Медицинская газета®

24 апреля 2015 г.
пятница
№ 30 (7552)

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

Ориентиры

Нести свет в жизнь детей

Такая формула успеха у коллектива столичной Детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой

Артроскопическая операция в травматологическом отделении

Имя известного педиатра, организатора здравоохранения ДГКБ носит с 2014 г. В том году больнице исполнилось 30 лет, но по-прежнему в обиходе она – Тушинская детская, близкая, родная, где детей встречают умелые руки медсестёр и младшего персонала, проницательность, тихая сдержанность, чтобы не усилить страхи малышей перед белыми халатами, и доброе сердце врачей. А «Башляевской» она стала потому, что Зоя Алексеевна, будучи заместителем директора Главного управления здравоохранения Москвы по детству и родовспоможению, стояла у истоков строительства, а в дальнейшем способствовала становлению современного лечебного учреждения.

Внешний вид больницы поразил размерами, а большая территория, несмотря на непогоду, – ухоженностью. В кабинете главного врача профессора Исмаила Османова сразу бросились в глаза атрибуты, связанные с историей, признанием заслуг коллектива за преданное служение нелёгкой профессии. На видном месте диплом Департамента здравоохранения Москвы за достижение в области медицины и здравоохранения по итогам работы в 2014 г. Им отмечена победа в ежегодном конкурсе-фестивале «Формула жизни» в номинации «Лучшая детская больница». Тогда лауреатом стал и заведующий реанимационным отделением Владимир Никитин.

Чуть левее на стене – большой портрет королевы Великобритании Елизаветы, который подарила принцесса Диана во время своего посещения Тушинской детской больницы. С её визитом связано начало сотрудничества с Британским фондом имени принцессы Дианы. ДГКБ ежегодно вместе с его сотрудниками участвует в конкурсном отборе врачей и медсестёр со всей страны для стажировки в одной из лучших мировых детских клиник – Грэйт Ормонд Стрит в Лондоне. Так сложилось, что ещё в 2004 г., работая заместителем директора Московского института педиатрии и детской хирургии, Исмаил Магомедович был привлечён к отбору врачей для стажировки, спонсируемой Британским фондом, и связь не прерывается поныне.

(Окончание на стр. 5.)

Исмаил ОСМАНОВ,
главный врач Детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой, профессор:

Коллектив просто обязан подтягивать свой профессиональный уровень до сегодняшних технических возможностей…

Стр. 5

Юрий СИВОЛАП,
профессор кафедры психиатрии и наркологии ММА им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук:

Качественный мониторинг потребления алкоголя в стране никогда не проводился.

Стр. 7

Александр ЧУГУНОВ,
заведующий кафедрой Казанской государственной медицинской академии, профессор:

120 лет назад в КГМА была создана первая в России кафедра эндоскопической хирургии…

Стр. 10

Начало

Слова тоже лечат

Столичные власти планируют ввести единые стандарты работы для регистратур городских поликлиник. Так, в базовую модель войдут правила вежливости. Сотрудники регистратур должны будут вежливо здороваться и прощаться с пациентами, улыбаться, не грубить. «Когда стандарт будет принят, заработная плата работников регистратур будет зависеть от соблюдения регламента. За грубость с пациентами она может быть сокращена на 5-15%», – отметила член комиссии Мосгордумы по здравоохранению Ольга Шарапова.

«В типовую модель работы поликлиники войдут стандарты вежливости в общении с пациентами и порядок действий персонала при их обслуживании. Также регистратура должна не гонять пациентов по поликлинике, а давать чёткий ответ: где можно получить ту или иную медицинскую помощь. Кроме того, будет прописано, как надо обращаться с медицинскими картами, чтобы они не терялись, а пациент не забирал их с собой домой», – рассказал заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погодин.

Сейчас отрабатывается пилотный проект в 4 поликлиниках в разных округах. В дальнейшем планируется тиражировать этот опыт на другие городские медучреждения амбулаторного звена.

«В настоящее время телефонные разговоры с пациентами во всех городских поликлиниках и больницах записываются. Мы ежедневно проводим мониторинг этих разговоров, и если обнаруживается, что сотрудник регистратуры, устав отвечать на вопросы пациентов, начинает ему грубить, мы разбираем эти случаи и применяем санкции», – подчеркнула О.Шарапова.

Однако пока «стандарт вежливости» не утверждён, единого регламента, а также санкций, которые бы применялись ко всем нарушителям, нет. Как только Департамент здравоохранения введёт единые требования к работе регистратур, сотрудники будут с ними ознакомлены под подпись.

«Соблюдение регламента будет включено в их должностные обязанности. Как известно, театр начинается с вешалки, а медучреждение – с регистратуры. Как там встретят посетителя, такое впечатление у него и останется», – резюмировала О.Шарапова.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Cito!

Москва.

Перемены

Инсульт: плюс 4 процента выживших

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Иркутской области сократилась в 2014 г. меньше чем на процент, а точнее – на 0,3%. Такие данные официально приводит региональное Министерство здравоохранения.

Подобные колебания скорее можно считать статистической погрешностью, нежели реальным снижением показателя.

В то же время смертность от группы цереброваскулярных заболеваний в Приангарье имеет более выраженную положительную динамику – минус 3,7% за минувший год, в том числе случаев смерти от инсультов произошло на 4% меньше.

Министр здравоохранения Иркутской области Николай Корнилов подчёркивает, что на территории завершено формирование службы неотложной помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: созданы и полностью технически оснащены региональный сосудистый центр на базе областной клинической больницы и 8 первичных сосудистых отделений в районах. Кроме того, в регионе работают 158 специализированных кардиологических кабинетов.

Ожидается, что, благодаря работе всех этих подразделений, итоги нынешнего года по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями окажутся ещё убедительнее.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Новости

Из Сибири — в Сибирь

Доступность бесплатного санаторного лечения для детей Красноярского края немного снизилась. Данный вид медицинской помощи в 2015 г. получат 1399 детей, в то время как в 2014 г. в санаториях России был пролечен 1481 ребёнок.

По информации краевого Министерства здравоохранения, на днях завершён очередной открытый конкурс санаторно-курортных организаций. По его итогам за счёт средств краевого бюджета приобретены детские путёвки на июнь, июль, август и сентябрь. 469 красноярских ребятишек с заболеваниями органов дыхания поедут на лечение в Анапу (год назад по данному профилю в конкурсе победили санатории Сочи и Крыма). А дети с заболеваниями органов пищеварения и периферической нервной системы – более 900 человек – отправятся в здравницы, расположенные на территории Красноярского края.

Елена ШУБИНА.

Красноярск.

Пора быть здоровыми!

В подмосковном Клину прошла масштабная акция, посвящённая Всемирному дню здоровья в рамках Национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями под девизом: «Время быть здоровым!» Организаторами выступили Московский областной центр медицинской профилактики, администрация Клинского муниципального района, Министерство здравоохранения Московской области.

Праздник начался утром, когда во всех школах, техникумах, дошкольных образовательных учреждениях района стартовала единая утренняя зарядка, в которой приняли участие более 1,5 тыс. детей и подростков. Затем прошли спортивные мероприятия, включающие пробную сдачу норм ГТО, старт которым дала глава Клинского муниципального района Алёна Сокольская, первая блестяще сдавшая нормативы.

В рамках спортивно-оздоровительных мероприятий были проведены спортивные эстафеты среди 14 команд школьников с участием педагогов, победителям которых вручались памятные награды.

В течение дня мобильные центры здоровья для взрослого и детского населения проводили скрининговые обследования, а также профилактическое консультирование, включая школы профилактики артериальной гипертонии, здорового питания, физической активности с раздачей печатной продукции по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Более 500 человек были обследованы в этот день.

Одним из значимых событий стала научно-практическая конференция «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – приоритетная задача 2015 г.» с участием сотрудников системы здравоохранения, образования и социальной защиты, на которой была подчёркнута необходимость межведомственного взаимодействия в области охраны здоровья населения.

Максим ОВЧАРЕНКО,
врач-методист Московского областного центра медицинской профилактики.

«Доброе сердце» волонтёров

В окружном кардиологическом диспансере «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» в Сургуте торжественно посвятили в волонтёры первых добровольцев окружного общественного объединения «Будь здоров».

В кардиологическом диспансере это движение получило дополнительное направление – «Доброе сердце». Название отражает и специфику медицинского учреждения, и смысл самой работы волонтёров: безвозмездно помогать нуждающимся, совершать общественно значимые поступки, быть положительным примером.

Анкеты участника заполнили более 30 подростков от 7 до 19 лет. Все они станут помощниками в организации и проведении мероприятий и акций на базе кардиоцентра. Им вручены удостоверения волонтёра «Доброе сердце» движения «Будь здоров», где будет отмечаться каждое важное задание, выполненное подростками.

А из состоявшейся затем беседы с врачом-методистом организационно-методического отдела диспансера Нэли Гойновой ребята узнали о последствиях неправильного питания и вредных привычек. Это поможет им и в личном выборе, и в убеждении сверстников.

Елена ОСТАПОВА.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

В ногу со временем

До конца 2015 г. в столичных поликлиниках будут уволены около тысячи стенографисток. Об этом заявил заместитель руководителя Департамента информационных технологий Москвы Владимир Макаров.

По его словам, Московский городской фонд обязательного медицинского страхования проводит работу по присоединению автоматизированной системы управления ОМС к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС). В настоящее время только в одном консультационно-диагностическом центре № 6 работает модель автоматизированной системы, где весь учёт первичной медико-санитарной помощи осуществляется в ЕМИАС с последующей выгрузкой данных в АСУ ОМС. Массово внедрять новую систему планируется во второй половине 2015 г.

«Таким образом, мы идём к тому, чтобы 48 млн талонов амбулаторного приёма не перебивались медицинскими регистраторами в кабинетах медстатистики вручную, а автоматически заливались из ЕМИАС в АСУ ОМС», – резюмировал В.Макаров.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Традиции

Скальпели и лекарства сменили на лопаты

Лечебные учреждения вышли на субботник

Во время благоустройства территории

Во всех лечебных учреждениях Астраханской области, подведомственных региональному Министерству здравоохранения, прошёл субботник по благоустройству больничных парков и прилегающих территорий. В акции приняли участие более 5 тыс. сотрудников медицинских организаций.

За субботний день было высажено более 1000 деревьев – клёнов и ясеней, около 500 кустов сирени, окопаны и побелены деревья, покрашены бордюры, высажены цветы.

Этой весной Министерство здравоохранения уделяет особое внимание больничным паркам крупных больниц. Министр Павел Джуваляков побывал сегодня в 4 лечебных учреждениях – областной инфекционной клинической больнице им. А.М.Ничоги, областной клинической психиатрической больнице, Александро-Мариинской областной клинической больнице и городской клинической больнице № 2 им. братьев Губиных. Вместе с коллективами больниц министр принял участие в субботнике, а с главными врачами обсудил планы по благоустройству.

На территории инфекционной больницы в честь её 70-летия высажено 70 клёнов. Проведено омоложение старых деревьев, идёт монтаж автоматической поливной системы. Вместе со старейшим работником учреждения заместителем главного врача по лечебной работе Татьяной Аршба министр посадил ель.

В больничном парке психиатрической больницы также во всю идёт благоустройство. Помимо клёнов и ясеней высаживаются кусты барбариса, саженцы плодовых деревьев, разбиваются цветочные клумбы.

Вместе с коллективом Александро-Мариинской больницы на субботник вышли и специалисты территориального центра медицины катастроф. Было высажено более 400 деревьев, кустарников, 300 кустов роз, покрашены лавочки, обновлены аллеи в стиле японского сада.

Коллектив областного Минздрава вышел на субботник вместе с сотрудниками ГКБ № 2 им. братьев Губиных. В мае к 70-летию Победы на территории этого старейшего лечебного учреждения будет открыт парк Победы. В настоящее время активно идут работы по его обустройству. Украшением парка является «аллея героев» с фотографиями и именами родственников сотрудников больницы, участвовавших в Великой Отечественной войне.

«Сейчас все акции по благоустройству идут под эгидой 70-летия Великой Победы, – говорит П.Джуваляков. – Практически во всех лечебных учреждениях высажены кусты сирени как символ победного мая, фасады зданий украшены праздничными баннерами, в поликлиниках и отделениях – праздничная символика».

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Пресс-служба Министерства здравоохранения Астраханской области.

Перспективы

Подружатся ли нейрохирурги с шаманами?

В Республике Тыва приступили к работе по упорядочению деятельности целителей, шаманов, травников, массажистов, натуропатов, гомеопатов, гирудотерапевтов и иных специалистов в области традиционной медицины. Любая деятельность в этой сфере должна быть регламентирована и строго контролируема, считают в Минздраве Тувы, но это не исключает возможность её интеграции в современную систему здравоохранения.

Анализировать и внедрять в наукоёмкое практическое здравоохранение XXI века пусть и ненаучные, но при этом эффективные и безопасные методы старинной медицины поручено сотрудникам республиканского НИИ медико-социальных проблем и управления. С этой целью здесь сформирован сектор изучения народной медицины и реабилитации, в планах которого на 2015-2016 гг. – изучение и развитие тувинской ветви тибетской медицины, знакомство с потенциалом лекарственных растений в регионе, исследование древних медицинских текстов, освоение опыта интегративной медицины в Бурятии, Монголии и Китае.

Что касается законодательного регулирования деятельности народных целителей в Туве, серьёзно заниматься решением данной задачи начали в 2014 г. Первым документом стал приказ Минздрава Тувы «О порядке занятия народной медициной и выдачи разрешения на право занятия народной медициной в Республике Тыва», затем были внесены изменения в саму процедуру получения разрешения на занятия народной медициной. Теперь врачеватели-любители, чтобы получить разрешение на легальную работу, должны обязательно предъявить экспертное заключение Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины. В свою очередь, чтобы получить заключение экспертов, соискателю необходимо предоставить положительные результаты лечения не менее 10 больных, а также ходатайство медицинского учреждения, которое сотрудничает с данным целителем, то есть фактически выступает в роли его поручителя.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

Официально

В полном объёме

Пресс-служба Минздрава России распространила заявление по поводу работы Центра реабилитации для детей с нарушениями слуха.

– Этот центр начал работу во втором полугодии 2014 г. и оказывает медицинскую помощь пациентам со всей страны, – говорится в нём. – Здесь получают комплексную реабилитацию дети с нарушениями слуха, в том числе с состояниями после осуществления хирургического лечения с использованием кохлеарных имплантатов, других имплантационных технологий, сурдопротезирования, проводятся индивидуальные и групповые занятия по развитию слуха, речи и невербальных навыков, общеукрепляющие процедуры: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж.

В I квартале 2015 г. у центра имелись определённые сложности с Московским территориальным фондом ОМС по оплате проведённых услуг по медицинской реабилитации детей. Однако работа центра не останавливалась ни на один день. Пролечено 164 ребёнка в сопровождении родителей.

В апреле 2015 г. в центре получили и продолжают получать реабилитацию 87 детей в сопровождении родителей. На сегодняшний день лечение проходят 50 детей.

В настоящее время вопросы с оплатой медицинских услуг решены. Нормативная правовая база для оказания комплексной реабилитации детей с нарушения слуха Минздравом России сформирована.

Тарифы на оплату медицинской реабилитации установлены в условиях как круглосуточного, так и дневного стационара и позволяют обеспечить работу в соответствии со стандартами медицинской помощи. Проработаны дополнительные механизмы по взаимодействию с территориальными фондами ОМС.

Минздравом России с участием представителей Минтруда России проведено рабочее совещание, определены меры по урегулированию данного вопроса, а также по защите прав детей-инвалидов на оказание медицинской помощи и оплату проезда в рамках «социального пакета» к месту лечения и обратно.

В настоящее время Минздрав России подготовил проект приказа «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.

Акции

Весёлые потешки в детской клинике

Специалисты библиотеки им. Н.А.Некрасова навестили мальчишек и девчонок, проходящих лечение в Омской городской детской клинической больнице им. В.П.Бисяриной.

И не просто навестили – устроили для ребят праздник по заранее подготовленной развлекательно-игровой программе «Весёлые потешки», насыщенной шутками, розыгрышами, а для тех, кому не были противопоказаны физические занятия, – подвижными играми и танцами. А ещё познакомили с упражнениями ежедневной «Весёлой зарядки», когда их делают не механически, а с элементами клоунады, вызывающими смех, который, известно, лечит лучше всех лекарств. Но особенно развеселила детей игра на сообразительность и внимательность, в процессе которой выясняется, кто из них любит поспать в неурочное время, не моет уши и не чистит зубы.

В завершение библиотекари подарили юным пациентам детской клиники Омска книги и познавательные журналы.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Решения

Цены на ЖНВЛП проверят

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев по итогам Всероссийского форума социальных работников подписал поручения органам власти разных уровней, согласно которым региональные власти проверят, в частности, ассортимент и цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП).

Согласно распоряжению, опубликованному на портале кабинета министров, о результатах проверок правительства субъектов Федерации должны доложить в Министерство здравоохранения РФ.

Региональные власти проверят также, согласно распоряжению, состояние стационарных учреждений для пациентов, страдающих психическими расстройствами, пожилых людей и инвалидов. По итогам проверки субъекты Федерации должны привести в порядок дома-интернаты и к 2018 г. ликвидировать очереди в них.

Минздраву и Минтруду поручено организовать в амбулаторных условиях различные формы медицинской и социальной помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами. Также Минздрав обязали внести в нормативные акты изменения, касающиеся численности среднего и младшего медперсонала в амбулаторной службе – с учётом доли проживающих на врачебном участке пожилых людей. Это необходимо для развития стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи. Кроме того, Минздрав и Минобрнауки должны обеспечить подготовку студентов медицинских вузов по геронтологии, социальной и клинической гериатрии.

Минтруду и Минфину поручено при формировании федерального бюджета на 2016-2018 гг. предусмотреть бюджетные ассигнования на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации не ниже уровня, предусмотренного на 2015 г. Также будут подготовлены предложения по уточнению направлений использования материнского капитала, в том числе на приобретение товаров для адаптации и социализации детей-инвалидов.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Криминал

Серийный доктор

Сотрудники правоохранительных органов Ростова задержали врача-патологоанатома дорожной клинической больницы по обвинению в убийстве.

В начале апреля 2014 г. 38-летний патологоанатом выстрелил в 69-летнюю жительницу Ростовской области из пистолета. Причина, озвученная подозреваемым, – неопрятный внешний вид пенсионерки.

Задержанный дал признательные показания.

Выяснилось также, что в 2003 г. он организовал взрыв в больнице. Тогда причиной, по его словам, стал конфликт с сотрудниками учреждения, к тому же он был недоволен своей должностью и его раздражали пациенты. Изготовив самодельное взрывное устройство, он поместил его в книгу «Справочник врача общей практики», предварительно удалив страницы. Взрыв произошёл в отделении микробиологии. Врач лаборатории Оксана Клименко погибла, 73-летний пациент получил травмы.

При обыске у подозреваемого были обнаружены две сабли, ножи, наручники, кремниевый пистолет и гранаты.

Борис БЕРКУТ.
МИА Cito!

Ростов-на-Дону.

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

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

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету»! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и весомее заявить о том, что для вас важно. Успехов – и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи

АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ

Медицинская газета

(индекс издания)

Количество комплектов

на 2015 год по месяцам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

ПВ | место | литер

на газету (индекс издания)

Медицинская газета

Стоимость	подписки	____ руб. ____ коп.	количество комплектов
	переадресовки	____ руб. ____ коп.	

на 2015 год по месяцам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому

Кадры

В Костроме будут готовить своих врачей

Вице-премьер осталась довольна исполнением проекта

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, курирующая социальные вопросы, позитивно расценила в ходе рабочего визита в Кострому предложение о реализации программы высшего образования «Лечебное дело» на базе Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова.

В 2014 г. О.Голодец сама поручила региональным властям разработать этот проект, необходимость в котором возникла из-за нехватки медицинских кадров в области, сообщили в пресс-службе губернатора региона. Как планируется, университет будет готовить врачей общей практики. Ресурсы КГУ им. Н.А.Некрасова и администрации Костромской области, учреждений здравоохранения позволяют обеспечить организацию учебного процесса при условии модернизации материально-технической базы. К реализации программы планируется привлечь 30 врачей костромских медицинских организаций, имеющих учёную степень доктора и кандидата наук. На базе медучреждений области будут сформированы основные кафедры. Университету планируется передать учебный корпус медицинского колледжа.

Стоимость проекта составляет, по оценкам экспертов, 300 млн руб. В качестве финансовых источников рассматриваются средства областного бюджета, самого вуза, а также целевая поддержка из федерального бюджета – около 160 млн руб.

Если на развитие материально-технической базы специальности «лечебное дело» будут выделены дополнительные средства, лицензирование и начало подготовки врачей возможно уже в 2016 г., отметили в пресс-службе. Первый набор составит 60 человек, дальше на курс планируется набирать до 100 человек.

«Конечно, мы будем помогать, на самом деле мы в деталях обсудили возможности помощи, но думаю, лучше сначала реализовать проект, а потом его представить, чем говорить о прожектах, лучше отчитываться за сделанное», – заявила О.Голодец.

Вице-премьер отметила высокую социальную значимость проекта госуниверситета. Всего в этом вузе обучается более 5 тыс. студентов. Университет осуществляет подготовку кадров по 19 направлениям. Образовательный процесс обеспечивают 377 научно-педагогических работников, из которых более 81% имеют учёные степени и звания, 14% являются докторами наук.

О.Голодец заверила также, что Правительство РФ поддержит создание на северо-востоке области сердечно-сосудистого центра, который позволит сделать более доступной высокотехнологичную медицинскую помощь для всех жителей региона. До конца года первичное отделение сосудистого центра планируется открыть в городе Шарья, оно будет обслуживать весь северо-восток региона. Согласно статистике, каждый десятый инфаркт приходится на жителей этих районов. Везти таких пациентов до Костромы в остром состоянии просто невозможно. Потому в ближайшее время решено провести обучение фельдшерских бригад отдалённых районов северо-востока области, чтобы они могли грамотно и своевременно оказывать первую помощь пациентам с инфарктами и инсультами.

О.Голодец ознакомилась также с тем, как в детской поликлинике № 2 Костромы реализуется пилотный проект по переходу на электронную регистратуру и электронные карты. «Мы видим, что впервые за свою историю Костромская область перешла к оказанию серьёзной медицинской помощи, высококвалифицированной, мы говорили о том, что объёмы должны быть увеличены. Сегодня есть всё оборудование, сегодня есть врачи, они начали работать, сегодня вопрос в серьёзном наращивании темпов», – считает вице-премьер.

Она призналась, что «не ожидала, что настолько глубоко, честно, хорошо работают костромичи». «Меня порадовало то, что я увидела на этой земле, – динамично во всех смыслах этого слова развивающийся регион. Работа действительно ведётся очень серьёзная», – сказала Ольга Юрьевна.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Кострома.

Острая тема

Чем и как болеют мигранты?

Есть серьёзный повод задуматься об этом и сделать выводы

Удручающая статистика первого в России исследования по осведомлённости трудовых мигрантов из стран Средней Азии о туберкулёзе и ВИЧ-инфекции была на днях приведена в Общественной палате Москвы, а затем вынесена на обозрение СМИ в рамках мероприятия Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Оказывается, четверть опрошенных мигрантов не боится туберкулёза. Треть – ВИЧ. Потому что им попросту не известно о существовании таких напастей...

– Уверены, что результаты привлекут интерес широкого круга профессионалов в сфере миграции и здравоохранения, а также представителей гражданского общества, что позволит нам определить круг приоритетов на основе научно обоснованных данных о ситуации с туберкулёзом и ВИЧ в сообществах мигрантов, – отметил глава регионального представительства Красного Креста в России доктор медицинских наук Даврон Мухамадиев.

Исследование проводилось в течение 8 месяцев 2014 г. среди 1750 человек, имеющих опыт миграции, – жителей Таджикистана, Киргизии и Узбекистана в возрасте от 25 до 60 лет.

Наименее осведомлёнными о проблеме являются жители Узбекистана. Из работающих в РФ граждан Таджикистана и Киргизии ничего не знают о ВИЧ 23 и 26% соответственно. Причём женщины осведомлены лучше, как и лица обоих полов с более высоким уровнем образования. Но только от 27 до 60% знающих об инфекции понимают, как снизить риск передачи ВИЧ. Большинство же опрошенных вовсе не задумываются об опасности заражения чем-либо.

Здесь хорошим подспорьем оказывается их обучение: прослушавшие цикл лекций респонденты показали резкий рост обеспокоенности возможностью заражения туберкулёзом – до 88%, ВИЧ – 60-84%.

Далеко не все знают о возможностях излечения от туберкулёза. Многие считают, что лечение можно прервать или просто отложить до лучших времён. Про туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью не слышали. Примерно половине участников исследования известны конкретные адреса лечения. При этом никогда в жизни не делали флюорографию 17% опрошенных жителей Узбекистана, 10% представителей Киргизии и 4% приехавших из Таджикистана. А проверку на наличие ВИЧ-инфекции ни разу не проходили более половины респондентов. Но даже из сдавших кровь на анализ каждый 10-й не стал узнавать результаты, как, скорее всего, и те 13%, которые затруднились ответить на этот вопрос...

Оказалось, среди тех, кто получал медицинские справки для работы в РФ, от четверти до трети опрошенных не проходили медосмотр, а просто купили нужные документы.

Безусловно, всем сторонам трудового союза предупредить заражение выгоднее, чем бороться с последствиями. Тем

Очень многие приезжающие к нам на работу только здесь узнают о существовании в мире целого ряда коварных болезней...

более что реального механизма лечения этих больных пока не создано. Те полисы ДМС, без которых мигранту с 1 января 2015 г. не выдают патент, не гарантируют приехавшим в страну возможности бесплатного лечения в российских медучреждениях. Потому как мигранты (из экономии и недопонимания) приобретают страховки, закрывающие только неотложную помощь при угрозе жизни, доставку в больницы по скорой помощи и родовспоможение.

Почему? В подавляющем большинстве это здоровые, физически крепкие люди, отправляющиеся работать, а не болеть. Ухудшение состояния здоровья происходит уже в процессе миграции.

Вопреки муссируемой политиками информации о большой нагрузке мигрантов на бюджеты здравоохранения, о нецелесообразности выдачи им полисов ОМС (мол, мало работают по времени и много болеют) результаты проведённого опроса показывают, что приезжие крайне редко пользуются медицинской помощью в принимающих странах. В основном они оставляют лечение до возвращения на родину. А пока работают, к врачам обращаются только в особых случаях, считая, что это, во-первых, дорого; во-вторых, они не знают, куда идти, не верят в возможность медицинской помощи; к тому же работодатели не разрешают пропускать работу даже из-за болезни.

Но без мониторинга здоровья мигрантов выявление у них опасных заболеваний невозможно.

Важный аспект: даже при явных признаках болезни они продолжают мести наши дворы, мыть подъезды, строить дома, нянчить детей и копать огороды... Распространяются же инфекции в этой среде легко – большинство живёт скученно, большими группами, без соблюдений минимальных санитарных норм, а каждый 10-й и вовсе проживает в вагончике, подвале или сарае.

Является ли выходом из сложившейся ситуации депортация инфицированных мигрантов из РФ, охотно применяемая сегодня?

Участники мероприятия, где обсуждались результаты исследования, единогласно считают – нет. Депортируемый больной продолжит заражать своё окружение в транспорте по дороге на родину; да и дома он, лишённый дохода, вряд ли пойдёт лечиться. В результате инфицированными окажутся десятки, сотни его соотечественников, многие из которых также могут приехать на работу в РФ. И круг замкнётся...

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Фото Дидора САДУЛЛОЕВА.

Ориентиры

Нести свет в жизнь детей

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В кабинете главного врача привлекают внимание портрет академика Юрия Вельтищева – по мнению Исмаила Магомедовича, педиатра номер один в России, возглавлявшего длительное время Московский институт педиатрии и детской хирургии, учителя доктора Османова. Здесь же на почётном месте – оттиск клятвы Гиппократа и прекрасные картины из изостудии Сергея Андрияки, преподнесённые в дар, в знак благодарности за заботу о здоровье маленьких россиян. 600 полотен юных художников украшают холлы больницы.

Сегодня ДГКБ является одним из крупнейших в Москве детских стационаров с 835 койками. Как отмечает главный врач, больница абсолютно самодостаточная, ежегодно помощь оказывается более чем 100 тыс. пациентов практически по всем направлениям, исключение только онкогематология.

В больнице, как правило, около 50% малышей лежат с мамами плюс дневной стационар на 100 коек. Это один из первых и самых крупных дневных стационаров в стране, который очень эффективно заменяет стационарные койки, а также обеспечивает долечивание детей. Учреждение располагает мощным травмпунктом, обслуживающим маленьких пациентов Москвы и Подмосковья.

В беседе с главным врачом много раз прозвучало слово «у нас». Многое входит в это обобщение: в составе лечебного учреждения также центры восстановительного лечения для детей с умственным отставанием и малышей, родившихся с низкой массой тела – меньше 2 кг, клинико-диагностическое отделение, где проходят обследование более 100 человек в день. Вот такое здесь плотное насыщение службами амбулаторного звена.

– Все стационарные отделения объединены в отдельные комплексы, – раскрывает суть организации лечебного процесса главный врач. – Это не просто обособленные в какой-то мере больничные подразделения. Работа в них выстроена таким образом, чтобы на месте в полном объёме оказать квалифицированную помощь. Например, инфекционный блок располагает всем необходимым – МРТ, рентген, лаборатория, аппараты УЗИ, функциональная диагностика. Он абсолютно автономный.

Неонатальный комплекс включает отделения: для новорождённых; патологии и реанимации для новорождённых; для недоношенных детей; центр восстановительного лечения для недоношенных.

В ряду очень востребованных кардиологический комплекс, единственный такого профиля в Москве, который включает отделения для новорождённых, детей грудного и старшего возраста с сердечно-сосудистой патологией, а также стационар дневного пребывания. Кардиологической клинике около 2 лет. Её открытие было инициировано главным детским кардиологом Москвы, директором НИКИ педиатрии, профессором Марией Школьниковой. В последующем кардиологическая клиника была расширена за счёт кардиологических отделений для новорождённых и детей грудного возраста, переведённых в больницу после закрытия детского корпуса в ГКБ № 67. Руководит кардиологической клиникой профессор Инна Трунина. Кроме того, клинику курирует профессор Мария Школьникова, а также известные в нашей стране кардиологи профессор Наталья Катлукова и Александр Шарыкин.

В ДГКБ им. З.А.Башляевой – мощный хирургический блок, где проводится много операций по экстренной хирургии. Практически 100% вмешательств выполняется эндоскопически. Руководят хирургическим процессом заместитель главного врача профессор Виктор Шеин и заведующий кафедрой детской хирургии Российской медицинской академии последипломного образования профессор Юрий Соколов. Здесь выполняются операции практически на всех органах, в том числе нейрохирургические.

Профессор Исмаил Османов

Среди других направлений следует выделить уронефрологический и эндокринологический блок. Исмаил Магомедович является главным детским нефрологом столичного Департамента здравоохранения. Между службами выстроено взаимодействие, что позволяет быстро и качественно оказывать помощь и определять тактику лечения. А потому не стоит выбор, кто должен наблюдать ребёнка: нефролог, уролог или педиатр. Отработана модель, объединяющая усилия всех специалистов, включая амбулаторный этап.

Ещё здесь создана единственная клиника, где проводят оперативные вмешательства по формированию пола в случае наследственных отклонений. Этим занимается группа профессора Алексея Окулова, как его назвал главный врач, – патриарха отечественной уроандрологии.

Больница впечатляет своими размерами и архитектурными изысками

Судя только по перечисленным направлениям, некоторые из которых можно назвать «брэндовыми», здоровье детей здесь под надёжной защитой. На базе больницы работают 12 кафедр РМАПО, 2 кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. В стенах этого вуза Исмаил Магомедович сам работает уже почти 20 творческих лет, являясь профессором кафедры госпитальной педиатрии. Эта связь с наукой – одно из слагаемых успеха больницы, а также, как подчёркивает главный врач, мотивации персонала к выполнению обязанностей с высоким качеством. Созданы все условия для творческого подхода к делу, научных исследований. Сотрудники вовлекаются в написание диссертаций (сегодня в коллективе насчитывается 16 докторов и около 60 кандидатов медицинских наук, 126 врачей с высшей квалификационной категорией), выступают с докладами на научно-практических конференциях, участвуют в написании статей и монографий. В больнице работают 4 главных специалиста Департамента здравоохранения Москвы, включая главного врача.

Мощный прорыв в развитии больницы был сделан за последние 3 года благодаря программе модернизации Московского здравоохранения. В рамках данной программы в больницу было поставлено самое современное оборудование на сумму более 600 млн руб., обновлена практически полностью медицинская и общебольничная мебель, проведены капитальные и текущие ремонты в большинстве отделений больницы, а также компьютеризация всех структурных подразделений учреждения. Поэтому, по убеждению главного врача, коллектив просто обязан подтягивать свой профессиональный уровень до сегодняшних технических возможностей и внедрять передовые технологии в диагностику и лечение детей.

Среди оборудования, полученного по программе модернизации, особо следует выделить компьютерный томограф на 128 срезов, навигационную нейрохирургическую установку, всё необходимое для реанимации новорождённых, искусственной вентиляции лёгких, эндоскопические установки для нейрохирургических, урологических, абдоминальных и лор-операций. Кроме того, по программе городского Департамента здравоохранения многие врачи и медицинские сёстры больницы прошли стажировку в ведущих европейских клиниках.

Как отмечает главный врач, «зарубежные коллеги, приезжая в рамках обмена опытом и различных научно-практических форумов, бывают очень удивлены масштабами больницы, оснащением и технологиями. Благодаря такому приоритетному подходу к проблемам педиатрии со стороны правительства Москвы и Департамента здравоохранения нам удалось существенно увеличить проходимость больницы, уменьшить средний срок пребывания больного ребёнка, увеличить оборот койки, расширить структуру нозологических форм, и более чем в 2 раза снизить летальность. И мы идём дальше. Как говорит вице-мэр правительства Москвы профессор Леонид Михайлович Печатников, врач должен владеть несколькими специальностями. К примеру, наши кардиологи, нейрохирурги, урологи сами владеют необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, включая УЗИ».

Что ещё характерно – больница работает в тесном контакте с амбулаторными центрами Северо-Западного округа. В рамках регулярных совещаний с главными врачами идёт постоянный обмен информацией, включая отдельные сложные клинические случаи, а также совместные научно-практические мероприятия, в том числе с международным участием под руководством заведующей кафедрой педиатрии РМАПО профессора Ирины Захаровой. Исмаил Магомедович считает трёхуровневую систему оказания медицинской помощи детям, внедрённую в московское здравоохранение, очень своевременной и эффективной. Из больницы ребёнка никогда не выписывают в «никуда», выписку и рекомендации обязательно направляют в поликлинику по месту его прикрепления. Передают как бы «из рук в руки». Врачи первичного звена знают, что им придётся в дальнейшем отвечать за здоровье этого ребёнка, и потому не оставят его без внимания, также окружат его заботой. Эта цепочка досконально отработана и постоянно совершенствуется.

Перемен в больнице много. Так, например, в последнее время влилось много молодых специалистов, именно таких, у кого, как говорится, глаза горят. Отбор их был строгий, констатирует Исмаил Магомедович. Студент, будучи здесь на практике, или аспирант должны себя проявить, показать, на что способны. А ещё они должны учиться, перенимать опыт у старшего поколения.

– Исмаил Магомедович, искусство управлять больницей не приходит само собой. Как вам удаётся совмещать научную, педагогическую работу и практическое руководство лечебным учреждением?

– А я всегда «варюсь» в гуще больничного окружения. Но я считаю, что если ты только организатор или хозяйственник, то ты плохой главный врач. Руководитель просто обязан быть ещё и творческой личностью. Сейчас вот с другими главными врачами получаю по образовательной программе Департамента здравоохранения второе высшее образование в Московском государственном университете управления. Современный менеджер управления в здравоохранении должен хорошо разбираться в вопросах экономики, юриспруденции, оплате труда, в принятии кадровых решений. И к тому же руководитель должен быть не только компетентным управленцем, но и открытым и объективным человеком. С этого года мы перешли на эффективный контракт. Для справедливой оценки труда каждого нужны объективные критерии, чтобы дать каждому дополнительный стимул, материальную мотивацию к качественной работе. У коллектива больницы есть большой практический и творческий потенциал и есть стремление расти, добиваться большего. Ведь здоровье детей для нас – превыше всего. По мере своих сил и возможностей мы стремимся нести свет в их жизнь.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Москва.

Проблемы и решения

Обезболивающие стали доступнее

Однако далеко не все терапевты решаются выписывать их онкологическим больным

Доступность обезболивающих средств и психотропных веществ для онкологических больных и оказание паллиативной медицинской помощи стали основными темами на заседании Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере.

Цепочка упрощена

В 2014 г. городской комиссией по контролю за использованием наркотических средств на предмет их назначения онкобольным проверено 75 амбулаторных медицинских организаций, сообщил первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Николай Потекаев. В дальнейшем при таких проверках будет использоваться информация по поступающим на «всероссийскую горячую линию психологической помощи онкобольным и их близким» заявлениям граждан, предоставленная общественными благотворительными фондами «Вера» и «Подари жизнь». Кроме того, будет запрашиваться информация от родственников больных, получающих наркотические и психотропные средства, о возникающих при обеспечении ими проблемах.

Н.Потекаев напомнил, что сегодня терапевты могут самостоятельно выписывать обезболивающие препараты. «Раньше терапевт должен был направить пациента к онкологу, потом пациент опять должен был вернуться к терапевту. Сейчас мы эту цепочку упростили, – сказал он. – Но до сих пор далеко не все терапевты находят в себе силы выписывать обезболивающие наркотические лекарственные средства. Поэтому нами проводятся специальные обучающие занятия с врачами медицинских организаций».

Проблемы с выдачей наркотических обезболивающих онкологическим больным вызвали в последнее время широкий резонанс как в медицинском сообществе, так и в обществе в целом. В 2014 г. в Москве был зарегистрирован ряд случаев самоубийств онкобольных, причиной суицидов стали, главным образом, невыносимые боли. С начала февраля этого года произошло более 10 аналогичных случаев.

Как сообщил Н.Потекаев, по фактам самоубийств в Москве проведены выборочные проверки медицинских организаций столицы, которые не выявили проблем с обеспечением онкобольных необходимыми препаратами. По словам чиновника, запас обезболивающих увеличен в городе с 3 – до 10-дневного, они могут храниться в сейфе медицинской организации. Необходимый объём обезболивающих аптечные пункты столицы имеют в настоящее время на I-II кварталы.

Ранее министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова также заявила журналистам, что препятствий при выписке наркотических обезболивающих онкобольным сейчас не существует. «Никто не мешает, не препятствует выписке всех необходимых препаратов, обезболивающих в том числе, сильных обезболивающих, наркотических, мы, наоборот, дали такую возможность каждому лечащему врачу... Сейчас все формальные препятствия устранены», – подчеркнула глава Минздрава.

Строго исполнять приказ

Недавно министерство опубликовало разъяснения по поводу приказа, утверждающего новый перечень лекарств, подлежащих предметно-количественному учёту. С 16 августа этого года ряд препаратов должен продаваться строго по рецептам. В новый перечень включена группа сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств. Предметно-количественному учёту подлежат все перечисленные в списке лекарства, независимо от их торгового наименования, если они представлены в препарате в чистом виде или в комбинации с другими веществами, включёнными в перечень отдельно. Комбинированное средство в списке только одно – обезболивающее трамадол (37,5 мг) в сочетании с парацетамолом (препарат залдиар).

Минздрав пояснил, что лекарства, включённые в перечень как наркотические и психотропные вещества, и раньше отпускались по рецептам формы № 148-1/у-88, так же, как и комбинированные лекарственные средства (третий перечень). Сейчас министерство вводит их учёт.

А вот лекарства 2-й группы (сильнодействующие и ядовитые), которые до сих пор отпускались по рецепту, выписанному на рецептурных бланках №107-1/у («обычных» рецептах, не подлежащих учёту), теперь должны продаваться только по рецептам формы № 148-1/у-88.

Коснулся приказ и некоторых гормональных препаратов, содержащих даназол (синтетический андроген, применяемый для лечения эндометриоза, доброкачественных опухолей молочной железы, первичной меноррагии, первичного преждевременного полового созревания, гинекомастии), гестринон (андроген, применяется для лечения эндометриоза, вызывает атрофию эндометрия). А также препараты для лечения ожирения, содержащие сибутрамин в чистом виде (голдлайн, линдакса, меридиа, слимия). В то же время препарат редуксин не попал под действие приказа, так как содержит ещё один активный компонент – микрокристаллическую целлюлозу.

Перечень будет пополняться, если Минздрав получит соответствующие просьбы, пообещала директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий министерства Елена Максимкина. В регионы разосланы информационные письма, разъясняющие порядок работы по новому приказу. Просьба – строго его соблюдать. Прежний перечень, действовавший с 2005 г., отменён.

Количество паллиативных коек увеличится

На заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере были подняты также вопросы о подготовке медработников для оказания паллиативной медицинской помощи и о медицинской и социальной реабилитации пациентов с нервно-мышечными заболеваниями. По данным Минздрава России, в 2015 г. в рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» планируется увеличить количество коек для оказания этой помощи до уровня не менее 1,7 койки на 100 тыс. населения.

Между тем, как отмечалось на онлайн-совещании в Общественной палате РФ, в России сегодня только детей в паллиативной помощи нуждается, по неофициальным данным, 42 тыс. человек. Не зря директор детского хосписа в Санкт-Петербурге протоиерей Александр Ткаченко предложил создать федеральный и региональные реестры таких детей, чтобы, исходя из этих данных, понимать, сколько хосписов необходимо тому или иному региону. По его мнению, специализированные центры для оказания паллиативной помощи должны создаваться путём государственно-частного партнёрства. Пока эта проблема решается лишь предоставлением коек в обычных больницах.

«Нужно учитывать, что дети нуждаются не только в оказании медицинской помощи, но и в образовательном процессе, также требуется вовлечение в процесс органов социальной защиты, потому что поддержка нужна и родителям», – подчеркнул отец Александр. Он отметил, что в 60 регионах инициативные группы уже создают стационары и выездные службы паллиативной помощи.

Как заявил руководитель аппарата Общественной палаты РФ Сергей Смирнов, палата пригласит и выслушает представителей хосписов, Минздрава, пациентских организаций, родительского сообщества, «чтобы как можно глубже понять проблему и уже после этого сможем выработать чёткие рекомендации и инициативы, которые обязательно направим в профильные органы власти». Но вначале необходимо провести широкие общественные слушания.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Перспективы

Денег много, но надо больше

В частности, на программу по поддержке сельской медицины

Министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин отчитался перед профильным комитетом регионального Законодательного собрания об итогах работы ведомства в 2014 г. и приоритетных направлениях на 2015 г.

Для откровенного разговора об успехах и проблемах в медицинской отрасли законотворцы пригласили также главных врачей ведущих лечебных учреждений края. Это обсуждение, сообщает Минздрав, стало подготовкой к предстоящему на уровне губернатора Красноярского края совещанию о корректировке регионального бюджета.

По информации Вадима Янина, в минувшем году на реализацию государственных программ в сфере здравоохранения Красноярского края было направлено 55 млрд 300 млн руб. На фоне такой вполне безбедной финансовой жизни отрасль, тем не менее, старалась оптимизировать свои расходы. В частности, в прошлом году проводилась реорганизация лечебной сети, которая затронула судьбу 29 учреждений здравоохранения. Как подчеркнул министр, ни одно из них закрыто не было, изменились лишь статус и подчинённость, в итоге доступность медицинской помощи для населения не снизилась и даже, напротив, стала выше.

Начало выполнения операций по пересадке почки в краевой клинической больнице и завершение реконструкции части корпусов краевого онкологического диспансера – также работа на повышение доступности медицинской помощи жителям региона, в данном случае специализированной и высокотехнологичной.

Что касается социальной защищённости самих красноярских медработников, по информации министра, сегодня средняя зарплата у врачей 48,7 тыс. руб., у среднего медперсонала – 27 тыс., у младшего – 16,8 тыс. руб.

На чём можно сэкономить в текущем году? Вопрос непростой в принципе, а для здравоохранения – особенно, учитывая и необходимость повышения заработной платы сотрудникам, и завершение строительства новых объектов, и высокую зависимость российской медицины от зарубежных производителей. Поэтому урезание расходов на любое из направлений не будет безболезненным, тем более что в приоритетах Минздрава Красноярского края, названных его руководителем, нет ничего необязательного, факультативного. Поэтому не экономить надо, а прибавлять денег отрасли.

Так, в 2015 г. продолжается строительство новых корпусов онкологического центра. Запланирована совместно с ФМБА реализация уже начатых проектов в области ядерной медицины. Далее, Красноярский край вошёл в федеральную программу строительства перинатальных центров, адреса строек – города Ачинск и Норильск, причём строить надо не от нечего делать, а в связи с большой назревшей потребностью.

По-прежнему острым остаётся кадровый вопрос в здравоохранении Красноярского края. Министр поведал депутатам Законодательного собрания, что в рамках программы «Один миллион для земского врача» за 4 года в отрасль пришел работать 251 доктор разных специальностей. Однако вакансий ещё столько, что сворачивать программу сейчас никак нельзя.

На вопрос народных избранников, возникла ли в связи с кризисом потребность в дополнительном финансировании строительства перинатальных центров, Вадим Янин ответил: на начало года не хватало 1 млрд руб., и в основном рост затрат был вызван увеличением стоимости импортного медицинского оборудования. Однако к настоящему времени решение найдено: перечень закупок будет пересмотрен в пользу продукции, которая производится в странах Таможенного союза.

Что касается 6-миллиардного дефицита территориальной программы госгарантий, то, как сообщает Министерство здравоохранения Красноярского края, «работа в этом направлении ведётся, в том числе с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования». Добавит ли денег на медицину региональный бюджет, станет известно уже в ближайшие дни. Во всяком случае, представители высшего органа законодательной власти края отнеслись к информации министра с пониманием.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Авторитетное мнение

Алкоголизация страны – наша головная боль

Она требует широкого использования зарубежного опыта

По сообщению информационных агентств, со ссылкой на вице-премьера Александра Хлопонина, российское правительство планирует создать рабочую группу по снижению потребления алкоголя в стране. Прокомментировать это мы попросили врача-нарколога, профессора кафедры психиатрии и наркологии ММА им. И.М.Сеченова доктора медицинских наук Юрия СИВОЛАПА.

– Юрий Павлович, в последние годы, по данным Минздрава России, уровень алкоголизации населения у нас в стране пошёл на убыль. Так ли это, и чем тогда вызвана необходимость создания отдельной группы при правительстве для борьбы с проблемой?

– Качественный мониторинг потребления алкоголя в стране никогда не проводился. К сожалению, официальная статистика и данные Министерства здравоохранения не учитывают реальный уровень алкоголизации населения в России (методика оценки достаточно сложна и несовершенна, достоверных исследований почти нет). Так, по данным официальной статистики, производство и продажа официально продаваемого алкоголя снизились, однако производство нелегального алкоголя в 2014-2015 гг. выросло, поэтому говорить о том, что алкоголизация населения снижается, было бы некорректно. Об этом как раз свидетельствует данное решение правительства.

– Как, по вашему мнению, повлияло на ситуацию решение об уменьшении стоимости алкоголя, в частности водки? Какие меры вам кажутся более действенными: фискальные (т.е. удорожание алкоголя, увеличение акцизов, запреты на продажу в общественных местах, ограничение времени продажи и запрет продавать ночью) или методы разъяснения и убеждения?

– Наиболее эффективно – прямое ограничение доступа к спиртным напиткам с помощью фискальных инструментов: высокая цена, ограниченное время продаж, ограниченное количество магазинов, имеющих лицензию на продажу алкоголя, неотвратимость наказания за нарушение правил продажи, например продажу алкоголя несовершеннолетним. Наряду с этим крайне важно запретить рекламу! Но нужны и другие меры – пропаганда умеренного употребления алкоголя, а в некоторых случаях – и пропаганда жизни без алкоголя.

Хотелось бы особенно отметить, что колоссальные перспективы в решении проблемы могут быть получены при изменении существующих подходов к терапии, а именно – появления для всех желающих и нуждающихся возможности получения квалифицированной консультативной и терапевтической помощи со стороны врачей общей медицинской практики и других специалистов (кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов, неврологов и т.д.).

К сожалению, в настоящий момент по существующим нормативным документам только психиатр-нарколог имеет право оказывать помощь пациентам, у которых имеются проблемы с алкоголем. Тогда как в европейских и других странах эту помощь может оказывать врач любой специальности, и это благотворно отражается на эффективности терапии, конструктивно способствуя решению проблемы.

Мне кажется, в данном случае мы крайне недостаточно используем зарубежный опыт (хотя, разумеется, и там не всё идеально, но целесообразность его адаптации для наших реалий – очевидна).

– Назовите, пожалуйста, примеры удачной работы в данном направлении.

– Страны, в которых разумная алкогольная политика привела к весьма впечатляющим успехам, – Финляндия и Швеция.

– Может ли человек сам оценить, насколько у него велик риск развития алкоголизма?

– Для этого существует ряд доступных тестов. Например, достаточно простой экспресс-тест CAGE, который с высокой долей вероятности отвечает на вопрос, имеется ли избыточное (рискованное) потребление алкоголя и вероятность алкоголизма, а также нужна ли медицинская помощь в преодолении пагубной привычки.

При этом, конечно же, диагноз «алкоголизм», как, впрочем, и любой другой, может устанавливаться только врачом. Задача тестов – насторожить человека! Поэтому их всё чаще медики рекомендуют сомневающимся пациентам, зная, что те рано или поздно, осознав глубину проблемы наедине с самим собой, к ним вернутся.

– И несколько слов о лечении. Из поколения в поколение передаётся молва о чудодейственных народных средствах, которыми можно излечить больного даже без его ведома, подсыпав в еду или напитки. Рекламу современных подобных снадобий то и дело можно встретить в прессе. Не может получиться так, что человек сам себя протестировал, а потом и вылечил? Или это исключено?

– Во-первых, лекарственные средства, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения для лечения алкогольной зависимости, как и любые серьёзные лекарственные препараты для лечения любых болезней, как известно, рекламируются только в специализированных изданиях для медиков.

Во-вторых, любой уважающий себя врач ответит: применение снадобий и не имеющих статус фармакологических лекарственных средств веществ, да ещё и без ведома человека (больного) – это мошенничество.

Отсутствие в нашей стране уголовной ответственности (или минимальное наказание) за их рекламу и продажу по-прежнему наносит большой вред и больным, и их родственникам (а в итоге – и нам, медикам, вынужденным порой бороться с последствиями такого лечения), так как при этом отсутствует необходимый лечебный эффект, происходит прогрессирование заболевания, возникают и пагубные последствия для здоровья – осложнения, а иногда и летальный исход.

Больные нуждаются в квалифицированной помощи с применением одобренных в мире и в нашей стране доказанно эффективных и безопасных лекарственных средств, а также в соответствующих терапевтических методиках.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Ситуация

Лучше работать с фактами!

Предоставленные же экспертами ОНФ сведения вызывают сомнения

Заместитель председателя правительства Ярославской области Ростислав Даниленко назвал некорректными заявления экспертов фонда «Здоровье», которые выступили с критикой регионального здравоохранения на конференции ОНФ. В беседе с журналистами он опроверг практически все сведения, изложенные членом Центрального штаба ОНФ Эдуардом Гавриловым.

Народный фронт упрекнул чиновников областного правительства в недостаточно высоких темпах снижения смертности. По данным ОНФ, в регионе этот показатель на 18,7% выше, чем в среднем по России, и на 13,8% выше, чем в Центральном федеральном округе. Однако, по словам Р.Даниленко, за последние 5 лет общая смертность в Ярославской области снизилась на 9%, а за один только 2014 г. – на 2%: «В ЦФО по этому показателю мы занимаем 6-е место».

Он также заявил, что данные фонда «Здоровье» о 30%-ном росте смертности от болезней органов дыхания не соответствуют действительности. По итогам прошлого года, от этих заболеваний умерло на 99 человек больше, чем в 2013 г., то есть увеличение смертности произошло на 17,7%. А вот от болезней органов пищеварения в 2014 г. умерло на 17,6% больше, хотя ОНФ приводит цифру 15%.

«Я не знаю, какими данными оперируют эксперты фонда «Здоровье». Мы говорим о данных Росстата. Это не какая-то наша прихоть или прихоть Департамента здравоохранения, а официальные данные», – заявил Р.Даниленко.

Что касается подозрений экспертов фонда о том, что рост смертности от «прочих причин» на 141% обусловлен якобы попытками искусственно улучшить статистику по социально значимым заболеваниям, то, по словам Р.Даниленко, при таких показателях невозможно было бы обеспечить снижение общей смертности на 2%. Вероятнее всего, в перечень «прочих причин» эксперты просто включили все заболевания, которых нет в майских указах президента.

Особое удивление экспертов фонда «Здоровье» вызвал тот факт, что в этом году Ярославская область уменьшает на 16 млн руб. финансирование закупок медицинского оборудования и продолжает сокращение числа больничных коек. Р.Даниленко пояснил, что в период с 2011 по 2013 г. включительно область участвовала в федеральной программе модернизации системы здравоохранения, и за это время на закупку оборудования было потрачено более 1 млрд руб.

«С 2014 г. действие этой программы прекратилось, однако сейчас наша область участвует в федеральной программе профилактики распространения туберкулёза».

Что касается сокращения коечного фонда, начавшегося в Ярославской области 2,5 года назад, то производится он в рамках «дорожной карты» по реализации указов президента.

«Никто не сократил койки в областной больнице, потому что они загружены. А если, например, в какой-то ЦРБ койки простаивали, то их надо было сокращать. Мы сокращали койки только там, где показатель их работы был меньше 250 дней в году», – прокомментировал Р.Даниленко.

Снижение объёмов госпитализации пациентов, по его словам, произошло вовсе не из-за сокращения числа коек, а в связи с увеличением объёмов стационарзамещающей помощи.

«Зачастую люди совершенно спокойно могут находиться в дневном стационаре, а потом уходить домой. При этом они получают точно такой же объём лечения, – говорит Р.Даниленко. – То есть никакого снижения в оказании медицинских услуг населению не произошло».

Кроме того, госпитализация в дневной стационар вовсе не означает, что сельским жителям приходится ежедневно ездить в областную больницу – как говорят эксперты ОНФ. В регионе есть центральные районные больницы, которые оснащены всем необходимым для того, чтобы лечить людей в дневном стационаре. А уж если пациента по каким-то причинам переводят в областную больницу, то здесь речь может идти только о госпитализации.

Ещё одним поводом для критики со стороны ОНФ стало отсутствие рейтингов больниц и поликлиник на их официальных сайтах. Но их там быть и не должно, а вот на официальном сайте Департамента здравоохранения они публикуются с 2011 г. – их легко найти в разделе «Деятельность».

По словам Р.Даниленко, вызывает недоумение и опубликованный ОНФ перечень больниц, которые остро нуждаются в ремонте. В частности, эксперты фонда говорили о больнице № 2 им. Н.И.Пирогова в Рыбинске и областной онкологической больнице. Однако в рыбинской больнице № 2 ещё в прошлом году по программе профилактики дорожного травматизма было закуплено оборудование на сумму порядка 60 млн руб., также был проведён ремонт всех операционных. Не отремонтировали там только инфекционное отделение, но эти работы выполнят в этом году. Что касается ремонта онкологической больницы, то Р.Даниленко пригласил специалистов ОНФ посетить это медучреждение вместе с чиновниками облздрава, чтобы вместе посмотреть, где именно необходим ремонт.

Из всего доклада ОНФ Р.Даниленко согласился лишь с тем, что в Ярославской области пока не работает система электронной регистратуры.

В завершение беседы Р.Даниленко заявил, что готов к любым дискуссиям с представителями ОНФ и приветствует критику, однако лишь в том случае, если эта критика является объективной.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 27 (1879)

Терапия инфликсимабом при тяжёлом нейротуберкулёзе

1-я больная. Женщина, 60 лет (ВИЧ-статус отрицательный), обратилась по поводу лихорадки, рвоты и спутанности сознания в течение последней недели с последующим прогрессирующим изменением личности.

При поступлении у неё отмечались задержка мочеиспускания, левосторонний паралич взора и подошвенный рефлекс. На МРТ головного мозга выявлены лептоменингеальное усиление и отёк мозговых извилин с небольшой гиперинтенсивностью Т2-кортикального сигнала в правой фронтальной доле, характерные для менингоэнцефалита. Культуральное исследование спинномозговой жидкости дало рост Mycobacterium tuberculosis. Была назначена противотуберкулёзная терапия изониазидом, рифампицином, этамбутолом и пиразинамидом плюс дексаметазон.

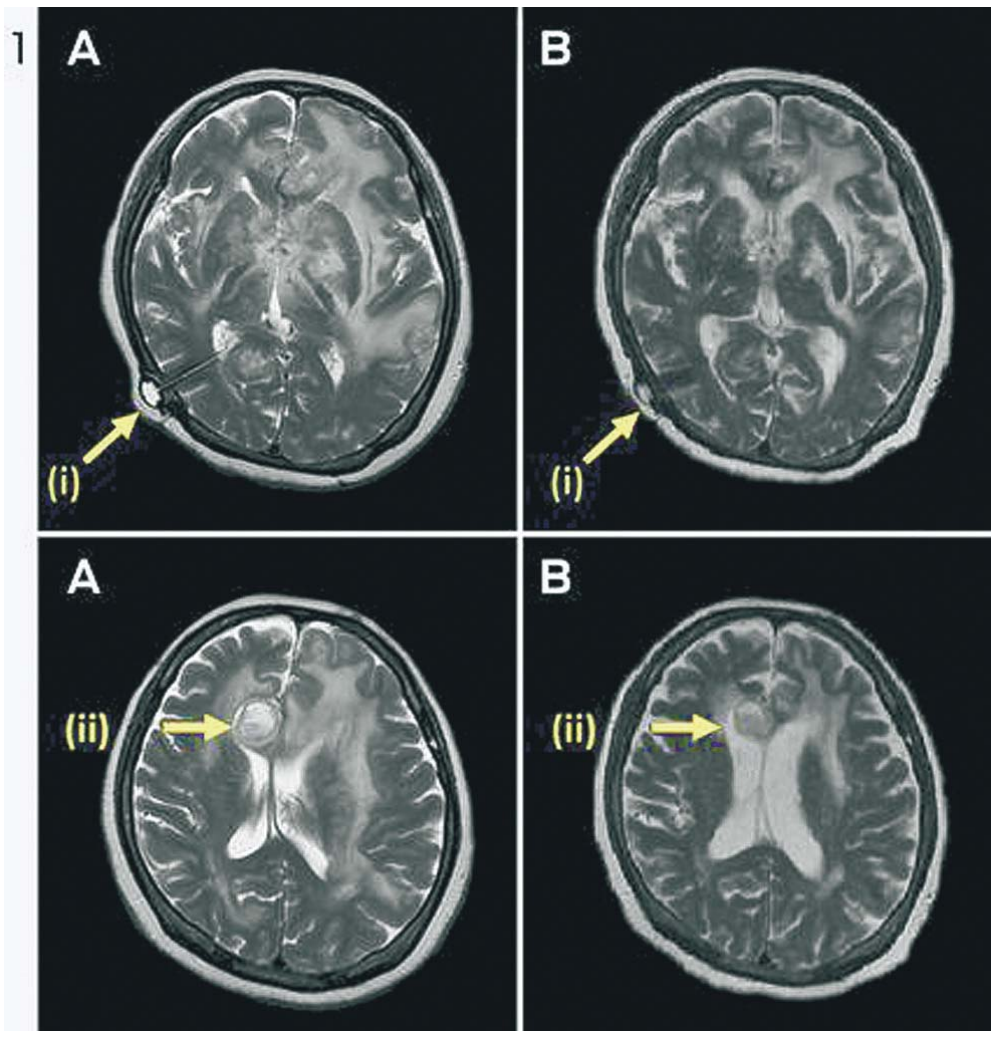
Через неделю в спинномозговой жидкости микобактерии не обнаружено. В течение последующего месяца у больной продолжались лихорадка и колебания нарушения сознания. Высокое давление спинномозговой жидкости вентрикулоперитонеального шунтирования.Через 3 месяца противотуберкулёзной терапии МРТ выявила наличие многочисленных гранулём, микроабсцессов и инфарктов. Состояние больной не улучшалось, несмотря на продолжение лечения дексаметазоном. Через 5 месяцев на МРТ было отмечено увеличение размеров и количества гранулём вместе с нарастанием отёка и смещением средней линии (рис. 1А). Была сделана попытка дать тройную дозу инфликсимаба 10 мг/кг, что привело через месяц к значительному улучшению в неврологическом статусе и радиологической картине (рис. 1В). Восстановились движение конечностей, спонтанное открывание глаз и способность артикулировать слова. По завершении 2-месячного курса 4-компонентной терапии было продолжено лечение изониазидом и рифампицином в течение 10 месяцев с постепенным улучшением состояния. У больной оставался небольшой левосторонний когнитивный дефицит, что потребовало некоторой помощи для поддержания ежедневной активности.

2-я больная. Женщина, 32 лет (ВИЧ-статус отрицательный), обратилась по поводу делирия и боли в спине. На рентгенограмме грудной клетки – картина милиарного туберкулёза. КТ головного мозга не выявила ничего примечательного.

Молекулярное исследование спинномозговой жидкости было положительным на M.tuberculosis. Культуральное тестирование спинномозговой жидкости, крови и мазка из гортани показало наличие M.tuberculosis. Было начато лечение изониазидом, рифампицином, этамбутолом, пиразинамидом и преднизолоном в дозе 50 мг. Через месяц терапии у больной появилась головная боль при отмене преднизолона. МРТ показала множественные увеличенные узелки в спинномозговой жидкости с лептоменингеальным накоплением, избыточным поражением в правой части мозжечка. Культуральное исследование спинномозговой жидкости было отрицательным.

Доза преднизолона увеличена до 60 мг, эффект слабый, поэтому препарат был заменён на дексаметазон по 12 мг/день. При постепенном снижении дозы препарата через месяц у больной развилась диплопия. На МРТ были выявлены туберкулёмы с нарастающим отёком (рис. 2А). Дозу дексаметазона пришлось вновь повысить до 12 мг/день. После 3 месяцев терапии у больной появились признаки гидроцефалии, что потребовало шунтирования. В последующие недели произошла потеря периферического зрения. Спустя 4 месяца противотуберкулёзной терапии было начато лечение инфликсимабом. Доза стероидного препарата постепенно снижалась в течение следующей недели без ухудшения клинической картины болезни, и больная была выписана из больницы.

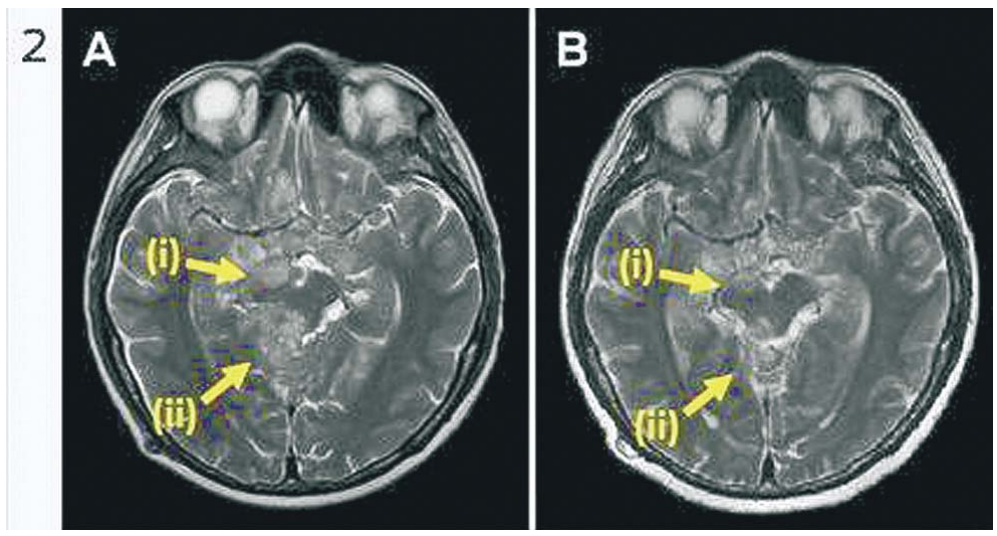
Месяц спустя при МРТ было отмечено умеренное улучшение (рис. 2В). При лечении инфликсимабом в течение последующих 6 недель произошло разрешение зрительных нарушений. Лечение 4 противотуберкулёзными препаратам было завершено через 2 месяца. В последующие 10 месяцев она получала изониазид и рифампицин. Течение болезни осложнилось судорожными припадками на 8 месяцев лечения, что потребовало проведения противосудорожной терапии. В дальнейшем произошло полное неврологическое выздоровление.



Томограмма головного мозга 1-й больной до лечения инфликсимабом (А) и после (В). Первый столбец показывает место расположения внешнего желудочкового дренажа (i) и уменьшение числа гранулём (ii). Второй столбец показывает уменьшение размера большой туберкулёмы (ii), уменьшение сосудистого отёка и смещение срединной линии

Парадоксальная реакция при туберкулёзе в виде ухудшения течения болезни на фоне противотуберкулёзной терапии обычно наблюдается, несмотря на улучшение микробиологических анализов. Это может представлять собой воспалительную реакцию с высвобождением антигена из убиваемых противотуберкулёзными препаратами туберкулёзных бацилл. Подобное обострение болезни можно наблюдать у лиц с ВИЧ-инфекцией, когда начинают лечение противовирусными препаратами. Такая парадоксальная реакция может проявляться новыми лёгочными процессами или лимфаденопатией. Она может представлять угрозу для жизни, особенно у больных с нейротуберкулёзом, леченных высокими дозами кортикостероидов. Но в упорных случаях, как показывают некоторые сообщения, успешным может оказаться лечение блокаторами фактора некроза опухоли-α.

У обеих больных с тяжёлым нейротуберкулёзом отмечалась парадоксальная реакция на дексаметазон, которая была значительно смягчена после назначения анти-ФНО-α антитела инфликсимаба. До этих двух случаев было только одно сообщение о терапевтическом применении инфликсимаба по поводу парадоксальной реакции при туберкулёзе у больного без предшествовавшей терапии антагонистом ФНО-α. Данный опыт, считают авторы, добавил показаний к применению этого безопасного и эффективного препарата у больных с рефрактерной к стероидной терапии парадоксальной реакцией при туберкулёзе. В единственном сообщении о больном с нейротуберкулёзом, рефрактерным к стероидной терапии, без эффекта применяли циклофосфамид. Рентгенологическая и неврологическая положительная динамика была отмечена только после назначения инфликсимаба. В данном наблюдении у обеих больных культуральные исследования были негативными вскоре после противотуберкулёзной терапии, что указывало на продолжение болезни, вызванное иммуноопосредованной парадоксальной реакцией, а не неадекватной терапией.



МРТ головного мозга 2-й больной до лечения (А) и через месяц после назначения первой дозы инфликсимаба (В). Уменьшение размера и числа гранулём в правой hemipons (i) и верхняя часть мозжечка (ii)

Эти наблюдения проливают свет на возможность разрушительного действия на ЦНС туберкулёза, что, несмотря на современную терапию, может приводить к перманентной инвалидности или смерти в половине случаев, леченных противотуберкулёзными препаратами. Большая часть смертельных исходов может быть обусловлена воспалительной реакцией. Ключевым воспалительным цитокином является ФНО-α, который играет интегрирующую роль в формировании гранулёмы, содержащей туберкулёзную инфекцию. На экспериментальной модели (мыши) ФНО-α, как было показано, увеличивает проницаемость гематоэнцефалического барьера, что приводит к повышению количества лейкоцитов в спинномозговой жидкости и воспалению. Ослабление воспалительной реакции в ответ на назначение рутинной терапии кортикостероидами у больных с нейротуберкулёзом уменьшает смертность. Однако при развитии парадоксальной реакции результаты лечения довольно низкие, несмотря на кортикостероиды. Растёт доказанность, что назначение анти-ФНО-α играет роль в контроле этого воспалительного ответа, причём без заметного ответа на микробиологические показатели.

Талидомид, потенциальный ингибитор ФНО-α, назначенный двум больным с рефрактерным к стероидам туберкулёзом, дал очевидный положительный эффект. В то время как на кроликах при применении талодомида был получен многообещающий эффект, а также в пилотном проекте при лечении детей с менингитом в рандомизированном испытании отмечен недостаточный эффект или его вовсе не было.

Накоплены данные о роли анти-ФНО-α моноклональных антител инфликсимаб, адалимумаб и растворимого ФНО-α рецептора этанерцепт. Они имеют потенциальные противовоспалительные свойства, хорошую переносимость, но их применение сопряжено с повышенным риском туберкулёза у тех, кто склонен к аутоиммунным болезням. У больных туберкулёзом, получающих антагонисты ФНО-α, наиболее вероятно развитие экстрапульмонального процесса и диссеминации, которые, как указано в некоторых сообщениях, рефрактерны к противотуберкулёзному лечению. Однако, так как опыт с применением этих препаратов растёт, становится очевидным, что недостаточный эффект на парадоксальную реакцию может быть при отмене ФНО-α антагонистов.Так как иммунносупрессивный эффект ФНО-α антагониста ослабевает, восстановление иммунной системы может генерировать интенсивную воспалительную реакцию против микобактерий. Двое больных с рефрактерным к кортикостероидам туберкулёзом были успешно вылечены назначением ФНО-α антагониста.

Таким образом, считают авторы, большие дозы кортикостероидов рекомендуются, но если нет эффекта, следует применять ФНО-α-антагонист – инфликсимаб.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
Medical Journal of Australia (2015).

Зуд как повод для постановки диагноза

58-летняя чернокожая женщина обратилась за медицинской помощью в связи с генерализованным зудом, продолжающимся в течение 2 недель. Кроме того, она сообщила, что испытывает снижение аппетита, слабость, головокружение также в течение 2 недель. За неделю до появления этих симптомов она перенесла лёгкую респираторную инфекцию, которая к моменту появления зуда разрешилась. Диффузный зуд постоянно прогрессировал, мешая сну.

Острая почесуха обычно представляет собой дерматологическую проблему (отмечается у больных с ксерозом, атопическим дерматитом, псориазом, чесоткой или дерматофитозом), но другие причины также следует иметь в виду. Такие, как системные заболевания: почечная недостаточность, болезни печени, тиреотоксикоз, гематологические или лимфопролиферативные состояния, рак, ВИЧ-инфекция, лекарственные, неврологические нарушения. Психогенная причина также возможна.

В анамнезе у больной имели место хронический ринит и полипы в носовых ходах. Две беременности закончились спонтанными выкидышами, две – своевременными родами. Из хирургических вмешательств – перевязка маточных труб. Из лекарств принимала назальный спрей флутиказон. Кроме того, принимала кальция карбонат (600 мг дважды в день) и витамин D (800 IU/день). Подтвердила, что не употребляла НПВП.

Работает на складе одежды. Иммигрировала из Доминиканской Республики в 40-летнем возрасте. Живёт одна, сексуально активна, алкоголь принимает от случая к случаю, никогда не курила и не употребляла запрещённые препараты. Имеет двух взрослых здоровых дочерей. В последнее время не выезжала за пределы страны.

Из данных анамнеза жизни можно предположить наличие у пациентки проблем с почками как возможную причину почесухи. Два спонтанных выкидыша дают основания предполагать системную красную волчанку.

При физикальном исследовании больная выглядела утомлённой, но без признаков дистресса. Температура 36,4°С, пульс 80/мин, АД 130/62 мм рт.ст., частота дыхания 18/мин. При осмотре сыпи выявлено не было. Слизистые оболочки сухие. Ригидности шеи нет. В глотке лёгкая эритема без экссудации и других поражений. Периферические лимфатические узлы без особенностей. Давление в яремной вене 8 см вод.ст. Лёгкие при аускультации чистые. Тоны сердца регулярные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Суставы не отёчны. Неврологический статус без особенностей.

Таким образом, кроме лёгкой гиперемии глотки каких-либо иных признаков инфекции не было, отсутствие сыпи позволяло думать об отсутствии системной причины почесухи.

В биохимическом анализе крови – натрий 129 ммоль/л, калий 4,9 ммоль/л, хлориды 93 ммоль/л, бикарбонат натрия 25 ммоль/л, азот мочевины 43 ммоль/л, креатинин 937мкмоль/л, глюкоза 6,3 ммоль/л, кальций 1,9 ммоль/л. Лабораторный анализ, выполненный за 1 месяц до обращения за помощью, показал нормальные значения электролитов, азота мочевины и креатинина. Общий белок 61 г/л, общий билирубин 24 г/л, альбумин 3,4 мкмоль/л.

Общий анализ крови: лейкоциты 14 200/мм^3, нейтрофилы 47%, моноциты 14%, лимфоциты 37%, эозинофилы 0, гематокрит 38%, тромбоциты 144 000/мм^3. На рентгенограмме грудной клетки отсутствовали затемнения, инфильтраты и признаки аденопатии.

Наиболее обратили на себя внимание повышенные уровни азота, мочевины, креатинина, гипоальбуминемия и гипопротеинемия. Генерализованная почесуха наиболее вероятно была вызвана уремией. Поэтому следующим этапом диагностики было определить, является ли уремия преренальной, ренальной или постренальной. Следовало также оценить водный объём, провести исследование мочи (микроскопия, уровень электролитов и dipstick-тест – анализ мочи с индикаторной полоской), УЗИ почек, чтобы выявить другие возможные причины.

Больная не отмечала у себя изменений в количестве выделяемой мочи. Dipstick-тест показал кровь 1+, белок 3+. Микроскопия мочи выявила 0-3 недисморфических эритроцита и 0-4 лейкоцита в поле зрения. Отмечено наличие восковидных цилиндров, но отсутствие клеточных или гранулярных цилиндров. Уровни натрия в моче – 53 ммоль/л, креатина мочевины – 37 мг/дл, подсчитанной фракционной экскреции натрия – 12%. УЗИ почек: 12-14 см в наибольшем диаметре, обе с увеличенной эхогенностью, но без признаков гидронефроза.

Таким образом, были выявлены значительная протеинурия и восковидные цилиндры, что можно было расценить как наличие у больной собственно почечной болезни, в частности гломерулонефрита.

Хотя у больных с первичной болезнью почек, такой как болезнь с минимальными изменениями, фокальный сегментарный гломерулосклероз и мембранозная нефропатия, присутствует нефротический синдром, приблизительно половина случаев доброкачественного нефротического синдрома или когда уровень экскреции с мочой такой же, как при нефротическом синдроме, вызвана системными болезнями (сахарный диабет – наиболее часто вызывает вторичный нефротический синдром, системная красная волчанка, моноклональные гаммапатии) или они являются постинфекционными (гепатиты В и С и ВИЧ-инфекция). Эти состояния у больной следовало исключить. Кроме того, уровни липидов, исследованные после голодания в течение всей ночи, были как при нефротическом синдроме.

Увеличение почек, по данным УЗИ, исключало хроническое поражение почечной функции, которое типично ассоциируется с малыми размерами этого органа (обычно < 8 см в наибольшем диаметре на сонограмме), но позволяет думать об остром процессе у больной в почках.

В лабораторных анализах крови и мочи были получены следующие результаты: общий холестерин во время голодания 3,9 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л, холестерин высокой плотности 0,7 ммоль/л, холестерин низкой плотности 2,5 ммоль/л и гликированный гемоглобин 5%. Тест на антинуклеарные антитела был положительный в титре 1 : 160, антитела к двуспиральной ДНК, рибонуклеопротеинам (Ro и La) и нуклеарным антигенам (Smith и RNP) были отрицательными, так же как и на антинейтрофильные цитоплазматические антитела и антитела к базальной мембране гломерул. Уровни комплемента (С3, С4 и СН50) были в пределах нормы. Анализы на ВИЧ, HDV, HCV и парвовирус (IgG- и IgM-антитела) дали отрицательный результат, такой же результат был при электрофорезе сывороточного белка и белка мочи. Тест на антистрептолизин О был положительный. Культуральное исследование материала из глотки дало рост β-гемолитического стафилококка (4+).

Результаты серологических исследований позволили исключить несколько вторичных причин острого поражения почек и протеинурии. ВИЧ-ассоциированная нефропатия может оказаться в самом начале ВИЧ-инфицирования до сероконверсии, но данные анамнеза больной не давали основания предполагать у неё риск этой инфекции. СКВ также была маловероятна вследствие низкого титра антинуклеарных антител, отрицательных результатов на выявление других антител, аутоиммунного поражения соединительной ткани. Хотя культуральное исследование материала из глотки было позитивным на антистрептолизин О, в осадке мочи не было признаков нефрита. О нефрите можно было бы думать, если бы болезни почек предшествовала стрептококковая инфекция.

Поскольку у больной был положительным тест на стафилококковую инфекцию, ей был назначен клиндамицин (так как у неё была аллергия на препараты пенициллинового ряда). Диурез у больной был нормальный (800–2000 мл/день). В суточной моче объёмом 950 мл общий белок оказался 22 г, появились отёки на ногах.

Таким образом, у больной был диагностирован нефротический синдром, так как имела место классическая триада: суточная протеинурия > 3,5 г, гипоальбуминемия < 30 г/л и периферические отёки. При нефротическом синдроме у больных отмечается гиперлипидемия. Некоторые патологические состояния могут характеризоваться острым повреждением почек и «нефротической» протеинурией (> 3,5 г/день). Для больных с гломерулопатией, вариантом фокального сегментарного гломерулосклероза типично наличие быстро прогрессирующей почечной недостаточности и большой протеинурии. Болезнь минимальных изменений, ассоциированная с острым тубулярным повреждением, представляет собой другое такое состояние. Тубулярные повреждения принято объяснять ишемией или тяжёлым интерстициальным отёком. У больной в анамнезе нет указаний на применение таких препаратов, как НПВП, диуретики, антибиотики или запрещённые средства, которые могут вызвать указанные выше патологические состояния. Для диагностики показана биопсия почки.

Биопсия почки показала наличие коллапсирующего (collapsing) гломерулонефрита, ассоциированного с острым тубулярным повреждением и лёгким диффузным интерстициальным воспалением. Были также обнаружены минимальные хронические изменения паренхимы почки. Приблизительно треть гломерул находились в коллапсирующем состоянии, фокальная тубулярная атрофия с интерстициальным фиброзом составляла 10% паренхимы. Отмечен также лёгкий фиброз артерий и артериол (рис. 1, 2, 3).

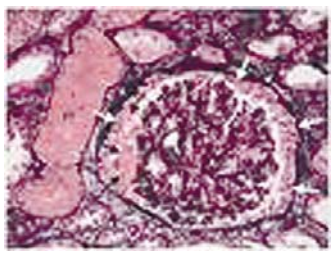


Рис. 1. Биоптат почки больной с коллапсирующим гломерулонефритом

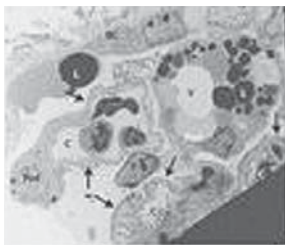


Рис. 2. Электронная микрограмма: поражение гломерулярных капилляров

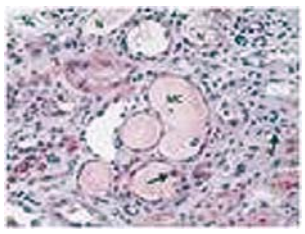


Рис. 3. Электронная микрограмма: тубулоинтерстициальные изменения при коллапсирующем гломерулонефрите

Диагноз коллапсирующего гломерулонефрита у больной подтверждается повышенным уровнем сывороточного креатинина, профузной протеинурией и находками в осадке мочи. Острое тубулярное поражение и интерстициальное воспаление вместе с совпавшими по времени клиническими симптомами и находками на УЗИ вызвали быстрое развитие почечной недостаточности.

После биопсии почек было назначено лечение высокими дозами глюкокортикоидов. Больная была выписана для амбулаторного диализа. Через 2 недели после выписки уровень сывороточного креатинина был 159 мкмоль/л, а суточный диурез составил 2 л. Почесуха постепенно разрешилась. Гемодиализ был прекращён, и доза глюкокортикоидов снижалась до полной отмены в течение нескольких месяцев. У больной продолжалась протеинурия в количестве, соответствующем нефротическому синдрому, что послужило поводом для назначения ингибитора АПФ. АД, измеряемое в амбулаторных условиях, и уровень липидов натощак хорошо отвечали на проводимую терапию. Около 1 года после госпитализации уровень креатинина был 115 мкмоль/л, альбумин сыворотки крови 38 г/л и суточная протеинурия 1,7 г.

Хотя ренальная функция после лечения у больной улучшилась, рецидивы не являются редкостью при коллапсирующих гломерулонефритах. Было показано продолжение наблюдения.

Обсуждение

Заболевание почесухой выявило у больной причину системного характера – уремию. Это привело к диагнозу коллапсирующего гломерулонефрита как причины «нефротической» протеинурии и почечной недостаточности. Эта разновидность гломерулонефрита является одной из немногих причин нефротического синдрома, при котором у больных отмечается тяжёлая протеинурия в комбинации с профузной почечной недостаточностью. Хотя коллапсирующий гломерулонефрит классифицируется как фокальный сегментарный гломерулосклероз, его уникальная клиническая картина и гистологическая характеристика позволяют полагать, что это самостоятельная клинико-патологоанатомическая нозологическая единица. Как степень протеинурии, так и темпы прогрессирования почечной недостаточности более присущи коллапсирующему гломерулонефриту, чем классическому фокальному гломерулосклерозу.

В начале 1980-х годов коллапсирующий гломерулонефрит был относительно частым диагнозом у лиц с ВИЧ-инфекцией (так называемая ВИЧ-ассоциированная нефропатия). В последующем сходная почечная болезнь была описана и у ВИЧ-отрицательных больных. При коллапсирующей нефропатии гломерулярное поражение часто характеризуется как сегментарный или тотальный коллапс гломерул без склероза или гиалиноза.

Коллапсирующая гломерулопатия имеет отличительную гистологическую картину, которая отличается от таковой при классическом фокальном гломерулосклерозе. Эти изменения суть увеличение эпителиальных клеток гломерул, реабсорбция протеиновых гранул в эпителиальных клетках, коллапс капилляров и сморщивание базальной мембраны гломерул. Эти изменения гломерул сопровождаются наличием больших тубулоинтерстициальных поражений – дилатация тубул, микрокисты, наполненные гиалиновыми цилиндрами, признаки острого тубулярного поражения и активный интерстициальный нефрит. Пролиферативный компонент гломерулярных поражений может затруднить дифференциацию этой болезни от гломерулонефрита с полулуньями.

Подобно другим гломерулонефритам коллапсирующий гломерулонефрит может быть идиопатическим или вторичным. Наиболее часто распознаваемой причиной была ВИЧ-инфекция. Другие причины – инфекция (парвовирус В19, цитомегаловирус и HCV6), лекарства (бисфосфонаты, интерферон-α, вальпроевая кислота), аутоиммунные болезни (СКВ), тромботические микроангиопатии и гематологические нарушения (гемофагоцитный синдром). Хотя патогенез коллапсирующего гломерулонефрита остаётся неясным, предполагается, что он может быть результатом дисрегуляции клеточного цикла подоцитов после прямого повреждения (например, вирусная инфекция) или от стимуляции цитокинов, продуцируемых во время иммунной активации.

Частота коллапсирующего гломерулонефрита остаётся неизвестной. Ни пол, ни возраст не являются очевидными факторами в развитии болезни, не ассоциированной с ВИЧ-инфекцией. Предполагается, что варианты гена APOL1 помогут предрасполагать лиц африканского происхождения к коллапсирующему гломерулонефриту, но чтобы подтвердить это, необходимы дальнейшие исследования.

Лечение больных коллапсирующим гломерулонефритом – сложная проблема. Прогноз неблагоприятный. Лечение глюкокортикостероидами – наиболее часто применяемое лечение с переменным успехом. Данные, оправдывающие их применение, ограничены небольшими сериями наблюдений. Роль других иммуносупрессоров в лечении рефрактерных случаев коллапсирующего гломерулонефрита остаётся неясной. Лечение также включает контроль АД, суточного диуреза, уровня сывороточных электролитов и липиднижающую терапию. Коллапсирующий гломерулонефрит может рецидивировать или возникать вновь после трансплантации почек.

Отмеченные у обсуждаемой больной профузная протеинурия, повышение уровня креатинина и быстро прогрессирующая почечная болезнь – всё характерно для коллапсирующего гломерулонефрита. Этой болезни может предшествовать вирусная инфекция.

Георгий РУДИН.

По материалам New England Journal of Medicine.

Вехи

Видит око глубоко

95 лет КГМА и 20 лет кафедре профессора Александра Чугунова – основателя эндоскопической хирургии Поволжья

Профессор А.Чугунов

В эти апрельские дни Казанская государственная медицинская академия отмечает 95-летний юбилей, и наше издание вновь вспоминает великие имена тех, кто стоял у истоков здравоохранения Татарстана, и тех, кто продолжает трудиться. В настоящее время поистине непререкаемым авторитетом отечественной медицины является заведующий кафедрой эндоскопии, эндоскопической и общей хирургии КГМА, заслуженный деятель науки Республики Татарстан, лауреат Государственной премии РТ в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор Александр Чугунов. Его ещё называют основоположником лапароскопической хирургии в Поволжском регионе, а первая лапароскопическая холецистэктомия была проведена им 3 октября 1991 г. А уже в 1995 г. в связи с повсеместным развитием эндоскопической и малоинвазивной хирургии в КГМА была создана первая в России кафедра эндоскопической хирургии. В канун юбилея с профессором Александром ЧУГУНОВЫМ встретилась наш корреспондент доктор медицинских наук Наиля САФИНА.

– Александр Николаевич, вас по праву считают продолжателем традиций школы самого Александра Вишневского…

– Да, наша кафедра сохранила и развивает творческое наследие основоположника казанской хирургической школы Александра Васильевича Вишневского. Он окончил медицинский факультет Казанского университета в 1899 г. и до 1934 г. руководил факультетской хирургической клиникой в Казани.

В этот день я, конечно, не могу не вспомнить об отце, Николае Ивановиче Чугунове, который поступил в Казанский мединститут в 1937 г., но окончить его не успел. В 1941-м, не доучившись один год, он был призван в армию. На фронт попал в самое драматическое время, в июле 1942 г., когда немецкие войска рвались к Волге. В качестве полкового врача, а в последующем – дивизионного врача прошёл Сталинградскую битву, Курскую дугу, форсирование Днепра, взятие Измаила и освобождение Болгарии. В 20 лет – уже майор и заместитель командира дивизии по медицинской части! Когда в 1946 г. отец, будучи в звании гвардии майора, вернулся в Казань, то, кроме гвардейского значка, его грудь украшали боевые ордена Красной Звёзды и Отечественной войны I и II степени, медали «За оборону Сталинграда» и «За победу над Германией». Уже в мирное время к ним прибавился орден Трудового Красного Знамени.

– То есть вы ещё и продолжатель школы Николая Чугунова?

– Мама тоже была яркой личностью. В 1943 г. после окончания Казанского мединститута она отказалась от аспирантуры и ушла добровольцем на фронт, причём всем на удивление. Ведь её предки и родственники были голубых кровей – среди них были и духовенство, и участники Гражданской войны на стороне белых. Но она так решила и, как оказалось, поехала на фронт навстречу своей судьбе. Это была любовь с первого взгляда!

В последующем мама, известный в республике акушер-гинеколог, преподавала в Казанском ГИДУВе. Дядя матери, Виктор Константинович Меньшиков, был великолепным детским врачом, профессором, заведующим кафедрой педиатрии мединститута. После его смерти детская клиника, которую он возглавлял в течение 46 лет, была названа его именем – клиника Меньшикова.

Папа же, ученик известного хирурга Ивана Владимировича Домрачева, благодаря великолепным организаторским способностям практически с нуля построил больницу – одну из лучших в Татарстане. 40 лет проработав главным врачом РКБ-2, он вырастил смену, которая сохранила традиции заботы о людях.

– Вы по определению не могли не продолжить такую славную родословную. На сегодняшний день вы не просто профессор и заведующий кафедрой, каких, скажем, немало, а основатель целого направления – эндоскопической хирургии. Чем живёт ваша кафедра в настоящее время?

– Повседневная работа кафедры – это малоинвазивные технологии в хирургии и эндоскопии. На кафедре проводятся следующие циклы повышения квалификации – «Диагностическая и лечебная эндоскопия» (ОУ, 144 часа), «Эндоскопия» (ПП, 576 часов), «Эндохирургические вмешательства в хирургии» (ОУ, 288 часов), «Эндоскопическая хирургия» (ТУ, 144 часа). С 1 сентября 2014 г. на базе нашей кафедры открылся курс профессиональной переподготовки «Пластическая хирургия» объёмом 576 часов. Руководитель цикла – заведующий отделением микрохирургии кисти Республиканской клинической больницы, президент Общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов Татарстана, главный специалист по пластической хирургии Приволжского федерального округа, профессор Андрей Алексеевич Богов. На кафедре проходят обучение врачи не только Приволжского округа, но и других областей России. Преподаватели кафедры приглашаются на рабочие места в регионы страны для проведения показательных операций. Внедрена методика дистанционного обучения иногородних слушателей. Вообще, надо сказать, обучение на кафедре по специальности «эндоскопия» пользуется большим спросом. Очень перспективное направление в обучении курсантов – работа на тренажёрах, которая является наиболее результативной формой в усвоении практических навыков.

Этот год является юбилейным и для кафедры – нам исполнилось 20 лет. В 1997 г. с приходом на кафедру профессора В.Муравьёва стало возможным введение в учебный процесс курса гибкой эндоскопии, а в дальнейшем и второй специальности преподавания – эндоскопии. С 2000 г. кафедра стала носить название «эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии». В сфере малоинвазивной хирургической гастроэнтерологии основным направлением лечебной и научной деятельности является совершенствование эндоскопических методов диагностики и лечения плановых и экстренных хирургических заболеваний брюшной полости. Конкретная задача в этой области – разработка методов лечения больных с экстренными заболеваниями желчевыводящих путей при наличии у них повышенного операционного риска. К тому же применяем новые методы малоинвазивной хирургии при минимальном пневмоперитонеуме. Также нами предложена усовершенствованная конструкция лапаролифта, которая позволяет успешно выполнять лапароскопические операции у пациентов высокого операционного риска, не прибегая к созданию напряжённого пневмоперитонеума. Внедрение указанных разработок снизило риск послеоперационных осложнений, сократились сроки госпитализации пациентов.

Одним из направлений научной деятельности кафедры являются хирургия надпочечников и лечение ожирения, внедрённые в клиническую практику профессором Л.Славиным. Учитывая особую актуальность хирургии грыж, в последние годы стала разрабатываться методика малоинвазивных и аутопластических способов закрытия гигантских вентральных грыж. Разработаны схема подготовки этих больных к операции и методика выбора способа пластики.

Сотрудниками кафедры в 2003 г. впервые в России выполнена и внедрена в клиническую практику бесшовная герниопластика по Трабукко при грыжах передней брюшной стенки. В последние годы для лечения заболеваний органов брюшной полости используется методика трансумбиликальной однопортовой лапароскопии.

– В эти праздничные дни хочется особо подчеркнуть достижения кафедры, тем более, что их немало…

– Ещё в 2004 г. мы в составе коллектива единомышленников стали лауреатами государственной премии Республики Татарстан за работу «Разработка и внедрение в клиническую практику новых инструментов, оборудования и методов эндохирургического лечения пациентов с заболеваниями внутренних органов в Республике Татарстан». Сегодня мы сотрудничаем с российскими медико-инструментальными фирмами по производству эндоскопического оборудования – «Эндомедиум», «Элепс», «ППП», «МФС», занимающих лидирующее положение на современном рынке технологий. Кафедра всегда участвует в работе всероссийских и международных съездов, форумов и симпозиумов. Участие в работе Эндоскопического общества позволило сотрудникам кафедры – профессору В.Муравьёву и доценту А.Иванову – стать призёрами первенства России по эндоскопии в 2013 г. и подтвердить первенство в 2014 г. получением памятного приза «Хрустальный эндоскоп».

Доцент Д.Славин

У нас есть достижения ещё по одной специальности, которая также входит в разряд основных на кафедре, – флебология. Так, в 2010 г. кандидат медицинских наук доцент Дмитрий Александрович Славин выполнил и внедрил впервые в республике эндовенозную лазерную облитерацию при варикозной болезни, а на сегодняшний день провёл более 500 подобных операций.

Ещё в 2004 г. им был выигран конкурс, организованный при поддержке правительства Франции (Egide), на получение стипендии и прохождение 3-месячной стажировки по абдоминальной и эндоскопической хирургии в ведущих клиниках Марселя. В 2009–2010 гг. Д.Славин принимал участие в исследовательской программе VEIN CONSULT Program, стартовавшей по инициативе Международного союза флебологов (UIP) и проводимой в России при поддержке Ассоциации флебологов России (АФР). Этот крупномасштабный проект позволил получить представление о современной ситуации с диагностикой и лечением хронических заболеваний вен нижних конечностей в российской и международной клинической практике. В 2011–2013 гг. Д.Славин участвовал в проспективном обсервационном исследовании СПЕКТР по созданию первого в России регистра пациентов с ХЗВ. Это масштабный проект, рассчитанный на 3 года. Его цель – изучение особенностей специализированной флебологической практики для дальнейшего улучшения качества диагностики и лечения пациентов с ХЗВ в Российской Федерации. В исследовании приняли участие 36 флебологов более чем из 20 городов нашей страны. В 2013–2014 гг. Д.Славин работал в международном исследовании Vein Act Program, посвящённом изучению эффективности консервативных методов лечения хронических заболеваний вен. Vein Act Program проводится под эгидой Европейского венозного форума, в котором принимают участие 8 стран Европы.

– Очень приятно, что вы хвалите своих сотрудников. Это качество дано далеко не каждому руководителю. Такая же черта, говорят, была присуща и Николаю Ивановичу Чугунову. Настало время спросить об изобретениях, которые навсегда увековечили вашу фамилию в хирургии – ложка-манипулятор Чугунова, игла для ушивания троакарных ран по Чугунову, или шуточное «Чу-Зингер» и, наверное, многое другое, чего я не знаю. Вы – хирург-изобретатель?

– Самые разнообразные инструменты, предназначенные выполнять, казалось бы, даже несложную процедуру, создаются производителями медицинского оборудования в тесном сотрудничестве с хирургами. При этом, как правило, принимаются в расчёт практически все рекомендации и пожелания врачей. Ну, а я и мои сотрудники, конечно, работаем в направлении создания условий гарантированно безопасного оперативного вмешательства через точечные проколы тканей, без широкого рассечения покровов под контролем видеомонитора.

– Александр Николаевич, «МГ» желает вам лично и вашей кафедре и дальше прославлять хирургическую службу Татарстана.

Казань.

Врач и пациент

Горячее оружие против рака

Общая управляемая гипертермия борется за жизнь

В отличие от гипертермии – патологического состояния организма – лечебная гипертермия является методом терапии, основанным на контролируемом временном повышении температуры тела до 43-44°С. В тканях опухоли это ведёт к тепловому повреждению и разрушению раковых клеток. Вот почему она может бороться с раком, то есть бороться за жизнь пациента. Но пока ситуация такова, что ей приходится бороться и за себя, доказывая свою состоятельность.

Из истории предмета

Упоминания о гипертермии как методе лечения встречаются ещё в индийских аюрведических трактатах X-VIII веков до н.э. Ведь «прикладывание нагретого камня при опухолях в животе» можно расценить как сеанс локальной гипертермии. Практиковали гипертермию со знанием дела и в Древней Греции – именно оттуда пришёл к нам сам термин (от др.-греч. υπερ – «чрезмерно» и θερμη – «теплота» – перегревание).

Если обратиться к веку XX, то считается, что температурная концепция онкологической терапии сформировалась в 30-е годы. К 1935 г. было опубликовано более 100 статей по применению гипертермии при различных заболеваниях, в том числе при лечении рака. А в 1937 г. в Нью-Йорке состоялась первая международная конференция по данной проблеме. Во второй половине века разработку темы продолжил немецкий учёный, приглашённый на работу в СССР, Манфред фон Арденне (кстати, лауреат Сталинской премии). Он установил, что перегрев злокачественных клеток резко увеличивает вероятность их гибели при воздействии лучевой и химиотерапии.

Пионером использования гипертермии в Советском Союзе являлся профессор Белюзек, работавший в Ленинграде. Целая школа гипертермии была создана в Белорусском республиканском онкологическом центре. В России основными центрами лечебной гипертермии являются Нижний Новгород и Новосибирск.

Пик развития гипертермии наблюдался в 80-90-е годы, когда она рассматривалась как кандидат на роль четвёртого базового метода лечения онкологических заболеваний наряду с хирургией, лучевой и химиотерапией. Но из-за отсутствия достаточной доказательной клинической базы ей пока не удалось занять это место.

Тем не менее энтузиасты этого метода работают во многих странах мира, продолжая его усовершенствовать и отстаивать. Есть такие и у нас. В этом году в Цюрихе состоится уже 30-я ежегодная конференция гипертермической терапии и на ней выступят новосибирские учёные. В 2000 г. разработанный ими метод – гипертермическая фармакотерапия – получил Гран-при на XII Всемирном конгрессе анестезиологов в Монреале. Это команда доктора медицинских наук профессора Владимира Шевченко.

Суть вопроса

Разработаны разные способы нагревания организма больного человека до температуры выше максимума обычного термометра, в условиях анестезиологической защиты: электромагнитный, с использованием СВЧ-энергии, а также при помощи обычной горячей воды. Цель у них у всех одна – добиться разогревания внутренних органов до температуры 43-44°С. При этом проявляются важнейшие клинические эффекты:

– гибель злокачественных клеток вследствие индуцируемого некробиоза и апоптоза с одновременной устойчивостью к высоким температурам здоровых клеток;

– чувствительность раковых клеток к химиотерапии увеличивается в 14-20 раз, что позволяет снижать дозы химиопрепаратов, уменьшая их повреждающее действие на здоровые органы и ткани;

– достоверное увеличение защитных сил больного, чего не происходит после химио- и лучевой терапии.

Многолетнее изучение влияния общей управляемой гипертермии на организм больного с онкопатологией позволяет учёным утверждать, что использование высокой температуры принципиально для онкологической практики. Интенсивное тепловое лечение может быть использовано: как противорецидивное после радикального удаления опухоли; как циторедуктивная процедура, направленная на перевод опухоли из неоперируемого состояния в оперируемое; как иммуностимулирующая процедура для обеспечения возможности дальнейшего проведения химио- и лучевой терапии.

Идёт сеанс гипертермии, в центре профессор В.Шевченко

Вынужденный ход

Профессор Шевченко и его коллеги практикуют метод нагревания в воде как самый, по их мнению, физиологичный и безопасный, аргументируя тем, что согревание в воде для человеческого организма – это обычное дело.

Чтобы применять на практике свой метод – общую управляемую гипертермию высокого уровня (43-44°С) с гипертермической фармакотерапией – им пришлось открыть клинику за рубежом, а именно в Болгарии, в Варне, так как «в России использование общей гипертермии в онкологии находится, по ряду причин, в основном субъективных, в зародышевом состоянии» – цитата из тезисов к докладу на очередной конференции Европейского общества гипертермической онкологии.

Почему именно в Болгарии? На этот вопрос Владимир Петрович даёт простой ответ: потому что Болгария – одна из наших близких по духу бывших социалистических республик, а сейчас это страна, развивающаяся по европейским стандартам, в том числе и в лечении.

Не бросая свою основную работу в Новосибирске, профессор Шевченко и врач-анестезиолог кандидат медицинских наук Елена Быкова приезжают в «Международную оздоровительную клинику» в Варну и в тандеме с болгарскими коллегами осуществляют сеансы лечения больных, пожелавших пролечиться данным методом.

Пациента под анестезией помещают в горячую ванну (46°С), где его организм постепенно – со скоростью примерно 1°С за 5 минут – нагревается под строгим контролем работы всех его систем. Пик температуры для каждого больного определяется индивидуально по осциллограмме головного мозга. Достижение верхнего возможного порога согревания влечёт максимальный клинический эффект. На пике температуры вводятся необходимые лекарственные средства, которые также действуют с максимальной эффективностью. Далее следует пассивное охлаждение. На всю процедуру уходит час-полтора. Если состояние больного тяжёлое, он может переночевать в клинике под наблюдением врачей, если нет – он свободен. Рекомендуется курс из 3 сеансов с промежутками между ними, определяемыми индивидуально для каждого.

Приведём конкретную статистику достижений этой группы врачей (цитата из тех же тезисов): «Пролечено 137 онкобольных в возрасте от 16 до 60 лет с различными формами и стадиями заболевания. Чаще всего это были поражения ЖКТ, матки, молочных желёз, а также саркомы и миеломы различной локализации. Температура измерялась в средней трети пищевода и на барабанной перепонке. У всех больных достигнут уровень «биологической переломной точки», который всегда был выше 42,5°С … Точные данные в отдалённые сроки (до 5 лет) удалось получить от 38 больных. Положительный результат зарегистрирован во всех случаях. Полная ремиссия – 10%, частичная ремиссия – 70%, стабилизация процесса – 20%, прогресс заболевания – 0%, смертельных исходов, связанных с применением данной методики, не было».

Отвечая на вопросы корреспондента «МГ», профессор Шевченко говорит:

– Наш метод – это ещё одна возможность добиться успеха в лечении для больных, устойчивых к химиотерапии. …Ограничения у нас есть – мы не берёмся лечить опухоли головного мозга и злокачественные заболевания крови. …Противопоказаниями могут служить те же причины, что и к любой другой операции, так как мы используем наркоз. …Мы не отрицаем традиционные, давно занявшие устойчивые позиции методы лечения рака – хирургию, химиотерапию, лучевую терапию. Мы – за сочетание методов.

Хотя мы ведём речь о применении общей управляемой гипертермии в лечении онкологических заболеваний, специалисты считают, что она может с успехом применяться (и они это делают) и при других серьёзных заболеваниях, как то: ВИЧ-инфекция, гепатит В, бронхиальная астма, гнойно-септические осложнения, устойчивые к антибиотикотерапии. Аргументы просты. При такой температуре активизируется иммунная система и организм сам вступает в борьбу с болезнью. В случае ВИЧ-инфекции, к примеру, наблюдается снижение вирусной нагрузки в 5-10 раз за один сеанс, иммунные показатели возвращаются в нормальные границы. Возможна помощь больным наркоманией – можно остановить её прогрессирование, снимается зависимость наркобольного от дозы.

«Побочный эффект»

Занимаясь серьёзным лечением серьёзных болезней, врачи вдруг обратили внимание ещё на один неожиданный эффект. Хотя почему неожиданный – он так же логически объясним с медицинской точки зрения.

Эффект Конька-Горбунка – этот термин пошёл, понятно, из известной сказки Петра Ершова. Выйдя из бани, да даже и просто из-под горячего душа, каждый из нас замечал, что выглядит свежее и даже как-то моложе. А здесь – при процедуре общей управляемой гипертермии прогревание происходит на более серьёзном глубинном уровне.

– Метаболизм многократно усиливается, – поясняет доктор Е.Быкова. Происходит тотальное очищение организма – сгорают патологические комплексы, парапротеины, олигопептиды. Продукты распада замещаются новыми здоровыми белками, а это строительный материал организма. Своего рода «омоложение» происходит изнутри и, конечно, сказывается и на внешнем виде. Улучшаются тургор, структура кожи.

Другими словами, имеет место санационный эффект. За счёт очищения улучшается кровообращение, человек чувствует себя здоровее и выглядит за счёт этого лучше. В принципе улучшается функционирование органов всех систем, а значит, и общее состояние, качество жизни и работоспособность.

– Наше субъективное ощущение подтвердила однажды наша пациентка, – рассказывает Елена Владимировна. – Женщина в возрасте 50 лет с онкологическим заболеванием, тяжело восстанавливалась после первой процедуры, а после второй вдруг стала получать удивлённые и восторженные комплименты родных и знакомых: «Что с тобой происходит?»

Остаётся сказать: всем бы методам лечения такие побочные эффекты!

Ну а профессор Шевченко подводит итог разговору:

– Пациенты должны иметь право знать весь спектр возможностей лечения своего недуга и выбирать. Благодаря болгарской стороне и нашим учредителям мы можем поддерживать здесь «гипертермический огонёк», стараемся выполнять и практическую часть, и научную, а о результатах будем докладывать на научных конференциях и конгрессах.

Нина АЛЕКСЕЕВА,
спец. корр. «МГ».

Варна – Москва.

Фото автора
и Александры ДРОЗДОВОЙ.

Международная оздоровительная клиника в Варне

Новые подходы

Сказать «нет» слепоте

В Кузбассе врачи исправляют природу и… мировую статистику

С прошлого года офтальмологи Кузбасса начали проводить лазеркоагуляцию при ретинопатии недоношенных не только в Кемерово, но и в Новокузнецке. Это позволило оптимизировать потоки пациентов южных территорий области и ещё более приблизить высокотехнологичную помощь к месту их проживания. Кстати, начиная с 2012 г. за пределы Кузбасса не было отправлено ни одного ребёнка с ретинопатией недоношенных: вся патология лечится в регионе.

В 2014 г. офтальмологи Кемеровской области осмотрели 1636 недоношенных младенцев. Диагноз «ретинопатия» был выставлен 153 из них. В итоге 34 провели лазерное лечение в первые 72 часа от начала прогрессирования заболевания.

Двух детей, у которых всё же началась отслойка сетчатки, прооперировали в отделении витреоретинальной хирургии Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы (КОКОБ). Об отдалённых результатах этого вмешательства можно будет судить года через два. А предварительные врачей обнадёживают.

– Мировые данные свидетельствуют, что определённый процент осложнений, которые могут привести к слепоте, при лечении ретинопатии недоношенных неизбежен, – уточняет профессор кафедры офтальмологии Кемеровской государственной медакадемии Е.Громакина. – По нашим предварительным расчётам, в эту статистику могли попасть до 10 детей. А не попал ни один! Ранняя диагностика и своевременное лечение дали очень хороший результат.

Диагностику проводит офтальмохирург детского отделения КОКОБ С.Клецова

В числе магистральных направлений работы детского отделения КОКОБ можно выделить ещё как минимум два. Одно из них – коррекция врождённой патологии органа зрения. Детские офтальмохирурги постоянно расширяют спектр помощи. В прошлом году, например, к ним поступила девочка с ярко выраженным болевым синдромом, причиной которого была врождённая глаукома. Ранее в таких случаях просто удаляли глазное яблоко. Врачи задумались: а почему бы не полечить глаукому лазером? Попробовали, внутриглазное давление нормализовалось, боль ушла. Даже если этот глаз в перспективе и не будет зрячим, он всё равно будет эстетичнее глазного протеза. Другому ребёнку для нормализации внутриглазного давления поставили клапан Ахмеда, который раньше имплантировали только взрослым. И тоже получили в раннем послеоперационном периоде хорошие результаты.

Детям первого года жизни с врождённой катарактой начали имплантировать искусственный хрусталик. (Прежде после удаления мутного «родного» хрусталика врачи обучали родителей надевать на оперированный глаз 5-6-месячного ребёнка контактную линзу для коррекции зрения). А ребёнку, который родился вообще без глазного яблока, по достижению возраста 3 недель имплантировали... силиконовый шарик. Чтобы орбита глаза не зарастала, и когда мальчик повзрослеет, можно было бы подобрать ему глазной протез.

Наконец, ещё один важный аспект в их работе – профилактика школьной близорукости. К реализации этой программы офтальмологи КОКОБ и офтальмологи Новокузнецка под руководством заведующего кафедрой офтальмологии ГИДУВа профессора В.Савиных приступили осенью 2011 г. (В пилотный проект попали 16 школ из 10 городов и районов Кузбасса). С тех пор они регулярно выезжают в «свои» территории, проводят диагностику зрения учащихся младших классов, выявляют группы риска и детей, уже имеющих проблемы со зрением, назначают лечение и отслеживают изменения в динамике. А кроме того, вовлекают в лечебные и профилактические мероприятия местных медиков, учителей, родителей и самих ребят.

– Наша программа нацелена на то, чтобы затормозить прогрессирование заболевания у тех, кто уже приобрёл его, и предупредить массовое появление новых случаев, – поясняет главный детский офтальмолог области С.Денискина. – Ну и конечно, мы стремимся привлечь к проблеме близорукости внимание всего общества. Если не сделать этого сейчас, в скором будущем офтальмологов взрослой сети может захлестнуть эпидемия миопии. Ведь уже сегодня второе место среди причин слепоты взрослого населения Кузбасса занимает миопическая болезнь, которая зачастую начинается с банальной школьной близорукости…

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Проекты

По полному циклу

На Алтае самым серьёзным образом взялись за развитие биомедицины

В сентябре 2014 г. на базе Алтайского государственного университета был открыт НИИ биологической медицины, основная цель которого заключается в разработке инновационных высокоэффективных лекарственных средств с доказанной активностью. Здесь сформирована современная исследовательская база, оснащённая высокотехнологичным оборудованием. Примечательно также, что в этом НИИ работает молодой научный коллектив исследователей и разработчиков.

«Первый этап программы был проведён на средства университета с поддержкой программы стратегического развития вуза. Второй же этап предусматривает реализацию полного цикла – от идеи инновационного лекарственного средства до передачи продукта в клиническую практику или на рынок. Эта цепочка включает в себя не только разработку субстанции, но и её производство, создание лекарственного продукта, проведение всех испытаний и дальнейшую соответствующую его регистрацию. Всё это предполагает более мощную инфраструктуру, чем просто институт, даже оснащённый по последнему слову техники, – отметил помощник проректора АлтГУ по научному и инновационному развитию Сергей Поспелов. – На этом этапе планируется усиление исследовательской платформы НИИ, создание опытного промышленного производства субстанций и готовых лекарственных форм, отвечающего всем требованиям надлежащей лабораторной и производственной практики. Всё это потребует серьёзных инвестиций, и без поддержки федерального бюджета здесь не обойтись. Таким образом, основная суть второго этапа – строительство в Барнауле центра биологической медицины полного цикла, включающего в себя исследовательский корпус с блоком доклинических исследований, корпус по разработке промышленных технологий производства лекарственных средств с опытно-промышленными участками и корпус по подготовке высококвалифицированных кадров для фармации», – подчеркнул он.

Известно, что Алтайский госуниверситет уже подготовил пакет документов для Министерства образования и науки РФ по включению проекта строительства центра в Федеральную целевую программу «Фарма–2020», которая предусматривает финансирование высших учебных заведений для развития базы, связанной с реализацией программ по разработке лекарственных средств и медицинской техники нового поколения.

«В составе пакета документов – паспорт инвестиционного проекта, сравнение с проектами-аналогами, уже существующими в стране, экономическое обоснование и пр. Главное – это некие концептуальные решения проекта, поясняющие, что же будет представлять собой данный Центр биомедицины полного цикла», – уточнил С.Поспелов.

Строительство инновационно-внедренческого центра биологической медицины АлтГУ запланировано на территории Алтайского медицинского кластера. «В настоящее время у нас уже подготовлен концептуальный проект, материалы по размещению исследовательской части этого центра, поэтажная планировка производственной части и образовательного блока, где будут реализовываться программы, направленные на нужды «Фармы–2020», разработан генплан центра», – пояснил С.Поспелов.

Данный проект с учётом размещения на территории медицинского кластера наиболее полно соответствует условиям программы «Фарма-2020», которая среди всего прочего предусматривает «создание в рамках развития кластерной инфраструктуры инновационных внедренческих центров в области разработки лекарственных средств нового поколения, включающих научно-исследовательскую и образовательную базу, опытно-промышленное производство».

Создание инновационной образовательной инфраструктуры, в том числе обеспечение функционирования научно-образовательных центров, научных школ, осуществление мероприятий по подготовке и переподготовке профессиональных кадров, обучение и повышение квалификации технического персонала, отнесено к важнейшим функциям таких центров.

Следующая задача, которая стоит перед специалистами АлтГУ – получить официальное подтверждение краевых властей на выделение участка под строительство центра. Работа здесь ведётся серьёзная, и к настоящему времени уже подготовлены все соответствующие материалы, которые должны пройти согласование в установленном порядке.

«После согласования места размещения центра в рамках Алтайского медицинского кластера мы сможем подать полный пакет документов в Минобрнауки России, где он будет рассмотрен в течение короткого времени и передан Министерству промышленности и торговли РФ как главному координатору «Фармы-2020». А далее состоится рассмотрение нашего проекта на научно-координационном совете Минпромторга России», – резюмировал С.Поспелов.

В целом же в рамках программы «Фарма–2020» предусмотрено строительство 17 инновационных центров на территории нашей страны. В основном это Центральная Россия. В Сибири Алтайский центр биомедицины АлтГУ станет первым медицинским учреждением подобного направления работы.

В настоящее время АлтГУ и МФТИ обсуждают состав работ в рамках планируемого к подписанию рамочного соглашения по совместной разработке лекарственных средств. Это решение было принято после того, как учёные московского института провели оценку разработанной в НИИ биомедицины АлтГУ лекарственной субстанции.

Испытания в лабораториях МФТИ показали очень высокие результаты, что можно назвать ещё одним аргументом в пользу строительства в Барнауле инновационно-внедренческого центра биологической медицины. Реализация проекта создания центра позволит значительно усилить научно-образовательное ядро создаваемого при поддержке губернатора Алтайского края суперкластера в области живых систем, включающего в себя Алтайский биофармацевтический, медицинский, туристический и даже санаторно-курортный кластеры.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Барнаул.

Судебная медицина

Бактерии-«детективы»

Они могут многое рассказать и раскрыть преступление

Бактерии, обитающие на поверхности нашего тела и скрывающиеся внутри него, могут выдать наши самые сокровенные тайны, причём даже после нашей смерти. После того, как человек испускает дух, за дело берутся «живые мертвецы». Теперь, когда кровь перестала циркулировать, уровень кислорода в организме резко упал, начинаются химические процессы разложения, которые делают ткани более насыщенными кислотами. Некоторые из бактерий, населяющих организм, используют такую перемену во благо себе и начинают бурно размножаться, другие же погибают.

Похождения некробиома

Смена химического состава организма почившего человека привлекает также насекомых, которые пробираются во все отверстия тела и откладывают там свои яйца. А вместе с насекомыми в тело проникают их попутчики-бактерии. Проходит ещё несколько дней, яйца созревают и лопаются. Из них появляются личинки, которые начинают лакомиться плотью и приносят с собой новые разновидности микробов. Одновременно с этими микробами появляются и противомикробные соединения. Иными словам, тело мёртвого человека стало в определённом смысле живее, чем когда-либо прежде.

Судебные медики ныне пытаются поставить себе на службу этот «некробиом». Термин образован по аналогии с понятием «микробиом». Но если микробиом обозначает совокупность микробов и бактерий, населяющих организм человека, то некробиом – это совокупность микроорганизмов, обитающих в трупе.

Учёные считают, что микробы, обитающие на поверхности и внутри тела, могут быть носителями важнейших сведений о кончине человека, а также передать информацию о том, как давно он мёртв. Кстати, не только мертвецы могут раскрывать свои тайны при помощи и посредничестве микроорганизмов: микробные «отпечатки пальцев» можно использовать при расследовании дел об изнасиловании и попытке нападения на сексуальной почве. Эти данные могут дать полиции важные улики, ведущие к идентификации злоумышленника.

Бактерии-«попутчики»

Даже если вы считаете себя неким единым существом, на самом деле вы состоите из миллиардов живых организмов. Некоторые из них такие же, как и у других людей, но многие уникальны и присущи только вам. Это мозаика, составленная из тех мест, которые вы посещали, людей, с которыми вы соприкасались, и пищи, которую вы ели. И это не говоря уже о той физиологической «косметике», которую одни микробы могут счесть более пригодной средой для их обитания, чем другие.

Один из первых намёков на то, что эти бактерии-«попутчики» могут оказаться полезными для судебных медиков, был получен в 2011 г., когда Роб Найт и его коллеги из Университета Боулдера (штат Колорадо, США), обнаружили, что бактериальные отпечатки пальцев можно снимать с клавиатур компьютеров.

Пять лет спустя интерес к этим микробам получил самое широкое распространение в связи с растущим признанием факта их невероятного многообразия. Ещё одной причиной роста внимания к ним стало быстрое развитие методов исследования линейной структуры ДНК (секвенирование) для изучения бактерий.

Джеффри Томберлин из Техасского университета A&M в городе Колледж Стейшн – один из тех, кто занят изучением возможностей некробиома для определения времени, прошедшего после смерти. «Мы, люди, являемся своего рода экосистемой, которая поддерживается в равновесии нашей иммунной системой. Но когда мы умираем, наш организм становится «бесплатным для всех», – говорит он. – Через несколько секунд после смерти наши микробные сообщества начинают меняться, и информация об этих переменах может иметь важное значение, если нужно установить, когда человек умер, каково его происхождение, что именно с ним случилось».

Предсказуемые популяции

До сего времени основным способом, позволявшим установить такого рода факторы, было изучение колонизации трупа насекомыми. Эта область знаний носит название судебной энтомологии. Но такой подход имеет свои недостатки.

«Энтомология позволяет установить, как долго насекомые находятся на теле, но это вовсе не обязательно скажет нам что-либо о времени смерти. Имеют место такие случаи, когда тело не подвергается колонизации в течение нескольких дней, в зависимости от условий и обстоятельств, – говорит Томберлин. – Однако в случае некробиома мы ведём речь о микробах на теле человека. И когда он умирает, тут-то всё и начинается».

Задача, стоящая перед учёными в настоящее время, заключается в том, чтобы определить горстку основных видов микробов, живущих практически на каждом человеке. Численность этих микроорганизмов после смерти начинает меняться предсказуемым образом. Сфера применения подобных исследований может быть очень широкой.

«Мы возлагаем надежды на то, что со временем нам удастся провести тонкую настройку этих «микробных часов» так, что мы сможем вычислять момент наступления смерти с точностью до нескольких часов, а не плюс-минус 2-3 дня», – добавляет Эрик Бенбоу из Университета штата Мичиган в Ист-Лансинге, который сотрудничает с Джеффри Томберлином. Пока они определили 5 потенциальных ключевых видов микробов и сейчас пытаются проверить свои выводы с помощью мазков, полученных с тел недавно почивших.

Портрет волоса

Тем временем Сильвана Трайдико из Университета Мердока (Австралия) опубликовала пилотное исследование, в котором выдвинула предположение, что бактерии, обитающие в лобковых волосах человека, могут служить уникальными «отпечатками пальцев» в расследовании случаев нападения на сексуальной почве.

Изнасилования и нападения по сексуальным мотивам бросают судебным медикам особенно серьёзный вызов, когда эксперты пытаются получить материальные подтверждения показаниям жертвы. До пришествия методов анализа ДНК следы спермы могли быть разделены на категории по группам крови, что сужало круг возможных подозреваемых. Анализ ДНК куда более эффективен. С его помощью можно определить конкретного преступника, но и правонарушители приспособились к достижениям науки. «На основании моего опыта последних 10 лет могу сказать, что большинство людей, совершающих сексуальные нападения, пользуются презервативами, чтобы исключить анализ ДНК. И потом забирают их с собой», – говорит Трайдико.

В меньшинстве случаев лобковые волосы преступника удаётся обнаружить на теле жертвы. Их можно подвергнуть митохондриальному анализу ДНК (который ещё называют ДНК-дактилоскопией). Одного только этого метода недостаточно, чтобы посадить кого-либо за решётку, но он может указать полиции верное направление поисков.

Трайдико получила волосы с головы и лобковые волосы от 7 волонтёров в трёх отдельных случаях и применила метод секвенирования ДНК, чтобы создать коллективный портрет микробов, обитающих на их поверхности. Образцы волос с головы и лобка были взяты в начале эксперимента, а затем ещё через 2 и 5 месяцев. Если бактерии в волосах головы были весьма подвижными и изменчивыми, то сообщества бактерий, обитавших на лобковых волосах, оказались относительно стабильными, что позволило пометить их как уникальные колонии. Мужские волосы легко отличить от женских, поскольку для женщин характерны лактобациллы, разновидность микробов, предпочитающая расти во влагалище.

Полезный инструмент

Мало того, существуют признаки, что собственная бактериальная популяция человека может отпечататься на лобковых волосах его сексуального партнёра. В числе волонтёров, с которыми работала Трайдико, была одна романтическая пара. Хотя их попросили воздержаться от интимных контактов накануне взятия проб, Трайдико пришла к выводу, что они не послушались её: исследовательница обнаружила бактерии женщины на лобковых волосах мужчины. «Я сказала ей: думаю, что вы только что пустили насмарку мой научный проект». Она ответила: «Но ведь его (партнёра) не было целых 3 месяца!» – вспоминает Трайдико. Бактериальный отпечаток сохранился, несмотря на то, что оба партнёра приняли душ.

Эти данные могут оказаться полезным инструментом при расследовании дел об изнасилованиях, особенно в тех случаях, когда нет возможности добыть другие материальные улики.

Все, кто трудится на этом новом поле научных изысканий, говорят, что нужно провести ещё очень большую работу, чтобы оценить действенность применяемых методов и установить, насколько уникален на самом деле бактериальный отпечаток того или иного человека. Однако сферы применения этой методики могут оказаться весьма широкими. Один из испытуемых, с которым работала Трайдико, имел на себе бактерии, обычно обитающие в морской воде. Выяснилось, что этот человек – заядлый пловец и живёт недалеко от побережья.

Другие группы исследователей выясняют, можно ли с помощью бактерий установить географическое происхождение неопознанных человеческих останков.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам BBC Medicine.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
приглашает на постоянную работу врачей следующих специальностей:

- *врача общей практики*
- *терапевта участкового для работы в сельской местности*
- *ортодонта*
- *акушера-гинеколога (стационар)*
- *уролога*
- *неонатолога*
- *кардиолога*
- *анестезиолога-реаниматолога*
- *врача по спортивной медицине.*

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.
Контактный телефон для справок **(34675) 34-120.**
Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 31-573** или по адресу:
г. Советский, ул. Киевская, 33, ХМАО – Югра 628240.
E-mail: **sovhospital@mail.ru**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации
объявляет конкурс на замещение вакантных должностей научных сотрудников:

ОТДЕЛ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Заведующий лабораторией	1
Главный научный сотрудник	5
Ведущий научный сотрудник	4
Старший научный сотрудник	3
Научный сотрудник	1

ОТДЕЛ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Заведующий лабораторией	1
Ведущий научный сотрудник	4
Старший научный сотрудник	3
Научный сотрудник	1

ЛАБОРАТОРИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Младший научный сотрудник	1

ОТДЕЛЕНИЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ (лаборатории молекулярно-генетических исследований)

Ведущий научный сотрудник	1

ОТДЕЛ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ

Ведущий научный сотрудник	3

Заявления и документы, согласно положению о конкурсах, направлять по адресу: **ул. Поликарпова, 12/13, Москва 125284.**
Контактный телефон **(495) 945-21-69 *115.**
Срок окончания подачи документов – 2 месяца с момента опубликования объявления.

Исследования

Не вешай нос, малыш!

Низкий рост опасен для сердца

У невысоких людей выше риск сердечных заболеваний, выяснила команда учёных из Лестерского Университета (Великобритания). В результате исследования, в котором приняли участие около 200 тыс. человек, были выявлены участки ДНК, которые одновременно отвечают за рост и здоровье сердца.

Учёные проанализировали 180 генов, связанных с ростом. Результаты показывают, что каждые 2,5 дюйма (6,35 см) роста сокращают риск сердечных болезней на 13,5%, поэтому риски для людей ростом 1,5 м и 1,8 м будут различаться приблизительно на 64%.

Гипотеза о том, что здоровье сердца может зависеть от роста, была впервые выдвинута более 50 лет назад, однако тогда учёные не могли понять причины этого явления. Некоторые считали, что всему виной другие факторы, например, плохое питание в детстве приводит к невысокому росту и одновременно плохо влияет на сердце. Но согласно последнему исследованию, ответ лежит глубже – внутри ДНК.

Выяснилось также, что гены, ограничивающие рост, увеличивают количество холестерина и жиров в крови. По мнению учёных, некоторые гены роста также могут контролировать рост и развитие кровеносных сосудов.

«Но не стоит утверждать, что невысокие люди должны постоянно беспокоиться о своём здоровье или что докторам нужно сосредоточиться на здоровье невысоких пациентов», – комментирует связь роста с риском сердечных заболеваний медицинский директор фонда British Heart профессор Питер Вейсберг.

Кстати, в фонде British Heart отмечают, что невысоким людям не нужно слишком беспокоиться, а вести здоровый образ жизни необходимо всем. Курение увеличивает риск развития сердечных заболеваний гораздо сильнее, чем невысокий рост.

«Я бы не сказал, что невысоким людям нужно принимать больше мер предосторожности, потому что если ваш рост 1,85 м, вам всё равно нужно бросить курить, – считает профессор Нилеш Самани. – Это лишь один из многих факторов, влияющих на риск сердечных заболеваний, осторожными должны быть все».

И ещё. Нужно также помнить, что быть высоким тоже не очень безопасно – ведь высокий рост повышает риск развития рака. Не вешай нос, малыш!

Юрий БОРИСОВ.

По материалам New England Journal of Medicine.

В толстом теле — тонкий нюх

Люди, имеющие лишний вес, лучше распознают запахи, чем те, у кого вес в пределах нормы, выяснили английские исследователи из Университета Портсмута.

Учёные пытаются установить, какое влияние имеет обоняние на количество потребляемой пищи и как обоняние связано с центром голода в головном мозгу. Важно понять, какую роль играет обоняние в пищевом поведении человека.

В исследовании приняли участие 40 студентов вузов. Часть из них страдала от ожирения, часть имела нормальный вес. Все испытуемые были здоровы, не курили и не принимали участие в программах снижения веса или подавления аппетита на тот момент. Участники, имеющие нарушения вкуса или обоняния, были исключены из исследования.

Испытуемым предложили оценить искусственный запах шоколада. Необходимо было отметить, насколько он интенсивный и приятный. Затем аромат «разбавляли» и проверяли, насколько они чувствуют слабый запах шоколада. Также специалисты проверили, как участники распознают вкусовые ощущения. Речь шла об основных вкусах: кислый, сладкий, горький, солёный.

Эксперты проанализировали данные, чтобы определить взаимосвязь обоняния, вкуса и массы тела. Оказалось, что тучные люди лучше определяли запах шоколада и оценивали его как более приятный.

Учёные считают, что запах имеет важное значение в пищевом поведении, так как он оказывает влияние на центр удовольствия в мозгу. Однако учёным предстоит выяснить, влияет ли разница в восприятии запахов на вероятность развития ожирения, и если влияет, то как сильно.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации medinform.net

В мире моды

Штраф за... худобу

Французские парламентарии поддержали законопроект, запрещающий использование в рекламе и показах моделей одежды слишком худых манекенщиц. Излишняя худоба моделей будет определяться, исходя из индекса массы тела (ИМТ) – отношения веса человека в килограммах к квадрату роста в метрах.

Для того чтобы быть принятой на работу манекенщицей, девушка должна предоставить справку от врача о том, что её ИМТ не меньше 18. Среди французских женщин этот показатель составляет в среднем 23,2. По словам врачей, у здорового человека ИМТ должен быть в пределах от 18,5 до 24,9.

Медики и защитники прав женщин вели долгую кампанию против использования в модельной индустрии девушек, по их мнению, нездоровой худобы. По новому закону, модельному агентству, принимающему на работу девушек с ИМТ меньше 18, грозит крупный штраф, а его владельцам – тюремное заключение на срок до 6 месяцев. Параллельно был одобрен ещё один законопроект, выводящий за рамки закона поощрение анорексии и направленный на борьбу с интернет-сайтами, призывающими к опасной потере веса.

Примерно 40 тыс. французов страдают от анорексии, 9 из 10 из этого числа – представительницы женского пола. Тем не менее Национальный союз модельных агентств Франции жалуется на то, что новый закон ударит по конкурентоспособности французских моделей.

Игорь НИВКИН.

По сообщению Le Figaro.

Наследие

Оцифровка старинных книг

В Тибете оцифровали более 800 фолиантов по фармакопее традиционной тибетской медицины.

Так, среди оцифрованных изданий присутствуют уникальные экземпляры и редкие книги, датируемые аж VIII веком н.э. Колоссальную и трудоёмкую работу по оцифровке провели специалисты из Департамента по науке и технологии Тибетского автономного района. Наряду с этим планируется, что в самое ближайшее время будет создана целая информационная платформа, открывающая доступ к такого рода источникам.

«Доступ к созданным электронным ресурсам, вне всякого сомнения, послужит большим подспорьем в продвижении, признании и развитии тибетской медицины. Пользуясь этой электронной системой, специалисты смогут по ключевым словам найти необходимый документ», – отметил глава научно-технического департамента Тибетского института традиционной медицины Дунь Чжу.

Кроме того, заслуживает внимания ещё один любопытный факт: аналогичные меры по сохранению национального достояния приняла местная больница тибетской медицины, собрав в своей базе данных более 100 древних книг и более 100 тыс. рецептов.

Как известно, история традиционной тибетской медицины насчитывает более 2 тыс. лет, впитав в себя за этот длительный период лучшие традиции китайской, древнеиндийской и арабской медицины.

Марк ВИНТЕР.

По информации портала Sina.

Однако

Война тому виной

Даже если участие в бою не становится причиной развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), то риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у таких бойцов всё равно выше, чем у тех, кто не участвовал в боях, отметили американские исследователи.

В ходе нового исследования учёные изучали истории болезни 800 ветеранов Второй мировой войны в США. Оказалось, что ветераны с боевым опытом были в 5 раз более склонны к развитию патологий сердца по сравнению с теми, кто не воевал.

Также исследователи установили, что бойцы, страдающие ПТСР, на 50% чаще сталкиваются с сердечно-сосудистыми заболеваниями, чем их коллеги без ПТСР.

Эксперты считают, что им ещё раз удалось выявить связь между физическим и психологическим здоровьем человека. Участники боевых действий должны впоследствии внимательнее следить за состоянием сосудов и сердца.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации medinform.net

Здоровье

На контроле собственного веса

Учёные из Калифорнийского университета Дьюка (США) установили, что ежедневная оценка массы своего тела помогает держать вес в норме.

В эксперименте приняли участие 47 мужчин, желавших похудеть. Участников исследования поделили на 2 группы. Первая группа взвешивалась ежедневно, вторая – от случая к случаю. В конечном итоге участникам 1-й группы удалось показать лучшие результаты в процессе похудения. Специалисты считают, что ежедневная оценка веса помогает корректировать процесс снижения массы тела, а также создаёт дополнительную мотивацию для отказа от дополнительной порции любимой еды.

Диетологи советуют в процессе похудения подходить к весам в одинаковое время и на голодный желудок. «Отлично подойдёт утреннее взвешивание. Только так можно определить свой точный вес и его отклонения от нормы», – убеждены эксперты.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению BBC.

Возвращаясь к напечатанному

«Любовь твоя не забудется...»

Потомки помнят и чтут этого земского доктора и талантливого человека

Летом прошлого года «Медицинская газета» опубликовала корреспонденцию «От земского корня...» (см. «МГ» № 51 от 16.07.2014). В ней, в частности, рассказывалось о восстановлении памятника земскому врачу Николаю Русанову в селе Фошня на Брянщине. Это сделали медицинские работники Жуковской ЦРБ. До сего дня доктора почитают своего давно почившего коллегу за образец служения выбранной профессии, долгу целителя, бережно ухаживают за его могилой. Эта публикация получила неожиданное продолжение.

Недавно на имя главного врача Жуковской ЦРБ, депутата областной Думы Николая Третьякова пришло письмо от правнучек Николая Русанова Натальи и Лидии Русановых. По приглашению руководителя лечебного учреждения они побывали в эти дни на месте захоронения своего прадеда.

Несколько десятилетий назад, работая в Жуковской районной газете, я заинтересовался необычной судьбой этого подвижника земской медицины и историей создания этого памятника. Надгробие простояло в первозданном виде около 100 лет среди других могил на старом сельском погосте. Фошня тогда представляла собой две улицы, а население можно было пересчитать по пальцам. Достопримечательностями ее можно назвать небольшую речушку Берёзка, где и мне удалось поймать несколько раков (а, как известно, водятся они только в чистой воде), полуразвалившееся здание из красного кирпича постройки XIX века, в котором после известных событий 1917 г. устроили клуб. В подвале этого строения в 90-е годы нашли несколько золотых монет. Понятно, почему «золотая лихорадка» перекинулась и на сельский погост. Надгробный памятник-монолит весом более тонны свалили наземь, а в могиле доктора вандалы тоже, видимо, рассчитывали найти золото. Вот тогда-то за восстановление памятника принялись работники Жуковской ЦРБ.

К сожалению, доныне сохранились очень скупые сведения о Николае Ивановиче. В моём блокноте есть записи воспоминаний уроженцев Фошни и других окрестных поселений о том, что они слышали в своё время от своих бабушек и дедушек. Так, рассказывали, что больше века назад нынешнее неприметное село было центром большой волости, а вот с медицинской помощью населению приходилось туго: небольшая больничка была открыта лишь при Жуковском чугунолитейном заводе. И лишь стараниями приехавшего в Фошню выпускника Петербургской медико-хирургической академии удалось и тут открыть земскую больницу. Причём доктор-универсал лечил и на дому, провёл в местных условиях первую хирургическую операцию по удалению аппендицита. За лечение с крестьян денег не брал.

Не расставался с диковинным для селян кожаным саквояжем, в котором хранились медицинские инструменты и лекарства. Ходил всегда быстрым, широким шагом, перенеся и сам свирепствовавшие тогда в округе болезни.

В повести писателя и врача В.Вересаева «На повороте» есть слова: «...Врач во всякую минуту должен быть готовым для подачи помощи внезапно заболевшему...» Видно, сызмальства приучивший себя к неустанной работе, Николай Иванович спешил к больным днём и ночью, пешком или на лошади. И под дождём мокнул, и в полыньи, случалось, проваливался... «Для этого надо прежде всего здоровьем запастись бычачьим», – утверждается в той же повести В.Вересаева. Но как раз «здоровьем бычачьим», видно, и не отличался, сельский доктор. Руки у него были искусные, и душа сострадательная к чужой беде. На срочный вызов он всегда спешил. О таких людях говорят: сгорел на работе – прожил всего 42 года.

Гроб с телом земского врача несли к месту упокоения на руках, а похороны превратились в скорбный митинг. На собранные всем миром деньги поставили и памятник. Сделанная больше 100 лет назад надпись на нём донесла до наших дней чувство народной любви к земскому доктору: «Николай Иванович Русанов, земский врач (1857-1899 гг.) Жил в с. Фошне. Служил народу 21 год.»

По рассказу правнучек доктора, у Николая Ивановича было четверо детей. Старший Александр даже избирался депутатом Государственной думы. Окончив химический факультет Петербургского университета, уехал, как и отец, в глухую провинцию Хабаровского края «нести просвещение в народ». После Октябрьской революции эмигрировал в Китай, где в 1936 г. умер. Причём Александр Николаевич создал в Шанхае первую школу для русских эмигрантов, директором которой и стал.

Другой сын доктора Владимир Николаевич, родившийся в Фошне в 1885 г., окончил математический факультет Казанского университета и долгое время работал в Петербургском педагогическом институте им. А.И.Герцена.

Кстати, ещё жива и внучка Николая Ивановича Русанова, которой уже за 90 лет и которая чудом сохранила послужной список своего деда. Словно «очеловечивая» скупые строки дошедшего до нас документа, на другой грани памятника начертано: «Отцы, матери и дети – вечно признательные и неизменные почитатели. Человеку, другу, врачу».

...Верно подмечено, что настоящим врачом может быть только талантливый человек. Именно это качество, требующее постоянных усилий, вознаграждало сельского доктора особым родом крепости и веры в собственные силы.

«Правда и любовь не забудется...» И мы делаем тебя наследником своих сердец... Слава твоя не исчезнет вовек. Помним и плачем, рыдаем и не забудем» – этими словами заканчивается восстановленная Жуковскими медиками памятная надгробная надпись.

Понятно, что за истекшее время от слабенького корня земской медицины выросло хорошо развитое здравоохранение Жуковского района. По словам главного врача Николая Третьякова, нынче в Жуковской ЦРБ оказывают экстренную медицинскую помощь жителям нескольких соседних районов, здесь открыты высококлассные отделения. Население же Фошни, а также деревни Ходиловичи и других населённых пунктов обслуживает Петуховский фельдшерско-акушерский пункт. Хозяйке этого ФАПа Елене Жирновой скучать некогда. На втором этаже кирпичного двухэтажного здания расположены процедурный, детский и другие медицинские кабинеты, есть и аптечка с набором необходимых лекарств. Почти 800 селян обслуживает Елена Николаевна, а ведь фельдшер в деревне значит даже больше, чем врач в городе. «Скорую» теперь может вызвать из Жуковки любой заболевший селянин, однако фельдшер Елена Жирнова предпочитает передвигаться по своему участку на... велосипеде. На таком безотказном двухколёсном транспорте она нередко приезжает и на неприметный сельский погост, чтобы возложить к могиле земского доктора свежие цветы.

Подобный памятник доктору на Брянщине – единственный. Да и во всей России их, пожалуй, немного. Так что поклонимся ему...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото автора.

Здоровая жизнь

В Москве задумались о спорте для пожилых

Дабы напомнить, что движение – жизнь

В московских парках начали устанавливать тренажёры для людей пожилого возраста. С помощью этого оборудования все желающие смогут тренировать все группы мышц, в том числе миокард. На площадке планируется разместить тренажёры по образцу европейских, которые уже доказали свою эффективность.

Очевидно, власти столицы всерьёз задумались о развитии городских видов спорта, предлагают строить в парках и скверах площадки для тренировок – с турниками, стенками, лестницами и различными тренажёрами.

– Конечно, все мы должны дождаться стабилизации экономики. Проблема в том, что тренажёры для пожилых практически все импортные. Их поставка занимает от одного до трёх месяцев. Тем более из-за роста курса валюты сейчас даже поставщики не могут озвучить конечную цену. Мы активно ищем российских производителей, которые по качеству не уступают европейским, но пока не нашли, – пояснил директор Измайловского парка Алексей Оглоблин.

Не лишним будет напомнить, что пожилым людям стоит включаться в занятия постепенно с целью предотвращения травм. Полагаю, что на площадках с тренажёрами должны работать инструкторы, которые будут объяснять, как ими пользоваться, какой должен быть режим тренировок, как правильно дышать при выполнении упражнений и сколько «подходов» нужно делать. В идеальном варианте это должны быть либо инструкторы с медицинским образованием, либо врачи ЛФК, – заметил член Ассоциации профессионалов фитнеса Эдуард Каневский. – На этих площадках категорически нельзя размещать тренажёры, которые дают вертикальную нагрузку на позвоночник и большую нагрузку на шею, колени, плечи и локти, – подчеркнул он.

Есть надежда, что эти тренажёры станут в Москве привычными

Столичные власти планируют разметить спортивные снаряды в Парке Горького, на Воробьёвых горах, парках «Кузьминки» и «Садовники». Измайловский парк и парк «Сокольники» также рассматривают возможность размещения подобных тренажёров. Примечательно, что доступ ко всем тренажёрам будет бесплатным.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Cito!

Москва.

А ещё был случай...

«Князь Серебряный» для Олега Ефремова

Великолепный драматург и прозаик Михаил Рощин был частым гостем писательского Дома творчества в Переделкино. Лично могу засвидетельствовать, что в каждый приезд туда я неизменно встречал Михаила Михайловича, занимавшего небольшую комнату на первом этаже старого корпуса. В первую половину дня, да и по вечерам из-за его дверей обычно доносился дробный шепоток пишущей машинки: писатель постоянно работал.

Как-то за ужином прошёл слух, что у Рощина в гостях главный режиссёр МХАТа Олег Ефремов. Общеизвестно, что он был постановщиком почти всех пьес драматурга. Поскольку встреча давних друзей и соавторов случилась накануне 70-летнего юбилея Ефремова, она расценивалась как некая увертюра к ожидавшемуся событию.

В тот вечер в мою комнату негромко постучали. Открываю дверь и вижу дежурную по корпусу. Извинившись за позднее вторжение, она обратилась ко мне:

– Я от Михаила Михайловича. Он спрашивает, не найдётся ли у вас взаймы бутылки спиртного?

Таковая, а это была водка «Князь Серебряный» владимирского розлива, оказалась в моих запасах. Передавая «Князя», я заметил, что возврат не обязателен, это пустяк... Однако Михаил Михайлович оказался человеком до щепетильности обязательным. На следующее утро он поблагодарил меня и днём позже в качестве возврата долга занёс марочный армянский коньяк.

Мы посидели с часок, выпив по рюмке-другой того самого коньяка. Из того разговора «за рюмочкой» мне запомнилась занятная байка, которую рассказал Михаил Михайлович, заметив, что услышал её от Виктора Шендеровича.

Артист Сергей Филиппов в своих кругах был известен как любитель выпить. И вот однажды, в момент материального затруднения, они с

поэтом Дудиным продали кому-то собрание Большой советской энциклопедии в 60 томов. А тут, как специально, супруге Филиппова понадобилось что-то посмотреть в энциклопедии, и она, не обнаружив её на месте, спросила мужа. Находчивый Филиппов тут же ответил: «Её целиком Мишка Дудин взял почитать...»

...Неделю спустя, к юбилею Олега Ефремова, в «Известиях» был напечатан большой, на всю полосу обстоятельный очерк М.Рощина о режиссёре, который все обитатели писательского дома читали, передавая газету из рук в руки. Если учесть, что пьесы Михаила Рощина в своё время ставились вначале во МХАТе, а поныне есть в репертуарах многих театров, комментарии тут излишни.

Уже после того, как мы пересеклись с Михаилом Михайловичем в Переделкино, мои впечатления о нём дополнил известный писатель Анатолий Приставкин. В повести с несколько эпатажным названием «Синдром пьяного сердца», где собраны легко читаемые, ложащиеся на душу рассказы-байки о писателях и друзьях, можно прочесть: «...Проживает он в старом корпусе. И если от вестибюля повернуть налево, то справа вторая дверь Рощина. Стукни, и он обрадуется, посадит на диванчик, заваленный книжками. После развода с Катей Васильевой, великой актрисой, ушедшей в монахини, одно время сошёлся с библиотекаршей из нашего Дома, ещё молодой, красивой, весёлой. Мишеля она любит, но... мучает. Как-то втроём – Мишель, она и я – надрались во время Ленинского субботника, на который надо было обязательно выйти и хотя бы для видимости пособирать сучья. Почти те самые, которые остались от бревна, которое носил Ильич.

Помнится, в другой мой приезд объявился на машине и Рощин. Он человек обаятельный, ласковый и безобидный. Голубые глаза доверчивые, светлая бородка, лёгкая усмешка. А главное, с ним легко. Однажды я вывел «формулу» Рощина: человек, управляемый на расстоянии видимости. Пока с тобой, он разобьётся в лепёшку, если тебе что-то надо. А скрылся с глаз – и исчез... И никаких там звонков, дел или дружеских встреч. Он в это время чей-то друг ещё...»

Под этими откровенными, в чём-то грустными строками об ушедшем из жизни прекрасном, тонком писателе, драматурге и я могу подписаться. Кстати, вспомнилось и такое. Вечер, уютное подвальное кафе Дома творчества в Переделкино, в котором мы уединились с подъехавшим ко мне приятелем-врачом. Заглянувший туда Рощин, подсев к столу, составил нам дружескую компанию. За общим разговором со спорной, но близкой к медицине тематикой о пользе-вреде алкоголя Михаил Михайлович как-то застенчиво сообщил, что лично он из всех известных напитков предпочитает русскую водку.

– Кстати, и Олег Ефремов тоже. Ваш «Князь Владимирский» ему весьма и весьма по вкусу пришёлся, – добавил он для пущей убедительности.

Марк ФУРМАН.

Владимир.

К НАШИМ ЧИТАТЕЛЯМ. *Уважаемые читатели «Медицинской газеты»! Хотим вам напомнить, что по-прежнему ждём от вас материалы для публикаций. И не только о ваших достижениях, проблемах на работе, в коллективах, но и литературные, документальные рассказы, стихи, воспоминания, смешные и грустные истории, которые мы с удовольствием будем публиковать на 16-й странице. Ведь, согласитесь, из таких фрагментов состоит наша жизнь, и хорошо бы её, жизни «страницы», отражать на страницах своей профессиональной «Медицинской газеты».*

Итак, наши адреса, телефоны – в конце номера.

Как говорится, до новых встреч!

Редакция «МГ».

Сокровенное

Наталья ДОДОНОВА

Берегите ветеранов

Берегите ветеранов,
Ветеранов той войны,
Нам кричат телеэкраны:
Знать и помнить мы должны!

За победу в бойне страшной
Заплатили мы сполна.
Имена героев павших
Чтит свободная страна.

А они сумели выжить
И фашистов одолеть.
Ради мира, ради жизни
Победить и уцелеть!

Берегите ветеранов –
С каждым годом меньше их,
Их слова тревожат раны
И зовут к борьбе живых.

Чтоб коричневой заразе,
Что опасней многих бед,
Род людской ответил сразу:
Нет – войне! Фашизму – нет!

День Победы вечно будут
Отмечать у нас в стране,
Россияне не забудут
Никогда о той войне!

Вот уже в заботах разных
Семьдесят промчалось лет.
День Победы – это праздник,
И его дороже нет!

ОБ АВТОРЕ. *Наталья Додонова окончила Куйбышевский медицинский институт в 1969 г. Доцент кафедры фармакологии Самарского государственного медицинского университета, трудится в родном вузе уже более 30 лет. В последние годы увлеклась поэзией.*

СКАНВОРД

Автор Валерий Шаршуков

Водный поток; Пипемидовая кислота; Бревно, корыто; "Трехгрошовая ..."; Колесо, ремень; Франц. врач; Амер. химик; Столица Бурунди; Бездельник (прост.); Гемцитабин; Здоров, как ...; Кэмерон, фильм; Ренуар, картина; Чехов, рассказ; Шотл. овчарка; Одиночный забег; Драма Лермонтова; Валериана; Верхняя плита капители; Боттичелли; Выемка для выступа; Брат Ромула; Выбрать меньшее из ...; Часть здания; Плодовое дерево; Город, Хакасия; Тютчев, стих.; Острая боль; Сын Каина; Бирюса; Постановление; Бахрома; Древний город, Ирак; Рабепразол; Аронник; Изобрел телефон; Легкий хмельной напиток; Снасть рыбака; Франц. физик; Нажива (прост.); Своя земля и в горсти ...; Звено гусеницы; Овечья шерсть; Приток Камы; Железо, углерод; Что на ... написано; Страна света; Маргарин; Удивление; Застой крови; Прекрасное ...

К	Р	А	Б	Б			Э										У		И	З	О	К	Е	Т
У			С		У	Д	А	Л			Ф	Р	Е	Д	Е	Р	И	К		Р			А		А
М	А	С	Т	Е	Р		Л	И	Ц	О		Я		О		И		О		О	П	У	С		С
К			А		Д	И	Е	З		Г	А	Б	А	Л		С	Е	Л	А	Н	А		Т	И	М
А	И	С	Т		О		К	А	Ф	Е		Ь		Г	А	К			И		С	Н	О	В	А
Л		Д		К	Н	О	С		О		С		Л		Б		А	Э	Л	Л	О		Р	А	Н
О	Л	О	В	О		С	Е	Р	Б		Ф		А	У	Б										
Р		Б		М	А	Т	Е		О	Н	Е	Ж	С	К	О	Е									
		А	Ф	А			В	А	С	И	Н		Т	И	Т	Р									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 28 от 17.04.2015.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 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 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-03-00481
Тираж 31 168 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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