

Работают мастера

Награда за доброту

После операции девушка оставила трость и даже начала учиться танцевать

Заведующий отделением реконструктивной и пластической хирургии Челябинской областной клинической больницы Александр Пухов, отмечен благодарностью уполномоченного по правам человека в РФ и медалью «Спешите делать добро».

Поводом для награждения стала история 24-летней Алисы Поповой, которая 12 лет назад попала под трамвай и осталась без пальцев на ноге. После череды неудачных операций девочка стала инвалидом – вместо стопы сформировался огромный жировой шар, из-за которого передвигаться Алиса могла только с помощью трости и в огромной, не по размеру, обуви. Родственники и друзья решили отправить Алису на лечение за границу, для этого обратились к журналистам с просьбой помочь собрать деньги на лечение. Редактор Светлана Талипова предложила сначала проконсультировать пациентку в областной больнице, где более 20 лет существует отделение реконструктивной хирургии.

«Я позвонила Александру Григорьевичу, попросила его посмотреть необычную пациентку, договорилась о встрече, – вспоминает С.Талипова. – Доктор Пухов, сразу согласился».

После встречи с доктором Алиса решила на новую операцию. Девушку прооперировали, пальцы, конечно, восстановить не удалось, но стопа избавилась от ужасного болезненного нароста. Уже через 3 месяца после вмешательства она смогла наконец примерить нормальную обувь, а сейчас, спустя полгода, ходит без трости, на каблуках и даже учится танцевать.

«Операция длилась чуть больше 3 часов, – рассказывает А.Пухов, – для нас это не самое сложное вмешательство, ежедневно мы решаем и более сложные проблемы. Радует результат – что молодая, красивая девушка теперь сможет нормально жить».

Поздравить своего спасителя Алиса приехала с опозданием – по дороге в больницу девушка попала в ДТП, поэтому добираться до Александра Григорьевича ей пришлось дольше, чем обычно.

«Девиз нашей больницы – человеческое отношение к каждому боль-



Доктор Пухов со своей пациенткой

ному, – подытожил главный врач ЧОКБ, член Общественной палаты Челябинской области, профессор Дмитрий Альтман. Поэтому получение одним из лучших наших докторов такой медали вполне закономерно. Особенно радует в этой ситуации, что журналисты и медики действовали слаженно и на благо пациента».

Медаль уполномоченного по правам человека – далеко не первая награда пластического хирурга. На его счету – многочисленные звания, благодарности, медали и даже орден «За заслуги перед Отечеством».

Елена ЛЬВОВА.
МИА Сити!



Рафаэль ОГАНОВ,
почётный президент Российского кардиологического общества, академик РАН:

При одинаковом количестве выкуриваемых сигарет курение у женщин оказывает больший негативный эффект на здоровье, чем у мужчин.

Стр. 10



Пётр ГЛЫБОЧКО,
ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН:

Участники «Недели медицинского образования – 2017» обсудят качество преподавания в профильных вузах.

Стр. 11



Галина ЕМЕЛЬЯНОВА,
ассистент кафедры онкологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, кандидат медицинских наук:

Лечение больных с нейроэндокринными опухолями требует мультидисциплинарного подхода.

Стр. 12–13

Перемены

Крылатая «скорая» на Камчатке

Правительство Камчатского края получит 146 млн руб. из федерального бюджета на покупку вертолёта с медицинским модулем. Оборудование вертолёта позволит оказывать экстренную помощь прямо в полёте, во время транспортировки больных или пострадавших в лечебное учреждение. Средства на эти цели регион получит впервые, раньше санитарные рейсы оплачивались за счёт местного бюджета.

По словам Татьяны Лемешко, министра здравоохранения Камчатского края, с учётом большого количества отдалённых труднодоступных сёл на Камчатке медицинский вертолёт для края жизненно необходим.

– Сейчас рейсы санавиации выполняются на обычных вертолётах Ми-8, наличие спецборта позволит значи-

тельно повысить качество оказания экстренной помощи населению, – пояснила глава ведомства.

По лизинговой программе вертолёт приобретёт камчатская авиакомпания «Витязь Аэро». Федеральные средства будут направлены на оплату санитарных рейсов.

Санитарная авиация предназначена для оказания скорой медицинской помощи в условиях плохой транспортной доступности или большой удалённости от медицинских учреждений. Преимуществом использования вертолётов для этих целей является высокая скорость прибытия на нужное место, возможность посадки без специально оборудованных площадок.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

Санитарная зона

Вирусы атакуют

Эпидпорог заболеваемости гриппом и ОРВИ по состоянию на февраль нынешнего года превышен во многих субъектах РФ. Об этом сообщили в Роспотребнадзоре.

«На территории Российской Федерации, как и в целом по Европейскому региону, активность гриппа остаётся

высокой. Превышение недельных эпидемических порогов заболеваемости гриппом и ОРВИ отмечено в 22 субъектах РФ во всех федеральных округах, кроме Южного и Северо-Кавказского», – говорится в сообщении.

Уточняется также, что превышение эпидпорога по Центральному фе-

деральному округу без превышения эпидпорога по субъекту зарегистрировано в 7 городах.

Наряду с этим отмечается, что среди детей в возрасте до 2 лет превышение недельных порогов заболеваемости гриппом и ОРВИ отмечено в 13 субъектах Российской Федерации, среди детей от 3 до 6 лет и в возрастной группе 7–14 лет – в 22 субъектах, среди лиц старше 15 лет – в 18 субъектах РФ.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Сити!

Портативный цветной УЗИ сканер
в аренду за 1000 руб/день



МЕДИЦИНСКАЯ
МЕТРОЛОГИЯ



В комплект входит 2 датчика

+7 495 609 66 89
info@medmetr.ru

Новости

Удостоверения до 2021 года

Постановлением Правительства РФ № 160 от 10.02.2017 внесены изменения в постановление № 1416 от 27.12.2012 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий». Регистрационные удостоверения на изделия медицинского назначения и медицинскую технику бессрочного действия, выданные до дня вступления в силу вышеуказанного постановления, подлежали замене на регистрационные удостоверения по форме, утверждаемой Росздравнадзором. Вступление в действие этой меры планировалось ещё 1 января 2014 г., но по просьбам производителей было отложено до 1 января 2017 г.

Вступившее в силу постановление Правительства РФ № 160 продлило срок замены регистрационных удостоверений ещё на 4 года – до 2021 г.

По сообщению Росздравнадзора, с 2013 по 2016 г. в Росздравнадзор поступило более 14 тыс. заявлений о замене регистрационных удостоверений (только в 2016 г. – более 8 тыс.), по результатам рассмотрения которых переоформлено более 10 тыс. этих документов.

Павел ЛЕОНТЬЕВ.

Москва.

В Якутске
возведут онкодиспансер

В апреле этого года в Якутске начнётся строительство Республиканского онкологического диспансера. Средства будут использованы из федерального и регионального бюджетов.

Как отметили в Минздраве Республики Саха (Якутия), строительство центра разделено на три этапа. Первый пусковой комплекс предусматривает создание онкоклинического центра с поликлиникой на 210 посещений и стационаром на 180 коек с радиологическим отделением и хозблоком. В рамках второго пускового комплекса будет создан онкодиагностический центр ядерной медицины, а на заключительном этапе – пансионат или гостиничный комплекс.

Николай НОВИКОВ.

Якутск.

Укол ценою в жизнь

Шестнадцатилетняя роженица потеряла ребёнка после посещения родильного отделения районной больницы в Сергиевом Посаде. По всем показаниям состояние будущей матери и ребёнка было нормальным, но несмотря на это, ребёнок скончался ещё в утробе матери.

Родители девушки считают, что трагедия произошла по вине врачей, которые не обратили внимание на плохое самочувствие пациентки и неадекватную реакцию её организма на укол – у роженицы появились волдыри на коже. Медики провели кесарево сечение и констатировали, что малыш мёртв, хотя ещё за несколько часов до этого он шевелился. Сами врачи утверждают, что сумели спасти девушку, у которой началось кровотечение, а ребёнок не мог умереть из-за обычной инъекции.

По информации Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, будет проведена проверка.

Яна ГЛАЗКОВА.

Московская область.

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

Акценты

Белый халат против
ядерной бомбы

В роли миротворцев врачи добиваются не меньших результатов, чем в операционных

В Москве прошёл международный симпозиум по глобальной безопасности, организованный не политиками и дипломатами, а врачами и учёными. Это была встреча представителей международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» и Российского Пагуошского комитета при президиуме РАН. Делегаты из ряда стран мира вместе с единомышленниками из России обсуждали, что можно сделать, чтобы угроза ядерного противостояния государств была снижена. В дискуссии также приняли участие председатель Комитета по международным делам Госдумы РФ Леонид Слуцкий и заместитель генерального директора «Росатома» Вячеслав Першуков.

О том, насколько влиятельными могут быть общественные объединения гуманитариев, говорит тот факт, что в середине 80-х годов «Врачи мира...», используя в качестве аргумента концепцию ядерной зимы, сумели убедить президентов СССР и США Михаила Горбачёва и Рональда Рейгана в необходимости прекратить испытания ядерного оружия и начать сворачивать гонку вооружений.

Суть концепции ядерной зимы предельно проста и понятна врачам и учёным, но почему-то непонятна многим политикам: если произойдёт обмен ядерными ударами, то часть населения Земли, которая не погибнет от ядерной волны и радиации, затем неизбежно погибнет от голода, причиной которого станет резкое похолодание на планете из-за выброса в атмосферу огромного объёма пепла вследствие пожаров.

– Сегодня самое время познакомиться с концепцией ядерной зимы и ядерного голода новые поколения политиков и государственных деятелей. Могут ли врачи повторить свой успех 80-х годов по антиядерному лоббированию? Я верю



Даже «успешное» использование ядерного оружия приведёт к катастрофическим последствиям

в то, что это возможно. У нас в руках факты. Во-первых, в условиях ядерной войны медики не смогут оказать никакой помощи пострадавшим. Во-вторых, большинство техногенных катастроф является результатом непреднамеренных ошибок человека, в частности его сиюминутного страха. До сих пор мы счастливо избегали таких катаклизмов с ядерным оружием, хотя в течение последних 20 лет мир уже 6 раз был очень близок к началу обмена ядерными ударами из-за ложной угрозы ядерной атаки со стороны какой-либо из стран, имеющих такое оружие, – говорит сопредседатель российского комитета «Врачи мира...» и член Пагуошского комитета при президиуме РАН академик РАН Сергей Колесников.

Необходим новый международный договор о запрете производства, хранения и использования ядерного оружия. В настоящее время один из комитетов ООН инициировал разработку такого документа, и если «неядерные» страны поддержали данную идею, то все ядерные державы, кроме Китая, проголосовали против. Вот почему, поясняет академик С. Колесников, очередная встреча представителей движения «Врачи

мира за предотвращение ядерной войны» произошла именно в Москве: Россия – одна из двух стран, обладающих 90% всего мирового объёма ядерного оружия.

Участники симпозиума подготовили и уже направили письмо в адрес председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева, который в своё время, будучи Президентом России, приветствовал деятельность международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны». В письме участники московской встречи обращаются к Д. Медведеву с просьбой стать лидером переговорного процесса по ядерному разоружению.

«На протяжении десятилетий ядерные государства существуют под влиянием заблуждения, что ядерное оружие увеличивает их безопасность. Новые данные показывают, что даже «успешное» использование небольшой части ядерного арсенала России или других ядерных государств против противника приведёт к катастрофическим климатическим последствиям, угрожая самому их существованию. Реальная правда об этих видах оружия такова: это бомбы для самоубийства, а не агенты национальной безопасности», – сказано в письме.

Поможет ли миротворческое движение врачей и учёных предотвратить войну? По мнению академика РАН С. Колесникова, поможет. Пагуошский комитет и «Врачи мира...» – это, по словам моего собеседника, та «мягкая сила», которая способна решить вопросы, не поддающиеся решению на уровне официальной дипломатии. Секрет этой силы в том, что контакты на уровне простых людей позволяют преодолеть пропасть непонимания между целыми странами. А получив поддержку сознательной части глобального бизнеса, «народная дипломатия» станет ещё сильнее.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

«Круглый стол»

Руководство Общероссийского народного фронта предлагает сделать обязательными общественные слушания при реорганизации медицинских учреждений. Законопроект, где идёт речь об этом, находится на рассмотрении Госдумы РФ, и он никак не регулирует сокращение амбулаторий, ФАПов, офисов врачей общей практики.

«Ко второму чтению документа необходимо внести поправки, обязывающие проводить общественные слушания при ликвидации медорганизаций, их структурных подразделений, уменьшении их мощности, сокращении персонала», – с таким предложением выступили активисты Народного фронта по итогам «круглого стола» с участием представителей медицинского сообщества, депутатов Госдумы и представителей Минздрава России.

«Как крайне болезненную для людей тему о массовых сокращениях медицинских учреждений мы в сентябре 2015 г. обсудили с президентом страны на форуме ОНФ «За качественную и доступную медицину!». Глава государства

Как будет проходить оптимизация?

тогда дал поручение проработать вопрос о проведении обязательных общественных слушаний при принятии решений, касающихся реорганизации или ликвидации медорганизаций. В марте 2016 г. Госдума РФ приняла в первом чтении соответствующие поправки в закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», однако уже тогда мы подчёркивали, что они не отвечает поручению Президента. Согласно предложенной версии законопроекта, решения о реорганизации или ликвидации медучреждений будет приниматься на основании положительного заключения некой комиссии, созданной в субъекте, но глава государства поставил чёткую задачу – учесть именно мнения граждан, проживающих на территориях», – отметил член центрального штаба ОНФ, руководитель рабочей группы «Социальная справедливость», председатель Федерации независимых профсоюзов России Михаил Шмаков.

В свою очередь, член центрального штаба ОНФ, президент Национальной медицинской палаты, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль отметил: «Мы провели опрос по регионам, и только 25-30% медицинских организаций ответили нам, что у них нет проблем с сокращением объёмов медпомощи. Остальные сообщают, что пациенты жалуются на очереди к врачам, на то, что теперь приходится ехать на большие расстояния, чтобы добраться до врача».

Активисты ОНФ обратили внимание на то, что в законодательстве термины «реорганизация» и «ликвидация» используются исключительно к юридическому лицу, а понятие «структурное подразделение» медицинской организации в подзаконных актах размыто и не имеет однозначного толкования. При этом статусом юридического лица, как правило, обладает лишь центральная районная больница, в составе

которой могут действовать участковая больница, родильные дома и отделения, амбулатория, ФАП, офис врача общей практики, а также отделения этих подразделений. Все эти подразделения не являются юридическими лицами, а значит, их фактическое закрытие не подпадает ни под понятие «ликвидация», ни под понятие «реорганизация».

«Поэтому для обеспечения эффективной работы закона, и значит исполнения поручения президента страны, требуется учесть в положениях обсуждаемого документа все способы и механизмы, которые используются на практике при сокращении объёмов медпомощи на местах (включая приказы главных врачей об изменениях в штатном расписании, сокращении коечного фонда и т.д.). А основным механизмом учёта мнения населения должны стать общественные слушания, по итогам которых публикуется протокол», – подчеркнула член Центрального штаба ОНФ, депутат Госдумы РФ Ольга Савастьянова.

По итогам «круглого стола» участники встречи приняли решение направить в Комитет Госдумы РФ по охране здоровья предложения ко второму чтению законопроекта, предусматривающие обязательное проведение именно общественных слушаний при принятии решений о проведении любых организационно-штатных мероприятий в медицинской организации государственной или муниципальной системы здравоохранения, влекущих ликвидацию самой медицинской организации, её структурных подразделений, уменьшение мощности медицинской организации. Также эксперты рекомендовали включить в проект закона положение о разработке Минздравом России единого порядка проведения таких общественных слушаний и о нормативном закреплении понятия «структурное подразделение медицинской организации».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.

Признание

За профессиональную ответственность

«Почётную награду министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова получила за проявленную ею высокую гражданскую и профессиональную ответственность при оказании помощи одной из пассажирок рейса Москва – Нью-Йорк осенью прошлого года», – говорится в сообщении на сайте медицинского ведомства.

Она стала лауреатом премии «Щит и роза – 2017».

Напомним, что во время рабочей поездки министра в Нью-Йорк на Генеральную ассамблею ООН одна из пассажирок, летевшая с В.Скворцовой одним рейсом, почувствовала недомогание. Министр оказала женщине необходимую неотложную помощь, после чего

пассажирка благополучно была передана врачам скорой помощи в аэропорту «Пулково», где самолёту пришлось совершить экстренную посадку.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сити!

Москва.

Официально

Не согласились с аудиторами

Минздрав России прокомментировал информацию Счётной палаты РФ относительно дополнительного обеспечения регионов автомобилями скорой медицинской помощи.

В соответствии с поручением Президента РФ по обновлению санитарного автотранспорта с высокой степенью износа Правительством РФ были предусмотрены соответствующие средства на закупку 2154 автомобилей скорой медицинской помощи (АСМП) в общей сумме 5 млрд руб. Минздравом России была проведена работа по актуализации потребности регионов в замене изношенного автопарка новыми автомобилями скорой медицинской помощи с учётом условий применения, производителя и технических характеристик с соблюдением индивидуального подхода к климатогеографическим и иным особенностям каждого субъекта РФ, а также с учётом возможности обновления парка санитарного автотранспорта за счёт региональных бюджетов. Распределение автомобилей

было осуществлено на основе объективных критериев.

При этом Счётная палата РФ в своих оценках опирается лишь на запросы регионов, оценка которых показала их завышение по отношению к реальным потребностям. Так, например, для автомобилей класса С, то есть для реанимобилей – машин с самой дорогой и сложной комплектацией и требующихся в определённых случаях, заявки превышали реальные потребности более чем на 40%. В 20 субъектах РФ представленная потребность в обновлении парка АСМП класса В превысила норматив оснащения станций и отделений скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом от 1,1 до 3,05 раза.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения во втором полугодии 2017 г. будут проведены соответствующие проверочные мероприятия на предмет соответствия требованиям Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утверждённого

приказом Минздрава России № 388 от 20.06.2013 с учётом вновь введённых в строй автомобилей.

Что касается вопроса оснащения АСМП класса В, то Минпромторгом России совместно с Минздравом и субъектами РФ был отобран перечень дорогостоящего медицинского оборудования, входящего в утверждённый стандарт оснащения автомобиля скорой медицинской помощи класса В, которое было закуплено за счёт средств федерального бюджета (700 тыс. руб. на один автомобиль класса В). Расходы по дооснащению менее дорогим оборудованием (200 тыс. руб. на один автомобиль класса В) взяли на себя регионы.

Такой подход позволил в рамках имеющихся ресурсов обеспечить поставку большего числа автомобилей скорой помощи. Указанная информация была ранее доведена до Счётной палаты РФ.

По материалам сайта
Минздрава России
подготовил
Алексей ПИМШИН.

100 строк на размышление

На сдельных условиях

Доплаты за учёную степень докторам, работающим в медучреждениях Департамента здравоохранения Москвы, были отменены. Соответствующие изменения в действующее законодательство внёс глава департамента Алексей Хрипун.

Так, прежняя редакция документа устанавливала доплату медицинским работникам, имеющим почётные звания (в том числе времён СССР), а также отраслевые знаки отличия. Медики, согласно рекомендациям, должны были получать доплату за звания в размере до 30% от должностного оклада. За степень доктора наук врачам полагалась выплата в размере до 20% от должностного оклада, за степень кандидата наук – до 10% (рекомендуемые размеры доплат).

Помню: ещё перед поступлением в медицинский вуз я часто слышал от знакомых врачей и не только, что каждый уважающий себя доктор должен стать как минимум кандидатом наук. Иными словами, обыграв классика русской литературы Николая Алексеевича Некрасова, я это резюмировал так: «Член-корр» можешь ты не быть, но кандидатом быть обязан». Именно с этой формулировкой на устах я начал постигать азы врачебного дела, с нетерпением ожидая поступления в аспирантуру. Однако со временем, уже на старших курсах медвуза, ко мне постепенно начало

приходить понимание того, что учёная степень вовсе не гарантирует высокий профессионализм автоматически. Причиной тому послужило неоднократное соизерцание неудач у постели больного со стороны того или иного доцента или даже профессора, столь красноречивых на лекциях.

«Ничего ты не понимаешь, – то и дело я слышал в свой адрес. – Степень крайне необходима. Это нужно для статуса. В придачу ещё и государство худо-бедно доплачивает к основной зарплате». И тогда я понял, ради чего большинство, совершенно, кстати говоря, не скрывая истинной цели, поступает в аспирантуру. Три года работы, что называется, «в стол», ради названия. Никому, как правило, не нужной в практическом плане. Исключительно ради вывески на кабинете и надписи в визитной карточке. Ни о какой науке и речи не идёт.

Таким образом, в результате зачастую совершенно напрасного труда в течение нескольких лет ты становишься «белым человеком» в клиническом мире, обзаведясь наконец-то учёной степенью. В результате довольны все: соискатель наконец-то получил законное право называться кандидатом или доктором медицинских наук, учёный совет отчитался наверх об очередном диссертанте, отметили это дело за накрытым за счёт соискателя столом и т.д. Очередная потёмкинская деревня, не иначе. Концепция мыльного пузыря.

Ключевая проблема в другом: пациенты, что характерно, сплошь и рядом попадают на эту «удочку» с наживкой в виде учёного звания того или иного врача. «Меня консультировал кандидат (доктор) наук», – с гордостью то и дело заявляют неискушённые обыватели, совершенно не понимая, что зачастую тема защищённой таким специалистом когда-то научной работы не имеет никакого отношения к его повседневной практической деятельности и, как следствие, никак не влияет на эффективность оказываемой медпомощи.

Возникает резонный вопрос: а за что, собственно говоря, доплачивать такому специалисту? Что его диссертация привнесла в клинический мир? Как её применяет на практике медучреждение, где трудится этот оспенённый доктор? Как правило, в 95% случаев – ничего ровным счётом. «Все выплаты, которые отсутствуют в приказе, и выплаты, для которых не обозначены рекомендуемые размеры, будут устанавливаться медучреждениями самостоятельно при наличии финансовых возможностей», – заявила на этот счёт заведующая отделом экономической работы и оплаты труда Профсоюза работников здравоохранения Москвы Ольга Манейлова.

Получается своего рода оплата по факту, что видится вполне справедливым решением.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Память

Мысленно с Учителем

В Москве 75-летие Владимира Ярыгина отметили конференцией и фотовыставкой.

Основатель научно-педагогических школ в области фундаментальной и практической медицины общенационального и международного ранга, российский биолог В.Ярыгин – достойный выпускник Второго Меда. По окончании вуза он работал в его стенах ассистентом, старшим научным сотрудником, доцентом, заведующим кафедрой биологии, проректором по учебной работе. С 1984 по 2007 г. был ректором этого же вуза.

Почтить память этого человека в Российской национальной исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова пришли родственники, друзья, коллеги, ученики: ректор университета академик РАН С.Лукьянов, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Т.Семёнова, директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Г.Сухих, заведующий лабораторией клеточной биологии НИИ биомедицинской химии им. В.Ореховича, член-корреспондент РАН К.Ярыгин, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения РНИМУ им. Н.И.Пирогова член-корреспондент РАН Н.Полунина, профессор кафедры биохимии медико-биологического факультета академик РАН А.Арчаков, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Л.Рошаль.

Перед открытием научно-практической конференции, посвящённой

75-летию В.Ярыгина, участники ознакомились с фотовыставкой. Снимки, на которых запечатлены самые яркие моменты жизни В.Ярыгина, и живая музыка от маэстро А.Катичева и И.Каверного произвели на гостей сильное впечатление, навевая множество приятных воспоминаний.

Открывая конференцию, ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова С.Лукьянов отметил:

– Вся трудовая жизнь Владимира Никитича была связана со Вторым Медом, где он прошёл путь от студента до ректора. Более 20 лет Ярыгин возглавлял наш вуз, и эти годы были сложными не только для университета, но и для всей страны. Благодаря его руководству вуз выстоял и активно развивался. Также хочу добавить, что Владимир Никитич – автор уникальных учебных пособий, по которым студенты учатся и сейчас.

Также с докладами выступили коллеги и ученики В.Ярыгина, многие из них продолжили и развили его идеи.

– Моё профессиональное становление проходило под руководством Владимира Никитича. У него был редкий талант руководителя, сопряжённый с абсолютным доверием и широтой полномочий. Наверное, в этом зале нет людей, которые не соприкоснулись бы с судьбой этого великого человека, – рассказала Т.Семёнова.

По завершении мероприятия всех ждали подарки: книга памяти В.Ярыгина «Мысленно с вами...» и монография «Механоэлектрическая обратная связь в сердце».

Ирина ОБУХОВА.

Криминал

Фельдшер в заложниках



Житель Белогорска Амурской области почти час насильно удерживал фельдшера скорой помощи. В отношении мужчины возбуждено уголовное дело. За незаконное лишение свободы ему грозит до 2 лет лишения свободы.

Инцидент произошёл недавно вечером. На станцию скорой помощи поступил звонок от женщины, жаловавшейся на травму головы. Прибывшая на вызов фельдшер СМП оказала пациентке первую медицинскую помощь и предложила проехать в больницу для прохождения дополнительного осмотра. Однако женщина ответила категорическим отказом. Когда медработник направилась к выходу, сожитель хозяйки квартиры, имеющий явные признаки алкогольного опьянения, запер входную дверь на замок. Тем самым фельдшер скорой помощи была лишена права свободно и беспрепятственно покинуть жилое помещение.

Пьяный мужчина требовал госпитализации сожительницы, несмотря на её отказ. Медработнику пришлось провести в квартире почти час, при этом задержанный угрожал ей расправой и оскорблял.

Оказавшаяся в заложниках девушка старалась не провоцировать на дальнейшую агрессию неадекватного хозяина квартиры, отвечала спокойно на все его вопросы и при первой же возможности обратилась за помощью.

Мужчина освободил фельдшера только после вмешательства водителя скорой помощи. По факту произошедшего подразделением дознания МО МВД России «Белогорский» возбуждено уголовное дело по части 1 статьи 127 УК РФ («Незаконное лишение человека свободы, не связанное с его похищением»). Правонарушителю грозит до 2 лет лишения свободы.

Николай ИГНАТОВ.
МИА Сити!

Амурская область.

Есть темы, которые, возникнув однажды, продолжают волновать педиатрическое сообщество и по сей день. Использование пальмового масла в детском питании относится к таковым. Внимание к этому вопросу не ослабевает на протяжении нескольких лет.

По мнению ведущего научного сотрудника лаборатории возрастной нутрициологии Федерального исследовательского центра питания и биотехнологий Натальи Шилиной, проблема состоит из двух аспектов. С чьей-то «лёгкой руки» эти аспекты были объединены в один. И фальсификация молочного жира с помощью пальмового масла распространилась до мнения о том, что вредно само пальмовое масло, и в питании детей его использовать нельзя. Хотя это традиционный пищевой продукт, употребляемый человеком на протяжении тысячелетий. Причём без особых побочных эффектов. Правда в традициях нашей культуры оно до последних десятилетий не применялось столь широко, как сейчас.

Как утверждают специалисты, пальмовое масло соответствует требованиям российского законодательства (технического регламента о безопасности пищевой продукции, масложировой продукции), а также показателям качества, приводимым в регламентирующих международных документах. Установлено, что оно не обладает токсичностью, гемотоксичностью, сенсибилизирующими свойствами, богато антиоксидантами, не содержит трансжирных кислот, устойчиво к окислительной порче. Твёрдая консистенция масла удобна для применения в пищевой промышленности с технологическими целями. Но недобросовестные производители скрывают от населения использование этого масла вместо молочного жира, что и порождает негатив (потребители должны знать, что едят).

Это проецируется на вторую часть проблемы – использование пальмового масла в детском питании.

– Нужно очень осторожно подходить к решению данного вопроса, от ответа на него зависит питание детей, находящихся на искусственном вскармливании, – полагает Н.Шилина.

Жиры в питании ребёнка первого года жизни чрезвычайно важны. Малыш нуждается в энергии, а также в пластическом материале для образования клеточных мембран, роста и развития.

Острая тема

Спорный вопрос с пальмовым маслом

Как прийти к разумному решению?



При искусственном вскармливании детей без пальмового масла не обойтись

Женское молоко содержит целый спектр различных видов жирных кислот. Основные из них – пальмитиновая, олеиновая и линолевая. Те же самые жирные кислоты, что и в грудном молоке, входят в состав плазмы крови ребёнка, как доношенного, так и недоношенного. Причём преобладает пальмитиновая кислота.

Примечательно, что основными жирными кислотами пальмового масла также являются пальмитиновая (44%), олеиновая (42%) и линолевая (10%). На сегодняшний день пальмовое масло, пожалуй, единственный природный продукт, который способен дать то количество пальмитиновой кислоты, которое необходимо для воспроизведения жирокислотного состава грудного молока, считают учёные.

Использование пальмового масла в питании детей раннего возраста обусловлено необходимостью адаптации заменителей

женского молока по всем пищевым ингредиентам, в том числе по жиру и входящим в его состав жирным кислотам, к составу женского молока.

Общественность выражает опасение по поводу качества пальмового масла, добавляемого в смеси для детского питания, дескать, оно техническое.

«Это совершенно другой по качеству продукт в сравнении с тем, что используется в питании взрослого населения, он является высокоочищенной фракцией. Требования, предъявляемые к нему, существенно жёстче и строже», – утверждают специалисты.

Конечно же, у пальмового масла имеются свои недостатки. Так, пальмитиновая кислота располагается преимущественно в альфа- и гамма-положениях, то есть в первом и в третьем. А в женском молоке она чаще встречается во втором положении – в положении бета (то есть 56-70% триглицери-

дов женского молока располагается в середине). Когда продукт попадает в желудочно-кишечный тракт и на него начинает действовать пищеварительный фермент, то легче всего отщепляются жирные кислоты триглицеридов, находящихся в первом и третьем положениях. В результате образуются свободные жирные кислоты, которые могут встретиться в ЖКТ с ионами кальция, образуя так называемые кальциевые мыла – плохо растворимые соединения. Есть мнение, что такие кальциевые мыла являются причиной запоров у детей.

– Отчасти можно с этим согласиться, объективная основа имеется, – полагает Н.Шилина. – Но так ли уж эта проблема драматична?

Существует ещё одно утверждение, что при этом выводится кальций из организма, происходит недостаточное его усвоение. В результате чего снижается минеральная плотность костей.

– Такие заявления звучат очень громко, – считает Н.Шилина. – Но когда знакомишься с исследованиями, с первоисточником, с цифрами, то разница в десятки или даже в сотые в изучаемых показателях убедительной не выглядит. Мы не говорим, что эту тему нужно закрывать. Безусловно, требуются исследования более масштабные, проводимые на территории нашей страны. Мы – за сбор доказательной базы.

Промышленность старается учитывать запросы потребителей. Производители научились искусственно вносить пальмитиновую кислоту в триглицериды во втором положении, что позволяет повысить усвояемость жирового компонента молочных смесей. Однако процесс затратный, сложный, с некоторыми побочными эффектами.

Есть другой путь. Оказывается, что в коровьем молоке 32% пальмитиновой кислоты находится во втором положении (в женском молоке от 56 и выше). И если добавить к жировому компоненту молочной смеси с растительными маслами ещё и животный жир, скажем, из коровьего молока, то содержание бета-пальмитата увеличивается. Технология создания детских молочных смесей совершенствуется именно в этом направлении.

Наука стоит на позиции, что полностью отказываться от пальмового масла на сегодняшний день преждевременно. Потому что смесь называется адаптированной только в том случае, если она максимально приближена к составу грудного молока. Отход от состава неизвестно ещё чем обернётся. Технологию производства детских смесей целесообразно развивать в направлении обогащения их жирового компонента бета-пальмитатом, в том числе из молочного жира.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Награды

Лучшие врачи, лечебные учреждения, общественные деятели, волонтеры и пациенты, победившие онкозаболевания, стали лауреатами первой общероссийской премии «Будем жить!», учреждённой Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!» за вклад в борьбу против рака. Церемония награждения состоялась в ходе благотворительного телемарафона с участием звёзд отечественной эстрады, театра и кино, юных исполнителей, а также представителей органов власти, общественных организаций.

По словам президента ассоциации Ирины Боровой, предполагается сделать премию и марафон ежегодными, чтобы открыто говорить обо всех проблемах, с которыми сталкиваются пациенты, и демонстрировать

Возьмёмся за руки!

Только так можно победить тяжёлое заболевание

успехи нашей отечественной онкологической службы.

– Необходимо активное привлечение общественности к решению проблем российской онкологии. Это будет способствовать популяризации ранней диагностики и своевременному лечению, поможет развитию благотворительности в стране, усилит поддержку пациентов, – считает главный детский онколог Минздрава России, заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академик РАН Владимир Поляков.

По мнению одного из лауреатов премии Тамилы Казиевой (которая с 6-летнего возраста вот уже 25 лет лечится от онкозаболевания), российское общество из-за неосведомлённости очень предвзято реагирует на людей с онкопатологией. Недостаток компетентной информации сказывается прежде всего на детях-пациентах.

– Мы видим, что ребята из разных регионов страны, переболевшие год-два, чувствуют себя в изоляции. Им кажется, что они никогда уже не вернутся к нормальной жизни. Часто

онкологические больные теряют друзей-сверстников. Есть и много других проблем у выздоравливающих пациентов, но все они решаемы при условии успешной социальной реабилитации, – говорит Сергей Шариков, лауреат премии «Будем жить!» за создание и развитие проекта по организации в медицинском стационаре общеобразовательной школы для детей, страдающих тяжёлыми заболеваниями.

Генеральный директор Национального научно-практического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им.

Дмитрия Рогачёва, академик РАН, лауреат премии «Будем жить!» Александр Румянцев убеждён, что социальной адаптацией детей-пациентов необходимо заниматься на федеральном уровне:

– Это настолько острая проблема, что 3 года назад мы впервые в России организовали Центр реабилитации для детей, выздоравливающих от рака. Причём помощь у нас получают не только они, но и их семьи. Мама находится вместе с ребёнком, независимо от его возраста, ей обеспечивается питание, койка, реабилитационные услуги за счёт средств ОМС. Это большая программа, которую мы хотим перевести в рамки технологии и распространить на все субъекты РФ, чтобы каждый ребёнок получал индивидуальную поддержку.

Валентина ЗУЕВА.

Москва.

В Центральном НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора состоялся научно-практический семинар «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения гриппа и ОРВИ». В мероприятии приняли участие более 250 практикующих врачей из Москвы и других городов России.

В рамках семинара ведущие эксперты института эпидемиологии Роспотребнадзора, Института вирусологии им. Д.И.Ивановского при Федеральном научно-исследовательском центре эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России и Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова рассказали об особенностях эпидемиологического сезона 2016-2017 гг., роли современной дифференциальной ПЦР-диагностики при определении тактики лечения пациентов и ключевых аспектах терапии гриппа и ОРВИ у детей.

Эксперты подчеркнули, что действенным способом специфической профилактики гриппа по-прежнему является вакцинация. Она помогает сократить количество случаев госпитализации и смертельных исходов в результате осложнений, связанных с гриппом. В этой связи ведущие специалисты рассказали о том, как проводится оценка эффективности и безопасности вакцин против гриппа и контроль безопасности консервантов и адъювантов.

Противодействие гриппу и ОРВИ по-прежнему остаётся приоритетным направлением функционирования системы здравоохранения. «Каждая респираторная инфекция имеет свою специфику и подходы к лечению, но все они требуют постоянной диагностики с последующей этиологической верификацией», – отметил академик Виктор Малеев. По его мнению, текущий эпидемиологический сезон характеризуется ростом внебольничных пневмоний, а также превышением эпидемического порога заболеваемости гриппом и ОРВИ в 59 регионах РФ. Необходимо осуществлять регулярный мониторинг эффективности лекарств против гриппа, так как не исключено появление резистентности к определённым противовирусным препаратам вследствие мутации вирусов.

«Сегодня эпидемическую актуальность представляют три основные группы вирусов: вирусы гриппа человека – А(H1N1) pdm09, А(H3N2), В/Ямагата, В/Виктория; вирусы гриппа птиц – А(H5N1), А(H5N6), А(H7N9), а также новый коронавирус – MERS-CoV», – считает заведующая лабораторией этиологии и эпидемиологии гриппа Института вирусологии им. Д.И.Ивановского Елена Бурцева. В текущем эпидемическом периоде в этиологии подъёмов заболеваемости как в РФ, так и в других странах Северного полушария доминирует вирус гриппа А(H3N2), получивший ранее название «Гонконг».

Как было заявлено экспертом, существуют определённые трудности изоляции и типирования вируса с помощью классических вирусологических методов, в связи с чем наиболее ценными представляются ПЦР-диагностика и секвенирование для уточнения

диатрической практики являются сочетанные формы острых респираторных инфекций, включающие как вирусную, так и бактериальную этиологии. Подобные формы наиболее часто встречаются у детей от одного года до пяти лет», – отметила Антонина Александровна.

появление жалоб на боли в грудной клетке и изменение психического статуса.

А.Плоскирева обратила внимание на то, что основными задачами терапии принято считать элиминацию возбудителя, купирование общих и местных симптомов

олита и обструктивного бронхита у детей с повторными эпизодами обструкции. Однако именно hRV, по мнению профессора, являются факторами риска развития бронхиальной астмы. «С помощью ПЦР-секвенирования, помимо ранее известных риновирусов А и В, был выявлен риновирус С, с которым связывают наиболее тяжёлые формы инфекций нижних дыхательных путей», – сообщила Татьяна Владимировна.

«Определяющая роль в профилактике осложнений ОРВИ у детей принадлежит своевременной диагностике, на основании результатов которой должна быть проведена ранняя, а главное, адекватная терапия», – подвела итог старший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора доктор медицинских наук Татьяна Руженцова.

Руководитель научной группы по разработке новых методов диагностики ОРЗ Центра молекулярной диагностики, руководитель Референс-центра по мониторингу за возбудителями инфекций дыхательных путей ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, кандидат биологических наук Светлана Яцышина акцентировала внимание участников научно-практического семинара на определяющей роли метода ПЦР в дифференциальной диагностике этиологии инфекций дыхательных путей. «На протяжении 15 лет в стенах ЦНИИ эпидемиологии проводится работа по изучению этиологической структуры респираторных инфекций у госпитализированных пациентов, в частности детей, в результате которой был разработан диагностический ПЦР-тест, позволяющий дифференцировать РНК и ДНК респираторных вирусов, вызывающих сходную симптоматику», – сообщила С.Яцышина. К примеру, в декабре 2016 г. – январе 2017 г. этиологической структуре гриппа среди обращавшихся к нам пациентов превалировал вирус гриппа А(H3N2) – 95%, остальные 5% случаев были представлены вирусами гриппа В».

По словам эксперта, эффективное применение этиотропной терапии у пациентов возможно лишь при наличии своевременного и достоверного этиологического диагноза. «Ранняя диагностика позволяет применять действенную терапевтическую тактику, которая способна сократить продолжительность заболевания, предотвратить развитие эпидемиологических вспышек и осложнений течения таких заболеваний, как грипп, микоплазменная и хламидийная инфекции и даже коклюш», – пояснила эксперт.

В завершение семинара эксперты ответили на вопросы участников мероприятия.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Москва.

Деловые встречи

Определить тактику и стратегию

Эту цель ставили перед собой эпидемиологи, рассматривая проблемы гриппа и ОРВИ



принадлежности к генетическим группам.

«Тяжёлые формы и случаи с летальными исходами регистрировали в основном у лиц пожилого возраста. На сегодня в России зафиксировано 22 летальных исхода, этиологически связанных с вирусом А(H3N2), из которых 4 – дети. Все пациенты не были привиты против гриппа. Средний возраст умерших составил 59,7 лет», – добавила Елена Ивановна.

В рамках научно-практического семинара одной из главных тем обсуждения стала проблема диагностики, лечения и профилактики осложнений ОРВИ у детей. Старший научный сотрудник института эпидемиологии Роспотребнадзора кандидат медицинских наук Антонина Плоскирева подробно рассказала о клинических проявлениях и терапии острых респираторных инфекций. «Важно учитывать, что особенностью пе-

По мнению эксперта, клинические проявления острых респираторных инфекций имеют некоторые возрастные особенности. Следует подчеркнуть, что для детей первых трёх лет жизни при инфицировании вирусами гриппа и парагриппа характерно развитие обструктивного ларингита. В то время как у детей более старшего возраста проявления данного заболевания могут ограничиться трахеитом. Также у детей до трёх лет возможно развитие бронхолита (при респираторно-синцициальной и метапневмовирусной инфекциях) и бронхита (при аденовирусной и риновирусной инфекциях). Признаками тяжёлой формы гриппа, как отметила А.Плоскирева, являются сохранение лихорадочной реакции на фебрильные значения более трёх суток, появление одышки в покое или при физической нагрузке, цианоз носогубного треугольника,

и профилактику бактериальных осложнений. В зависимости от типа вирусной инфекции и тяжести клинических проявлений применяют ту или иную этиотропную, иммунную и симптоматическую терапии или же немедикаментозные методы лечения. «Особенностью педиатрической практики терапии гриппа является отсутствие лекарственных средств, предназначенных для лечения детей первого года жизни», – пояснила эксперт.

О синдроме повторной бронхиальной обструкции и факторах риска бронхиальной астмы подробно остановилась профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Татьяна Спичак. Респираторно-синцициальные (RSV) и риновирусные инфекции (hRV) играют ключевую этиологическую роль в развитии вирусного бронхи-

Ситуация

Врачебная бригада скорой медицинской помощи Уссурийска вернула к жизни мужчину, проведя тромболитическую терапию, а затем и дефибрилляцию при инфаркте миокарда.

Почувствовав себя плохо на разгрузке древесины, 58-летний рабочий обратился за помощью к фельдшеру своего предприятия. Медицинский работник заподозрила инфаркт, сделала укол анальгина, одновременно вызвав бригаду скорой помощи.

Оперативно прибывшая по вызову СМП в составе врача Виктора Ващенко и фельдшера Виталия Агафонова, осмотрев больного, сняла электрокардиограмму и диагностировала у него инфаркт миокарда. Пациенту была оказана

Ещё один спасённый

на скорая медицинская помощь в соответствии с современными стандартами и клиническими рекомендациями, в том числе проведена тромболитическая терапия. Состояние пациента значительно улучшилось.

Во время медицинской эвакуации в стационар больной находился под постоянным наблюдением, и все его жизненно важные процессы отображались на мониторе. Произошла остановка сердца – фибрилляция желудочков.

Бригада в салоне автомобиля экстренно провела дефибрил-

ляцию. Ритм восстанавливался, пациент приходил в сознание, но не помнил, что с ним происходило. Так повторялось 5 раз. Наконец, мужчина пришёл в сознание, его доставили в стационар, где он был передан дежурному врачу первичного сосудистого отделения неотложной кардиологии Уссурийской городской больницы.

Мужчину госпитализировали, а на следующий день кардиологом стационара было принято решение направить пациента на операцию в Владивосток в Региональный сосудистый центр Приморской кра-

евой клинической больницы № 1. Там ему выполнили стентирование сосудов сердца.

– Человека удалось спасти благодаря высокому профессионализму медиков и чётко налаженной системе взаимодействия всех учреждений здравоохранения, начиная от фельдшерского пункта на предприятии и заканчивая региональным сосудистым центром больницы № 1, – считает главный врач станции скорой медицинской помощи Уссурийска Александр Федейкин. – Но наибольшая заслуга в этом, конечно, принадлежит имен-

но сотрудникам скорой помощи, сопровождавшим мужчину от его предприятия и до Владивостока. Именно они, можно сказать, дали ему вторую жизнь, проведя тромболитическую терапию.

По словам Людмилы Змушко, заместителя главного врача по станции скорой медицинской помощи, медицинский персонал учреждения обладает всеми необходимыми практическими навыками для помощи пациентам, в том числе наиболее эффективным методом терапии при инфаркте миокарда – тромболитическом. К слову, за 2016 г. ими было выполнено 43 тромболитических.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Приморский край.

Как уже сообщала наша газета (см. «МГ» № 95 от 16.12.2016 и № 3 за 18.01.2017), на базе Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова состоится XII Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников (с международным участием). Сроки проведения фестиваля – 27 марта – 1 апреля, а посвящён он Году экологии и XIX Всемирному фестивалю молодёжи и студентов в Сочи. Организаторами фестиваля – Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов, Профсоюзом работников здравоохранения РФ, редакцией «Медицинской газеты» и ректоратом РязГМУ разработано Положение о проведении XII фестиваля, которое утверждено на недавнем совместном заседании общего собрания Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов и Совета деканов медицинских факультетов и директоров медицинских институтов и государственных университетов Минобрнауки России.

Сегодня «МГ» в изложении публикует Положение о проведении фестиваля (полностью документ с формами заявок см. на сайте Рязанского ГМУ <http://rzgmu.ru>).

Обращаем внимание потенциальных участников фестиваля на расширение его традиционной программы, куда нынче включено, кроме конкурса вокально-инструментальных ансамблей, вокального конкурса (12 номинаций), инструментального конкурса (2 номинации), хореографического конкурса (10 номинаций), театрального конкурса (3 номинации), конкурса исполнителей оригинального жанра, видеоконкурса, ещё и соперничество театров моды, фотоконкурс и конкурс средств массовой информации среди авторов и печатных изданий.

К участию в фестивале допускаются следующие категории исполнителей (конкурсантов), подавшие заявку:

- обучающиеся медицинских и фармацевтических высших и средних образовательных учреждений, медицинских факультетов общеобразовательных (многопрофильных) вузов;

- сотрудники медицинских и фармацевтических высших и средних образовательных учреждений, медицинских факультетов общеобразовательных (многопрофильных) вузов;

- сотрудники медицинских и фармацевтических организаций.

Подтверждением статуса участника является предъявление при регистрации в оргкомитет фестиваля следующего пакета документов:

- для студентов: паспорт, справка с места учёбы, студенческий билет (зачётная книжка);

- для интернов, ординаторов, аспирантов: паспорт, справка с места учёбы;

- для сотрудников учебных заведений и медицинских (фармацевтических) организаций: паспорт, справка с места работы.

В составе дуэта-участника обязательно участие одного обучающегося и (или) сотрудника данного учебного или лечебного заведения.

Участники предшествующих фестивалей, вошедшие в «Зал фестивальной славы медиков», не могут принимать участие в фестивале в качестве конкурсанта. Коллективы, вошедшие в «Зал фестивальной славы медиков», имеют возможность принять участие в конкурсе только при условии обновления состава на 50%.

Впервые конкурс обучающихся медицинских и фармацевтических вузов проводится по раздельному с конкурсом сотрудников медицинских и фармацевтических организаций зачёту.

Конкурсные требования

Требования и регламент в проведении конкурса вокально-инструментальных ансамблей:

- Конкурс проводится в один тур.

- Конкурсанты готовят к исполнению два произведения. Одно из обязательных произведений должно быть исполнено на русском языке или на языке народов России. Исключение составляют коллективы, состоящие из иностранных обучающихся в российских вузах, коллективы-участники из зарубежных стран, коллективы-исполнители джазовых композиций.

Творчество и досуг

Рязань ждёт наш фестиваль!

Таланты будущих и нынешних медиков готовятся к состязанию



- Количественный состав ансамбля – до 12 человек.

- На конкурсе исключается использование звуковой реверберации.

- Суммарное время звучания конкурсной программы не более 8 минут.

Требования и регламент проведения вокального конкурса:

- Вокальное направление включает конкурсные состязания по следующим номинациям: академический вокал, народный вокал, эстрадный вокал, авторская песня, бардовская песня.

- Конкурс проводится в два тура.

- Конкурсанты готовят к исполнению два произведения (одна песня в первом туре, вторая песня во втором), одно из произведений должно быть исполнено на русском языке или на языке народов России. Исключение составляют иностранные обучающиеся в российских вузах, участники из зарубежных стран, джазовые исполнители.

- Продолжительность исполняемого произведения в каждом туре должна составлять не более 4 минут.

- На конкурсе исключается использование звуковой реверберации.

- Если для выступления используется фонограмма, она должна быть записана на электронный носитель (обязательно с собой иметь резервную копию).

- Фонограмма должна называться: «Фамилия Имя участника – название произведения»

- В номинации «Авторская песня» допускаются произведения только собственного сочинения.

Требования и регламент проведения инструментального конкурса:

- Конкурс проводится в один тур.

- Участники представляют к конкурсному прослушиванию разнохарактерные произведения.

- В номинациях «соло» и «дуэт» разрешается использование фонограммы. Она должна быть записана на электронный носитель, обязательно с собой иметь резервную копию.

- Суммарное время звучания конкурсной программы не более 8 минут.

- Не допускается исполнение конкурсной программы по нотам в сольном выступлении.

Требования и регламент проведения хореографического конкурса:

- Конкурс проводится в два тура.

- Танцевальное направление включает конкурсные состязания по следующим номинациям: народный танец, современный танец, классический танец, балльный танец, уличные танцы.

- Конкурсанты готовят к выступлению две разнохарактерные хореографические постановки (одна постановка в первый тур, вторая постановка во второй тур).

- Продолжительность хореографической постановки в каждом туре должна составлять не более 4 минут.

- Разрешается использование спецэффектов, безопасных для жизни и здоровья выступающих и зрителей (решение о безопасности спецэффекта выносится оргкомитетом).

Требования и регламент проведения театрального конкурса:

- Конкурс проводится в один тур.

- Театральное направление включает конкурсные состязания по следующим номинациям: художественное слово, театр малых форм (драматические постановки, инсценировки, этюды и т.п.), театр пластики (пантомима, пластические этюды и т.п.).

- Продолжительность выступления: «Художественное слово» не более 7 минут, «Театр малых форм» не более 15, «Театр пластики» не более 10 минут.

вителями редакции «Медицинской газеты».

- Конкурс проводится в один тур.

- Направление «Журналистика» включает конкурсные состязания по следующим номинациям: «Авторская публикация», «Регулярное печатное издание» – представить не менее 5 разных номеров.

- «Публикация» – представить не менее трёх заметок репортажей, корреспонденций, статей.

- Темы конкурса: «Год экологии и медицина», «XIX Все-

мирный фестиваль молодёжи и студентов в Сочи», «Яркие события в жизни вуза или коллектива ЛПУ».

- Конкурс проводится заочно, участники отправляют свои работы до 20 марта.

Включение в состав жюри видеоконкурса представителя редакции «Медицинская газета» обязательно.

Требования и регламент проведения фотоконкурса:

- Конкурс проводится в один тур.

- Темы конкурса: «Год экологии и медицины», «XIX Всемирный фестиваль молодёжи и студентов в Сочи», «Яркие события в жизни вуза или коллектива ЛПУ».

- Конкурс оценивается представителями редакции «Медицинской газеты», представить не менее 3 заметок.

- Участники предоставляют 5-7



- Исполняемое произведение должно обладать художественной ценностью, носить законченный характер и может быть исполнено в любом жанре (за исключением формата КВН).

Требования и регламент проведения конкурса оригинального жанра:

- Конкурс проводится в один тур.

- Конкурс оригинального жанра включает состязания по направлениям: клоунада, жонглирование, фокусы, хулахуп и др., сценические постановки художественных гимнастов, акробатов, световое шоу, пародии и т.д.

- Продолжительность выступления должна составлять не более 4 минут.

Требования и регламент проведения конкурса «Журналистика»:

- Конкурс оценивается предста-

фотографий на заданные выше темы.

- Фотографии принимаются в формате jpeg.

- Конкурс проводится заочно, участники отправляют свои работы до 20 марта на festivalrzgmu@mail.ru.

Требования и регламент проведения видеоконкурса:

- Тема конкурса «Волонтерство в вашем вузе». Продолжительность ролика не должна превышать 10 минут.

- Темы конкурса для ЛПУ: «Благотворительность», «Внедрение новых технологий», видеочерк «Врач от Бога». Продолжительность ролика – не более 20 минут.

- Видеоролик должен содержать титры в начале или в конце, титры включаются в общую продолжительность ролика.

- Видеоролики должны иметь размер кадра не менее 640x480



пикселей. Рекомендуемые форматы: avi, mp4.

– На конкурс принимается только одна работа от направляющей организации, независимо от количества создателей видео.

– Конкурс проводится заочно, участники отправляют свои работы до 20 марта на festivalrzgmu@mail.ru.

Оргкомитет, жюри, заявка, оргвзнос, награды

Оргкомитет утверждается приказом ректора. Состав жюри утверждается оргкомитетом фестиваля-конкурса в согласовании с учредителями Фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников.

В состав жюри входят медицинские работники, имеющие опыт выступления на сцене, и деятели культуры и искусств, имеющие соответствующее профессиональное образование и опыт работы в данной сфере.

Состав жюри для каждого творческого направления формируется отдельно.

Система судейства базируется на следующих положениях:

- уровень исполнительского мастерства;
- художественная ценность исполняемого произведения;
- сценическая культура, общее впечатление от номера.

Жюри оценивает выступления конкурсантов путём выставления оценок по 10-балльной системе.

В течение дня работает счётная комиссия, которая фиксирует итоги дня.

Итоговая оценка конкурсного номера определяется суммой оценок всех членов жюри.

Окончательная оценка конкурсанта, принимающего участие в вокальном и хореографическом конкурсе, определяется суммой итоговых оценок первого и второго туров. Право принять участие во втором туре (вокальный конкурс, хореографический конкурс) получают конкурсанты, набравшие по итогам первого тура наибольшее количество баллов, количество участников, проходящих во второй тур, определяется членами жюри.

При равной сумме баллов призовое место присуждается конкурсантам в равных долях.

Решение жюри является окончательным и обжалованию не подлежит.

По итогам конкурсной программы жюри присуждает 1-е, 2-е и 3-е места в каждом творческом направлении, специальные призы, утверждённые оргкомитетом и учредителями фестиваля.

Программа гала-концерта фестиваля определяется совместным решением жюри и оргкомитета фестиваля-конкурса.

Главной переходящей наградой фестиваля для вузовских команд является «Кубок Совета ректоров медицинских и фар-

мацевтических вузов России», вручаемый, согласно специально утверждённой системе подсчёта баллов, по итогам выступления в конкурсах команд отечественных и зарубежных вузов.

Заявка на участие подаётся в оргкомитет фестиваля по электронной почте festivalrzgmu@mail.ru по форме, указанной в приложении 4 в формате PDF. Приём заявок прекращается 15 марта 2017 г.

Организационный взнос отсутствует.

Проезд, проживание и питание участников осуществляется за счёт направляющей стороны.

Сообщения о месте и времени прибытия, отбытия, видах транспорта, номерах рейсов, поездов, вагонов; пожелания по свету (световая партитура), список реквизита и иные пожелания следует направлять на электронный адрес фестиваля festivalrzgmu@mail.ru не позднее 15 марта 2017 г.

Участникам предоставляется стандартный театральный свет (заливки, лучи, возможность полного затемнения) и набор реквизита сцены (столы, стулья), прочий необходимый реквизит готовится участниками самостоятельно.

Регистрация прибывших делегаций будет проводиться с понедельника 27 марта 2017 г. Начало регистрации – 08:00.

* * *

Из Положения о «Кубке Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России»:

«Кубок Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России», именуемый далее КУБОК – переходящая награда, учреждённая Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов России.

КУБКОМ награждается российский или зарубежный медицинский/фармацевтический вуз, показавший наивысший суммарный результат в ходе очередного Всероссийского фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников с международным участием, а также показавший лучшие результаты в наибольшем количестве номинаций.

Решение о награждении КУБКОМ принимает жюри Всероссийского фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников (с международным участием) на основании подсчёта баллов, набранных участниками в течение фестиваля.

Вуз получает дополнительные баллы при наличии у участников призовых мест:

- 1-е место в номинации – 3 балла;
 - 2-е место в номинации – 2 балла;
 - 3-е место в номинации – 1 балл;
- дополнительно за каждое закрытое направление вуз получает 1 балл.

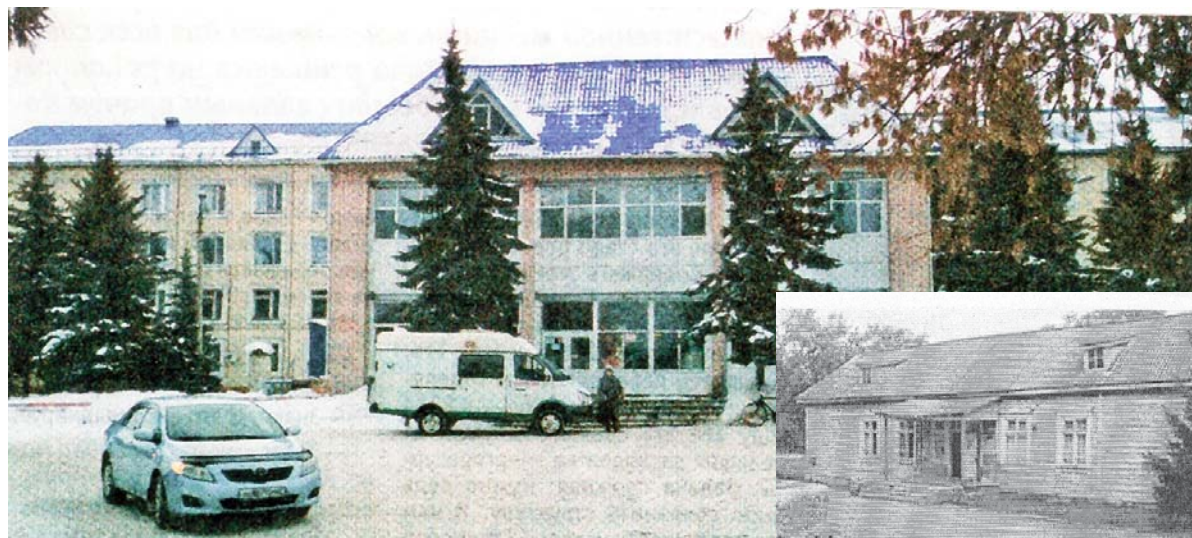
Обладателем КУБКА становится команда вуза, набравшая наибольшую сумму баллов.

Если два и более вуза набрали одинаковую сумму баллов, то кубок присуждается одному из них по аргументированному решению жюри, протоколно согласованному с оргкомитетом.

Малые города России

Здесь вылечили Илью Муромца...

И славу карачевских докторов сейчас успешно умножают



Прошлое и настоящее Карачевской ЦРБ

Судя по сохранившимся преданиям, первым пациентом карачевских докторов был... Илья Муромец. Здесь, мол, ему оказали помощь после сражения с Соловьём-разбойником и прочими супостатами. Если же перейти от преданий к историческим сведениям, то...

В 1840 г. газета «Орловские губернские ведомости» сообщила об «устройстве городской больницы в Карачеве и передаче оной в городское ведомство». Тогда в уезде сложилась напряжённая эпидемиологическая обстановка, а потому открытие этого «иждивения купца Трофимова» было воспринято с большой надеждой. Та же газета сообщила позже, что «крестьянин Карачевского уезда Александр Аксютин награждается серебряной медалью для ношения в петлице на зелёной ленте за заслуги по распространению предохранительного оспопрививания...»

С историей Карачевского здравоохранения корреспондента «МГ» познакомил главный врач центральной районной больницы Юрий Братяков. Выпускник Смоленского медицинского института, Юрий Александрович живо интересуется прошлым края. В ЛПУ создана летопись становления врачебного дела, сопровождаемая интересными фотографиями. Оказывается, первое упоминание о здравоохранении Карачевского уезда с применением статистической отчётности относится к 1863 г. В то время в городе была Никольская городская больница на 10 коек и «особая больница при тюремном замке для арестантов на 2 койки». При городской больнице открыли и небольшую аптеку. И за весь 1863 г. пролечили больше 150 человек и привили против оспы около 200 детей. А в штате лечебного учреждения работали 2 врача, фельдшер, смотритель, повивальная бабка и священник. И так шаг за шагом прослежен весь путь становления службы здравоохранения.

Следует отметить, что на первом съезде земских врачей Орловской губернии, который состоялся в феврале 1879 г., отмечена успешная работ карачевцев. Да и в последующий период, включая советское время, местные доктора были в числе лучших на Брянщине. Так, в 90-х годах прошлого века Карачевская ЦРБ

первой из районных больниц Брянщины стала разработчиком системы нового хозяйственного механизма в здравоохранении, первой внедрила его у себя. Также Карачевская ЦРБ стала пионером в области по внедрению в здравоохранение автоматизированной системы управления.

Нынче же Карачевскую ЦРБ можно без преувеличения назвать одним из лучших лечебных учреждений Брянщины. Здесь создана крепкая материальная база с новейшим медицинским оборудованием, работает слаженный профессиональный коллектив докторов и среднего медицинского персонала. А настоящим и будущим вверенного ему лечебного учреждения главный врач говорит с большим знанием дела, увлечённо и с верой в перспективу.

– Удалось, наконец, стабилизировать финансовое состояние лечебного учреждения, – говорит Юрий Александрович. – Ведь когда переходили из муниципального учреждения в государственное, то в «наследство» достался и долг в 11 млн руб... Ну что ж, начали работать, как говорится, засучив рукава, стали экономить на чём только можно. Отрегулировали в первую очередь учёт теплоты энергии, расход воды, стали использовать энергосберегающие технологии... Помогли выбраться из долговой ямы также Департамент здравоохранения и территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Что же касается лечебных учреждений...

Трёхэтажный корпус, бывший профилакторий, достался ЦРБ от местного завода «Электродеталь». Там были расположены отделения терапии, неврологии и пульмонологии. Со временем перевели все отделения на центральную базу, сумели создать комфортные условия работы для медицинского персонала, удобства для пациентов. В новое помещение перевели и отделение скорой помощи. Удалось даже внедрить одну из первых на Брянщине электронную версию истории болезни.

Разумеется, нелёгким задачам соответствует и кадровый состав ЦРБ. Она укомплектована всеми специалистами, есть даже детский кардиолог. Высокий класс мастерства показывают доктора Александр Сильченко, Надежда Макарова, Вячеслав Лицманов и другие. Учитывая близость федеральной трассы, большая нагрузка

ложится на специалистов хирургического и травматологического отделений. Был, например, случай, когда в тяжёлом состоянии в ЦРБ поступили сразу семеро пострадавших в ДТП пациентов. Ничего, справились.

К слову, на смену опытным специалистам приходят и молодые. Так, несколько лет уже работает хирургом Юлия Дудник. Захотев именно оперировать, Юлия Юрьевна делает это уже столь успешно, что и слышать не хочет о переходе на новую специальность, полечче.

Особо подчеркну, что Карачевской ЦРБ приходится выдерживать непростую конкуренцию даже с областным центром. Ведь до Брянска – рукой подать. Наверное, и это обстоятельство всегда стимулировало и стимулирует коллектив к поиску и внедрению в практику работы новых технологий, совершенствованию профессионального мастерства. Здесь, например, успешно освоили проведение лапароскопических операций, серьёзно думают об освоении других новшеств.

На территории Карачевского района расположены 19 ФАПов, и практически во всех проведены капитальные ремонты. А в посёлке Согласие открыт офис врача общей практики. Ушли в прошлое времена, когда фельдшерско-акушерские пункты приходилось отапливать дровами и углём. Где невозможно было провести газ, там устроили электрическое отопление. И во всех ФАПах работают квалифицированные медицинские специалисты. Жителям даже отдалённых поселений не надо теперь тратить время и деньги на поездки в районный центр, чтобы сдать нужные анализы, получить необходимую медицинскую помощь. С лекарственным обеспечением сельских лечебных учреждений проблем нет, а что же касается аптеки... Первая была создана при больнице ещё в XIX веке, то в Карачеве уже несколько десятилетий работает аптека № 10. Ставшая недавно подразделением Брянской аптеки № 117 ГУП «Брянсфармация», она была названа в минувшем году «аптекой года».

Вот так и оберегают здоровье населения в древнем городе Карачеве...

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 14 (2044)

(Окончание. Начало в № 12 от 17.02.2017.)

У пациентов со спастическим типом микроциркуляции установлены достоверные изменения всех показателей ЛДФ в основной группе, тогда как в группе «плацебо» отмечалась лишь позитивная тенденция в отношении отдельных показателей ЛДФ как у пациентов с гиперемическим, так и со спастическим типом. В данном исследовании выявлено также достоверное влияние МТ на вегетативную дисфункцию.

Таким образом, на основании проведённых РКИ можно говорить об относительной убедительности доказательств уровня В средней силы по применению МТ в комплексном лечении пациентов с ДЭ и реабилитации пациентов после ИИ и ЧМТ.

Магнитотерапия при респираторных заболеваниях

Проведён ряд исследований по обоснованию методов МТ в лечении пациентов с бронхиальной астмой. В ходе нерандомизированного клинического исследования (114 пациентов с обострением БА эндогенного и смешанного генеза) установлено, что комплексное лечение больных бронхиальной астмой средней тяжести с включением общей МТ обуславливает более выраженную положительную динамику клинических проявлений в сравнении с группой контроля, получавшей стандартную медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями GINA, 2011. При тяжёлой БА существенных различий между группами наблюдения и сравнения не обнаружено. Курс комплексного лечения больных БА в период обострения с применением общей МТ оказывает позитивное влияние на показатели МОС 75 ($p = 0,028$) независимо от степени тяжести заболевания, а при средней её тяжести дополнительно увеличивается ФЖЕЛ ($p = 0,036$).

У 34 детей с БА также было проведено нерандомизированное клиническое исследование, в котором оценивалась эффективность ОМТ на фоне базисной терапии в соответствии с современными рекомендациями и стандартами.

ОМТ в комплексном лечении пациентов с БА приводила к улучшению показателей функции внешнего дыхания (ФВД), проходимости бронхов всех калибров, улучшению сосудистого сопротивления и нормализации клеточного звена иммунитета. Динамика основных показателей ФВД проявлялась достоверным увеличением жизненной ёмкости лёгких (ЖЁЛ), форсированной ЖЁЛ, объёма форсированного выдоха за 1 секунду и показателей проходимости бронхов крупного, среднего и мелкого калибров. В группе контроля, получавшей только базисное лечение, эффективность лечения была достоверно ниже.

Проведено РКИ среднего качества (61 пациент с диагнозом ХОБЛ, период ремиссии, I и II стадии, лёгкого и среднетяжёлого течения заболевания). Основную группу составили 30 человек, которые получали базовый комплекс и ОМТ. В группе контроля пациенты получали только базовый комплекс. Установлено статистически достоверное преимущество ОМТ по таким важным клиническим показателям, как кашель и продукция мокроты. Курс лечения с использованием ОМТ приводил к достоверному увеличению содержания в крови IgA, уменьшению содержания IgM и титра ЦИК, тогда как в группе контроля с аналогичной стадией заболевания достоверно снизился только титр IgM.

Также представлены данные о результатах нерандомизированного плацебо-контролируемого исследования (112 пациентов с ХОБЛ, которым проводилось ПемП на область грудной клетки). Эффективность в основной группе, по совокупной оценке, регресса клинической симптоматики, динамике показателей функции внешнего дыхания и иммунной системы была значимо выше, чем в группе «плацебо».

Таким образом, несмотря на малочисленность проведённых РКИ, можно предположить, что МТ способствует уменьшению бронхоспазма и улучшению функций внешнего дыхания с уровнем убедительности доказательства IIB.

Магнитотерапия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Проведено РКИ среднего качества (110 больных хроническим гастродуоденитом

(ХГ), из них 43 человека – с повышенной секреторной функцией, 67 – со сниженной секреторной активностью). Включение ОМТ в лечебный комплекс у больных ХГ купировало болевой синдром у 86,3% пациентов уже после 2-3 процедур, тогда как в группе, получавшей базисное медикаментозное лечение, боли купировались в более поздние сроки. Отмечена более высокая по сравнению с контрольной группой частота эрадикации *H. pylori* на фоне ОМТ. У больных существенно раньше (на 7-9 дней) происходило восстановление нормальной гистологической структуры слизистой оболочки желудка. Включение в лечебный комплекс у данной категории больных процедур ОМТ оказывало

Применение магнитотерапии в лечебно-профилактических и реабилитационных программах. Клинические рекомендации

более выраженное по сравнению с базисной терапией положительное влияние на показатели иммунитета: повышение Т-хелперов и одновременное снижение Т-киллеров с восстановлением иммунорегуляторного коэффициента (Тх/Тк), увеличение фагоцитарной активности нейтрофилов, снижение повышенных показателей иммуноглобулинов классов А, М, G.

В двух РКИ среднего качества под наблюдением находились пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Установлено, что использование ОМТ при лечении 112 пациентов ЯБДК способствовало более раннему по сравнению с контрольной группой купированию болевого и диспептического синдромов, астено-невротических нарушений, позволяло увеличить частоту эпителизации язвенных дефектов, повысить эффективность эрадикации *H. pylori*. Также была доказана эффективность ПемП при комбинированном воздействии как на воротниковую, так и на эпигастральную область. Под наблюдением находились 66 пациентов с ЯБДК, не получавших медикаментозного лечения. Установлено, что за период лечения (28 дней) полное заживление язвы, подтверждённое эндоскопическими исследованиями, наступило у 50% пациентов, в то время как в группе «плацебо» – у 39% ($p = 0,05$). Клиническое улучшение сопровождалось коррекцией секреторных расстройств и иммунных нарушений.

Одно РКИ посвящено обоснованию методики МТ при синдроме раздражённого кишечника (СРК). Под наблюдением находился 91 пациент с верифицированным диагнозом СРК с запорами. Установлено, что при данной патологии наиболее эффективно применение ВИМТ по сравнению с МП индукцией 60 мТл. В обеих группах, получавших МТ, выявлен более быстрый и выраженный регресс клинической симптоматики по сравнению с группой «плацебо». У 93,2% больных, получавших ВИМТ уже после 2-3 процедур уменьшались боли, а к 5-6-й процедуре в 70% случаев отмечена стимуляция моторной функции кишечника. Общая терапевтическая эффективность в лечении больных с СРК с запорами, по данным непосредственных результатов, при применении ВИМТ составила 73,4%, МТ – 66,7%, что достоверно более значимо, чем в группе плацебо – 35,5%. По данным катмнеза, число обострений заболевания у больных с СРК с запорами в течение года после проведённого лечения уменьшилось после ВИМТ в 1,9 раза, после МТ – в 3,8 раза.

Следует отметить, что для профилактики нежелательных явлений при проведении ВИМТ необходимо учитывать следующие противопоказания: СРК с диареей, с чередованием диареи и запора, с преобладанием спастических состояний кишечника, мочекаменная болезнь, доброкачественные новообразования малого таза, а также брадикардия (при ЧСС ≤ 50), неблагоприятные нарушения ритма сердца, выраженная гипотония, системные заболевания крови, тромбофлебит, тромбозмочевыводящих путей, тиреотоксикоз, эпилепсия.

В РКИ среднего качества изучена эффективность МТ при коморбидной патологии (100 пациентов с гастроэзофагеально-рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с сопутствующей бронхо-

лёгочной патологией). Было показано, что ПемП способствует улучшению клинической симптоматики (у 50% больных), эндоскопической картины пищевода (у 47,1%), нормализации физических свойств и микроскопических характеристик мокроты (у 36%), что превосходит результаты, полученные в группе контроля, получавшей только базисную медикаментозную терапию ($p < 0,05$ по χ^2). Массив позитивно изменившихся показателей как по количеству, так и по значимости в основной исследовательской группе был существенно больше, чем в группе контроля ($p < 0,05$ по χ^2). Число больных с безрецидивным течением, с сохранением достигнутого клинического эффекта спустя 3 месяца после выписки составило в основной группе 47%, тогда как в группе контроля лишь 10%.

Таким образом, несмотря на небольшое количество РКИ, свидетельствующих об эффективности МТ при гастроэнтерологических заболеваниях, полученных данных достаточно для того, чтобы сделать вывод об относительной убедительности доказательств (уровень В) целесообразности использования данного физиотерапевтического метода у пациентов с ЯБДК, ХГ, СРК и ГЭРБ.

Магнитотерапия при гинекологических заболеваниях

Проведено РКИ низкого качества (90 пациентов с хроническим неспецифическим сальпингофоритом и сопутствующим дисбиозом кишечника). Было показано, что под влиянием МТ полностью купирован болевой синдром у 56,7% пациентов ($p < 0,05$) в отличие от группы плацебо, в которой боль полностью не купировалась даже после 2 недель исследования. У 46,7% пациенток, прошедших курс монотерапии МТ, наблюдался противовоспалительный эффект по данным бимануального исследования и УЗИ органов малого таза.

Проведено нерандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в которое были включены 113 женщин с климактерическим синдромом (КС) лёгкой и средней степени тяжести типичной формы. Базисная терапия во всех группах включала диетотерапию, витаминотерапию и фитотерапию. Применение ОМТ в комплексном лечении женщин с КС лёгкой и средней степени тяжести типичной формы оказывало седативный эффект, улучшало клиническую симптоматику и церебральную гемодинамику в 85,7% случаев, что приводило к увеличению интегрального показателя здоровья на 27,2% ($p < 0,05$), тогда как среди пациенток, получавших вместо ОМТ процедуры плацебо достоверной динамики этого показателя не наблюдалось. В катмнезе (в течение 6 месяцев после проведённого комплексного лечения с применением ОМТ) у женщин основной группы отмечается достоверно меньшее количество приливов, гипертонических кризов, случаев временной утраты трудоспособности по отношению к группе контроля.

Таким образом, в силу малочисленности доказательств не получено убедительного подтверждения эффективности МТ при лечении гинекологических заболеваний (уровень С). В то же время имеются все основания предполагать, что дальнейшие исследования в этом направлении могут быть весьма перспективными.

Магнитотерапия при хирургических заболеваниях и травмах

Поскольку, как было показано выше, МТ оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, обосновано её применение в раннем послеоперационном периоде. В РКИ под наблюдением находились 102 пациента после холецистэктомии. Оценивалась эффективность ОМТ на фоне стандартной базисной терапии в виде лечебного питания, процедур ЛФК и внутреннего приёма питьевой минеральной воды малой минерализации. Курсовое назначение ОМТ способствовало исчезновению или уменьшению болевого синдрома у 87%, а астено-невротических нарушений – у 82,1% больных, что достоверно выше результатов в группе контроля. Сравнительная оценка эффективности проведённого лечения по динамике клинико-лабораторных и функциональных показателей свидетельствовала о преимуществе ОМТ (78,3%) по сравнению с базисной терапией (59,9%). Достигнутые положительные результаты сохранялись на протяжении 9 месяцев у 64,4% пациентов

основной группы и 35,7% больных группы контроля.

Ранее выполненным рандомизированным и плацебоконтролируемым исследованием с участием 35 пациентов основной группы и 30 пациентов контрольной группы была также доказана эффективность локального воздействия процедур ПемП на область проекции печени и правое подреберье, а также сегментарную зону в плане усиления на 37-40,1% печёночной гемодинамики, нормализации тонуса вне- и внутрипечёночных сосудов, существенного улучшения нарушенного у пациентов в ранние сроки после холецистэктомии биохимического состава желчи (снижение показателей литогенности желчи на 30-45%, в том числе под воздействием однократных процедур). При этом динамика всех основных клинических, лабораторных и функциональных показателей в основной группе пациентов статистически достоверно превышала результаты. Наблюдаемые среди больных, получавших процедуры плацебо.

Проведено нерандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в которое вошли 134 пациента после ампутации конечностей с началом МТ на 2-е сутки после

операции. Под действием МТ выявлено достоверно более выраженное уменьшение болевого синдрома уже к 5-й процедуре с 88,8 до 30,8%. При оценке конечного результата на 10-й процедуре было отмечено отсутствие болевого синдрома у всех пациентов, уменьшение коэффициента отёчности в 2,1 раза, уменьшение послеоперационных осложнений до 9,1%, ускорение формирования культи на 2 недели раньше, чем в группе «плацебо».

Проведено РКИ среднего качества, целью которого было изучение эффективности МТ после операций по поводу сколиоза III-IV степени (90 детей). Курс ВИМТ проводился на фоне лечебной физкультуры. По данным электромиографии было установлено, что под влиянием импульсной магнитной стимуляции происходит выравнивание амплитуды М-ответа в трапецевидной и дельтовидной мышцах справа и слева с одновременным её повышением, значительно снижается коэффициент асимметрии проведения возбуждения по нервно-мышечным волокнам, что указывает на восстановление симметричности мышечного сокращения. Также, по данным пикфлоуметрии, у 83% детей, получавших ВИМТ, достоверно возрастает пиковая скорость выдоха. По результатам РКИ, рекомендовано комплексное применение ВИМТ и лечебной физкультуры, оказывающее более выраженное благоприятное действие на течение послеоперационного периода и увеличение силовой выносливости мышц спины и живота. Эффективность при комплексном воздействии импульсной магнитной стимуляции и лечебной физкультуры через 3 недели исследования составила 84%, при применении ВИМТ – 76%, лечебной физкультуры – 65%.

Были получены доказательства эффективности МТ в ходе РКИ у пациентов после экстракции катаракты (222 субъекта). В опытной группе с 1-го дня после операции проводили МТ в комплексе с инстилляциями дерината. Показано, что в опытной группе ускоряются процессы восстановления чувствительности и толщины роговицы. Через 6 месяцев у 96% пациентов этой группы происходило восстановление чувствительности, тогда как у пациентов контрольной группы, получавшей только медикаментозное лечение, чувствительность восстанавливалась в 83% случаев. Развитие хронической буллёзной кератопатии происходило в 1,3% случаев в опытной и в 5,4% случаев в контрольной группе, что сокращало сроки реабилитации на 10,2 и 7,3 дня соответственно.

Единичные РКИ посвящены выявлению эффективности ИМТ у пациентов с межпозвоноковым спондилодезом и после артроскопии. У 92% пациентов, прооперированных на позвоночнике, было достигнуто значимое улучшение после курсового назначения ИМТ, в то время как в группе «плацебо» только у 65% был получен терапевтический эффект ($p < 0,001$). Проведение МТ после артроскопии требует дополнительных доказательств.

В ряде РКИ субъектами исследований выступали пациенты с хирургическими инфекциями. Так, проведено РКИ низкого качества, в которое вошли 68 больных с рожистым воспалением. Все больные получали стандартную антибактериальную терапию. В основной группе на фоне базисной медикаментозной терапии проводили про-

цедуры ОМТ, а в группе сравнения – УФО местного очага.

По данным ЛДФ, значимое улучшение показателей микроциркуляции происходило у 71,4% пациентов основной группы, тогда как в группе сравнения улучшение наблюдалось лишь в 46,6% случаев ($p < 0,05$). Было выявлено сокращение зон патологической кожной гипертермии по данным дистанционной инфракрасной термографии. По совокупной оценке эффективности было установлено, что среди пациентов основной группы, дополнительно получавших ОМТ, она составила 80,6%, что существенно превышает эффективность в группе сравнения – 58%.

По результатам РКИ высокого качества было установлено, что воздействие импульсным МП (синусоидальной формы, 0,95 до 1,05 Гц, амплитуда ± 2400 наноТесла) влияет на скорость заживления язв в подошвенной области. Оценка результатов проводилась через 1 месяц. В контрольной группе, получавшей стандартное лечение и имитацию процедур, размеры язвы уменьшились с 2843 мм^2 до 1478 мм^2 ($P = 0,03$); в группе, получавшей ИМП, – с 2428 мм^2 до 337 мм^2 ($p < 0,001$). Уменьшение до 40% и более от исходного объёма язвенного дефекта наблюдалось у 53% пациентов группы контроля и 89% больных основной группы ($P = 0,02$); снижение на 80% и более от исходного объёма не выявлено ни в одном случае в контроле и в 33% случаев в основной группе, получавшей ИМТ.

Доказательств, полученных в РКИ (19 пациентов с трофическими язвами при ХВН), оказалось недостаточно для того, чтобы сделать вывод о характере и стойкости изменений язвенного дефекта под влиянием ИМТ.

Проведён метаанализ 11 РКИ, из них 6 – высокого качества (360 субъектов наблюдения), выявивший различия в эффектах ИМТ по сравнению с «плацебо» воздействиями при трофических язвах. К сожалению, большие различия в длительности, частоте, величине магнитной индукции не позволяют представить конкретные рекомендации по оптимальным методикам МТ с целью ускорения регенерации.

В нерандомизированном КИ среднего качества у 325 больных с различными формами хирургической инфекции после адекватного оперативного пособия, помимо стандартного медикаментозного лечения, проводили ИМТ в течение 15 дней. Результаты свидетельствовали о более раннем и выраженном противовоспалительном действии МТ. Так, в основной группе температура тела нормализовалась на $1,9 \pm 0,3$ день, тогда как в группе контроля – на $4,3 \pm 0,9$ день ($p < 0,05$), количество лейкоцитов в периферической крови нормализовалось на $3,1 \pm 1,1$ сутки и $5,2 \pm 0,9$ суток ($p < 0,05$) соответственно. При последующем анализе результатов оперативного лечения отмечено, что в основной группе в 78% случаев удалось избежать повторных оперативных вмешательств, тогда как в контрольной группе этот показатель был достоверно ниже – 61,3% ($p < 0,05$).

В 2 РКИ высокого качества установлена эффективность ИМТ в реабилитации пациентов после переломов длинных трубчатых костей. В то же время у пациентов с переломами ладьевидной кости не было выявлено статистически значимой разницы в выраженности лечебного эффекта у пациентов, получавших ИМТ и «плацебо».

Систематический обзор, в котором проанализированы результаты 4 РКИ (125 субъектов с медленно срастающимися или несрастающимися переломами трубчатых костей), свидетельствует о положительных результатах применения ИМТ с целью ускорения остеорегенерации в 3 РКИ, в одном случае не было представлено убедительных доказательств эффективности ИМТ.

Таким образом, существуют веские доказательства (уровень убедительности А) для назначения МТ в ранний послеоперационный период, а также у пациентов с хирургическими инфекциями и травмами, так как полученные данные убедительно свидетельствуют о противовоспалительном, обезболивающем и регенераторном эффектах МТ.

Противопоказания

Противопоказаниями для низкочастотной магнитотерапии являются: выраженная гипотония, острый период инфаркта миокарда, острый период нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь с нарушениями сердечного ритма, кровотечения и беременность, а также все общие противопоказания для физиотерапии: геморрагический, неопластический, гипертермический синдромы (лихорадка; температура тела больного свыше 38°C), синдром системной (сердечной, сосудистой, дыхательной, почечной и печёночной) и полиорганной (общее тяжёлое состояние больного) недостаточности, синдромы – кахектический (резкое общее истощение), эпилептический, истерический, судорожный, психомоторный и дисциркуляторный синдромы тяжёлой степени.

ВИМТ противопоказана пациентам с имплантированными кардиостимуляторами,

эпилепсией, онкологическими заболеваниями, тиреотоксикозом, инфарктом миокарда (не ранее чем через 2 месяца), системными заболеваниями крови, тромбофлебитом, тромбозом болевой болезнью, желчнокаменной болезнью, переломами костей до иммобилизации.

Мониторинг

Данные клинические рекомендации отражают результаты последних исследований в области применения различных видов магнитотерапии с лечебно-реабилитационными и профилактическими целями по состоянию на 2015 г. Предполагаемая процедура обновления рекомендаций включает их доработку в соответствии с вновь появляющимися доказательствами эффективности применения магнитотерапии и переиздание не реже чем один раз в три года в виде публикации, либо электронной публикации.

Заключение

Представленные рекомендации основаны на данных научных исследований эффективности магнитотерапии в лечении и реабилитации пациентов с заболеваниями суставов, сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной систем, а также в послеоперационный и посттравматический период по унифицированным протоколам, которые позволяют более точно и надёжно оценить степень их эффективности и составляют основу доказательной физиотерапии. Применение концепции доказательной медицины в физиотерапии позволит ей перейти на новый этап своего развития. И чем раньше практические врачи начнут применять методы доказательной физиотерапии в своей практике, тем быстрее получат реальную пользу. Изменение мышления отечественных физиотерапевтов с оценки эффекта конкретного лечебного физического фактора к оценке эффективности лечения, положенного в основу современного этапа развития медицины, не менее важно, чем модернизация аппаратуры.

Технологии выполнения медицинских услуг

Лечение пациентов с ОА

Рекомендация № 1. БИМП на область суставов. Процедуры проводят контактно, стабильно: индукторы располагают в области пораженного сустава. Величина магнитной индукции 20 мТл, частота 6 Гц, продолжительность воздействия 15 минут, ежедневно, на курс – 10 процедур.

Рекомендация № 2. ВИМТ на область суставов. Процедуры проводят контактно, стабильно, величина магнитной индукции 600-1500 мТл, частота 5-20 Гц, межимпульсный интервал 25-50 мс, продолжительность воздействия 8-10 минут, ежедневно, на курс – 8-10 процедур.

Рекомендация № 3. ПеМП на область сустава. Цилиндрические индукторы устанавливают без зазора в области сустава попеременно различными полюсами напротив друг друга. Форма тока синусоидальная, режим непрерывный, магнитная индукция 35 мТл, продолжительность 10-15 минут, ежедневно, на курс – 10-12 процедур.

Лечение пациентов с АГ

Рекомендация № 4. ПеМП по лобной локализации или на воротниковую область, режим непрерывный, индукция 30 мТл, частота 50 Гц, продолжительность 15 минут, на курс – 10 ежедневных процедур.

Рекомендация № 5. БИМП трансцерепально (два полумонополярных терминала располагают в височных областях головы пациента) или на воротниковую область. Индукторы располагают без зазора. Индукция 45 мТл, частота модуляции в пределах 1-12 Гц, продолжительность 10-15 минут, на курс – 10 ежедневных процедур.

Рекомендация № 6. ОМТ от индуктора в виде матраса, максимальная индукция магнитного поля 3,1 + 1,2 мТл; частота модуляции 5 Гц, продолжительность 20-30 минут, на курс – 10-12 ежедневных процедур.

Лечение пациентов с ИБС

Рекомендация № 7. ПеМП на область сердца или на область ниже-шейного и верхне-грудного отделов позвоночника. Индукция 35 мТл, частота 50 Гц, режим непрерывный, продолжительность 15 минут, ежедневно, на курс – 15 процедур.

Рекомендация № 8. ПеМП на область икроножных мышц в непрерывном режиме, с индукцией 30 мТл, частотой 50 Гц, длительностью 15 минут на поле, на курс – 10-12 ежедневных процедур.

Рекомендация № 9. ПеМП с расположением цилиндрических или прямоугольных индукторов по продольной методике у внутренней поверхности верхней трети бедра и нижней трети голени, разноимёнными полюсами друг к другу, в непрерывном режиме,

магнитная индукция 19-35 мТл, частота 50 Гц, продолжительность воздействия на одно поле составляет 10-15 минут, на курс – 15 ежедневных процедур.

Лечение пациентов с последствиями ишемического инсульта

Рекомендация № 10. ТкМТ по битемпоральной методике. Назначались 2 курса по 10-12 ежедневных процедур с интервалом 1,5 месяца между курсами. Экспозиция на одну процедуру 10-15 минут, частота модуляции (сканирования поля от височных долей к затылочной области) увеличивалась от сеанса к сеансу в диапазоне 1-12 Гц. Последние 4-5 процедур курса проводились на частотах 10 Гц. Базовая (несущая) частота магнитного поля – 50 Гц.

Лечение пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией

Рекомендация № 11. БИМП в горизонтальной плоскости или «вращающимся» импульсным магнитным полем в направлении справа налево или слева направо на шейно-грудной отдел позвоночника с использованием 4 магнитных индукторов. Магнитная индукция – 20 мТл, режим прерывистый, частота импульсов магнитного поля 5 Гц, продолжительность воздействия 20 минут, на курс – 10 ежедневных процедур.

Рекомендация № 12. ОМТ на нижние конечности «бегущими» импульсными магнитными полями в конфигурации «цилиндр» с частотой импульсов 100 Гц и величиной магнитной индукции 3,5 мТл в I режиме в течение 10 минут первые 3 процедуры, затем воздействовали на верхнюю часть тела «вращающимися» импульсными магнитными полями в конфигурации «призма» с частотой 100 Гц и величиной магнитной индукции 3,5 мТл в I режиме в течение 15 минут. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур.

Лечение пациентов с синдромом позвоночной артерии

Рекомендация № 13. ПеМП на синокаротидную зону: прямоугольный индуктор располагали торцом на 2 см ниже угла нижней челюсти (инфрамандибулярно), спереди от грудино-ключичной мышцы, последовательно, сначала на сторону с большей клинической выраженностью, затем на противоположную сторону, без временного интервала, индукция 25 мТл, непрерывный режим, продолжительность воздействия 7-10 минут на каждое поле, ежедневно, на курс – 10-12 процедур.

Примечание: Для исключения влияния позиционных нарушений, связанных с неадекватным положением головы, ПеМП на синокаротидную зону рекомендуется проводить в положении лёжа.

Лечение пациентов с гипертензивной формой нейроциркуляторной дистонии (ИВ)

Рекомендация № 14. ИМП на воротниковую область в непрерывном режиме с индукцией 100 мТл, частотой 50 Гц, длительностью 15 минут, на курс – 10 ежедневных процедур.

Лечение пациентов после холецистэктомии

Рекомендация № 15. ОМТ, режим 3, частота 100 Гц, интенсивность 0,1-3,5 мТл с постепенным нарастанием величины магнитной индукции с 10 до 80%, направление магнитного поля прямое – обратное – прямое. На курс – 10 ежедневных процедур.

Рекомендация № 16. ПеМП на область правого подреберья, величина магнитной индукции 25-35 мТл, режим непрерывный, время воздействия – 15-20 минут. На курс – 10-12 ежедневных процедур.

Лечение пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе затухающего обострения

Рекомендация № 17. ПеМП с локализацией воздействия на воротниковую (10 процедур) и эпигастральную (10 процедур) области, индукция 27 мТл, непрерывный режим, частота 50 Гц, 15-20 минут ежедневно.

Лечение пациентов с ХОБЛ и ГЭРБ

Рекомендация № 18. ПеМП на эпигастральную область и зону проекции корней лёгких (Th2-Th6). Индукция 4 мТл, частота магнитного поля 8 Гц, время воздействия 15 минут. На курс – 10 ежедневных процедур.

Лечение пациентов с бронхиальной астмой

Рекомендация № 19. ОМТ при силе индукции 1,7-2,7 мТл, продолжительность одного такта 240 мс, суммарная частота 4,17 Гц, с перемещением поля в различных направлениях (проксимальном и дистальном) по каждому из 8 каналов. Бегущее магнитное поле модулировано постоянным током на уровне 4-го канала с силой индукции 0,3 мТл.

Лечение пациентов с синдромом раздражённого кишечника

Рекомендация № 21. ВИМТ по сканирующей методике на область проекции восходящей, поперечно-ободочной кишки и нисходящему отделу толстой кишки. Цикл повторяли несколько раз. Интенсивность магнитного поля в импульсе составила 800 мТл, 4 импульса с интервалом 40 мс сгруппированы в серии, продолжительность серии 120 мс, частота серий 25 в минуту. Продолжитель-

ность процедуры составляла 9-12 минут, на курс – 10 ежедневных процедур.

Рекомендация № 22. ИМТ по сканирующей методике на область проекции восходящей, поперечно-ободочной кишки и нисходящему отделу толстой кишки с частотой импульсов 4 Гц, с интенсивностью магнитного поля 60 мТл, продолжительность процедуры составляла 9-12 минут, на курс – 10 ежедневных процедур.

Реабилитация пациентов в послеоперационный период

Рекомендация № 23. (МТ в ранний послеоперационный период после ампутации нижних конечностей.)

Методика: после перевязки цилиндрический индуктор располагался поперечно по обе стороны культи с направлением силовых линий МП в противоположные стороны, однополупериодное магнитное поле, частота 50 Гц, величина магнитной индукции с постепенным увеличением от 18 мТл до 30 мТл, время с 10 до 30 минут, на курс – 25-30 ежедневных процедур.

Рекомендация № 24. (МТ после операций по поводу сколиоза III-IV степени, с функциональными нарушениями кардиореспираторной системы.)

Методика: ВИМТ осуществляется паравертебрально, по лабильной методике, при этом через каждые 2-3 импульса более активный индуктор S перемещается вдоль позвоночника, а индуктор N располагают неподвижно в поясничной области, индукция 800-900 мТл, интервалы между импульсами от 120 до 180 м/сек, 4 импульса в посылке. Индукторы N и S располагают контактно, непосредственно на коже, мощность воздействия до безболезненного сокращения мышц, время воздействия 9-12 минут с каждой стороны, (для детей 10-12 лет – 9 минут, 12-16 лет – 12 минут) на курс – 10 процедур.

Рекомендация № 25. (МТ после операций на глазах.)

БИМП проводят с первого дня после операции без давления на глаз, величина магнитной индукции 30 мТл, импульсный режим с частотой 2 Гц, экспозиция 10 минут, 1 раз в сутки, на курс – 6 ежедневных процедур.

Лечение пациентов с хроническим сальпингоофоритом

Рекомендация № 26. Воздействие БИМП осуществляется 4 парами индукторов – соле-ноидов на область проекции органов малого таза; параметры воздействия: интенсивность – 30-100%, частота 10 Гц, величина магнитной индукции 5 мТл. Процедуры проводят ежедневно, длительностью 15-20 минут. Курс лечения – 10-12 процедур.

Под редакцией Министерства здравоохранения РФ, главного специалиста Минздрава России по санаторно-курортному лечению, профессора Марины ГЕРАСИМЕНКО.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление
БИМП – бегущее импульсное магнитное поле
ВИМТ – высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия
ВО – венозный отток
ВрМП – вращающееся магнитное поле
ВРС – взвешенная разность средних
ВСА – внутренняя сонная артерия
ВЭ – величина эффекта
ГА – гонартроз (артроз коленного сустава)
ГЭРБ – гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДИ – диапазон колебаний истинных значений в популяции
ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия
ИИ – ишемический инсульт
ИМТ – импульсная магнитотерапия
КА – коэффициент асимметрии
КПР – клинические практические рекомендации
ЛДФ – лазерная доплеровская флоуметрия
МКБ X – международная классификация болезней десятого пересмотра
МП – магнитное поле
МТ – магнитотерапия
НЦД – нейро-циркуляторная дистония
ОА – остеоартроз
ОМТ – общая магнитотерапия
ПА – позвоночная артерия
ПМП – постоянное магнитное поле
ПеМП – переменное магнитное поле
РКИ – рандомизированное контролируемое исследование
САД – систолическое артериальное давление
СЛСК – средняя линейная скорость кровотока
СРК – синдром раздражённого кишечника
ТкМТ – транскраниальная магнитотерапия
ХВН – хроническая венозная недостаточность
ХГ – хронический гастродуоденит
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЯБДК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Последнее десятилетие среди кардиологов мира, в том числе и России, активно обсуждаются проблемы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин. При этом обращается внимание на то, что врачи невнимательно относятся к диагностике и лечению ССЗ у женщин, на что есть немало причин. Так, ССЗ, обусловленные атеросклерозом, у женщин развиваются на 7-10 лет позднее, чем у мужчин. В репродуктивном возрасте риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у женщин в 3 раза меньше, чем у мужчин. Однако после 65 лет ССЗ – основная причина смерти женщин.

Без должного внимания

Риск ССЗ у женщин часто недооценивается из-за существующего убеждения, что в репродуктивном возрасте женщины защищены гормонами от развития этой группы болезней. Поэтому женщин реже, чем мужчин, направляют на функциональное тестирование для выявления тканевой ишемии, реже проводят диагностические ангиографические и интервенционные процедуры.

Недооценка значимости ССЗ у женщин и различия в клинических проявлениях ведут к менее «активному» выявлению у них факторов риска (ФР), проведению клинических исследований и активному лечению, чем среди мужчин.

В то же время у российских женщин абсолютное число смертей от ССЗ значительно больше, чем у мужчин (рис. 1). Однако стандартизованные (Европейский стандарт) показатели смертности на 100 тыс. населения от ССЗ у мужчин значительно выше, чем у женщин (рис. 2). Такая же ситуация сложилась и в экономически развитых странах Европы, которые вошли в состав Европейского союза до мая 2004 г. (ЕС-15).

Одновременно следует отметить, что коэффициенты смертности от ССЗ у российских мужчин и женщин в конце прошлого и в большей степени в начале настоящего столетия намного выше, чем у мужчин и женщин стран ЕС-15 (рис. 3, 4). Необычным является также то, что за последний почти 30-летний период ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) у женщин России и стран ЕС-15 была выше, чем у мужчин; в России в настоящее время эти различия составляют 12,4 года, в то время как в странах ЕС-15 – 5,4 года (рис. 5).

Причины гендерных различий ССЗ можно разделить на 3 группы: – связанные с репродуктивной функцией: эректильная дисфункция, преэклампсия/артериальная гипертензия (АГ) беременных. Состояния, присущие только одному полу;

– комплексные и частично связанные с различием автономной регуляции сосудистых функций и стресса: лёгочная гипертензия (ЛГ), мигрень, АГ. Состояния, встречающиеся у обоих полов, но их распространённость разная;

– связанные с особенностями развития и распространённости коронарного атеросклероза: локальные – у мужчин и диффузные – у женщин с вовлечением микроциркуляции (МЦ). Клиническая картина проявляется по-разному у мужчин и женщин – симптомы стенокардии, инфаркта миокарда (ИМ).

Генетические характеристики, лежащие в основе гендерных различий ССЗ связаны с половыми хромосомами (XX или XY). «Наследственные» различия генов X хромосомы будут сильнее влиять на физиологические процессы и фенотип у мужчин, имеющих только одну копию гена, чем у женщин, у которых инактивация материнской или отцовской X хромосомы приведёт к большей гетерогенности фенотипа.

По органам и системам

Фактор риска (ФР) ССЗ имеют также гендерные особенности: несмотря на то, что у женщин и мужчин классические ФР ССЗ одинаковые, их значение и участие в развитии заболеваний различны. Женщины курят значительно реже, чем мужчины. Однако при одинаковом количестве выкуриваемых

сигарет курение у женщин оказывает больший негативный эффект на здоровье, чем у мужчин. У женщин риск ССО и других негативных влияний на здоровье увеличивается при дозе алкоголя вдвое меньше, чем у мужчин.

Масса тела (МТ), абдоминальное ожирение (АО) с возрастом увеличиваются в большей степени у женщин, особенно после менопаузы. Одновременно с ожирением (Ож) у женщин чаще, чем у мужчин, увели-

(ХС ЛВП) у женщин на 0,26-0,36 ммоль/л выше, чем у мужчин. Во время менопаузы атерогенные фракции липидов, а именно общего ХС (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) и липопротеинов а (ЛП(а)) повышаются на 10, 14 и 4-8%, соответственно. Уровень ХС ЛВП не меняется, что приводит к увеличению индекса атерогенности (ИА).

Согласно исследованию КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая

Идеальное сердечно-сосудистое здоровье

- ОХС < 200 мг/дл (без лечения);
- АД < 120/80 мм рт.ст. (без лечения);
- глюкоза крови натощак < 100 мг/дл (без лечения);
- индекс МТ (ИМТ) < 25 кг/м²;
- отказ от курения;
- цели физической активности (ФА) для лиц > 20 лет: физическая нагрузка (ФН) умеренной интен-

Высокий сердечно-сосудистый риск (≥ 1 состояний высокого риска)

- клинические проявления ИБС, атеросклероза цереброваскулярных и периферических артерий;
- аневризма брюшной аорты;
- конечная стадия хронических заболеваний почек (ХЗП);
- СД;

В клиниках и лабораториях

Гендерные различия кардиоваскулярной патологии

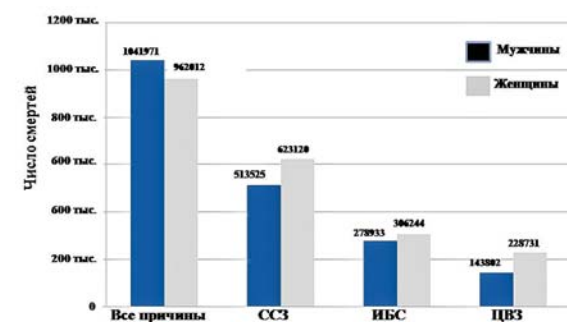


Рис. 1. Количество смертей от ССЗ в РФ в 2009 г. Возраст: 0-85+ лет

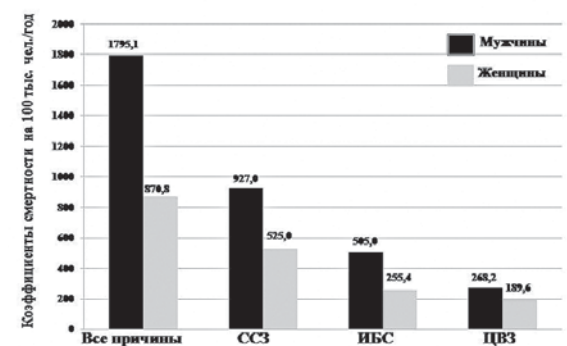


Рис. 2. Стандартизованные к Европейскому стандарту коэффициенты смертности на 100 тыс. населения от ССЗ в РФ в 2009 г. Возраст: 0-85+ лет

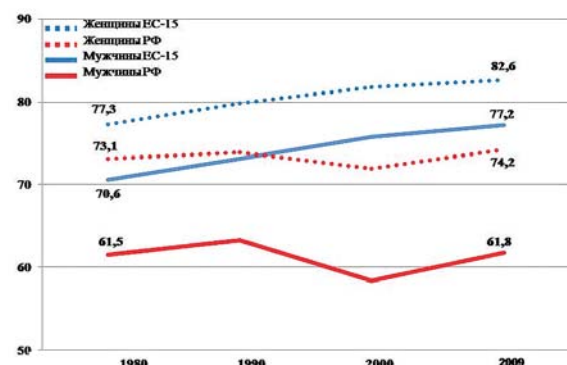


Рис. 5. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин и женщин РФ и стран ЕС 1980-2009 гг.

живается частота метаболического синдрома (МС) и сахарного диабета (СД). У женщин, страдающих СД, риск ССО увеличивается в 5 раз, а у мужчин – в 2-3 раза. Риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин, страдающих СД, на 50% выше, чем у таких мужчин.

Систолическое артериальное давление (САД) увеличивается с возрастом более резко у женщин, чем у мужчин (дефицит эстрогенов при менопаузе) и является основной причиной гипертензии левого желудочка (ГЛЖ), сердечной недостаточности (СН) и инсульта (МИ). Умеренная АГ у женщин является причиной более частых ССО, чем у мужчин. У женщин более высоки и вариабельность АД и частота АГ «белого халата». В то же время женщины более осведомлены о наличии у них АГ, чаще лечатся и достигают целевых уровней АД, чем мужчины.

В молодом возрасте относительный риск гиперхолестеринемии (ГХС) у женщин ниже, чем у мужчин. В любом возрасте холестерин липопротеидов высокой плотности

разным причинам к кардиологам, терапевтам и неврологам, составила в среднем 46%. Примечательно, что при этом распространённость депрессии была выше среди женщин, чем среди мужчин: 52 vs 34%. Депрессивные расстройства ассоциировались с социально-экономическими (низкий доход) и поведенческими факторами (курение, злоупотребление алкоголем).

В Европейском регионе, в том числе в РФ, риск смерти от ССЗ оценивается по шкале SCORE (Systematic coronary risk evaluation). При этом оценивается суммарный риск с учётом 5 ФР и конкретно в процентах. Конечно, эта шкала не позволяет ставить диагноз, она больше пригодна для первичного скрининга и слежения за эффективностью коррекции вышеупомянутых ФР. В 2011 г. Американская ассоциация сердца опубликовала «Руководство по предупреждению заболеваний сердца у женщин». В руководстве представлена классификация сердечно-сосудистого риска (ССР) у женщин, которая приводится ниже.

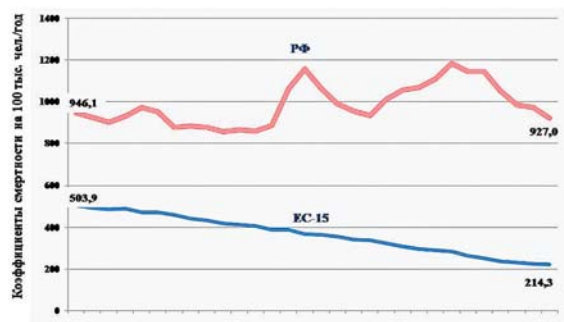


Рис. 3. Динамика стандартизованных к Европейскому стандарту коэффициентов смертности на 100 тыс. населения от ССЗ у мужчин РФ и стран ЕС 1980-2009 гг. Возраст: 0-85+ лет

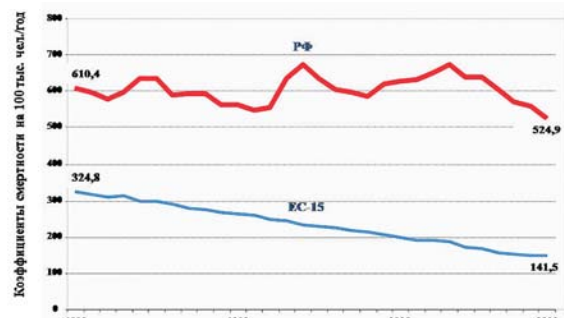


Рис. 4. Динамика стандартизованных к Европейскому стандарту коэффициентов смертности на 100 тыс. населения от ССЗ у женщин РФ и стран ЕС 1980-2009 гг. Возраст: 0-85+ лет

программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля), проведённому в различных городах нашей страны, распространённость депрессивных расстройств у пациентов, обратившихся по

сивности ~ 150 минут в неделю, высокой интенсивности ~ 75 минут в неделю или смешанной интенсивности;

- здоровая диета – DASH-like (Dietary Approaches to Stop Hypertension – диетологический подход к лечению АГ) – это проверенная модель питания для снижения давления крови у страдающих таким заболеванием, как АГ).

ССР повышен (≥ 1 основного ФР):

- курение сигарет;
- САД ≥ 120, диастолическое АД (ДАД) ≥ 80 мм рт.ст. или лечение АГ;
- ОХС ≥ 200 мг/дл, ХС ЛВП < 50 мг/дл, или лечение дислипидемии (ДЛП);
- Ож, особенно «центральное»;
- «плохая» диета;
- низкая ФА;
- преждевременные ССЗ у близких родственников (мужчины < 55 лет, женщины < 65 лет);
- МС;
- признаки субклинического атеросклероза (кальцификация коронарных артерий (КА), каротидная атеросклеротическая бляшка (АБ) или утолщение комплекса интима/медиа (КИМ);
- низкая физическая работоспособность при тредмил-тесте или плохое восстановление сердечного ритма после прекращения упражнений;
- системные аутоиммунные коллаген-сосудистые заболевания (красная волчанка или ревматоидный артрит);
- в анамнезе преэклампсия, гестационный СД или АГ, вызванная беременностью.

– прогнозируемый риск по Фремингемской шкале ≥ 10%.

Диагностика и клиническое течение ССЗ у женщин и мужчин имеют свои особенности. Первые клинические проявления ИБС у женщин: стенокардия напряжения – 56,5%, ИМ – 36,1%, острая коронарная недостаточность – 5,6%, смерть – 1,8%; в то время как у мужчин: ИМ – 52,2%, стенокардия напряжения – 40,7%, смерть – 5,8%, острая коронарная недостаточность – 1,3%.

В клинической практике

Клиническое проявление ИБС и интерпретация неинвазивных диагностических тестов у женщин менее типичны и надёжны, чем у мужчин, особенно в возрасте < 55 лет. Боли в груди бывают чаще у женщин, чем у мужчин, и они реже связаны с атеросклерозом крупных эпикардиальных КА. Во многих случаях некардиальные боли в груди похожи на дискомфорт, связанный с ишемией миокарда. Женщинам чаще назначают ангиографии, нежели мужчинам, и чаще повторно госпитализируют.

При этом, что характерно, ошибки бывают в обоих направлениях. Когда опасные для жизни боли в области груди, обусловленные острым коронарным синдромом (ОКС), тромбозом лёгочной артерии (ТЭЛА), перикардитом, миокардитом, врач расценивает как связанные с заболеваниями позвоночника, пищевода, желудка, то есть неопасные для жизни, соответственно неправильно лечит, что нередко кончается катастрофой. Бывают и обратные ситуации, когда неопасные для жизни ситуации расцениваются как ИБС, следствием чего являются ненужные обследования и лечение.

Неспецифические изменения электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и меньшая способность к выполнению пробы с ФН (ПФН) обуславливают меньшую чувствительность и специфичность неинвазивного тестирования у женщин. Для тредмил-теста у женщин разработаны специфические нормограммы. Клиническое значение стресс-эхокардиографии (ЭхоКГ) (ФН или добутамин) одинаково для женщин и мужчин и является важным для оценки нарушений сократительной способности миокарда.

Точность перфузионной сцинтиграфии с целью визуализации миокарда значительно повысилась в последнее время благодаря более современному оборудованию. Однако при интерпретации сканогамм желательнее учитывать клиническую картину и результаты других исследований. Низкий кальциевый индекс при мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) хорошо исключает наличие обструктивной ИБС.

Летальность после аортокоронарного шунтирования (АКШ) и эндоваскулярных вмешательств выше у женщин, чем у мужчин, особенно в более молодом возрасте и в ранние сроки после операции. Возможная причина – у мужчин чаще поражения КА – очаговые, а у женщин – диффузные. После эндоваскулярных вмешательств

у женщин чаще возникают кровотечения, особенно при приёме ингибиторов гликопротеина Пв/Ша.

Результаты прогноза ОКС у женщин и мужчин оказались противоречивыми. Причины возможных разногласий: женщины с ОКС обычно старше, чем мужчины, у женщин больше ФР, нередко у них синдром неправильно диагностируется, что ведёт к повышенной летальности. В более молодом возрасте у женщин чаще, чем у мужчин развивается ОКС при ангиографически нормальных КА (выраженный коронарный стеноз отсутствует у 10-30% женщин и 3-5% мужчин).

Синдром микроваскулярной грудной жабы (синдром «Х») обычно встречается у женщин. Характерным для него является то, что имеются объективные признаки ишемии при отсутствии изменений в крупных КА. Это приводит к частым повторным госпитализациям и коронароангиографии (КАГ). Прогноз не такой благоприятный, как считали раньше, особенно при наличии ФР.

Bene dignoscitur – bene curatur

В лечении ССЗ у женщин и мужчин также есть особенности, хотя следует отметить, что почти отсутствуют клинические исследования, построенные на принципах доказательной медицины, сравнивающие эффективность медикаментозной терапии ССЗ у женщин и мужчин. Даже при проведении экспериментальных исследований обычно используются животные мужского пола, а при исследованиях на культуре клеток часто не учитывается, от какого пола они взяты.

У женщин с ИБС польза от лечения статинами такая же, как и у мужчин. Оно снижает ХС ЛНП и суммарный ССР у женщин. Однако у женщин без ИБС абсолютная польза небольшая, и подход должен быть индивидуальным с учётом суммарного ССР. Антиагрегантная терапия в низких дозах эффективна у мужчин и женщин с ИБС. Однако при первичной профилактике не рекомендуется женщинам в возрасте < 65 лет при отсутствии высокого суммарного ССР.

Среди существующих проблем, нуждающихся в решении, необходимо отметить следующие:

- лучшее понимание механизмов влияния половых гормонов на развитие ССЗ;
- проведение специальных клинических исследований по изучению влияния различных видов лечения на исходы у мужчин и женщин;
- влияние гормональной терапии на кардиоваскулярное здоровье: время начала терапии и оптимальная продолжительность лечения, эффективность различных составляющих гормональной терапии;
- разработка технологии оценки риска ССЗ у женщин, включающей информацию о беременности (преэклампсия, гестационный СД, АГ), репродуктивную историю, приём гормонов, что позволит лучше stratифицировать риски и возможности раннего вмешательства.

Резюмируя изложенное

Для сохранения и укрепления здоровья женщин следует иметь в виду:

- диагностика, лечение и профилактика ССЗ у женщин имеет ряд особенностей по сравнению с мужчинами, что необходимо учитывать в реальной клинической практике;
- женщины обращаются к гинекологам и акушерам раньше и чаще, чем к кардиологам. Поэтому эти специалисты могут внести свой существенный вклад в коррекцию ФР и первичную профилактику ССЗ у женщин;
- в период менопаузы совместная работа гинекологов и кардиологов позволит достигнуть оптимальных результатов в сохранении и укреплении здоровья женщин.

Рафаэль ОГАНОВ,
главный научный сотрудник –
начальник отдела профилактики
коморбидных состояний
Государственного научно-
исследовательского центра
профилактической медицины,
почётный президент Российского
кардиологического общества,
академик РАН.

Авторитетное мнение

Навстречу «МЕДОБРУ-2017»

Качество образования в равной степени зависит
от двух составляющих – уровня преподавания и мотивации



– **Пётр Витальевич, вы согласны с оценками экспертов, считающих, что конференция становится площадкой, на которой формируется новый подход к медицинскому образованию, его будущее....**

– По сути, там ведётся работа, направленная на исполнение указа Президента РФ № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», в части повышения уровня квалификации медицинских специалистов. Это направление очень объёмно, и с каждым годом перед нами встают новые задачи. Участники «Недели медицинского образования – 2017» предстоит обсудить вопросы качества преподавания в профильных вузах, уровень знаний и навыков, которыми обладают выпускники. Также наметить точки роста, которые дадут стимул к дальнейшему развитию, определить инновационные подходы к формированию траектории профессионального роста медицинских специалистов. Так что в этом году работа предстоит большая, и, чтобы конструктивно подойти к решению ключевых вопросов, организаторы мероприятия обозначили ряд направлений, к обсуждению которых и приглашают присоединиться медицинское сообщество.

– **Одной из очень перспективных форм повышения качества образования в Первом Меде стали школы мастерства. Почему выпускники их стали очень востребованными в российских клиниках?**

– На наш взгляд, качество образования в равной степени зависит от двух составляющих – уровня преподавания и мотивации обучающегося к получению знаний и развитию практических навыков. В связи с этим системой менеджмента качества Сеченовского университета предусмотрено, что в зависимости от того, как обучается группа студентов, оценивается качество работы

преподавателя. Это происходит через эффективный контракт и централизованное тестирование. Студенты, в свою очередь, понимают, что, помимо государственной стипендии, они могут получать дополнительные бонусы в ходе обучения. В частности, поступить в школы мастерства, получать повышенную стипендию, участвовать в общественной жизни и спортивных мероприятиях, волонтерском движении и т.п. Это помогает и при поиске работы, в планировании профессиональной карьеры. Если всё вышесказанное указать в резюме или портфолио, то при прочих равных работодатель отдаст предпочтение наиболее активному, заинтересованному и перспективному молодому специалисту.

К тому же мы убеждены, что школы мастерства – это индикатор того, насколько будущий выпускник погружен в тот или иной раздел профессиональной деятельности. И, как показал наш опыт, весьма востребованный обучающимися формат: конкурс достигает 15 человек на место. Мы набираем в школы мастерства студентов 4-5-х курсов, углублённо изучающих предмет. Методики и особенности преподавания в них мы планируем обсудить на конференции «Неделя медицинского образования – 2017» в рамках секции, посвящённой лучшим практикам в медицинском образовании. Надеемся услышать об успешном опыте коллег, реализующих методики, которыми мы делились ранее, и может быть, даже познакомиться с инновационными подходами.

– **Медицина – одна из самых высокотехнологичных, динамично развивающихся отраслей. И чтобы она продолжала такой оставаться, многое зависит от уровня подготовки специалистов в медицинских вузах. Как идёт актуализация учебных дисциплин?**

– Мы провели анализ учебных планов и выяснили, что химия и биология на 1-2-м курсах по некоторым темам дублируется с программой 10-11-х классов. Это не означает, что нужно отказаться от них. Достаточно уделять больше внимания аспектам, которые востребованы в современной медицине, в частности при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Ввести новые актуальные разделы дисциплин, например, такие как молекулярная биология, биологическая химия, дисциплины клинической практики. По сути, изучать предметы на другом уровне, отличным от школьного.

Также мы считаем возможным разделить учебный план на базовые теоретические науки – философия, иностранный язык, анатомия и т.п. – и практические (клинические) дисциплины – хирургия, пропедевтика внутренних болезней и пр. Мы хотели бы услышать по этому поводу мнения представителей профессионального сообщества, насколько они согласны с нашим видением.

– **Какая одна сегодня, практическая подготовка выпускников?**

– Мы считаем, что после 3-го курса, по завершению прохождения базовых предметов, целесообразно ввести переводной экзамен, дающий право на допуск студентов к изучению клинических дисциплин. То есть, помимо сдачи сессии, студент должен продемонстрировать ещё и практические навыки. В первую очередь это нужно обучающемуся для понимания того, к чему он идёт и как будет сдавать экзамены, что ему необходимо доработать.

По сути, это тот же объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ), который мы хотим предложить ввести на 3-м курсе. Мы планируем, что в 2017 г. наши студенты будут сдавать практику на основе ОСКЭ, где, помимо демонстрации прак-

тических навыков, необходимо решить ситуационные задачи. Мы уже разработали для этого нормативную базу, согласно которой обучающийся, сдав этот экзамен, получит возможность допуска к профессиональной деятельности на должностях младшего медицинского и фармацевтического персонала.

Более того, у нас впервые будет предпрофессиональный экзамен у школьников 11-го класса, которые учатся в медико-биологических классах проекта «Медицинский класс в московской школе». На «Неделе медицинского образования – 2017» мы специально выделим один день для школьников, студентов и ординаторов, где, в том числе подробно познакомим их с этапами и особенностями ОСКЭ. В этот день на конференцию мы хотим пригласить не только обучающихся, но и их родителей, учителей школ. Для них это отличная возможность видеть на практике, что такое азы профессии, которыми они овладели в школе или преподавали её учащимся.

– **Почему аккредитацию должны проходить и преподаватели?**

– Образовательный процесс – это динамичная и открытая среда, кадры для нас – ключевой фактор. Университет и отрасль меняются, реализуют инновационные проекты, поэтому сегодня как никогда ранее необходима аккредитация преподавателей на соответствие требованиям нашего университета. Уже введена первичная аккредитация для выпускников, и она успешно функционирует целый год, а для преподавателей нормативных требований нет. В связи с этим мы хотим обсудить на конференции «Неделя медицинского образования – 2017», возможно ли создание алгоритма аккредитации преподавателей, на каком основании и каким образом?

– **Какой, на ваш взгляд, должна быть современная ординатура и аспирантура?**

– Ординатура – это новый уровень образования, срок обучения в ней варьируется от года до пяти лет в зависимости от специальности подготовки и профессиональных стандартов, разработанных отраслевым сообществом. Тем, кто погружён в специальность, мотивирован на научную и преподавательскую работу, ординатуры недостаточно. Они хотят продолжить обучение – пойти в аспирантуру. В настоящее время законодательного нормативного документа, допускающего зачёт дисциплин, пройденных в ординатуре, для будущих аспирантов нет. Мы полагаем, что если ликвидировать этот законодательный пробел, то после ординатуры обучающийся сможет продолжить научные исследования в аспирантуре, защитить диссертацию, выстроить карьерную траекторию в науке и практике.

Предложения об изменениях в этом вопросе также будут внесены для обсуждения с профессиональным сообществом в рамках «Недели медицинского образования».

Уважаемые коллеги, мы приглашаем вас присоединиться к обсуждению предложенных тем. Без сомнений, все они актуальны для успешного развития отечественного медицинского образования и, как следствие, российского здравоохранения. Только в ходе конструктивного диалога мы сможем найти оптимальные решения, которые зададут вектор будущих преобразований.

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) представляют собой редко встречающиеся новообразования, интерес к которым не ослабевает с 1907 г., когда они были выделены в отдельную группу немецким патологоанатомом Оберндорфером.

В большинстве исследованных изолированно изучались опухоли отдельных органов и систем. Термин НЭО объединяет опухоли, различные по локализации, функциональной активности, морфологическим особенностям и биологическому потенциалу, в результате чего появилось множество терминов и классификаций этих новообразований.

Определение

Понятие «нейроэндокринные неоплазии» постоянно подвергалось переоценке, и до последнего времени в литературе существовало множество терминов, обозначающих новообразования из одноимённых клеток, чаще всего упоминались карциномы и APUD-системы (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation).

В литературе и клинической практике для обозначения НЭО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и лёгких до сих пор используют несколько синонимов. Оберндорфер предложил термин «карциноид» для обозначения интестинальных опухолей с менее агрессивным, чем у аденокарцином, клиническим течением. Эндокринная природа этих опухолей была доказана Мерлингом в 1938 г. В конце 70-х годов Пирс выдвинул концепцию специализированной высокоорганизованной клеточной системы, которую он назвал APUD-системой.

Термин «карциноид» в 2000 г. заменён определением «эндокринная опухоль», согласно классификации НЭО ЖКТ ВОЗ. В настоящее время термин «карциноид» применяется только для нейроэндокринных новообразований лёгких и тимуса. Термином «островково-клеточные опухоли» обозначают нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (ПЖ), хотя он не подходит для опухолей, секретирующих гормоны, в норме не вырабатываемые клетками эндокринных островков (например, гастрин, АКТГ, ВИП и некоторые другие).

На сегодняшний день при большом многообразии неоплазий различных локализаций выделены специфические морфологические особенности, объединившие их в одну группу, получившую название «нейроэндокринные опухоли» (НЭО). Данный термин основывается на сходстве иммунофенотипа клеток эндокринной и нервной тканей и экспрессии в них общих нейроэндокринных маркёров: хромогранина А, синаптофизина, серотонина, CD56, CD99, рецепторов к прогестерону, NSE и др.

К нейроэндокринным опухолям относят совершенно разные группы новообразований. При наиболее узкой трактовке этого термина в основном упоминаются нейроэндокринные опухоли ЖКТ и карциномы лёгких и тимуса. Эта же категория неоплазий может включать новообразования эндокринных клеток жёлёз внутренней секреции, в частности медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитому, опухоли гипофиза. К нейроэндокринным опухолям также относят так называемую карциному Меркеля, происходящую из тех клеток кожи, которые обеспечивают тактильную чувствительность.

Эпидемиология

В настоящее время интерес к изучению НЭО возрастает по мере роста заболеваемости и разработки новых специфических методов диагностики новообразований. Данные базы SEER (база эпидемиологического надзора и целевых результатов Национального института рака США) свидетельствуют о значительном ежегодном увеличении количества зарегистрированных случаев нейроэндокринных опухо-

лей в США в различных возрастных группах с 1973 (1,09 на 100 тыс. населения) по 2004 г. (5,25 случая на 100 тыс. населения) (Рис.1).

Причины данного феномена пока не ясны, авторы исследования связывают рост заболеваемости прежде всего с совершенствованием диагностики и классификации данного вида опухолей, но не исключают влияние таких факторов, как изменение условий окружающей среды, типа питания и использование современных лекарственных препаратов. Также по данным базы

Слово о болезни

Собранные воедино

Нейроэндокринные опухоли: современные подходы к диагностике и лечению

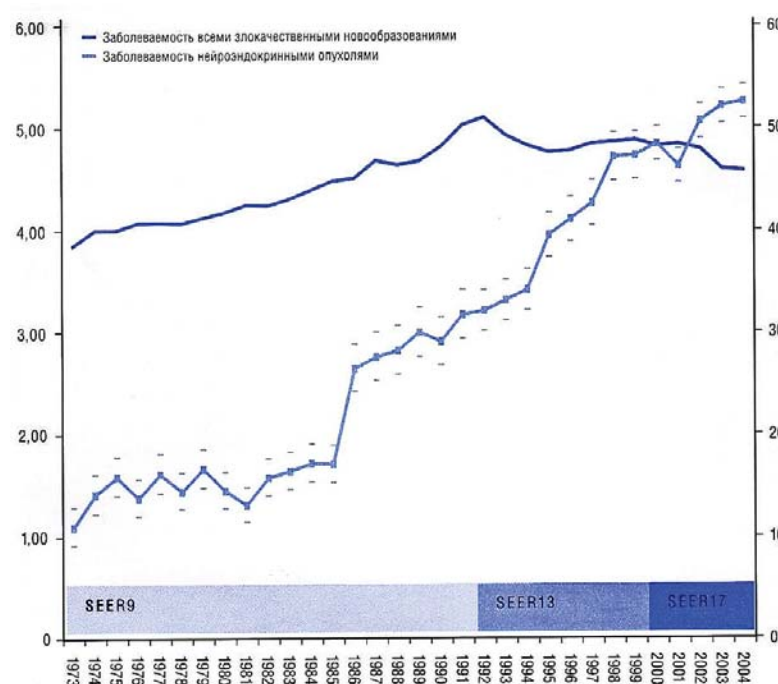


Рисунок 1. Увеличение заболеваемости нейроэндокринными опухолями с 1973 по 2004 г. База данных SEER

SEER известно, что около двух третей НЭО локализуются в ЖКТ, а одна треть — в бронхо-лёгочной системе. Регрессионный анализ статистических данных прогнозирует дальнейшее увеличение распространённости GEP NET, которые в ближайшие 2-3 года составят 8 случаев на 100 тыс. опухолей. Если популяции США и России одинаковы, то в нашей стране ежегодно должно регистрироваться 7350 больных нейроэндокринными опухолями (население России 140 млн человек на 2012 г.).

Классификация

Алгоритм выбора лечения зависит от типа опухоли и ориентирован на классификации ВОЗ и рекомендации Европейского общества по изучению НЭО (ENETS). В настоящее время ENETS предложено делить НЭО ЖКТ и ПЖ по степени их злокачественности (Grade – G) на 3 основные группы – G1, G2, G3 (табл.).

В группы G1-G2 входят высокодифференцированные нейроэндокринные опухоли, обладающие низким (Ki67 = 0 – 2%) и промежуточным (Ki67 = 2 – 20%) потенциалами злокачественности, а в группу G3 – низкодифференцированные нейроэндокринные карциномы (Ki67 > 20%).

Если опухоль функционирующая, то к вышеуказанной классификации добавляется название специфического синдрома (инсулинома, глюкагонома, гастринома и др.).

Существует ряд прогностических факторов, влияющих на эффективность лечения и прогноз течения болезни: размеры опухоли, индекс пролиферации (Ki67), инвазия сосудов, степень дифференцировки (G), наличие отдалённого метастазирования (особенно в печень и

кости), а также секреция пептидов. Высокодифференцированные НЭО существенно отличаются по клиническому течению болезни от низкодифференцированных опухолей и даже при наличии метастазов прогрессируют очень медленно, часто в течение нескольких десятилетий, в отличие от опухолей с высоким злокачественным потенциалом и более быстрой диссеминацией. Поэтому для определения тактики лечения очень важным является знание биологического потенциала опухоли.

Клинические проявления

Карциноидный синдром – симптомокомплекс, развивающийся у больных НЭО, обусловленный выделением в кровь различных гормональноактивных веществ, вследствие продуцирования их опухолью.

Для типичного карциноидного синдрома характерны:

- ✓ частые интенсивные приливы



Рис 2. Внешний вид больной с длительно текущим карциноидным синдромом без лечения

Классификации ВОЗ для НЭО ЖКТ и поджелудочной железы 2010 г.

WHO 2010
Высокодифференцированные нейроэндокринные опухоли (NET) – Grade 1 – Grade 2
Низкодифференцированные нейроэндокринные карциномы (NEC) – мелко- и крупноклеточный рак – Grade 3
Смешанные аденонейроэндокринные карциномы (MANEC)
Гиперпластические и предопухолевые процессы

Таблица

и биогенных аминов, секретируемых нейроэндокринными клетками, способствовало совершенствованию методов лабораторного анализа, появлению многочисленных панелей антител для иммунохимической диагностики НЭО. Современный перечень биохимических маркёров НЭО включает более 30 различных показателей.

Эти маркёры являются как общими (универсальными), так и специфическими. Общими считаются биохимические маркёры сыворотки или плазмы крови – хро-

длительностью от нескольких минут до нескольких часов

- ✓ стойкое багровое окрашивание кожи лица с формированием гипертрофии кожи лица и верхней части шеи, телеангиэктазии (рис.2)

- ✓ цианоз носогубного треугольника и акроцианоз верхних конечностей

- ✓ повышенная нервная возбудимость

- ✓ хроническая диарея до 15 раз в сутки, боли в животе.

Эти симптомы могут быть не так выражены и встречаться в различных сочетаниях. Иногда на первый план выходят сердечно-сосудистые симптомы. Под действием высокой концентрации серотонина в крови развиваются фиброциты с поражением сердечных клапанов, в основном правых отделов – так называемое карциноидное сердце. Тахикардия, повышение АД, боли в области сердца заставляют предполагать у больного наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

При развитии бронхоспазма, связанного с избыточным выделением серотонина, брадикинина и гистамина, проводится дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой.

Диарея при карциноидном синдроме не имеет специфических отличий и зачастую первоначально имеет периодический характер. Часто эти больные длительно и безуспешно лечатся у гастроэнтеролога.

Также часто больные с проявлениями гормонально-активной опухоли наблюдаются у невролога или психиатра из-за обилия трудно объективизируемых жалоб, якобы свидетельствующих об очевидной дисфункции ЦНС.

Диагностика

Предварительный диагноз НЭО может быть поставлен на основании клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования, а окончательная верификация проводится с помощью ИГХ-исследования.

Дифференциальная диагностика и последующий мониторинг эффективности лечения НЭО могут быть эффективно проведены с помощью определения циркулирующих маркёров при биохимических исследованиях крови и мочи.

Секреторные свойства НЭО были подтверждены ещё в 1950-х годах при исследованиях сыворотки крови и мочи больных с проявлениями карциноидного синдрома. Выделение серотонина (промежуточного метаболита триптофана) из опухоли привело к пониманию того, что этот биогенный амин и конечный продукт его метаболизма – экскретируемая с мочой 5-гидроксииндолилуксусная кислота (5-ГИУК) связаны с проявлением специфической симптоматики.

Поэтому серотонин и 5-ГИУК нашли применение в качестве основных маркёров НЭО. Дальнейшее изучение пептидных гормонов

могранина А (ХгА), панкреатический полипептид (ПП), НСЕ, α -субъединица гликопротеиновых гормонов.

Специфическими маркёрами, определяемыми в сыворотке или плазме крови, являются серотонин, гастрин, инсулин, глюкагон, вазоактивный интестинальный пептид (ВИП), соматостатин, кальцитонин, гистамин, катехоламины, тахикинины, нейропептиды; маркёрами, определяемыми в (суточной) моче, являются 5-ГИУК, метанефрин, норметанефрин.

Как уже было сказано, нейроэндокринная опухоль может возникнуть в любом органе, поэтому перечень диагностических инструментальных исследований определяется локализацией опухоли: эндоскопия (бронхоскопия, гастроскопия, эндоУЗИ, колоноскопия, капсульная эндоскопия, УЗИ и КТ/МРТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза и т.д.)

Стандартом диагностики является выполнение морфологического исследования биопсийного материала опухоли (гистологического и +/- цитологического) + иммуногистохимического.

Клетки нейроэндокринных опухолей обычно интенсивно окрашиваются маркёрами нейроэндокринной дифференцировки – нейроноспецифической енолазы, синаптофизина, хромогранином А и др.

В качестве дополнительного маркёра возможной чувствительности опухоли к аналогам соматостатина показано определение экспрессии рецепторов соматостатина 2-го и 5-го типов (SSTR2, SSTR5).

Подходы к лечению

Лечение больных с НЭО должно быть направлено как на саму опухоль, так и на контроль над проявлениями карциноидного и других эндокринных синдромов, что требует мультидисциплинарного подхода с участием эндокринологов, гастроэнтерологов и других специалистов.

Алгоритм выбора лечения зависит от типа опухоли и ориентирован на классификации ВОЗ и рекомендации Европейского общества по изучению НЭО (ENETS). В настоящее время ENETS предложено делить НЭО ЖКТ и ПЖ по степени их злокачественности (Grade – G) на 3 основные группы – G1, G2, G3 (см. классификация НЭО по ВОЗ 2010 г.).

Высокодифференцированные НЭО существенно отличаются по клиническому течению болезни от низкодифференцированных опухолей и даже при наличии метастазов прогрессируют очень медленно, часто в течение нескольких десятилетий, в отличие от опухолей с высоким злокачественным потенциалом и более быстрой диссеминацией. Поэтому для определения тактики лечения очень важным является знание биологического потенциала опухоли.

Хирургическое лечение

Хирургический метод лечения является основным при локализованных и местно-распространённых опухолях. Кроме того, хирургия используется для уменьшения опухолевой массы (циторедуктивные операции), что особенно актуально для гормонопродуцирующих опухолей и может использоваться последовательно либо совместно с лекарственной терапией.

Другие циторедуктивные методы: радиочастотная абляция, эмболизация и химиоэмболизация метастазов печени также применяется в лечении НЭО. При этом у большинства больных удаётся достичь значительного уменьшения проявлений карциноидного синдрома.

Трансплантация печени может рассматриваться в отдельных случаях (молодые пациенты без подтверждённого распространения опухолевого процесса и резекцией первичной опухоли).

Лекарственная терапия

Биотерапия

Для опухолей с низким и умеренным потенциалом злокачественности (G1, G2) применяется терапия пролонгированными аналогами соматостатина и α -интерфероны, которые эффективны в отношении купирования клинических синдромов, обусловленных гиперпродукцией и секрецией гормонов (карциноидный синдром, синдром гипогликемии, синдром Золлингера – Эллисона и др.), а также обладает доказанной пролиферативной активностью. Действие аналогов соматостатина основано на их взаимодействии со специфическими соматостатиновыми рецепторами 1-5-го типов (SSTR1-SSTR5), приводящем к ингибированию секреции и клеточной пролиферации опухолевых клеток. В большинстве случаев удаётся добиться стабилизации роста опухоли и контроля над симптомами заболевания. В некоторых случаях достигается полная или частичная регрессия опухоли.

Таргетная терапия

На данный момент в России зарегистрировано два таргетных препарата для лечения высокодифференцированных НЭО: ингибитор протеинкиназы mTOR и ингибитор тирозинкиназ.

Химиотерапия

Химиотерапия показана при низкодифференцированных НЭО и НЭР со степенью пролиферации KI67 более 10%.

Заключение

В последнее время отношение к нейроэндокринным опухолям пересмотрено. Если ещё до недавнего времени некоторые из них (инсулиномы и др.) относились к доброкачественным, то в настоящее время показано, что метастазы этих опухолей могут появляться и через 20 лет после излечения. Таким образом, установлено, что все НЭО в той или иной степени обладают злокачественным потенциалом. Хотя большинство этих опухолей растёт медленнее, чем эпителиальные злокачественные новообразования, однако они могут быть резистентными к лечению и иметь агрессивное течение.

Есть статистические данные в Европе и США, доказывающие, что лечение в мультидисциплинарных специализированных центрах связано с улучшением выживаемости пациентов с НЭО. Медиана выживаемости пациентов с метастатическими НЭО средней кишки, получавшие лечение в специализированных центрах (Uppsala Center, Швеция; Moffitt Cancer Center, США), более чем в 3 раза выше, чем медиана выживаемости пациентов с НЭО в базе SEER (США), то есть у тех больных, которые лечились в областных больницах.

Галина ЕМЕЛЬЯНОВА,
ассистент кафедры онкологии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Ситуация

Вековой юбилей почки

У гражданки Великобритании Сью Вестхед, которой сейчас 68 лет, в начале 70-х годов прошлого века была диагностирована хроническая болезнь почек. Состояние девушки вызывало опасения, её собственные органы функционировали не более чем на одну десятую, и врачи приняли решение о трансплантации почки. Донором стала мать Сью, которой на тот момент было 57 лет. Операция состоялась в Ньюкастле, в госпитале имени Королевы Виктории в ноябре 1973 г. Таким образом, к настоящему моменту возраст почки достиг ста лет. Что характерно, орган до сих пор эффективно функционирует.

Бывшая пациентка рассказала, что на момент операции она чувствовала себя очень плохо, передвигалась с большим трудом и была вся жёлтая. По словам Сью, её мать дала ей жизнь во второй раз. «Это было довольно страшное время. Я лежала в палате, и люди вокруг умирали. Я думала, что буду счастлива, если проживу хотя бы ещё 5 лет. Это было 43 года назад, и моей почке исполнился 101 год, – добавила она. – Думаю, это из-за хороших генов моей матери».

Врачи после хирургического вмешательства сообщили семье, что пересаженная почка проработает максимум 20 лет, потом потребуется повторная трансплантация. Однако орган всё ещё функционирует – возможно, не в последнюю очередь потому, что его обладательница неукоснительно следовала рекомендациям медиков и принимала по 20 таблеток в день, чтобы избежать отторжения почки.

Профессор Дерек Манас, президент Британского общества трансплантации, заявил, что случай Сью даёт надежду тем больным, которые сейчас находятся на диализе, и может вдохновить других людей стать донорами при жизни или присоединиться к Регистру доноров органов.

Женщина со столетней почкой могла бы попасть в Книгу рекордов Гиннесса, но, к сожалению, официальных записей о трансплантации не осталось. В качестве рекорда, например, в 2013 г. был зафиксирован случай Джона МакКафферти, который перенёс операцию по трансплантации сердца в 1982 г. Ему обещали, что он проживёт ещё 5 лет – однако вместо 44 лет он умер в 73.

Марк ВИНТЕР.

По информации dailymail.co.uk.

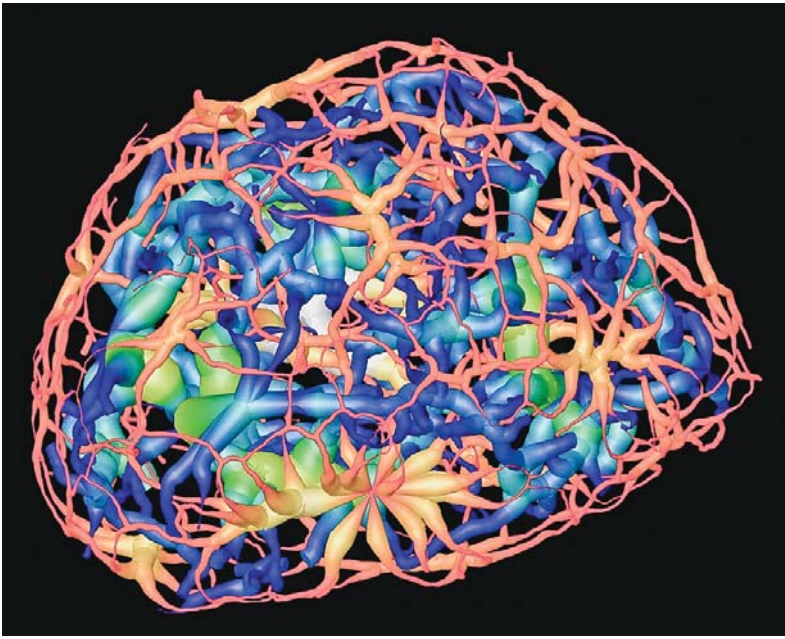
Гипотезы

Гиппократ предлагал выжить опухоли молочной железы в прямом смысле этого слова. Сегодня учёные дискутируют о тонкостях геномных и хромосомных изменений, из которых проистекает эпителиально-мезенхимальная транзигция (EMT). Эпителий – это, как следует из его названия, «кроющий» слой клеток, в то время как мезенхима представляет собой состояние ткани эмбриона, клетки которого способны к инвазивному росту и миграции. Эти свойства обретают и переродившиеся клетки опухолей, «врастающих» в здоровое окружение и отрывающихся от них, давая метастазы.

Специалисты Национальной лаборатории в Беркли, пригород Сан-Франциско, провели томографию ядер развивающихся стволовых клеток с помощью «мягких» рентгеновских лучей, создав 3D-карту перераспределения хроматина внутри их ядер. Хроматином, как известно, называется хромосомный комплекс белков и ДНК, неактивная форма которого называется гетерохроматином, гены в котором не «работают». Развитие стволовых клеток, переходящих в состояние «предшественников»-прогениторов, даёт из последних специализированные клетки эпителия. Опухоли, развивающиеся из последних, называются в строгом смысле раковыми (в то время как рак соединительной и мышечной тканей получил название саркома). Динамичное картирование, проведённое в Беркли, показало, что неактивный гетерохроматин стволовых клеток постепенно перемещается – транслоцируется – с периферии ядра в его центр, образуя там своего рода звёздочку. То же наблюдается и в ходе развития стволовых раковых клеток. Пока трудно сказать, что это даст практической онкологии, но для учёных важна любая информация, касающаяся здоровых и раковых клеток.

IT-разработчики тоже не остаются в стороне от требований

Рак-маркёр



Ядро клетки с красным и белым неактивным гетерохроматином, белым и желтым показан активный эухроматин

дня. Была опубликована статья, в которой описываются применение «глубоких» нейросетей искусственного интеллекта и приложения для смартфонов, с помощью которых было проанализировано 1,3 млн изображений проблемных участков кожи, биопсии которых выявили более 1000 генетических классов. Учёные Стэнфордского университета представили результаты применения новых алгоритмов для анализа 129 450 изображений 2032 различных заболеваний кожи, разбитых на 757 «тренировочных» классов, при этом меланомы составили 92% случаев. Даже самый компетентный дерматолог не смог бы провести столь обширный анализ, теперь же предварительный диагноз может быть отдан «на откуп» интеллектуальной технике.

Специалисты Нью-Йоркского университета, изучая развитие раковых стволовых клеток кост-

ного мозга, нарушения в которых приводят к развитию острой миелоидной лейкемии, выявили повышенное количество поверхностного гликопротеида CD99 – белка с сахарными остатками, – являющегося важным диагностическим маркёром развития рака белой крови. Аномальное развитие стволовых клеток определяется мутацией в гене, кодирующем фермент киназу, который переносит энергетический фосфат на белки, тем самым подстёгивая их активность и клеточное деление. Фермент был открыт в знаменитом вирусе саркомы П.Рауса, открытого ещё в 1911 г., учёные применили моноклональные антитела против CD99, после чего опухолевые клетки гибнут в результате выключения фермента. Теперь дело за биоинженерами, которые должны дать достаточные количества антител врачам для проведения клинических испытаний.

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Вяземская центральная районная больница» требуются для постоянного трудоустройства **ТЕРАПЕВТЫ.**

Оплата съёмного жилья с последующим предоставлением служебного.
Тел. **(48131) 4-10-03** (главный врач).

Адрес: **ул. Комсомольская, 29, г. Вязьма, Вяземский район, Смоленская область 215110.**

Резюме отправлять по адресу: **crbvyazma@yandex.ru**

Исследования

Диабет тому виной...

Исследователи из Дании обнаружили взаимосвязь между лишним весом и псориазом. Они также показали, что у людей, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, псориаз развивается чаще.

Для того чтобы прийти к таким выводам, авторы из Копенгагенского университета во главе с Анн Софи Лоннберг проанализировали данные о 34 тыс. близнецах в возрасте от 20 лет до 71 года. Псориазом страдали 4% участников исследования, примерно у 1% из них диагностировали СД 2-го типа, и около 6% имели лишний вес.

Оказалось, что у диабетиков псориаз развивался в 2 раза чаще, чем среди тех, кто не страдал этим заболеванием. Кроме этого, в группе риска оказались и те, чей

индекс массы тела был выше 35 – вероятность заболеть псориазом у таких людей также была повышена вдвое.

С чем связана обнаруженная зависимость, авторы пока не знают, но предполагают, что тут играют роль сразу несколько факторов, среди которых генетика и образ жизни.

Они также подчеркнули, что изучили 720 пар близнецов, в которых один страдал псориазом, а другой был здоров. Те, у кого было диагностировано заболевание, чаще страдали лишним весом, а вот СД 2-го типа выявляли примерно с одинаковой частотой и у здоровых, и у заболевших псориазом близнецов.

Ян РИЦКИЙ.

По информации upi.com.

В журнале «Труды АН США» описано довольно неожиданное открытие лёгочных макрофагов и их стволовых клеток, которые не гибнут по ходу химиотерапии вследствие развития устойчивости к действию лекарств. Обычно подобное наблюдается в случае клеточного потомства раковых стволовых клеток, развивающегося на фоне антираковой терапии. Авторы статьи назвали «новообретённые» мечниковские макрофаги индуцированными, поскольку их появление было обусловлено вакцинацией мышей против лёгочных пневмококков. Учёные считают, что индукция была вызвана «раздражением» стволовых клеток, дающих лёгочные макрофаги-резиденты, антигенами патологических кокков. Невосприимчивость индуцированных макрофагов можно объяснить тем, что лёгочные стволовые клетки сохраняют в органах дыхания ещё с эмбриогенеза, то есть внутриутробного развития плода. Именно в этом заключается коренное отличие лёгочного макрофага от других клеток взрослого организма, на которые химиотерапия действует так же, как и на раковые. Со временем это свойство макрофагов можно будет использовать для защиты пациентов от разного рода оппортунистических инфекций, следующих обычно за противораковым лечением.

В США ежегодно регистрируется до 5,5 млн случаев рака кожи, включая меланомы, плюс свыше 1,5 млн других поражений кожи, например невусов. Хотя число меланом не превышает 5%, именно от них погибают до 75% людей с раком кожи.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Science Translational Medicine,
Nature.

Национальная медицинская практика Израиля стремится до минимума свести количество врачебных ошибок. Согласно вердикту Мирового суда Тель-Авива, в качестве компенсации за преступную халатность одного из гинекологов, небрежно поставившего женщине маточную спираль для предотвращения беременности, больничная касса, в которой работал этот доктор, обязана выплатить 50 тыс. шекелей (примерно 13 тыс. долл.). Все израильские врачи застрахованы от медицинских ошибок, и большую часть денежных средств, определённых судом, должна выплатить страховая компания, а меньшую – больничная касса. Но пострадавшая, которой сегодня 62 года, осталась не удовлетворена назначенной суммой компенсации.

Эта, признанная уголовной, история началась ещё в 1979 г., когда Лея Бортник, тогда 24-летняя мать двоих детей, решила установить маточную спираль для предотвращения беременности. Как выяснилось, спираль поставили небрежно, и женщина вскоре забеременела. Пришлось Лее пойти на аборт. Поразительно, но и гинеколог, производивший эту в принципе не сложную процедуру, не увидел оставленную в матке спираль, предположив, что она просто выпала. В течение последующих лет она родила ещё двоих детей.

В 1987 г. героиню этой истории прооперировали в связи с внематочной беременностью. Сильные боли начались у неё в 2011 г. в области позвоночника. Но врач-ортопед, не выявивший по своей части никакой патологии, тем не менее заподозрил гинекологичес-

А как у них?

За забытую спираль надо платить

кие проблемы. И оказался прав: при обследовании гинеколога в матке обнаружена спираль, оставленная ещё в 1979 г. При изучении самой спирали оказалось, что она изначально не соответствовала стандартам и к тому же была повреждена. Разумеется, спираль врач удалил.

Настрадавшаяся от гинеколога, непрофессионально поставившего ей спираль, женщина подала иск против гинеколога и больничной кассы, в которой этот врач в то время работал. Пострадавшая требовала 250 тыс. шекелей компенсации за ущерб, нанесённый её здоровью. В частности, Бортник указала, что забытая и не обнаруженная в течение более 30 лет спираль причиняла ей сильную боль, особенно при ходьбе.

Однако приглашённый в суд независимый эксперт Алекс Сокол, получивший как медицинское, так и юридическое образование, пришёл к неоднозначным выводам. С одной стороны, он полностью согласился с тем, что халатность гинеколога, неверно поставившего ей маточную спираль, представляла несомненную опасность для здоровья. Он также обратил внимание, что и другие врачи не заметили наличие спирали. С другой стороны, Сокол посчитал, что фактически особого вреда здоровью эта спираль Бортник всё-таки не принесла. Продолжая свою мысль, эксперт подчеркнул: «Ни один метод контрацепции не даёт стопроцентной гарантии. При

использовании внутриматочной спирали беременность наступает примерно в 10% случаев, причём, как правило, она оказывается внематочной». Более того, эксперт совершенно серьёзно привёл следующий аргумент: «Так или иначе, непрофессионально поставленная спираль привела к рождению у истицы двух здоровых детей, которых она очень любит».

Судья Рами Хаймович учёл мнение независимого эксперта и снизил сумму компенсации от требуемых Л.Бортник четверти миллиона шекелей до 50 тыс. Кроме того, гинеколог и больничная касса обязаны оплатить 25 тыс. шекелей судебных издержек.

Однако Л.Бортник с таким решением Мирового суда не согласилась. И имела на это полное право, согласно принятому в Израиле «Положению о медицинском обслуживании» и закону «О правах пациентов», регулирующие зону ответственности медицинских работников. Хотя Лига защиты пациентов определяет Израиль и Швейцарию как государства с минимальным количеством врачебных ошибок, полностью ошибки, к которым относятся и халатные действия, не исключает ни одна национальная медицинская практика.

Пострадавшую поддержали адвокаты-женщины из феминистских организаций. В СМИ они высказали убеждение, что судья Рами Хаймович, будучи мужчиной, не мог объективно рассмотреть дело Л.Бортник. Феминистки также не

прошли мимо того факта, что экспертом выступал А.Сокол – опять же мужчина. По мнению адвокатов-феминисток, судья-мужчина и эксперт-мужчина не могут объективно оценить степень боли и неудобства неправильно поставленной маточной спирали. «Уже сама внематочная беременность, – утверждают они, – с неминуемой последующей «чистой матки» сопряжена с немалыми страданиями женщины, и такая беременность чаще всего возникает именно из-за неправильно установленной спирали».

Несомненный интерес представляют и выводы российских учёных, работающих по подобным темам. Так, в диссертационном исследовании Александра Сергеева «Алгоритмы диагностики и хирургического лечения прерывавшейся внематочной беременности» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, защищённой в Башкирском государственном медицинском университете в 2007 г., приводится следующий факт: «Высокий уровень диагностических ошибок на догоспитальном этапе обусловлен многофакторностью причин, основными из которых являются стёртая клиническая картина внематочной беременности (трудность дифференциальной диагностики), недооценка анамнестических данных, краткость общения с больной, недостаточное использование дополнительных информативных методов исследования».

Арнольд Андреев в диссертации «Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук в Волгоградском государственном медицинском университете в 2008 г., пишет: «Сама проблема врачебной ошибки всё больше переносится в юридическую сферу, с которой она, в принципе, не должна быть связана... Поэтому привычное понятие «вред, нанесённый здоровью» всё чаще заменяется понятием «непредоставление (некачественное предоставление) медицинской услуги». А.Андреев несомненно прав, когда утверждает, что «врач не должен расплачиваться за ошибку, но пациент должен получить компенсацию нанесённого ему вреда... Эту роль должны на себя брать страховые компании». Напомню, что именно так обстоит дело в Израиле.

Сразу три адвоката-женщины решили прийти на помощь Л.Бортник. Они составили новый иск в Окружной суд с требованием возмещения ущерба здоровью с больничной кассы и страховой компании первоначально заявленной компенсации в четверть миллиона шекелей. Они же выразили готовность обратиться в Высший суд справедливости, если сумма возмещения их не удовлетворит.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Тель-Авив.

Дословно

«Ручная» работа

Польские хирурги заявили о том, что им удалось успешно провести операцию по пришиванию донорской руки взрослому мужчине, который родился без левой верхней конечности и прожил с одной только правой рукой более 30 лет.

По словам врачей, это первый такой случай в мировой клинической практике. Всего в мире было проведено около 80 операций по трансплантации рук, но абсолютное большинство пациентов потеряли свои конечности, например, из-за травм. При врождённом отсутствии конечностей пересадки производились только новорождённым сиамским близнецам в Индонезии и Канаде. Взрослым с такими дефектами до сих пор трансплантации не делали и считали это невозможным.

Пациенту 32 года. Процедура пересадки, которой руководил Адам Доманашивич, прошла в Университетской больнице Вроцлава (Польша). Всего медику потребовалось около 13 часов. За это время они ампутировали донорскую руку, присоединили её к телу реципиента, скрепив кости титаном, сшили основные мышцы, сухожилия и сосуды. По мере восстановления кровообращения в донорской руке оставшиеся ткани тоже должны будут срастись.

Сам пациент очень доволен. Он рассказал, что ему не терпится обнять свою семью двумя руками. Пётр может немного двигать пальцами, но не всей рукой, однако врачи заявили, что это временное неудобство, и позже рука приобретёт большую мобильность.

Герман АКОДИС.

По информации
Medical Xpress.

Взгляд

В связи с Международным днём борьбы с эпилепсией, который ежегодно отмечается во второй понедельник февраля, эксперты Всемирной организации здравоохранения акцентируют внимание на этом распространённом в глобальном масштабе неврологическом заболевании.

По данным ВОЗ, около 50 млн человек в мире страдают эпилепсией. С каждым годом количество новых случаев заболевания увеличивается: в странах с высоким уровнем дохода этот показатель

Эпилепсия: тревожные звоночки

составляет от 30 до 50 на 100 тыс. человек. В странах с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится 80% всех случаев эпилепсии, – вдвое больше.

Такое расхождение, предполагают эксперты ВОЗ, может быть связано с различиями в медицинской инфраструктуре и наличии программ по профилактике и доступной медицинской помощи.

Несмотря на то, что приблизительно в 70% случаев это невро-

логическое заболевание поддаётся лечению, три четверти жителей развивающихся стран, больных эпилепсией, не получают должной терапии. Кроме того, не последнюю роль играют повышенные показатели дорожно-транспортного травматизма и высокий риск развития эндемических болезней, таких как малярия и нейроцистицеркоз.

Представители ВОЗ и её партнёры признают, что эпилепсия представляет значительную проблему

общественного здравоохранения. Начиная с 1997 г. ВОЗ совместно с Международной лигой борьбы против эпилепсии (ILAE) и Международным бюро по эпилепсии (IBE) проводят глобальную кампанию «Из мрака на свет» с целью активизации усилий по повышению качества медико-санитарной помощи и уменьшению последствий этого расстройства.

Алина КРАУЗЕ.
По информации who.int.

Однако

Рацион древнего человека

Археологи, проводившие раскопки в Иордании недалеко от города Азрак, сделали открытие, пролившее свет на то, чем питались предки людей 250 тыс. лет назад. На извлечённых из земли каменных инструментах сохранились самые на данный момент древние в мире остатки животных белков. Поскольку такие инструменты использовались для охоты и дальнейшей обработки туш, учёные сделали вывод, что жившие в этой местности гоминиды употребляли в пищу животных таких видов.

Таким образом, четверть миллиона лет тому назад рядом с Азраком в пустыне располагался оазис. Постоянно питаемый источниками, он не высыхал, и поэтому предки современных людей жили там на протяжении около 300 тыс. лет. Сейчас это место представляет огромную ценность для археологов и палеонтологов. Из одного из пластов исследователи извлекли около 10 тыс. единиц различных инструментов, 7 тыс. из



которых научная группа осмотрела в деталях. Из этого количества было выбрано 44 инструмента, которые, по мнению учёных, использовались минимально – они были наименее гладкими, и на них было меньше всего микротрещин, также с большой вероятностью их не спласкивали после использования. Эти инструменты

подверглись иммунохимическому анализу.

Остатки животного белка по итогам анализа присутствовали на 17 инструментах. Сравнив их с образцами тканей современных животных, имевшимися в наличии, исследователи выявили, что древние белки принадлежали 5 видам животных: верблюдам,

носорогам, предкам современных быков, лошадям и уткам. Причём, судя по другим находкам, утки были дикими, так как признаков одомашнивания этих птиц учёные в бывшем оазисе не нашли. Они предположили, что древние люди охотились на уток по ночам, когда те сидели в гнёздах.

Разброс в размерах животных, остатки белков которых были найдены на инструментах, означает, что предки людей умели адаптироваться к окружающей среде достаточно хорошо, чтобы быть способными охотиться и на массивных животных (носорогов), и на диких птиц (уток), избирая различные стратегии поведения в разных ситуациях. Разнообразие инструментов позволяет предположить, что их владельцы занимались и охотой, и собирательством, и, возможно, у них уже существовало разделение труда. Дальнейшее изучение находок поможет понять, как жили древние люди в этом регионе и, возможно, каким образом их потомки затем распространились по всей Евразии.

Борис БЕРКУТ.

По материалам
Journal of Archaeological Science.

Талант организатора высшей школы в Александре Краснове раскрылся ещё в молодом возрасте. В 34 года он стал проректором Куйбышевского медицинского института, а уже в 38 лет возглавил его и работал ректором 31 год.

Не зная чувства меры в работе

Родился он в многодетной крестьянской семье в селе Александровка Ульяновской области. Первые 5-6 лет жизни провёл с бабушкой и бабушкой. Родители в 1933 г. вынуждены были переехать на станцию Батраки Куйбышевской области. В годы войны учёбу в школе сочетал с работой в колхозе: сеял, убирал урожай, косил траву, ухаживал за животными.

После окончания школы поступил в Куйбышевский медицинский институт, который окончил с отличием. Во время учёбы он был вынужден подрабатывать. Тогда по Волге шли плоты, и ему приходилось из воды вылавливать брёвна. А это был тяжёлый, часто изнуряющий труд. Однажды Александр услышал сообщение, что куйбышевское радио объявляет конкурс дикторов. После прослушивания его сразу приняли, и он полгода работал на местном радио. Но, конечно, овладение знаниями в медицине было на первом месте.

«Я преклоняюсь перед научно-педагогическими школами. Во время учёбы меня всегда потрясало мастерство наших преподавателей. Они читали великолепные, наполненные примерами и потрясающей энергетикой лекции, не пользуясь при этом конспектами и шпаргалками. И мы, вчерашние деревенские ребятишки, нередко заканчивали лекции громкими аплодисментами». Так вспоминал свои студенческие годы Александр Фёдорович.

От клинического ординатора до ректора

После окончания института Александр Краснов был распределён на кафедру госпитальной хирургии. Сначала был клиническим ординатором, аспирантом, затем ассистентом. Преподавательскую и научную деятельность совмещал с работой в поликлинике, а также медсанчасти местного промышленного гиганта – шарикоподшипникового завода. Несколько лет в качестве бортхирурга летал в разные уголки Куйбышевской области на самолёте У-2.

Становление А.Краснова как травматолога-ортопеда проходило под влиянием профессора А.Евстропова на кафедре госпитальной хирургии, руководимой выдающимся хирургом профессором А.Аминовым.

«Чувство меры в работе я потерял сразу же после того, как окончил учёбу, – говорил А.Краснов. – Я был увлечён, в буквальном смысле заражён хирургией».

В 1958 г. он защитил кандидатскую, и в 1963-м – докторскую диссертации. В 1966 г. организовал кафедру травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, которой руководил до 2003 г. Параллельно занимался административной работой. С 1963 г. был проректором по учебно-воспитательной работе Куйбышевского медицинского института, а с 1967 по 1998 г. –

ректором этого института с реорганизацией его в 1993 г. в медицинский университет.

За эти годы он активно работал по расширению института и превратил его из однофакультетного вуза в университет, в котором готовят специалистов в области медицины, фармации, клинической психологии, менеджмента в сфере здравоохранения, а также высшего сестринского образования.

«Мой врачебный стаж – свыше 50 лет, и за это время я выполнил более 20 тыс. крупных операций. Каждый раз в стрессовой ситуации мои пациенты произносили два слова: «Господи» и «мама». Вот так чисто экспериментальным путём я определил для себя два самых

избрал А.Краснова почётным ректором.

Авторитет школы

Первым создателем внутри-вузовской школы и своим учителем он считает лауреата ряда видных премий профессора Михаила Сергеевича. В годы войны М.Сергеевский отдал много своих денег голодающим детям, направил на строительство детской картинной галереи.

По определению Александра Фёдоровича научно-педагогическая школа – это группа людей, влюблённых в свою профессию и объединённых общей целью, это ученики, воспитанные на сложившихся традициях и опыте. За время своей работы



Александр Фёдорович осматривает одного из своих пациентов

Имена и судьбы

Человек — эпоха

Так по праву следует назвать академика Александра Краснова



Александр Краснов

главных слова на Земле», – говорил Александр Фёдорович.

Признанием выдающихся научных и организаторских заслуг А.Краснова стало его избрание в 1986 г. членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1992 г. – академиком РАМН.

За особый вклад в развитие вуза учёный совет университета

Александр Фёдорович сделал много для развития этой школы, в том числе под руководством академика А.Краснова сформировалась Самарская научно-педагогическая школа травматологов-ортопедов. Им подготовлены 75 учёных, 30 из которых – доктора наук.

Многие ученики в настоящее время занимают весомое положение и оправдывают авторитет Самарской научно-педагогической школы.

Наиболее талантливому ученику, академику РАН Г.Котельникову, он передал руководство университетом и кафедрой.

А.Красновым опубликовано более 500 научных трудов, среди которых 12 учебников и руководств, 2 справочника, 6 монографий, 9 сборников научных работ, 29 изобретений.

«Ежедневная интеллектуальная и физическая активность – слагаемые успеха, особенно в такой напряжённой профессии, как врач», – отметил однажды Александр Фёдорович.

Основным научным направ-

лением, разрабатываемым А.Красновым и его учениками, стала сухожильно-мышечная пластика в травматологии и ортопедии. За комплекс работ в этом направлении и внедрении в практику новых способов лечения А.Краснову и некоторым сотрудникам СамГМУ и Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова присуждена государственная премия РФ в области науки и техники за 1997 г.

Более 15 лет А.Краснов работал экспертом хирургической секции экспертного совета по медицине ВАК России. Свыше 20 лет возглавлял Куйбышевское (затем Самарское) отделение Фонда мира, выезжал с миссией мира в десятки стран планеты.

«Судьба забрасывала меня во многие зарубежные страны – на Кубу, в США, Японию, Китай, Австралию и др. С миротворческой миссией в общей сложности я посетил около 30 стран», – отразил в своих воспоминаниях Александр Фёдорович.

С 1991 по 1997 г. А.Краснов – президент Ассоциации травматологов и ортопедов России. С 1989 по 2006 г. он возглавлял ассоциацию травматологов-ортопедов Самарской области, с 1998 г. – эксперт-консультант Всемирной организации здравоохранения по борьбе с костно-мышечными заболеваниями.

«Красоту каждый видит и воспринимает по-своему. Для меня красота – это речка или озеро, плодородная земля, чистейший воздух, зелёные деревья. Это главные источники нашей жизни», – оставил в написание своим потомкам академик.

Большое внимание А.Краснов уделял развитию здравоохранения в стране, в частности новым формам медицинского обслуживания населения. По его инициативе в 1992 г. в университете создана кафедра семейной медицины. В 1994 г. издано первое в России двухтомное руководство «Семейная медицина». За разработку и внедрение программ подготовки семейного врача А.Краснову, Г.Котельникову, Р.Галкину, Б.Мовшовичу присуждена премия Правительства РФ.

В то же время А.Краснов знал и любил окружающую природу. Как он сам вспоминал: «Лучший отдых для меня – посидеть с книгой или поработать в саду. Любовь к спорту с юности. Зимой я ходил на лыжах до 40 км в день, а когда-то даже переплыл Волгу», – говорил он.

Труд и заслуги А.Краснова не остались незамеченными. Он кавалер многих орденов и медалей нашей страны. Одним из первых он был награждён медалью Ассоциации травматологов-ортопедов России им. Н.Н.Приорова.

На сегодняшний день можно говорить уже о двух научно-педагогических школах, сформированных в стенах Самарского государственного медицинского университета. Это школы академиком РАН – Александра Краснова и Геннадия Котельникова. Они развиваются и взаимно дополняют друг друга, решая задачи, поставленные перед отечественным здравоохранением.

Владимир РЕЗНИКОВ,
внешт. корр. «МГ».



Лекции А.Краснова всегда проходили на эмоциональном подъёме

Если бы мне кто-то несколько лет назад сказал, что я заведу собаку, я бы подняла на смех это заявление. Какая собака? На работе дел круговорот – врачебный приём, вызовы, дежурства. Дома – муж-инвалид. Какая тут ещё собака! Но, видимо, моя душа требовала праздника, какой-то разгрузки: чтобы не только я заботилась, чтобы не только я любила... пусть и меня любят преданно и нежно, не «за что», а «вопреки»... вопреки моей извечной занятости, усталости, невнимательности.

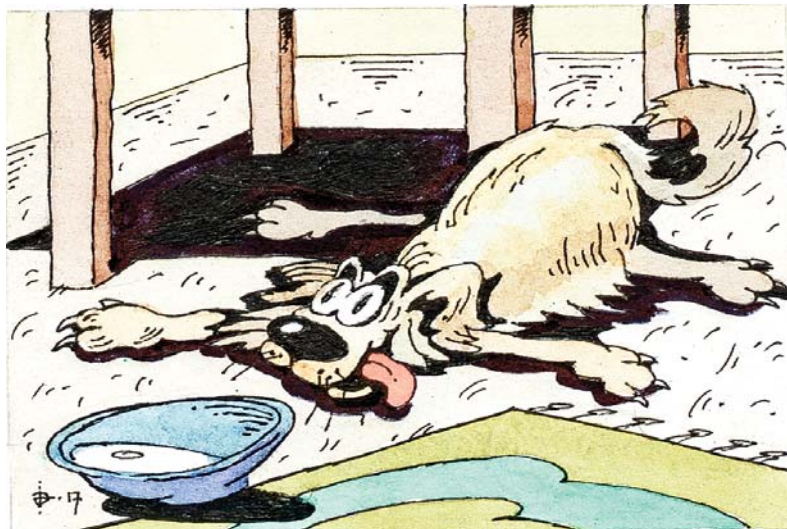
Так вы спрашиваете, какая всё-таки собака? Та, которая выбрала меня... Маленький любопытный белый «щен», который однажды ради меня оторвался от тёплой мамкиной груди, подошёл ко мне и лизнул руку. Я почувствовала счастье! Я забрала этого милого друга.

Oh!

В общем, теперь у меня есть Он, пёс. Не простой, а весёлой породы джек-рассел-терьер по кличке Джерри. Насколько я теперь понимаю, те, кто решают завести собаку, узнают о будущей породе всё, подбирают по своему образ жизни, характеру. Собак у меня не было никогда, я кошатница по жизни, поэтому такие умные мысли в голову не приходили: это был его величество случай. Но когда Джерри появился у нас дома, я думала, что не смогу привыкнуть к его темпераменту. Маленький, шустрый – и всё время носился, что-то от меня хотел. А когда присядет, задние лапы разрезаются на скользком паркете, смотрит умными глазками и машет хвостиком, того гляди – этот хвостик от радости отвалится. Или бежит ко мне с мячиком, настойчиво тычет им в руки – зовёт: играй со мной! А у меня тяжёлобольной муж, серьёзная и ответственная работа, да ещё всякие «женские забавы» – магазины, поликлиники, аптеки... завтраки, обеды, ужины... В общем, я этого шустрика вскоре почти возненавидела... Но самое страшное началось тогда, когда пришлось Джерри выгуливать. Во-первых, он долго не мог понять, что теперь все «туалетные дела» надо делать на улице, поэтому «нарезал» со мной лишние круги вокруг дома, а во-вторых, активность «зашкаливала». И если я раньше предполагала, что буду «дамой с собачкой», вышло

А ещё был случай

Милый друг, или «Дама с собачкой»



наоборот – крохотная собачка с «загнанной» дамой. Это я была у него «на поводке», это я неслась за ним по кварталу с «первой космической скоростью». Домой приходила взмыленная, грязная (он у меня «летний», и возмущение щенка происходило поздней осенью). Эту картину моих гуляний-мучений часто видела из окна моя будущая подруга-собачница Татьяна. Както в феврале мы с ней и её псом Мишелем встретились на прогулке. Собак такой породы я никогда не встречала и осторожно спросила о его происхождении: благородная или помесь? Она уже научилась не обижаться на такие вопросы. У её суперблагородного Мишеля довольно редкая порода – брюссельский гриффон. По виду это маленькая «дикобразная табуретка». Но надо отдать должное этой «табуретке» – умный, сообразительный и очень самостоятельный пёс. Вот он и научил моего Джерри быстро справлять все санитарные дела,

гулять без поводка и не уходить далеко от хозяйки.

Теперь шустрый Джерри если и убегает от меня, то через некоторое время возвращается, как бы спрашивая: «Ты здесь? Не теряйся, мама!». Да и породистость скрывается: наконец-то и мы научились понимать друг друга с полувзгляда.

Авария

Эта «авария» произошла с ним осенью. Под машину угодил. У нас часть маршрута прогулок пролегла вдоль Первомайской улицы. Целый год здесь бегали, всё нормально было. А тут... на другой стороне улицы увидел собачку, которую хозяйка выгуливала и, не долго думая, да вообще не думая, рванул за ней через дорогу. Хорошо, что машины от светофора только поехали, не успели разогнаться. Белый джип затормозил быстро, но под ним уже исчез мой пёс... Вышел перепуганный водитель,

кричал, обзывал собачников «пидурками» и ещё хуже... А я стояла как вкопанная, мне было страшно заглянуть за машину. Внутри меня лишь холод и страшная мысль: здесь была смерть... Я увидела его лежащим на травянивых путях с неестественно вывернутой шеей. Наверное, у него был шок. Схватила на руки – пёс зашевелился и заскулил. Жив! В ветеринарной клинике нас внимательно осматрели, сделали томограмму, УЗИ – вроде всё в порядке. А ветврач меня успокоил, сказав, что пёс уже пришёл в себя, жив всем интересно, выноживает что-то под столом. В результате этой страшной «аварии» – только ссадина на бедре да две царапины на лбу. Вкололи ему противостолбнячную сыворотку, антибиотик и отравили обоих страдальцев домой. Дома сняла стресс пузырьком валерианки. Обняла своего любимого пса и уснула. Только тогда поняла, как мне дорог мой питомец.

Любовь

Джерри мужал. Эта его «мужественность» проявлялась не только в заботливом отношении ко мне, но и в пристальном внимании собакам другого пола. Ко всем, или почти ко всем. А если было из кого выбрать, предпочтение отдавалось «дамам» крупных пород. Так смешно было наблюдать за тем, как пылкий коротконогий кавалер пытается несколько минут «произвести впечатление», а потом грациозно оседлать возлюбленную. Та с недоумением оглядывается: «Что это было? Я этого почти не заметила». Особо страдал мой Джерри по поводу неразделённой любви к овчарке Долли. Во время её течки он неизменно убегал от меня «искать» её «большой рыжей

любви». Сядет у соседнего подъезда и сторожит. Если дверь хоть на секунду откроется – «просачивается» в подъезд и забегает на третий этаж. Здесь – терпеливое и трепетное бдение – когда появится «возлюбленная». Я ношусь по улицам в поисках пропавшего пса, а он «ждёт у моря погоды» в соседнем подъезде. Провожает «даму» на прогулку, пытается отогнать от неё потенциальных соперников, активно выдвигает себя на главную роль, но, увы, не знает, с какой стороны правильнее подойти к большой очаровательной даме. На морде – смешанное выражение восторга, надежды и страдания. И я волнуюсь и страдаю вместе с ним, потому что мой пёс – это самый очаровательный пёс в мире!

Мужские забавы

Да, Джерри мужал... Джерри, как всякого «настоящего мужчину», привлекала не только Долли. Джерри любил футбол!

На прогулке он ввязался играть в эту игру с детьми на площадке, и первый опыт стал началом его нового увлечения. Но однажды кто-то из ребят нечаянно поддал по челюсти вместо мяча моему незадачливому нападающему. Визг, кровь... Пёс сразу ко мне: сел рядом, скулил и искал на меня поглядывает. А с мордочки кровь ручьём бежит. Когда я эту картину увидела, очень разволновалась, сгребла его на руки, бегу опрومتью домой, а на бегу лихорадочно соображаю: «Что дальше делать, куда с ним дальше бежать?». Пока донеслась до подъезда, смотрю – кровь остановилась. В ванной обмыла его, обследовала – да, прикусил язык, футболист мой неугомонный! Ну с этим я сама справлюсь, я же всё-таки врач: главное – никаких переломов и вывихов челюсти. Главное – ты почти цел и неизменно любим!

О, Джерри! Спасибо тебе за то, что ты рядом, за то, что терпеливо ждёшь меня с работы, за то, что смотришь на меня потом с таким обожанием... Ты помогаешь мне преодолевать все жизненные проблемы и неурядицы. И, конечно, ты бережёшь моё здоровье.

Любовь ДАВИДЕНКО,
врач.

Москва.

Непа- фенак	Декор. дерево	Ковш в рус. искус- стве	Картина Ватто				Фоль- клор	СКАНВОРД										Звезда, Близ- нецы								Пролив, Ср. Азия								
↘		↘		↘			↘	Тайлер	↘	Опера Мас- каньи	Канде- сартан	↘		↘			Англ. артист цирка	Древний город, Зим- бабве	Почка для при- вивки		Новый камен- ный век	↘												
	Дверь		Лечит ожире- ние							Дерibas		Олень, Сев. Амери- ка	Монет- ный	Брил- лиант		"Кресто- носец", актриса					Жер- лянка													
↙				Древний город ахейцев	Япон. полко- водец		Маневр авто- мобиля	Счастье ..., да ума мало					Фотон	↙					"Золо- той ..." Приш- вин															
	Вид атома		Повин- ность на Руси					Истукан	Старин. испан. монета	Стоянка авто- бусов				Болот- ная трава		Бел- лучи																		
↙					Рибо- нукле- иновая кислота		Рос. историк	↙		↙	Армян. блюдо		Мексик. песен- ный жанр	↙					Река, Карское море															
	Одна из Гор		Тюлень					ФИАТ, модель			Поэт ... Неджати				Т	Э	В	К	Л	А	З	Б	А	Ц	И	Л	Л	А						
															Е	Г	О	Р	О	М	П	Е	Р	Е	П	О	Н	К	А	Л	О	О		
↙				Дум- бадзе						Лимфа- денит					Р	И	П	А	С	И	Ф	Е	Е	Х	Л	О	М	Е	Г	Г				
															Б	А	Я	Н	О	Й	Р	П	А	Р	А	Ш	Ю	Т	О	Р	А	Т		
															И	Ч	Б	И	З	Е	Д	И	Л	И	Е	В	А	Н	И	В	А			
															З	М	У	А	Р	Г	Л	Е	Н	Н	А	Ш	Л	Н	А	Т	А	Н	С	О
															И	Е	С	Е	Л	О	Л	Е	С	Г	О	Д	У							
															Л	А	Н	Т	А	Н	О	З	У	Е	В	Г	О	Р	О	Х				
															Ь	Н	А	Р	А	Ц	А	М	Н	А	Н	А								
Автор Валерий Шаршуков			Ткань, пальто					"... были первы- ми" (фильм)			Сапог на Севере				Ответы на сканворд, опубликованный в № 13 от 28.02.2011																			

*Отвѣты на сканворд,
опубликованный
в № 13 от 28.02.2017.*

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mkggazeta@mgzt.ru (педакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.
Заказ № 17-02-00342
Тираж 23 907 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегии – В.КОРОЛЁВ.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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