мари (в честь лурдской крестьянки, которой в начале XX века явилась Богоматерь).

деятельностью, порой простиравшимися далеко за пределы профессиональных интересов певицы. Такая циркадность часто сопутствует биполярному расстройству, которому присуще квазипериодическое чередование депрессивных (субдепрессивных) и маниакальных (гипоманиакальных) эпизодов, и которым чаще страдают женщины. С возрастом биполярное расстройство обычно усугубляется, причём депрессивные состояния начинают превалировать даже у тех персон, для которых привычнее было состояние гипомании.

Жизненный путь О'Коннор был пронизан необдуманными поступками и внезапными разочарованиями. Некоторые из них выглядели рекламными трюками, предназначенными для промоции альбомов и концертов. Скандальная реклама часто бывает эффективной. Но в ряде случаев певица переходила ту грань, которой просто не чувствовала: для этого нужно иметь навык эмпатии, выработавшийся в детстве. К тому же акции и декларации О'Коннор были следствием не только дурного воспитания, а её суицидальные попытки стали результатом не только личных неурядиц и драм. Эндогенный радикал, управляющий её психикой, вёл Шинейд извилистой дорогой синусоиды – от подъёма гипомании к депрессивному спаду, используя всю клавиатуру роля, но играя в основном либо forte, либо piano: оттенки, как правило, опускались. Такова была мелодия её болезни.

В 2000 г. О'Коннор снова вернулась в музыку, подписав контракт и выпустив альбом Faith and Courage, прервавший шестилетнюю паузу. «На этом альбоме – мой Бог и мои сыновья», – заявила Шинейд. Для диска она записала песню «Женщина не для мужчин», а в одном из интервью накануне выхода альбома совершила coming-out, заявив, что является бисексуалкой. Альбом распродали мгновенно. Но эта работа ничем не поразила воображение слушателей. Диск не содержал свойственного О'Коннор эпатажа, и шоу-бизнес назвал его «клубничкой со взбитыми сливками». В 2002 г. – лонгплей Sean-Nos Nua. Диск эклектично объединил регги, электронику, кельтскую музыку, но, увы... О'Коннор осталась прекрасной вокалисткой, однако одного вокала для хорошего альбома маловато.

В 2003 г. она снова объявила о том, что покидает музыкальный бизнес, ибо «больше не желает быть знаменитой», а хочет вернуться к обычной жизни: «Я решила уйти из музыки, чтобы посвятить себя преподаванию религии в начальной школе». Шинейд планировала изучать теологию, посещать церковь, петь в церковном хоре... Вряд ли кто-то тогда поверил всерьёз в то, что об ирландской певице больше не услышат.

Признаки биполярного расстройства

У певицы четверо детей. Отцов у этих детей тоже четверо. Первый сын родился в 1987 г. Его отец был барабанщиком. Брак длился до начала 1990-х годов. Затем певица вышла замуж за журналиста. В 1996 г. она родила дочь, опеку над которой муж отсудил спустя несколько лет. В 2004 г. родился сын, его отцом снова стал музыкант (другой). В 2006 г. О'Коннор родила четвёртого ребёнка. В декабре 2011 г. певица снова решила выйти замуж. В интернете она сообщила о том, что ищет мужчину для интимных отношений. В требованиях к кандидату указывалось: «Он должен быть не младше 44 лет, его не должны звать Брайан или Найджел, он должен быть достаточно слеп, чтобы думать, что я сногшибательная красотка, должен иметь работу и любить свою маму». Первый же откликнувшийся кандидат, терапевт из Дублина, подошёл по всем пунктам, кроме возраста: ему было 38 лет. Бракосочетание прошло в Лас-Вегасе через 2 месяца после заочного знакомства. Через 16 дней певица подала на развод. Шинейд призналась, что четвёртое замужество было ошибкой. Тем не менее вскоре она попыталась вернуть терапевта, а после его отказа снова наглоталась сильнодействующих таблеток. Но суицид не состоялся и на этот раз.

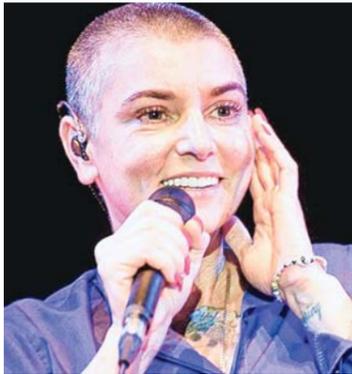
Попытки самоубийства и скандальные романы с представителями обоих полов следовали друг за другом с подозрительной периодичностью. Депрессивные акции сменялись активностью и бурной

фазой: печаль, отчаяние, суицидальная настроенность, чувство тоскливой безысходности и тревожное ощущение бесперспективности. С другой – гипомания: повышенная деятельность, активность, любопытство, инициативность, отвлекаемость. В таком состоянии люди могут неосмотрительно тратить деньги, безоглядно конфликуют, увольняются с работы, уходят из дома, знакомятся со случайными людьми... При этом они не осознают несообразности своего поведения, оно не кажется им неправильным: они не замечают тех мелких делений социального термометра, тех количественных градаций, превышение которых лежит выше красной черты нормы. Гипоманиакальные отвлекаемость и сложности в сосредоточении на узком круге предпочтений сформировали эклектичность музыки О'Коннор. Они повлияли и на её судьбу, напоминаящую лоскутное одеяло, patchwork, смётанное извилистой синусоидной нитью биполярного расстройства. Заплатки одеяла певицы порой выглядели пёстрым и привлекательно, но они не всегда были согласованы друг с другом колористически и фактурно: шёлковый лоскут мог соседствовать с клочком наждачной бумаги. Таким одеялом толком не укрыться, оно не даст ни тепла, ни уюта. Эклектика нарушает цельность стиля: несогласованные между собой детали и фрагменты могут разрушать единство композиции. И это касается не только дизайна одеяла: эклектика ментального аспекта жизни устраняет из неё гармонию согласованности и соразмерности. Чувство меры, как и эмпатическое чувство такта, переживания перешли грань, и тогда получится ирландское рагу, рецепт которого известен по книге Дж.К.Джерома «Трое в лодке, не считая собаки».

В августе 2017 г. Шинейд опубликовала в Facebook откровенное видео. Сдерживая рыдания, она рассказала о своём одиночестве, суицидальных мыслях, борьбе с биполярным расстройством, умоляла близких приехать к ней и не держать зла за былые приступы её агрессии.

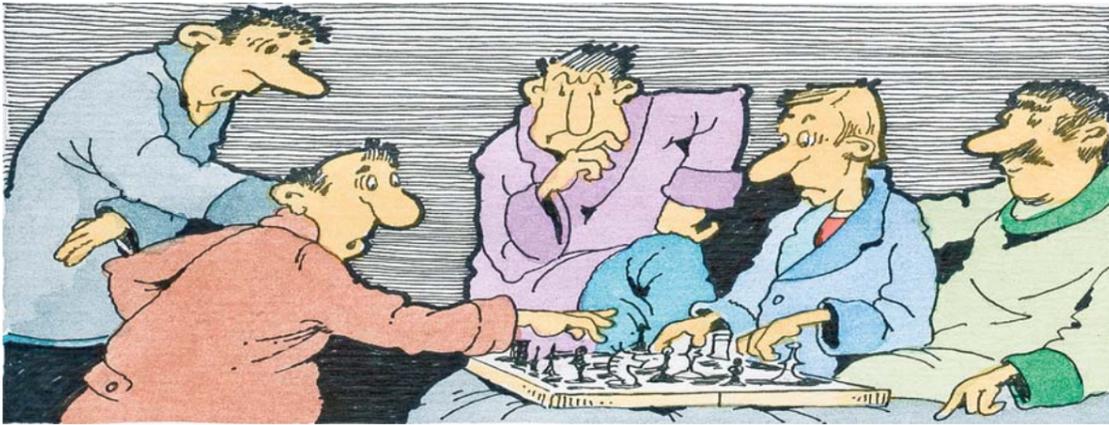
Скорее всего, это ещё не конец истории. Продолжение непременно воследует.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.



А ещё был случай

Надежда никогда не умирает



...Много-много лет тому назад довелось мне оказаться на больничной койке. Дело было зимой. Морозы трещали такие, что даже форточки законопатили, а уж о прогулках вообще не было речи. Восемь взрослых мужчин, больных, но не слишком тяжело, в течение четырёх недель были сосредоточены в одном не очень просторном помещении. Конечно, быстро перезнакомились и сдружились. Красивый рослый армянин Карен из Азербайджана оказался директором завода. Смуглый курносый и очень нервный украинец Гриша проектировал и монтировал оборудование на атомной электростанции. Улыбчивый и внешне наивный татарин Рамис работал на московской швейной фабрике. Маленький черноволосый осетин Мухтарбек оказался каменщиком со стройки. Бравый высокий ширококостный русский богатырь Алексей работал слесарем на машиностроительном заводе. Небольшого роста, с нежной девичьей кожей кореец Ли был специалистом по огородным культурам в подмосковном совхозе. Студент 5-го курса физико-техни-

ческого института еврей Соломон был высок, худ и печален. Восьмым был я – той же национальности, что и Алексей, но единственный в палате болеющий медик.

Общим, сплотившим всю палату занятием оказались шахматы. А коробка с фигурами и пешками была всего одна.

Оказалось, что все, кроме меня, играли довольно здорово, выдерживали при игре навылет и пять, и шесть поединков кряду. Лучше всех играли Карен, Григорий и Соломон. Сначала первенство с переменным успехом удерживали Карен и Григорий, но разница в возрасте, нервозность, дерзость и грубость Григория разозлили Карена настолько, что дело чуть-чуть не окончилось дракой. Да-да, самым настоящим мужским рукоприкладством. Пришлось срочно тушить пожар отношений. После этого желание сражаться в шахматы утихло в палате дня на три-четыре. В эти дни развелили друг друга историями, анекдотами, байками и постепенно о конфликте забыли.

Наконец в один из вечеров, Соломон робко предложил мне

сыграть партию-другую. Я согласился. И, о ужас! Теоретическая и турнирная подготовка Соломона оказалась столь отточенной, что я проигрывал одну партию за другой и чёрными, и белыми.

Тот, кто играл в шахматы, знает, как иногда деморализуют человека постоянные поражения в шахматных поединках. Самое обидное, что в игре с очень сильными противниками не всегда после сыгранной партии улавливаешь, где же был твой просчёт.

Вот и меня посетила меланхолия – всё проигрываю и проигрываю. Я под благовидным предлогом перестал сражаться, и шахматная доска с фигурами поплыла от меня вдаль по кругу: к Алексею, Мухтарбеку, Ли, Рамису, Григорию, Карену.

Случилось так, что в один из дней и Карен проиграл Соломону, причём он сдал партию, когда его атака вроде бы захлебнулась, а материальный перевес оказался на стороне Соломона.

И вот тут, глядя на поединок со стороны, я увидел то, чего не заметил за доской Карен.

Я попросил Соломона не считать незаконченную партию своей победой, а продолжить её. Какое-то наитие на меня нашло. Я пробивался к королю противника и жертвовал, жертвовал, жертвовал. По-спортивному издеваясь над жертвой так, что его король оказался окружённым почти сплошь забором из своих фигур с одной маленькой калиточкой для отхода. Вот тут и последовала моя последняя жертва фигуры. Я остался с королём, конём и пешкой, а он... с очень большим преимуществом. Мне пригодилась моя последняя пешка. Когда я её пожертвовал, её можно было съесть только так, чтобы калитка захлопнулась, а поле для моего коня... Да-да, поле для оставшегося у меня единственного коня при его последующем ходе не простреливалось. И я поставил своего коня на это поле. Это был одновременно шах и мат – так называемый спёртый мат, когда король противника под шахом, а отойти ему некуда!

Все мои соседи возликовали, приписали мне несуществующие шахматные разряды и объяснили серию моих предшествующих поражений неважным состоянием здоровья в начале лечения.

Эта шахматная партия очень многому меня и в жизни научила. В шахматах, в жизни, а особенно в медицинской профессии сдаваться – последнее дело.

Помню, как в одной медицинской компании молодой хирург в присутствии старых зубров изрёк: «Да, надежда умирает последней...»

На это убеждённый благородной сединой академик-онколог, тайно влюблённый в молодую хозяйку, которую звали Надежда, отчётливо выговаривая каждое слово, произнёс: «Надежда никогда не умирает...»

Хирурги возликовали, как удачно мэтр срезал «мальчишку».

К счастью, никто из них не обратил внимания, каким долгим, счастливым и благодарным взглядом одарила мэтра хозяйка.

Но я надеюсь, что это совсем неинтересно. Мы же о шахматах...

Василий ПОЛЯКОВ,
доктор медицинских наук.

Москва.

Умные мысли

Вопросы психиатру и его ответы

– Что лучше всего помогает от раздвоения личности?

– Необходимость жить вдвоём на одну зарплату.

* * *

– Что общего между льдом и человеком?

– Лёд тоже может не только растаять, но и тронуться.

* * *

– В какую сторону лучше всего сходить с ума?

– В сторону знакомого психиатра.

* * *

– Почему, ударившись в политику с головой, мало кто получает сотрясение головного мозга?

– Так ведь для этого нужно мозги иметь!

* * *

– Почему у нас многие сходят с ума?

– Потому что ещё есть с чего сходить!

Собрал и записал
Евгений АЛЕКСАНДРОВ,
психоневролог высшей категории.

Москва.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																																																									
Плод пальмы	Античный театр	Геом. тело	"Воскресение", перс.	Внешне-торг. договор	Препарат, печень	Роман Хейли	Малокровие	Признак, свойство	Бур-виль, фильм																																																																																																																																																																																																
Нем. астроном	Спутник Сатурна			Бивали-рудин	Колледж, Темза		"Плохая ... Зо-щенко"																																																																																																																																																																																																		
		Рос. живописец		Духовой муз. инструмент	Тонкое различие	Дар (араб.)	Погонщик собак	Рим. бог огня	Режиссер ... ван Гог		Птилиум	Амер. микробиолог																																																																																																																																																																																													
Деревянный хомут	Сторона топора		Шато-бриан, повесть			"Мохнатый лемуру"	Рос. балерина				Юбка																																																																																																																																																																																														
		Часть слова		Соляной раствор, водоем	Рассказ Платонова				Цефазолин																																																																																																																																																																																																
Водяной фазанчик	Стенка над карнизом	Кровососы	Город, Оренб. обл.		Груда (стар.)	Логарифм. единица	Парусное судно (устар.)				Ласковая забота (устар.)																																																																																																																																																																																														
		Календ. время		Выбор на дороге		Ракетный самолет																																																																																																																																																																																																			
Природный газ	Шаман, бубен у нивхов		Пашенная	Священник	Греч. богиня юности																																																																																																																																																																																																				
Автор Валерий Шаршуков		Потом (прост.)		Индиго, жидкость																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td>Б</td><td>А</td><td>С</td><td>Н</td><td>Я</td><td></td><td>Н</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>А</td><td>Д</td><td>С</td><td>П</td><td>О</td><td>Р</td> </tr> <tr> <td>А</td><td>А</td><td>К</td><td>И</td><td>С</td><td>Е</td><td>Я</td><td>К</td><td>О</td><td>Р</td><td>Д</td><td>А</td><td>Р</td><td>О</td><td>Н</td><td>Е</td><td></td><td>Р</td><td>У</td><td></td> </tr> <tr> <td>Р</td><td>Е</td><td>Б</td><td>Р</td><td>О</td><td>В</td><td>В</td><td>К</td><td>У</td><td>А</td><td>Ж</td><td>И</td><td>В</td><td>А</td><td>Г</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Ж</td><td>З</td><td>В</td><td>О</td><td>Р</td><td>О</td><td>Б</td><td>Е</td><td>Й</td><td>Н</td><td>И</td><td>К</td><td>П</td><td>Р</td><td>У</td><td>Т</td><td>О</td><td>К</td><td>С</td><td>М</td><td>И</td> </tr> <tr> <td>Л</td><td>А</td><td>М</td><td>А</td><td>С</td><td>У</td><td>Д</td><td>Ж</td><td>А</td><td>А</td><td>З</td><td>С</td><td>О</td><td>Р</td><td>С</td><td>О</td><td>Т</td><td>Е</td><td>Н</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>О</td><td>Е</td><td>К</td><td>Р</td><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>А</td><td>Т</td><td>О</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td>А</td><td>Г</td><td>А</td><td>У</td><td>И</td><td>Л</td><td>И</td> </tr> <tr> <td>Р</td><td>О</td><td>Д</td><td>Е</td><td>О</td><td>Д</td><td>И</td><td>К</td><td>Е</td><td>О</td><td>С</td><td>У</td><td>М</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>И</td><td>Е</td><td>К</td><td>Л</td><td>А</td><td>Д</td><td>Г</td><td>А</td><td>Р</td><td>Н</td><td>И</td><td>З</td><td>О</td><td>Н</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Я</td><td>Г</td><td>О</td><td></td><td>А</td><td>М</td><td>А</td><td>Т</td><td>И</td><td>П</td><td>И</td><td>К</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																Б	А	С	Н	Я		Н								А	Д	С	П	О	Р	А	А	К	И	С	Е	Я	К	О	Р	Д	А	Р	О	Н	Е		Р	У		Р	Е	Б	Р	О	В	В	К	У	А	Ж	И	В	А	Г	О					Ж	З	В	О	Р	О	Б	Е	Й	Н	И	К	П	Р	У	Т	О	К	С	М	И	Л	А	М	А	С	У	Д	Ж	А	А	З	С	О	Р	С	О	Т	Е	Н			О	Е	К	Р	А	Б	В	А	Т	О	А				А	Г	А	У	И	Л	И	Р	О	Д	Е	О	Д	И	К	Е	О	С	У	М	О								И	Е	К	Л	А	Д	Г	А	Р	Н	И	З	О	Н								Я	Г	О		А	М	А	Т	И	П	И	К	А								
Б	А	С	Н	Я		Н								А	Д	С	П	О	Р																																																																																																																																																																																						
А	А	К	И	С	Е	Я	К	О	Р	Д	А	Р	О	Н	Е		Р	У																																																																																																																																																																																							
Р	Е	Б	Р	О	В	В	К	У	А	Ж	И	В	А	Г	О																																																																																																																																																																																										
Ж	З	В	О	Р	О	Б	Е	Й	Н	И	К	П	Р	У	Т	О	К	С	М	И																																																																																																																																																																																					
Л	А	М	А	С	У	Д	Ж	А	А	З	С	О	Р	С	О	Т	Е	Н																																																																																																																																																																																							
О	Е	К	Р	А	Б	В	А	Т	О	А				А	Г	А	У	И	Л	И																																																																																																																																																																																					
Р	О	Д	Е	О	Д	И	К	Е	О	С	У	М	О																																																																																																																																																																																												
И	Е	К	Л	А	Д	Г	А	Р	Н	И	З	О	Н																																																																																																																																																																																												
Я	Г	О		А	М	А	Т	И	П	И	К	А																																																																																																																																																																																													
<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 80 от 25.10.2017.</p>																																																																																																																																																																																																									

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-08-00298 Тираж 23 873 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.