

Медицинская

11 октября 2017 г.
среда
№ 76 (7794)

Газета®

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

Тенденции

Редкие операции становятся нормой

В Кузбассе уверенно осваивают видеохирургию



С помощью хирургического видеоэндоскопа в Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере стала удаляться каждая третья злокачественная опухоль кишечника. Ещё несколько лет назад такие операции проходили по разряду эксклюзива: онкологи проводили не более 5-6 подобных вмешательств в год. В настоящее время их выполнено уже 117.

Преимущества видеоассистированных методик бесспорны: они существенно уменьшают операционную травму, благодаря чему

Видеохирургия всё шире применяется при операциях на лёгких

пациенты быстрее восстанавливаются, а оборот хирургической койки растёт. Качество лечения при этом повышается. Ведь оборудование позволяет многократно увеличить изображение проблемной зоны и рассмотреть её в таких деталях, которые нельзя увидеть во время обычных полостных операций.

Сегодня кемеровские онкологи активно используют хирургические эндоскопы при операциях по поводу рака желудка и начали развивать видеохирургию лёгких. Для этого в сентябре Кемеровский

онкодиспансер пригласил ведущего торакального онкохирурга России профессора Олега Пикина. Мэтр провёл мастер-класс: лично прооперировал нескольких сложных пациентов, комментируя последовательность своих действий. А потом кемеровские и новокузнецкие коллеги под его контролем выполнили ряд аналогичных операций.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Фото
Сергея ГАВРИЛЕНКО.

Алексей ХРИПУН,
руководитель Департамента
здравоохранения Москвы, профессор:

Экзамен, который предстоит выдержать претендентам на статус «Московский врач», достаточно трудный и по своим требованиям максимально приближенный к зарубежным аналогам.

Стр. 4



Сергей ШУЛЯК,
директор аналитической компании
DSM Group:

Мы фиксируем медленный рост фармацевтического рынка. Показатели немного выравниваются, но до предкризисных темпов ещё далеко.

Стр. 11



Вера КИРЬЯНОВА,
заведующая кафедрой физиотерапии
и медицинской реабилитации
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И.И.Мечникова, профессор:

Физиотерапия вполне может разделить судьбу погибшей Атлантиды.

Стр. 12-13



Начеку!

Прививки для Правительства

С наступлением холодов, когда увеличивается количество респираторных инфекций, тема вакцинации стала предметом обсуждения на совещании председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева с вице-премьерами. Было отмечено, что вакцина для календаря профилактических прививок закуплена, она поступила во все без исключения регионы.

По словам вице-премьера Ольги Голодец, эпидемиологическая ситуация по гриппу развивается обычно в конце ноября и продолжается все зимние месяцы. Как всегда, прививочную кампанию начали с северных регионов, куда эпидемия приходит в первую очередь. И на сегодняшний день вакцинацию прошли 28,8 млн человек.

– Мы планируем, что вакцинацию в этом году пройдут около 60 млн человек, это позволит предупредить серьёзное развитие эпидемии, – подчеркнула О.Голодец.

По её оценке, в прошлом году успешно удалось справиться с гриппом только бла-

годаря серьёзным мерам, которые были приняты на уровне государства, каждого региона и учреждения. В этом году работа по профилактике гриппа стартовала в начале лета. Прежде согласовывался вид поступившей вакцины, правила вакцинации по всей территории Российской Федерации.

Сейчас многое зависит от отношения каждого человека в стране к этой процедуре. Вакцина бесплатна, абсолютно доступна во всех субъектах РФ, и по-настоящему осмысленное отношение к вакцинации позволит предотвратить тяжёлые случаи.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

В особых условиях

Поликлиника на корабле

Плавучая поликлиника «Николай Пирогов» успешно выполняет план летней навигации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре.

В состав врачебной бригады центра профессиональной патологии, работающей на теплоходе, входят терапевт, педиатр, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, оториноларинголог, врач-рентгенолог, гинеколог, медсёстры. Во время летней навигации они 5 месяцев живут и трудятся на судне, принимая по несколько тысяч пациентов. Они проводят ежегодные

осмотры, медицинские обследования, оказывают стоматологические услуги.

По итогам обследования формируются диспансерные группы, и пациенты с хроническими заболеваниями направляются в лечебные учреждения округа. В исключительных случаях вызывается санитарная авиация.

На сегодняшний день в плавучей поликлинике обследовались около 4 тыс. югорчан из более чем 20 населённых пунктов округа.

Ежегодно в период летней нави-

гации на борту «Николая Пирогова» работает 19 специализированных кабинетов, имеется 4 аппарата лучевой диагностики, есть малая операционная.

Теплоход изначально проектировался для работы на малых реках региона, что позволяет ему заходить в протоки и мелководные водоёмы.

Согласно графику, «Николай Пирогов» завершит навигацию до ноября.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Сургут.

Stormoff®
СЕРВИСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Сервисное обслуживание медицинской техники

- Комплексное обслуживание ЛПУ
- 60 сертифицированных сервисных инженеров
- Сертификаты ведущих производителей
- Лицензия на использования ИИИ
- Лицензия на метрологическое обслуживание
- 300 единиц подменного оборудования



+7 (495) 780-76-90; service@stormoff.com
www.stormoff.com

Новости

Молодые учёные воплощают свои идеи

В Курске состоялось открытие школы молодых учёных и инноваторов. Во время торжественного мероприятия с приветственным словом к собравшимся обратились: начальник отдела высшего образования и науки Комитета образования и науки Курской области Ирина Степанова, отметившая плодотворность долговременного сотрудничества комитета с Российским союзом молодых учёных (РосМУ) и важность реализуемых образовательных мероприятий проектов, и председатель Курского регионального отделения РосМУ Вячеслав Липатов.

В качестве лектора выступил Владимир Журавлёв – директор Центра инноватики и бизнес-инжиниринга Юго-Западного государственного университета. Им были освещены вопросы терминологии инноватики, старта и продвижения инновационных проектов. В конце мероприятия собравшихся ожидал тренинг «Инновационный коллаيدر», в течение которого слушатели смогли попробовать себя в роли разработчиков и инвесторов.

Следующая встреча будет посвящена командообразованию: какие цели и функции имеет тимбилдинг и как его успешная организация влияет на эффективность реализации проекта. Также будет идти речь о менеджменте внутри стартапа, о том, как и какие ресурсы инноватор может использовать.

Алексей ПИМШИН.

Курск.

Единственный в регионе

В Школе биомедицины Дальневосточного федерального университета во Владивостоке создан Центр геномной и регенеративной медицины. Основой работы нового учреждения станут уникальные природные ресурсы Дальнего Востока России. Учёные займутся исследованием биоразнообразия региона, включая морские организмы, созданием банка биомолекул для новых лекарств и внедрением инновационных методик диагностики и лечения в практическую медицину.

Центр геномной и регенеративной медицины ДВФУ возглавил один из ведущих мировых специалистов в области эпигенетики Александр Каганский.

В настоящее время в учреждении изучают действие экстрактов нескольких малоизученных дальневосточных организмов на развитие раковых клеток головного мозга человека. Образцы опухолей, полученные в медицинском центре ДВФУ, адаптируют к росту в форме клеточных культур в лаборатории и подвергают воздействию препаратов. Исследование покажет, каким образом химические соединения в составе натуральных экстрактов влияют на молекулярные механизмы в клетках опухолей. А.Каганский отметил, что эти исследования во многом уникальны, а в России такие научные эксперименты проводятся впервые.

– Геномная медицина делает первые шаги в России, – отметил учёный. – Это передовое направление, оно быстро развивается во всём мире, и у ДВФУ есть шансы занять достойное место в биомедицине будущего. Наш центр – единственный на огромной территории Дальнего Востока, расположен в сердце Азиатско-Тихоокеанского региона, что открывает самые широкие возможности для международного сотрудничества.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

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

Начало

По высшим стандартам качества

В подмосковном наукограде Дубна в одноимённой особой экономической зоне (ОЭЗ) открылся крупнейший в Российской Федерации завод по изготовлению инъекционных шприцев однократного применения. Эта современная высокотехнологичная площадка создана российской компанией «ПАСКАЛЬ МЕДИКАЛ» и представляет собой первую очередь огромного комплекса по производству изделий медицинского назначения.

В день открытия завода его посетили губернатор Московской области Андрей Воробьёв и представители регионального правительства. Андрей Юрьевич отметил важность этого уникального наукоёмкого и высокотехнологичного производства для региона.

В торжественной церемонии открытия также приняли участие глава города Дубна Вячеслав Мухин, генеральный директор ООО «ПАСКАЛЬ МЕДИКАЛ» Александр Фёдоров, президент ассоциации «Росмедпром» Юрий Калинин, генеральный директор ОЭЗ «Дубна» Антон Афанасьев, представитель Росздравнадзора Амиран Преображенский. В своих выступлениях они отмечали, что новому производству «ПАСКАЛЬ МЕДИКАЛ» присущи все черты компании-лидера:

высококвалифицированные кадры, современное оборудование, строгое соответствие стандартам GMP (надлежащей производственной практики), жёсткая дисциплина, вера в успех. Завод возведён в рекордные сроки. Только в конце 2015 г. компания получила статус резидента ОЭЗ «Дубна», и всего менее чем через полтора года с конвейера сошли первые партии продукции. При плановой мощности в 450 млн одноразовых шприцев в год в скором времени «ПАСКАЛЬ МЕДИКАЛ» сможет закрыть ежегодную потребность страны в этом виде медицинских изделий, которая составляет 3 млрд штук.

Андрей ГОВОРОВ.

Московская область.

Профилактика

Арт-терапия для пожилых

На Ямале продолжается реализация проекта «Пусть осень жизни будет золотой»

В Центре медицинской профилактики Ямало-Ненецкого автономного округа прошло необычное занятие с использованием методики «монотипия», которой обучала пожилых жителей Надыма психолог Зарина Прилуцкая. Монотипия – это одна из простейших и удивительных арт-терапевтических техник. Её суть заключается в нанесении красок на ровную и гладкую поверхность с последующим отпечатыванием на бумаге или другом материале.

Первый мазок краски люди преклонного возраста наносили настороженно и аккуратно, но уже спустя какое-то время группа оживилась, и на мольбертах художников появились яркие краски осени. Ни одна художественная композиция не повторяла другую.

– Рисование – лучше любого врача может справиться с плохим настроением, ведь изобразительная деятельность естественна и приятна, она позволяет отключиться от всех забот и гармонизирует эмоциональное состояние человека, – уверена Зарина Васильевна.

По словам новоиспечённых художников, такое времяпрепровождение им очень понравилось, некоторые даже решили попробовать эту методику дома, с внуками. Значит, достигнута ещё одна цель – теперь человек не будет скучать от избытка свободного времени, а проведёт эти часы активно и позитивно.

«Арт-клуб» для пожилых в ямальском центре медицинской профи-



Мир творчества никого не оставляет равнодушным

лактики работает постоянно. Под эгидой регионального общества специалистов профилактической медицины надымчане обучаются различным методикам рисования и технике работы с песком на световом столе. Планируются проведение занятий по квиллингу и скрапбукингу, организация представлений кукольного театра, для которого уже закуплено оборудование.

Напомним, что проект воплощается в жизнь с использованием самых различных форм работы. Так, о здоровье тела медики за-

ботятся, привлекая пожилых людей к «прогулкам с врачом», мастер-классам по скандинавской ходьбе и систематическим «пробежкам» по разработанным маршрутам. Для снятия эмоционального напряжения проводятся индивидуальные и групповые психологические тренинги, а на тематических школах здоровья участники проекта учатся измерять артериальное давление, узнают правила поведения при возникновении угрожающих жизни ситуаций.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Надым.

Проекты

Прийти на помощь в пути

В правовом регулировании медицины на транспорте остаётся немало проблем

Проблемам, сложившимся в организации оказания медицинской помощи на железнодорожном транспорте, посвятит заседание Экспертный совет по совершенствованию организации медицинской помощи на объектах транспорта и транспортной инфраструктуры в Государственной Думе.

Участники заседания подробно рассмотрели вопросы, стоявшие на повестке дня, в том числе о внесении изменений в федеральные законы об основах охраны здоровья граждан и об иммунопрофилактике инфекционных болезней. Как напомнил, открывая встречу, председатель совета доктор медицинских наук Леонид Огуль, создание такого консультативного органа при Комитете Госдумы РФ по охране здоровья обусловлено состоявшимися весной парламентскими слушаниями, обнажившими целый пласт проблем в нормативно-правовом регулировании медицины на транспорте.

«Даже если в поезде в качестве пассажира едет врач, он не сможет оказать медицинскую помощь пострадавшему, так как в укладках нет ни лекарств, ни медицинских изделий», – отметил выступивший с докладом первый заместитель начальника Центральной дирекции здравоохранения ОАО «РЖД» Сергей Алексеев. Причины этого, по его словам, – отсутствие необходимого минимума лекарственных препаратов и средств медицинского назначения в соответствующих укладках, находящихся в поездах

дальнего следования. Этот вопрос требует скорейшего решения. Пассажирские поезда оснащены лишь специальными медукладками для оказания первой помощи, как того требует приказ Минздрава.

Продолживший дискуссию директор Административного департамента Минтранса России Константин Пашков отметил, что проблемы в правовом регулировании медицины на транспорте начались около 20 лет назад, когда все полномочия по этому вопросу были переданы из транспортного ведомства в Министерство здравоохранения. Как следствие, была утрачена возможность оперативного реагирования системы на реальные вызовы транспортной отрасли. «Необходимо в ближайшее время разработать законопроект, учитывающий особенности оказания медицинской помощи на транспорте», – призвал К.Пашков.

В системе здравоохранения ОАО «РЖД» функционируют 186 негосударственных учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь как работникам железнодорожного транспорта, так и прикрепленному к ним населению в рамках территориальных программ государственных гарантий. Кроме того, данные организации участвуют в реализации Национального календаря профилактических прививок, в том числе и по эпидпоказаниям.

Для этих целей заявки на иммунобиологические лечебные препараты направляются в территориальные управления здравоохранения субъектов Федерации. Однако в боль-

шинстве из них органы управления здравоохранением, ссылаясь на постановление Правительства РФ от № 156 от 11.03.2011 «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку иммунобиологических лекарственных препаратов», выделяют иммунопрепараты только государственным учреждениям здравоохранения, отказывая медицинским организациям ОАО «РЖД» в целевом выделении.

По результатам заседания Минтрансу совместно с Минздравом предложено направить в Комитет Госдумы РФ по охране здоровья предложения по внесению изменений в отдельные законодательные акты в части учёта отраслевых особенностей оказания первой помощи на транспорте. Отмечалось, что Минтранс при соответствующем решении Правительства готов сформировать отдел, который будет заниматься транспортной медициной. В структуре Минздрава такого отдела нет.

Речь не идёт о том, что надо укомплектовывать каждую поездную бригаду фельдшером или другим медработником, это экономически нецелесообразно. В дороге всегда найдётся врач или медсестра среди пассажиров. Главное, чтобы было чем оказывать экстренную помощь, для чего прежде всего нужны профессиональные медицинские укладки.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

Официально

Необходимо дополнительное финансирование

Очередное заседание Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья было посвящено обсуждению с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой и руководством министерства первоочередных вопросов бюджета и стратегии отрасли.

— Наши встречи с руководством Минздрава становятся традицией, — заявил на открытии заседания председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. Он считает, что на них можно определять приоритеты, исходя из интересов избирателей — граждан России.

Министр подробно рассказала о стратегических направлениях работы ведомства, приоритетных проектах и наиболее острых вопросах, по которым в краткосрочной перспективе будут приняты управленческие решения.

Государственные расходы на здравоохранение в следующем году составят 3,31 трлн руб. При этом в 2018 г. увеличивается бюджет Федерального фонда ОМС на 14,9%, соответственно, подушевой норматив станет больше на 21,5% (10 812,7 руб.).

Отвечая на вопрос члена комитета Алексея Куринного относительно выделения средств регионам на лекарственные препараты для лечения орфанных заболеваний, глава ведомства признала необходимость пересмотра системы лекарственного обеспечения в этой части. По её словам, на эти цели будет выделено около 8 млрд руб. ориентировочно с 2019 г. Но в целом ситуацию с льготным лекарственным обеспечением исправит только страхование.

— Качество обеспечения лекарствами граждан страдает, — считает министр. — Законодательство с 2004 г. устроено так, что полномочия по обеспечению лекарствами лежат на субъектах РФ. Должна быть введена цивилизованная система лекарственного страхования с единой нулевой ставкой соплатежей для льготных категорий. Она не потребует дополнительных источников финансирования, если произойдёт слияние всех ресурсов на федеральном и региональном уровнях, которые сейчас тратятся. Когда лекарства будут по референтным ценам, то большая часть населения сможет даже не оплачивать за них.

По словам В.Скворцовой, есть несколько моделей лекарственного страхования, полностью рассчитанных и проработанных.

При этом закупки по программе «Семь нозологий» повысились в стоимости в два раза, поскольку увеличилось число пациентов, которые получают эти препараты. Современные лекарства показывают хорошую эффективность, принимая их, пациенты живут, не страдают и их качество жизни. Однако число таких больных ежегодно увеличивается на 10%. Но есть и положительные тенденции. Стоимость препаратов только за год снизилась на 16%, ежемесячный курс сегодня стоит в два раза дешевле, чем несколько лет назад.

— Таким образом, мы выжали уже систему, нам дальше снижаться уже некуда. И получается, что мы определённо знаем, что у нас минимум на 8% увеличится число больных. Мы поставлены в ситуацию: вновь пришедшему в эту систему Ивану Ивановичу дать, а Петру Петровичу — нет, — пояснила министр. — Нам необходимы дополнительные ресурсы, которые бы позволили обеспечить лекарствами этих больных. Нужно 6,7 млрд руб.

Министр также обратилась за поддержкой к депутатам для выделения 2 млрд руб. на лечение ВИЧ-инфицированных. Кроме того, Минздрав будет просить парламент и правительство выделить ещё дополнительно 2 млрд на лечение и профилактику туберкулёза.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Назначения

Главой Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга стал известный учёный. Приказом губернатора Георгия Полтавченко на эту должность назначен 45-летний академик РАН Михаил Дубина, до этого руководитель отдела молекулярно-генетических технологий Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Минздрава России, первый проректор, заведующий лабораторией нанобиотехнологий Санкт-Петербургского научно-исследовательского академического университета РАН.

Послужной список известного учёного, обладателя многих наград, лауреата первой премии

и золотой медали Алфёровского фонда, автора более 100 научных работ в ведущих российских и зарубежных научных изданиях насчитывает также членство в Бюро отделения нанотехнологий и информационных технологий РАН и в научно-консультативном совете фонда «Сколково».

Михаил Владимирович родился в Минеральных водах, получил медицинскую профессию в Санкт-Петербурге, он выпускник лечебного факультета Первого СПбГМУ им. И.П.Павлова 1995 г. Руководство региона уверено, что знания и огромный научный потенциал молодого академика окажутся на пользу системе здравоохранения Северной столицы.

Соб. инф.

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

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

Подписные индексы:

42797 — на год;

32289 — на полугодие;

50075 — на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 681-35-96, 8-916-271-08-13.

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

Криминал

Врачебные ошибки на особом контроле



Как сообщает пресс-служба Следственного комитета РФ, в социальной сети «ВКонтакте» начала работать приёмная председателя СК РФ. Среди всех обращений есть жалобы на волокиту, которая допускается следователями СК при расследовании уголовных дел.

В частности, в конце сентября председатель СК РФ Александр Бастрыкин получил письмо от женщины, которая 3 года назад потеряла сына, как она полагает, вследствие врачебной ошибки. Уголовное дело, возбуждённое по данному факту в одном из следственных подразделений Главного следственного управления

СК РФ по Москве, расследуется 1 год и 7 месяцев.

В результате председатель СК РФ поручил сотрудникам центрального аппарата проверить ход и объективность расследования указанного уголовного дела, а также провести служебную проверку в отношении всех сотрудников, имевших отношение к расследованию дела и осуществлявших процессуальный контроль. Кроме того, на время проведения проверки заместитель руководителя Главного следственного управления СК РФ по Москве Сергей Ярош временно отстранён от исполнения служебных обязанностей.

Андрей ДЫМОВ.

Перспективы

Два этапа стратегии

Правительство РФ распоряжением № 2045-р от 25.09.2017 утвердило Стратегию предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 г.

Стратегия определяет государственную политику, которой, в частности, предусматриваются: изучение механизмов возникновения антимикробной резистентности и системный мониторинг её распространения; совершенствование мер по предупреждению и ограничению распространения и циркуляции возбудителей с антимикробной резистентностью; разработка противомикробных препаратов и альтернативных методов, технологий и средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний человека, животных и растений; информирование населения по вопросам применения противомикробных препаратов и проблемам антимикробной резистентности; обеспечение межведомственного взаимодействия и развитие международного сотрудничества в области предупреждения и ограничения антимикробной резистентности.

Её планируется реализовать в два этапа. На первом (до 2020 г.) предусматривается повышение осведомлённости населения о рациональном применении противомикробных лекарственных препаратов, их адекватной замене, недопустимости самолечения, увеличение охвата пропагандой иммунопрофилактики и здорового образа жизни; повышение выявляемости резистентности к противомикробным препаратам, химическим и биологическим средствам форм возбудителей инфекционных болезней людей, животных и растений, установление базовых показателей, характеризующих распространённость антимикробной резистентности. На втором (до 2030 г.) планируется снижение количества случаев, связанных с оказанием медицинской помощи, инфекционных заболеваний, которые вызваны микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью.

Как считают специалисты Минздрава России, реализация стратегии позволит повысить эффективность профилактики и лечения инфекционных и паразитарных болезней людей, животных и растений, снизить тяжесть и длительность лечения заболеваний.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

В Методическом центре аккредитации специалистов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова состоялся экзамен на получение статуса «Московский врач». Более 30 врачей общей практики из Москвы и ряда других российских регионов на протяжении нескольких часов демонстрировали свои теоретические знания и практические навыки, а также проходили собеседование с экспертной комиссией.

Учитывая, что подобная процедура проходила впервые, её организация тоже стала своеобразным экзаменом и для Сеченовского университета, и для столичного Департамента здравоохранения. По заключённому между вузом и ведомством соглашению и разработка оценочной базы (тестов на знание теории и заданий для демонстрации практических навыков на симуляторах), и проведение собеседования с кандидатами осуществлялись совместно. В экзаменационной комиссии бок о бок работали преподаватели профильных кафедр университета и главные врачи столичных поликлиник, а за объективностью оценок в ходе написания тестов и занятий в симуляционном зале следили специально разработанные компьютерные программы.

Как считает ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко, проведение экзамена стало знаковым событием не только для московского, но и для всего отечественного здравоохранения. При этом возможности методического центра оптимально отвечали задачам, стоящим перед проектом «Московский врач»:

– Наш центр имеет большой опыт в проведении независимых оценочных процедур при аккредитации специалистов здравоохранения. По каждому направлению подготовлено порядка 3 тыс. тестов. Соискатели до экзамена могут пройти тесты и тренинги по отработке практических навыков в Центре непрерывного профессионального образования Сеченовского университета.

Независимая оценка знаний и практических навыков позволит сохранить качество медицинской помощи на высоком профессиональном уровне, а также будет способствовать её развитию, – подчеркнул П.Глыбочко.

Символичность того, что первыми претендентами на получение

статуса стали именно врачи общей практики, отметил и глава столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. Ведь именно на эффективности работы поликлинического звена лежит значительная доля ответственности за качество и доступность медицинской помощи пациентам.

– Сегодня на проект заявились более 2 тыс. участников

тине безгранично, – заключил глава ведомства.

О порядке прохождения оценочных процедур кандидатами и о том, как разрабатывались тестовые задания, рассказала директор Методического центра по аккредитации специалистов Жанна Сизова.

По её словам, для проверки теоретических знаний были подготовлены 3 тыс. тестов, из которых

самой процедурой экзамена. Стоит отметить, несмотря на то, что занятия проходили в выходные дни, их активно посещали большинство кандидатов. Это вполне объяснимо, учитывая, что в ходе проверки практических навыков исследуется достаточно обширный перечень позиций. Для врачей общей практики присутствуют и диагностические задачи, и сердечно-лёгоч-

обходимо правильно выполнить не менее 80% теста или соответствующих манипуляций. Поэтому к финалу приходят далеко не все кандидаты.

С другой стороны, это вполне ожидаемо. Ведь помимо подтверждения своего высокого профессионализма как среди коллег, так и среди пациентов, обладатели статуса «Московский врач» на последующие

События

Врачи общей практики поборолись за новый статус

Они сдали очень важный экзамен

по 15 специальностям. Экзамен, который предстоит выдержать претендентам на статус «Московский врач», достаточно трудный и по своим требованиям максимально приближенный к зарубежным аналогам. Это своего рода знак качества московского врача, который соискатель приобретает в случае успешного прохождения оценочных процедур. Проект имеет большое будущее. Ведь врачебных специальностей у нас больше 80, так что поле сотрудничества московского здравоохранения с Первым МГМУ им. И.М.Сеченова по-

2700 касаются непосредственно специальности. Остальные относятся к различным аспектам организации здравоохранения и общественному здоровью.

– При этом все тестовые задания находились в открытом доступе, и зарегистрировавшийся кандидат мог сделать неограниченное количество попыток пройти тест в интерактивном режиме, – пояснила Ж.Сизова. – Аналогично была организована и работа с тренажёрами в симуляционном центре: мы специально выделили несколько дней, чтобы кандидаты могли освоиться с оборудованием и



Испытание на звание «Московский врач» оказалось очень сложным



П.Глыбочко и А.Хрипун верят, что проект имеет большое будущее

ная реанимация, и экстренная медицинская помощь. Причём только по ЭМП было разработано 12 сценариев – к примеру, острый коронарный синдром, анафилактический шок и т.п.

Также, как рассказала Ж.Сизова, у врачей в обязательном порядке проверяются коммуникативные навыки. Для этого привлекаются актёры, изображающие пациента с теми или иными жалобами.

Что же касается критериев оценки, то для успешного прохождения теоретического и практического этапов экзамена не-

5 лет получают ещё и ежемесячную надбавку к окладу в 15 тыс. руб. Правда, это распространяется только на специалистов, работающих в московских государственных медицинских организациях.

С другой стороны, если судить о географии участников (а в проекте хотят попробовать свои силы врачи из полутора десятков российских регионов), материальный стимул для них является далеко не определяющим...

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Современные технологии

Двухдневная научно-практическая межрегиональная конференция офтальмологов России, Прикаспийских стран и стран Причерноморья «Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов» прошла в Астрахани.

В городе в Низовьях Волги собрались более 500 специалистов, в том числе главный офтальмолог Минздрава России Владимир Нероев, главные офтальмологи регионов России, руководители 3 головных институтов глазных болезней РФ, директора филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, из 12 регионов присоединились к работе форума в режиме интернет-участия.

– Астрахань в последнее время всё чаще становится местом проведения масштабных медицинских форумов, – отметила на церемонии открытия конференции первый заместитель министра здравоохранения Астраханской области Светлана Смирнова. –

Уникальные операции — в ходе конференции

Их продемонстрировали офтальмологи юга России

Многие из них проходят в рамках мероприятий к празднованию 300-летия Астраханской губернии. Развитие инновационных технологий в офтальмологии на современном этапе предполагает значительное улучшение качества и доступности оказания офтальмологической медицинской помощи населению.

Помимо научных заседаний, в программу конференции включили семинары по телемедицине, оптометрии, глаукоме, рабочее совещание главных офтальмологов Южного федерального округа.

– Уже 8 лет Астрахань – своеобразный центр специалистов-

офтальмологов регионов ЮФО, Прикаспийских регионов, – отметил главный офтальмолог Минздрава России по ЮФО, руководитель офтальмологического центра ЧУЗ «Медико-санитарная часть», доктор медицинских наук, профессор Лия Рамазанова. – Мы ежегодно проводим крупнейшие офтальмологические форумы юга России, куда приезжают специалисты головных научно-исследовательских институтов, крупнейших зарубежных центров, где докладываются и демонстрируются последние достижения мировой научной мысли и практической медицины, новейшие

технические разработки в диагностике и хирургическом лечении офтальмологической патологии.

В этом году основной темой сессии была «живая хирургия» – «роговичная» хирургия. Это осознанный выбор организаторов, так как «роговичная» слепота – тяжелейшая патология, наступающая 10% пациентов, – неминуемо ведёт к инвалидности без сделанного вовремя хирургического вмешательства.

В прямом режиме были продемонстрированы 6 исключительных по сложности операций, 3 из 6 уникальных вмешательств выполнены астраханским пациен-

там на базе офтальмологического центра МСЧ.

Успешно проведена первая в мире операция – «Фактоэмульсификация катаракты с имплантацией бифокальной оптической системы». Причём бифокальная система – уникальное изобретение астраханца, выпускника Астраханского государственного медицинского института, а ныне заведующего кафедрой офтальмологии Пензенского института усовершенствования врачей, доктора медицинских наук Сергея Кузнецова. Её особенность в том, что пациент теперь может видеть одинаково чётко на различных расстояниях. Операцию провёл главный врач Пензенской областной офтальмологической больницы, главный офтальмолог Минздрава Пензенской области, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Рашид Галеев.

Александра ЖВАЧКИНА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Эксперты регионального отделения ОНФ в Москве добились устранения недостатков, выявленных в ходе оценки качества услуг столичных поликлиник. Об этом активистам Народного фронта сообщили представители Департамента здравоохранения Москвы. Чаще всего пациенты отмечали проблемы, связанные с некорректной работой компьютеров в кабинетах врачей.

«Врачи просто вынуждены тратить время приёма пациентов на перезагрузку техники. Это сказывалось и на качестве лечения больных, и на общей атмосфере. Причём дискомфорт испытывали и те, кто уже находился в кабинете, и люди, ожидающие своей очереди. Врачи оказывались перед выбором: либо уделять пациенту меньше внимания, либо увеличивать время приёма, провоцируя создание очередей в коридоре», – заявил эксперт региональной рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», член общественного совета при Минздраве России Николай Дронов.

Согласно сообщению Департамента здравоохранения Москвы, зависание компьютеров было связано с регламентными работами по обновлению единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Сегодня специалистами ситуационного центра департамента проводится регулярный мониторинг доступности сервисов ЕМИАС в режиме реального времени.

Множество нареканий было вызвано неудобным расположением наиболее востребованных кабинетов, когда регистратура, кабинет оформления больничных листов расположены на втором этаже, что затрудняет доступность этих кабинетов для мало-мобильных граждан, особенно если в поликлинике не работают лифты или их нет совсем. После обращения экспертов ОНФ в Департамент здравоохранения некоторые медицинские учреждения перенесли данные кабинеты на первый этаж, также было организовано сопровождение и необходимая помощь пациентам по пользованию мобильными пандусами.

– Родители маленьких пациентов одной из столичных поликлиник жаловались, что кабинет «Здоровое детство», где в летний период и в преддверии начала учебного года можно было получить справку о состоянии здоровья ребёнка, – самый маленький

в поликлинике, и здесь постоянно собираются огромные очереди. Согласно ответу Департамента здравоохранения, поликлиника начала строительство пристройки на 320 посещений в смену, и впоследствии кабинет «Здоровое детство» будет переведён туда. Пока же выдачу справок организовали сразу в двух кабинетах, работающих без выходных, – заявил Н.Дронов.

Помимо этого, штаты поликлиник доукомплектованы наиболее

си на плановые исследования. В связи с жалобами пациентов на участившиеся случаи утери поликлиниками результатов лабораторных анализов департаментом разработана концепция централизованного медицинского сервиса, благодаря которому назначения на исследования и получение результатов происходят в электронном виде, без бумажных носителей. В планах – рассылка пациентам результатов исследований по электронной почте.

ство проблем просто высосаны из пальца из-за того, что кто-то не дорабатывает должным образом на местах либо не очень благоумно подходит к организации процессов внутри своей поликлиники. Активисты ОНФ будут и дальше продолжать мониторить ситуации с поликлиниками в Москве и смотреть, какие другие вопросы волнуют людей помимо тех, которые уже исправлены, чтобы сделать работу столичной системы здравоохранения ещё лучше, – заявил координа-

Проекты

У медиков Крыма следующий этап

Здесь прежде всего помогут врачам первичного звена

Минздрав Республики Крым совместно с территориальным фондом ОМС и Госсоветом проработают ряд предложений по упрощению системы доступности медицинской помощи и сокращению бюрократических процессов внутри учреждений здравоохранения, сообщил глава региона Сергей Аксёнов.

«В рамках рабочей встречи по вопросам оптимизации обслуживания пациентов в учреждениях здравоохранения, а также по формированию мер поддержки медицинских работников в Крыму обсудили актуальные проблемы сферы и пути их решения», – написал С.Аксёнов.

«Силами министерства ведётся аудиовизуальное наблюдение и контроль во всех поликлиниках, занимающихся приёмом граждан. Процесс уже отработан, ведётся хронометраж рабочего времени, что позволяет заметить ошибки в работе учреждений, – отмечает С.Аксёнов. – При этом перед главными врачами поставлена задача – пройти путь пациента своими ногами, чтобы лучше понимать проблемы, а также сократить время ожидания между приёмами и увеличить доступность граждан к получению услуг поликлиники».

«Помимо прочего, будет рассмотрена возможность продолжить программу «Земский доктор» (она начала работу в Крыму в 2015 г.), предусматривающую оказание поддержки врачам, которые перебираются работать в сельскую местность, и внедрить на территории Республики Крым новую программу «Земский фельдшер». Данная программа рассчитана на выделение единовременной компенсации в размере 500 тыс. руб. тем, кто поедет работать фельдшером в сельскую местность», – сказал глава региона.

Министерством здравоохранения Крыма также планируется поддержка врачей первичного звена, ежемесячными выплатами до 7 тыс. руб. Это касается узких специалистов, которых на данный момент в республике не хватает.

– Также по моему поручению министерство рассчитало финансовые затраты на оплату съёмного жилья для привлечения врачей в медицинские учреждения. Для города компенсационная выплата будет составлять до 30 тыс. руб. в месяц, а для сельских районов – до 15 тыс. Данная программа рассчитана не только на крымчан, но и на всех вновь прибывших в крымскую систему здравоохранения докторов, – сообщил С.Аксёнов.

Дефицит медицинских работников остаётся одной из основных проблем здравоохранения республики. В регионе, по данным Минздрава, вакантны порядка 900 врачебных должностей практически по всем специальностям.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Сити!

Акценты

Особая оценка качества

Чем недовольны посетители столичных поликлиник



В Народном фронте подводят итоги работы

востребованными специалистами узкой направленности, решён вопрос с нехваткой перевязочных средств и расходных материалов, ведётся контроль за соблюдением сроков ожидания запи-

– Все выявленные проблемы носят организационный характер. Такая быстрая реакция Департамента здравоохранения Москвы как раз свидетельствует о том, что в действительности большин-

тор проекта ОНФ «Народная оценка качества» Виктор Рожков.

Василий ПАШУТИН.

МИА Сити!

Москва.

Ориентир

Отстоять каждую надбавку На это настроен профсоюз медиков Кузбасса

Готовясь к переходу на новую систему оплаты труда, Кемеровская областная организация профсоюза работников здравоохранения добилась сохранения почти всех надбавок, действовавших ранее в медицине Кузбасса.

– В течение всего года мы развивали и укрепляли социальное партнёрство как на областном уровне, между Обкомом профсоюза и Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области, так и на местном, между «первичками» и работодателями. И благодаря этому сумели договориться, – подчёркивает председатель Кемеровской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Любовь Егорова.

На стадии обсуждения новой системы оплаты труда речь шла о том, чтобы отменить обязательные надбавки за стаж работы. (Сегодня размер этих выплат составляет 30-80% от оклада). В результате диалога профсоюза с властью было принято компромиссное решение: перевести их в разряд стимулирующих выплат. Специально оговорили, что медицинская организация может самостоятельно принимать решение об установлении и выплате надбавок за стаж, если в фонде оплаты труда будут средства на эти цели.

Кроме этого, была достигнута договорённость сохранить повышающий коэффициент специалистам за работу в сельской местности. Такие коэффициенты давно отменены в ряде регионов России. А в Кемеровской области «сельские» надбавки,

которые распространяются и на медиков, работающих в посёлках городского типа, по-прежнему составляют 25% оклада. Они формируют должностной оклад, и все выплаты компенсационного и стимулирующего характера (включая районный коэффициент) исчисляются уже исходя из размера повышенного оклада.

Ещё одна победа касается размера компенсационной выплаты за работу в ночное время. Рекомендации федеральных нормативных документов указывали на то, что выплаты должны составлять не менее 20% должностного оклада. При обсуждении этого вопроса в администрации Кемеровской области рабочая группа, в состав которой входили и представители отраслевого профсоюза, приняла дифференцированное решение. Медперсоналу, оказывающему

экстренную и неотложную помощь, было решено установить выплату в размере не менее 50%. Остальным работникам – в размере не менее 20%. Конкретную величину выплат учреждения будут устанавливать самостоятельно – в рамках утверждённого фонда оплаты труда.

– Мы рекомендуем медицинским организациям отразить все эти моменты в коллективных и трудовых договорах, соглашениях, положениях об оплате труда, – комментирует Л.Егорова. – Только тогда они, по сути, получат силу локального закона. К слову сказать, коллективные договоры заключены сегодня в 99,5% медицинских организаций Кузбасса, где действуют профсоюзные первичные организации.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

На заседаниях Комитета Государственной Думы Федерального собрания РФ по охране здоровья и Комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья обсуждены проблемы оказания паллиативной медицинской помощи и результаты пилотного проекта по ведению пожилых пациентов с множественными хроническими заболеваниями.

Нужны конкретные дела

— Эта тема обсуждается не первый год. Ей уделяется внимание, предпринимаются серьёзные шаги, как государством, так и обществом. Острота её очевидна, ведь она касается не только здравоохранения, — это серьёзная ментальная проблема, проблема здоровья общества и нравственности, — отметил, открывая заседание комитета Госдумы РФ, его председатель Дмитрий Морозов.

С докладами выступили специалисты Минздрава России, Росздравнадзора, Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения Москвы.

О важности этой проблемы говорил в июле 2017 г. в Петрозаводске Президент РФ В.Путин, заявив, что для её решения необходимо «значительно менять нормативную базу». Глава государства дал поручение Правительству РФ обеспечить внесение в Госдуму соответствующих законодательных инициатив в части расширения понятия «паллиативная медицинская помощь», уточнения порядка её оказания (в том числе в амбулаторных условиях), а также порядка межведомственного взаимодействия при оказании помощи неизлечимо больным пациентам медицинскими и социальными услугами.

Как отметила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, за последние годы в нашей стране предпринят ряд мер, направленных на повышение доступности паллиативной помощи.

«В целом динамика положительная: растёт число паллиативных коек, выездных служб, уровень фактического потребления обезболивающих, количество пациентов, получающих адекватное лечение, а также врачей, работающих в сфере оказания паллиативной медицинской помощи», — уверяет Е.Байбарина.

Между тем в 2016 г. необходимые неинвазивные обезболивающие получили всего 26% нуждающихся (с учётом инвазивных форм

Итоги и прогнозы

Паллиативная помощь: в поисках понимания и поддержки

Это серьёзная проблема здоровья общества и нравственности



Новый подход к паллиативной медпомощи оправдывает себя

— 40%). Стоит особо отметить, что в 20 субъектах РФ доля больных злокачественными новообразованиями, получивших адекватное обезболивание, составила менее 10% и всего лишь в 30 субъектах Федерации — более 40%.

В ходе проверок Росздравнадзора выявлены нарушения прав граждан в части отсутствия необходимых лекарственных препаратов.

Особое внимание участники дискуссии уделили необходимости оказания паллиативной медицинской помощи на дому тяжелобольным, в том числе обеспечению их лекарственными препаратами и медицинским оборудованием. Прежде всего это касается детей и пожилых людей.

Так, руководитель Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения Москвы Анна Федермессер отметила, что ежегодно около 600 тыс. человек, включая детей и взрослых, нуждаются в паллиативной помощи. Из них чуть менее половины — пациенты с онкологическими заболеваниями. «Люди не хотят уходить из жизни среди незнакомцев, в непривычной обстановке, им важно присутствие близких. Именно поэтому необходимо вносить изменения в действующее законодательство для того, чтобы у людей

появилась возможность получения данного вида медицинской помощи на дому», — подчеркнула представитель здравоохранения столицы.

В прошлом году, кстати, Минздравом России совместно с благотворительным фондом спасения тяжелобольных детей «Линия жизни» стартовал пилотный проект «ИВЛ в домашних условиях». По состоянию на 1 сентября 2017 г. уже 12 детей обеспечены аппаратами искусственной вентиляции лёгких на дому, ещё 18 получат их в ближайшее время.

Участники заседания сошлись во мнении, что одним из важнейших вопросов организации паллиативной помощи детям остаётся обезболивание, в том числе в части наличия препаратов необходимых дозировок и их получения. Особенно остро эта проблема стоит для младшей возрастной группы — детей от 0 до 2 лет.

В конце весенней сессии Госдумы РФ Д.Морозов поручил депутату Юрию Кобзеву возглавить рабочую группу по законодотворчеству в области паллиативной медицинской помощи. В своём выступлении парламентарий обозначил три основные проблемы: необходимость выпуска отечественных лекарственных препаратов с учётом детских форм,

выделение в полном объёме средств федерального бюджета на финансирование оказания паллиативной медицинской помощи, а также развитие амбулаторного звена при оказании данного вида помощи.

Депутаты поддержали проведение «круглого стола» для дальнейшего обсуждения и решения проблем оказания паллиативной медицинской помощи с целью разработки конкретных законодательных инициатив.

Персонализированный подход

Результаты пилотного проекта ряда столичных поликлиник по ведению пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями оценили участники заседания Комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья. По итогам реализации проекта 94% пациентов остались полностью довольны качеством предоставленного им амбулаторного обслуживания.

«К московским поликлиникам в настоящее время прикреплены более 212 тыс. пациентов пенсионного возраста с тремя и более хроническими заболеваниями. Это всего 2% прикрепленного населения. Вместе с тем на эту группу приходится 10% от общего числа посещений терапевтов, 8% всех вызовов скорой помощи по заболеваниям и острым состояниям. Совершенно очевидно, что именно этой категории граждан необходимо повышенное, персонализированное внимание», — приводит пресс-служба Московской городской думы слова начальника Управления организации первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения Москвы Елены Максименко.

Предварительный анализ зарубежного опыта, проведённый столичными специалистами, показал, что особый, персонализированный подход к данной категории пациентов позволяет повысить качество медицинской помощи и сократить расходы системы

здравоохранения. Новый подход к ведению пожилых пациентов с множественными хроническими заболеваниями был апробирован в 8 пилотных поликлиниках Москвы с февраля 2015 г. по сентябрь 2016 г. Были определены терапевты, которые стали заниматься только данной категорией пациентов. Они составляли индивидуальные планы лечения, выдавали рекомендации. Больные имели возможность оперативно связаться с врачом или медсестрой в любое время для уточнения различных вопросов. Время первичного приёма было увеличено до 40 минут. Итог превзошёл ожидания: количество посещений терапевта в этих поликлиниках снизилось на 10%, узких специалистов — на 18%. А количество вызовов врача на дом — сразу на 60%.

— Критериями отбора участников проекта являлись пенсионный возраст, наличие более 3 хронических заболеваний, а также возможность самостоятельного посещения поликлиники, — рассказал главный врач городской поликлиники № 175 Департамента здравоохранения Москвы Алексей Тернавский. — Мы понимали, что цели он преследует самые благородные: повышение удовлетворённости пациентов качеством амбулаторной помощи, мотивация к сохранению своего здоровья, снижение числа экстренных госпитализаций и вызовов скорой и неотложной помощи. Но эта работа потребовала от наших врачей дополнительной подготовки.

— Представленные результаты пилотной программы доказали её состоятельность и свидетельствуют о том, что её действие необходимо распространить на все столичные поликлиники. В лице нашей комиссии организаторы столичного здравоохранения всегда найдут поддержку в данном вопросе, — заключила председатель Комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова.

Константин ШАРЫН.

МИА Сити!

Инициатива

Недавно в Ставропольском государственном медицинском университете начал работать контакт-центр для связи со своими бывшими выпускниками.

Пока специалистами контакт-центра СтГМУ принято и перенаправлено ведущим преподавателям клиникских кафедр около 20 звонков. Это новая структура вуза, созданная с целью поддержки выпускников в их профессиональном становлении. О том, какие цели ставят перед собой авторы проекта, какие ближайшие и отдалённые результаты планируют получить, рассказывает ректор университета профессор Владимир Кошель.

— Выпускники 2017 г. в полной мере готовы к самостоятельной работе, мы с уверенностью можем судить об этом, опираясь на успешные итоги первичной аккредитации. Очень важно, что «приёмку» их теоретических знаний, практических навыков, умения клинически мыслить проводили представители профессионального сообщества — главные врачи медицинских организаций, заве-

Под контролем наставников

В университете не теряют связь со своими выпускниками

дующие отделениями. Однако первые самостоятельные шаги — это самый сложный период в жизни молодого специалиста, и каждый опытный врач может вспомнить много сложных, а порой и драматических эпизодов из своего прошлого, где ситуацию помогали исправить вовремя данные советы старших коллег, их поддержка и помощь.

В отличие от выпускников прошлых лет, чьё «ученичество» продолжалось в интернатуре и клинической ординатуре, в этом году молодым специалистам, решившим работать в первичном звене здравоохранения, пришлось сразу же окунуться в реалии профессиональной деятельности участкового терапевта или педиатра, решать множество вопросов, от правильных ответов на которые зависят ни

много, ни мало, а жизнь и здоровье людей. И как раз здесь необходимы точные подсказки, которые дадут правильное направление мыслям молодого специалиста или устремят в нужную сторону вектор его действий. По сути, это то самое наставничество, которое давно и прочно вписано в культуру профессии врача, но уже на другом, более современном уровне, максимально приближенное к реалиям сегодняшнего времени и отвечающее его требованиям.

Используя рабочие ситуации как возможность для обучения и профессионального развития, самые опытные преподаватели клиникских кафедр, являющиеся по совместительству сотрудниками отделений медицинских организаций, помогают своим вчерашним студентам. Выделено 12 направле-

ний, по которым осуществляется помощь тьюторов: акушерство и гинекология, анестезиология, реаниматология и скорая медицинская помощь, дерматовенерология, онкология, офтальмология, педиатрия, стоматология, терапия, травматология, инфекционные болезни и фтизиатрия, неврология, хирургия. Важный момент: молодые специалисты ни в коем случае не должны превратиться в связующие звенья, «диспетчеры» между пациентами и опытными врачами. Это продолжение их образования, но уже в «полевых условиях», которыми, по сути, является первичное звено здравоохранения.

Как показали первые дни работы контакт-центра, спектр проблемных ситуаций у молодых людей, начавших самостоятельную вра-

чебную практику, велик: от выбора и оценки побочных действий того или иного лекарственного препарата до вопросов профилактики различных заболеваний, от этапности лечения той или иной патологии до правильности заполнения медицинской документации. Безусловно, все обращения молодых специалистов будут обобщены и проанализированы с тем, чтобы выявить и ликвидировать системные проблемы в образовании. А пока, судя по первым отзывам, вчерашние студенты благодарны за помощь и поддержку своим педагогам и пусть «виртуально», но чувствуют рядом плечо наставников.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 73 (2103)

(Продолжение. Начало в № 75 от 06.10.2017.)

Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать ещё один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе и в конечном итоге ведёт к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ I и II степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению.

При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой, минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Недостатком комбинированной терапии служит то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с уровнем АД ≥ 160/100 мм рт.ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У части пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 и более лекарственных средств. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных лечению.

Для длительной антигипертензивной терапии необходимо использовать препараты пролонгированного действия, обеспечивающие 24-часовой контроль АД при однократном приёме. Преимущества таких препаратов – в большей приверженности больных лечению, меньшей вариабельности АД и, как следствие, более стабильном контроле АД. В перспективе такой подход к терапии АГ должен эффективнее снижать риск развития ССО и предупреждать ПОМ.

Выбор антигипертензивного препарата
В настоящее время для лечения АГ рекомендованы пять основных классов антигипертензивных препаратов: диуретики, БАБ, АК, иАПФ, БРА (см. табл. 10, 11). В качестве дополнительных классов антигипертензивных препаратов для комбинированной терапии могут использоваться α-адреноблокаторы и агонисты имидазолиновых рецепторов.

На выбор препарата оказывают влияние многие факторы, наиболее важными из которых являются:

- наличие у больного ФР;
- ПОМ;
- АКС, поражения почек, МС, СД;
- сопутствующие заболевания, при которых необходимы назначения или ограничения применения антигипертензивных препаратов различных классов;
- предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов;
- вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам;
- социально-экономические факторы, включая стоимость лечения.

При выборе антигипертензивного препарата необходимо в первую очередь оценить эффективность, вероятность развития побочных эффектов и преимущества лекарственного средства в определённой клинической ситуации (см. табл. 12). Стоимость препарата не должна быть основным решающим фактором.

Основываясь на результатах многоцентровых, рандомизированных исследований, можно полагать, что ни один из основных классов антигипертензивных препаратов не имеет существенного преимущества в плане снижения АД и предупреждения развития ССО. Вместе с тем в каждой конкретной клинической ситуации необходимо учитывать особенности действия различных антигипертензивных средств, обнаруженные при проведении рандомизированных исследований.

В своё время БАБ и тиазидные диуретики доказали высокую эффективность антигипертензивной терапии в плане снижения сердечно-сосудистых осложнений. Формально перечень показаний к назначению БАБ изменился незначительно. В настоящее время показаниями для их назначения у больных АГ служат стабильная стенокардия, перенесённый ИМ, ХСН, тахикардия, глаукома и беременность. Но существование проблемой при лечении БАБ является их неблагоприятное

метаболическое действие (дислипидемия, снижение толерантности к глюкозе), поэтому их не рекомендуется назначать лицам с МС и высоким риском развития СД, особенно в сочетании с тиазидными диуретиками. Кроме того, в многоцентровых исследованиях была показана достоверно меньшая эффективность БАБ по предупреждению МИ в сравнении с другими антигипертензивными препаратами. Однако все эти данные были получены при анализе исследований, где главным образом применялся атенолол, и поэтому указанные ограничения не распространяются на другие БАБ, такие как небиволол и карведилол.

В плане торможения поражения органов-мишеней и возможности регресса их патологических изменений хорошо зарекомендовали себя иАПФ и БРА. Они доказали свою эффективность в плане уменьшения степени ГЛЖ, включая её фиброзный компонент, а также значимого уменьшения выраженности МАУ и протеинурии и предотвращении снижения

высоким нормальным и даже нормальным АД. Первым крупномасштабным исследованием, продемонстрировавшим данный феномен, было исследование HOPE, в котором изучался препарат рамиприл.

Выбор антигипертензивных препаратов в зависимости от АКС и особых клинических ситуаций рассмотрен в разделе 7.

Комбинированная терапия АГ

Помимо монотерапии при лечении АГ используются комбинации из двух, трёх и более антигипертензивных препаратов. Комбинированная терапия имеет много преимуществ: усиление антигипертензивного эффекта за счёт разнонаправленного действия препаратов на патогенетические механизмы развития АГ увеличивает число пациентов со стабильным снижением АД; уменьшается частота возникновения побочных эффектов как за счёт меньших доз, комбинируемых АГП, так и за счёт взаимной нейтрализации этих эффектов; обеспечивается наиболее эффективная органопroteкция и уменьшается риск и число сердечно-сосудистых осложнений. Однако необходимо помнить, что комбинированная терапия – это приём как минимум двух лекарственных препаратов, кратность назначения которых может быть различной. Следовательно, применение препаратов в виде комбинированной терапии должно отвечать следующим условиям: препараты должны иметь взаимодополняющее действие; должно

Для комбинированной терапии АГ могут использоваться как не фиксированные, так и фиксированные комбинации препаратов. Высокая эффективность применения фиксированной комбинации иАПФ (эналаприл) с тиазидным диуретиком (гидрохлоротиазид) для лечения больных АГ с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений в условиях реальной клинической практики была доказана в многоцентровой международной программе КЛИП-АККОРД.

К возможным комбинациям антигипертензивных препаратов относятся сочетание дигидропиридинового и недигидропиридинового АК, иАПФ + БАБ, БРА + БАБ, иАПФ + БРА, α-адреноблокатор с иАПФ, БРА, АК, диуретиками. Применение этих комбинаций в виде двухкомпонентной антигипертензивной терапии в настоящее время не является абсолютно рекомендованным, но и не запрещено. Однако сделать выбор в пользу такого сочетания лекарственных средств допустимо только при полной уверенности в невозможности использования рациональных комбинаций. На практике больным АГ, имеющим ИБС, одновременно назначаются иАПФ и БАБ. Однако, как правило, в таких ситуациях назначение БАБ происходит главным образом из-за наличия ИБС, то есть по самостоятельному показанию.

К комбинациям нерациональным, при использовании которых не происходит потенцирования антигипертензивного эффекта пре-

Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии

Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии

Таблица 10

Преимущественные показания к назначению различных групп антигипертензивных препаратов

иАПФ ХСН Дисфункция ЛЖ Перенесённый ИМ Диабетическая нефропатия Недиабетическая нефропатия ГЛЖ Каротидный атеросклероз Протеинурия/МАУ Мерцательная аритмия МС	БРА ХСН Перенесённый ИМ Диабетическая нефропатия Протеинурия/МАУ ГЛЖ Мерцательная аритмия МС Кашель при приёме иАПФ	БАБ ИБС Перенесённый ИМ ХСН Тахикардия Глаукома Беременность	АК (дигидропиридиновые) ИСАГ (пожилые) ИБС ГЛЖ Каротидный/коронарный атеросклероз Беременность
АК (верапамил/дилтиазем) ИБС Каротидный атеросклероз Суправентрикулярные тахикардии	Диуретики тиазидные ИСАГ (пожилые) ХСН	Диуретики (антагонисты альдостерона) ХСН Перенесённый ИМ	Диуретики петлевые Конечная стадия ХПН ХСН

Таблица 11

Абсолютные и относительные противопоказания к назначению различных групп антигипертензивных препаратов

Класс препаратов	Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
Тиазидные диуретики	Подагра	МС, НТГ, ДЛП, беременность
БАБ	Атриовентрикулярная блокада II-III ст. БА	Заболевания периферических артерий, МС, НТГ, спортсмены и физически активные пациенты, ХОБЛ***
АК дигидропиридиновые*		Тахикардия, ХСН
АК недигидропиридиновые	Атриовентрикулярная блокада II-III ст. ХСН	
иАПФ	Беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий, ангионевротический отёк	
БРА	Беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий	
Диуретики блокаторы альдостероновых рецепторов	Гиперкалиемия, ХПН	

функции почек. За последние 4 года показания к применению БРА существенно расширились. К ранее имевшимся показаниям (нефропатия при СД 2-го типа, диабетическая МАУ, протеинурия, ГЛЖ, кашель при приёме иАПФ) добавились такие позиции как ХСН, перенесённый ИМ, мерцательная аритмия и МС.

Возможность позитивно влиять на состояние стенки сонных артерий при бессимптомном атеросклерозе показали иАПФ и АК. Из важных особенностей иАПФ следует отметить их способность снижать вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений при высоком и очень высоком сердечно-сосудистом риске не только у больных АГ, но также у лиц с

достигаться улучшение результата при их совместном применении; препараты должны иметь близкие фармакодинамические и фармакокинетические показатели, что особенно важно для фиксированных комбинаций.

Комбинации двух антигипертензивных препаратов делают на рациональные (эффективные), возможные и нерациональные. Все преимущества комбинированной терапии присущи только рациональным комбинациям антигипертензивных препаратов. К ним относятся: иАПФ + диуретик; БРА + диуретик; иАПФ + АК; БРА + АК; дигидропиридиновый АК + БАБ; АК + диуретик; БАБ + диуретик; БАБ + α-адреноблокатор.

паратов и/или усиливаются побочные эффекты при их совместном применении, относятся: сочетания разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов, БАБ + недигидропиридиновый АК, иАПФ + калийсберегающий диуретик, БАБ + препарат центрального действия.

Вопрос комбинирования трёх и более препаратов ещё недостаточно изучен, поскольку нет рандомизированных контролируемых клинических исследований, изучавших тройную комбинацию антигипертензивных препаратов. Таким образом, антигипертензивные пре-

(Продолжение на стр. 8-10.)

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

параты в данных комбинациях объединены вместе на теоретической основе. Однако у многих пациентов, в том числе у больных с рефрактерной АГ, только с помощью трёх- и более компонентной антигипертензивной терапии можно достичь целевого уровня АД. К рекомендуемым комбинациям трёх антигипертензивных препаратов относятся: иАПФ + дигидропиридиновый АК + БАБ; БРА + дигидропиридиновый АК + БАБ; иАПФ + АК + диуретик; БРА + АК + диуретик; иАПФ + диуретик + БАБ; БРА + диуретик + БАБ; дигидропиридиновый АК + диуретик + БАБ.

Необходимость трёх- и более компонентной терапии для достижения и стабильного поддержания целевого уровня АД была доказана в исследовании РОСА. Для достижения целевого уровня АД комбинированная терапия потребовалась у 73% пациентов, в том числе 3-компонентная у 28% и 4-компонентная терапия у 11%.

Сопутствующая терапия для коррекции имеющихся ФР

Необходимость назначения статинов для достижения целевых уровней ОХС < 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) и ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл) должна быть рассмотрена у больных АГ при наличии ИБС, МС, СД, а также при высоком и очень высоком риске ССО.

Применение аспирина в низких дозах рекомендуется при наличии перенесённого ИМ, МИ или ТИА, если нет угрозы кровотечения. Низкая доза аспирина также показана пациентам старше 50 лет с умеренным повышением уровня сывороточного креатинина или с очень высоким риском ССО даже при отсутствии других ССЗ. Доказано, что польза от снижения риска ССО при использовании аспирина превышает риск развития кровотечения. Для минимизации риска геморрагического МИ лечение аспирином может быть начато только при адекватном контроле АД.

Эффективный гликемический контроль очень важен у больных АГ и СД. Он может достигаться использованием диеты и/или медикаментозной терапии. Необходимо стремиться поддерживать уровень глюкозы в плазме крови натощак менее 6 ммоль/л (108 мг/дл) и гликированного гемоглобина менее 6,5%.

Динамическое наблюдение

Достижение и поддержание целевых уровней АД требует длительного врачебного наблюдения с регулярным контролем выполнения пациентом рекомендаций по изменению образа жизни и соблюдению режима приёма назначенных антигипертензивных средств, а также коррекции терапии в зависимости от эффективности, безопасности и переносимости лечения. При динамическом наблюдении решающее значение имеют достижение личного контакта между врачом и больным, обучение пациентов в школах для больных АГ, повышающее приверженность больного лечению.

При назначении антигипертензивной терапии плановые визиты больного к врачу для оценки переносимости, эффективности и безопасности лечения, а также контроля выполнения полученных рекомендаций проводятся с интервалом 3-4 недели до достижения целевого уровня АД.

При недостаточной эффективности антигипертензивной терапии может быть произведена замена ранее назначенного препарата или присоединение к нему ещё одного антигипертензивного средства.

При отсутствии эффективного снижения АД на фоне 2-компонентной терапии возможно присоединение третьего препарата (одним из трёх препаратов, как правило, должен быть диуретик) с обязательным последующим контролем эффективности, безопасности и переносимости комбинированной терапии.

После достижения целевого уровня АД на фоне проводимой терапии последующие визиты для пациентов со средним и низким риском, которые регулярно измеряют АД дома, планируются с интервалом 6 месяцев. Для больных с высоким и очень высоким риском, для пациентов, получающих только немедикаментозное лечение, и для лиц с низкой приверженностью к лечению интервалы между визитами не должны превышать 3 месяца.

На всех плановых визитах необходимо контролировать выполнение пациентами рекомендаций по лечению. Поскольку состояние органов-мишеней изменяется медленно, контрольное обследование пациента для уточнения их состояния нецелесообразно проводить чаще 1 раза в год.

При «резистентной» АГ (АД > 140/90 мм рт.ст. во время лечения тремя препаратами в субмаксимальных или максимальных дозах, при этом когда один препарат диуретик) следует убедиться в отсутствии объективных причин резистентности к терапии (п. 7.11). В случае истинной рефрактерности следует направить больного на дополнительное обследование.

Таблица 12
Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больных АГ в зависимости от клинической ситуации

Поражение органов-мишеней	
ГЛЖ	иАПФ, БРА, АК
Бессимптомный атеросклероз	АК, иАПФ
Микроальбуминурия	иАПФ, БРА
Поражение почек	иАПФ, БРА
Ассоциированные клинические состояния	
Предшествующий МИ	Любые антигипертензивные препараты
Предшествующий ИМ	БАБ, иАПФ, БРА
ИБС	БАБ, АК
ХСН	Диуретики, БАБ, иАПФ, БРА, антагонисты альдостерона
Мерцательная аритмия постоянная	иАПФ, БРА
Мерцательная аритмия пароксизмальная	БАБ, недигидропиридиновые АК
Почечная недостаточность/протеинурия	иАПФ, БРА, петлевые диуретики
Заболевания периферических артерий	АК
Особые клинические ситуации	
ИСАГ (пожилые)	Диуретики, АК
Метаболический синдром	иАПФ, БРА, АК
Сахарный диабет	иАПФ, БРА
Беременность	АК, метилдопа, БАБ

Лечение пациента с АГ проводится постоянно или, по сути дела, у большинства больных пожизненно, так как его отмена сопровождается повышением АД. При стойкой нормализации АД в течение года и соблюдении мер по изменению образа жизни у пациентов с низким и средним риском возможно постепенное уменьшение количества и/или доз принимаемых антигипертензивных препаратов. Снижение дозы и/или уменьшение числа используемых медикаментов требует увеличения частоты визитов к врачу и проведения самоконтроля АД дома, для того чтобы удостовериться в отсутствии повторных повышений АД.

Особенности лечения АГ у отдельных групп больных

АГ у лиц пожилого возраста

Результаты рандомизированных исследований свидетельствуют о том, что антигипертензивная терапия снижает риск ССЗ и смертности у пожилых больных систолической АГ и ИСАГ.

Принципы лечения пожилых больных АГ такие же, как и в общей популяции. Лечение следует начинать с изменения образа жизни. Ограничение потребления поваренной соли и снижение веса у этой категории больных оказывают существенный антигипертензивный эффект. Для медикаментозной терапии можно использовать антигипертензивные препараты разных классов: тиазидные диуретики, АК, БАБ, иАПФ и БРА. В целом, как свидетельствуют результаты завершённых крупномасштабных исследований, при лечении ИСАГ в пожилом возрасте наиболее эффективны диуретики, АК и БРА.

Начальная доза антигипертензивных препаратов у некоторых пожилых пациентов может быть снижена, вместе с тем у большинства больных этой категории требуется назначение стандартных доз для достижения целевого АД. У пожилых пациентов требуется особая осторожность при назначении и титровании дозы антигипертензивных препаратов из-за большего риска развития побочных эффектов. При этом особое внимание следует обратить на возможность развития ортостатической гипотонии и измерять АД также в положении стоя.

Целевой уровень САД должен быть менее 140 мм рт.ст., и для его достижения часто требуется комбинировать два и более антигипертензивных препарата. Оптимальный уровень АД у пожилых больных точно не определён, но по результатам анализа ряда исследований снижение ДАД < 70 мм рт.ст. и особенно < 60 мм рт.ст. сопровождается ухудшением прогноза. У большинства пожилых пациентов имеются другие ФР, ПОМ и АКС, что необходимо учитывать при выборе антигипертензивного препарата первого ряда.

У пациентов старше 80 лет антигипертензивная терапия уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, но не влияет достоверно на общую смертность. Тем не менее нет оснований прерывать ранее начатую эффективную антигипертензивную терапию у больных, достигших 80 лет.

АГ и МС

МС характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают нарушение углеводного, липидного, пуринового обмена и развитие артериальной гипертензии. Наличие МС в 3-6 раз повышает риск

развития СД 2-го типа и АГ, ассоциируется с большей частотой встречаемости поражения органов-мишеней, увеличивает риск ССО и смерти от них.

Основой лечения пациента с МС являются немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела, изменение стереотипов питания и повышение физической активности, то есть формирование здорового образа жизни. При недостаточной эффективности немедикаментозных методов лечения или наличии показаний возможна медикаментозная или хирургическая коррекция веса тела. Обязательной является коррекция имеющихся нарушений углеводного, липидного и пуринового обмена.

Выбор тактики ведения больных с МС индивидуален и зависит от степени ожирения, наличия или отсутствия АГ и других проявлений МС. Пациентам с МС, страдающим АГ при умеренном сердечно-сосудистом риске и ИМТ, не превышающем 27 кг/м², можно ограничиться только немедикаментозным лечением ожирения без антигипертензивной терапии, однако при неэффективности этих мер принимается решение о начале антигипертензивной терапии. При ИМТ ≥ 27 кг/м² показано медикаментозное лечение ожирения на фоне немедикаментозных мероприятий. Если через 3 месяца уровень АД достигнет целевого значения, можно продолжить проведение немедикаментозных мероприятий. В случае повышения АД ≥ 140/90 мм рт.ст. необходимо присоединение антигипертензивной терапии. Если мероприятия для снижения веса не приведут к достижению целевых показателей углеводного и липидного обмена, необходимо назначение гиполипидемической терапии и препаратов, способствующих снижению уровня постпрандиальной глюкозы или её уровня натощак, в зависимости от типа нарушения углеводного обмена у пациента. У пациентов с высоким и очень высоким

Таблица 13
Основные причины рефрактерной АГ

Отсутствие приверженности лечению (несоблюдение режима приёма и доз назначенных препаратов). Нарушение или отказ от рекомендаций по изменению образа жизни: прибавление веса, злоупотребление алкоголем, продолжение курения. Продолжающийся приём лекарственных средств, повышающих АД или снижающих эффективность антигипертензивной терапии (глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты и др.). Не выявленные вторичные формы АГ. Нелеченый синдром обструктивного апноэ во время сна. Тяжёлое поражение органов-мишеней. Перегрузка объёмом, обусловленная следующими причинами: избыточное потребление поваренной соли, неадекватная терапия диуретиками, прогрессирование ХПН, гиперальдостеронизм. Причины псевдорезистентности: изолированная офисная АГ («гипертония белого халата»), использование при измерении АД манжеты несоответствующего размера (например, использование стандартной манжеты при окружности плеча > 32 см), псевдогипертензия, особенно у пожилых.

риском необходимо немедленно назначить антигипертензивные препараты и проводить терапию, направленную на устранение абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, гипергликемии, дислипидемии.

При выборе антигипертензивного препарата необходимо учитывать его влияние на углеводный и липидный обмен. Преимуществом должны пользоваться метаболически нейтральные лекарственные средства. Препаратами первого выбора для лечения АГ у больных с МС являются иАПФ и БРА для которых доказана метаболическая нейтральность и органопротективное действие. БРА, активирующие PPAR-гамма рецепторы, например телмисартан, обладают дополнительными свойствами: уменьшают инсулинорезистентность; оказывают положительное влияние на углеводный, липидный обмен и функцию эндотелия. При недостаточной эффективности монотерапии для достижения целевого уровня АД к ним целесообразно присоединять АК или агонисты имидазолиновых рецепторов. Доказано, что эти комбинации хорошо снижают АД, благоприятно воздействуют на органы-мишени и снижают риск развития сахарного диабета.

Без наличия отчётливых показаний больным с АГ и МС не следует назначать БАБ, поскольку многие из них негативно влияют на чувствительность к инсулину, углеводный и липидный обмен. Исключением являются небиволол и карведилол, которые могут быть рекомендованы для лечения пациентов с АГ и МС в виде комбинированной терапии.

Тиазидные или петлевые диуретики также могут быть назначены пациентам с АГ и МС в виде комбинированной терапии с иАПФ или БРА. Наиболее безопасным мочегонным препаратом является тиазидоподобный диуретик индапамид. Пациентам с АГ при наличии метаболических нарушений следует избегать комбинации БАБ и диуретика, так как оба препарата неблагоприятно влияют на липидный, углеводный и пуриновый обмен.

АГ и СД

Сочетание СД и АГ заслуживает особого внимания, поскольку оба заболевания существенно увеличивают риск развития микро- и макрососудистых поражений, включая диабетическую нефропатию, МИ, ИБС, ИМ, ХСН, периферических сосудистых заболеваний, и способствуют увеличению сердечно-сосудистой смертности.

Мероприятия по изменению образа жизни, особенно соблюдение низкокалорийной диеты, увеличение физической активности и ограничение потребления поваренной соли, должны быть максимально использованы, так как важную роль в прогрессировании СД 2-го типа играет ожирение. Уменьшение веса у пациентов с АГ и СД помогает дополнительно снизить АД и увеличить чувствительность тканей к инсулину. Антигипертензивная терапия у больных АГ и СД должна быть начата при высоком нормальном АД.

Для больных СД установлен целевой уровень АД менее 130/80 мм рт.ст. При высоком нормальном АД возможно достижение его целевого уровня на фоне монотерапии. Остальным пациентам, как правило, необходима комбинация двух и более антигипертензивных препаратов. Препаратами первого выбора являются БРА или иАПФ, так как для них доказан наилучший ренопротективный эффект. В качестве комбинированной терапии к ним целесообразно присоединять АК, агонисты имидазолиновых рецепторов, тиазидные диуретики в низких дозах, БАБ небиволол или карведилол. Учитывая больший риск возникновения ортостатической гипотонии необходимо дополнительно измерять АД в положении стоя. При лечении больных АГ и СД необходимо контролировать все имеющиеся у пациента ФР, включая дислипидемию.

Наличие диабетической нефропатии, в том числе МАУ, у больных АГ связано с очень высоким риском развития ССО. Для его снижения необходим строгий контроль АД на уровне < 130/80 мм рт.ст. и уменьшение протеинурии до минимально возможных значений. Наиболее эффективным классом антигипертензивных препаратов для профилактики или лечения диабетической нефропатии в настоящее время являются БРА.

АГ и ЦВБ

Снижение АД высоко эффективно как в первичной, так и вторичной профилактике МИ ишемического и геморрагического типов, даже у пациентов с высоким нормальным АД. Если роль снижения АД не вызывает сомнений, то для уточнения способности различных классов антигипертензивных препаратов снижать риск цереброваскулярных осложнений требуется проведение дальнейших исследований. Поэтому для снижения АД в настоящее время могут использоваться все классы антигипертензивных препаратов и их рациональные комбинации. Однако не следует применять антигипертензивные препараты, вызывающие ортостатическую гипотонию.

У больных, перенёсших ТИА или МИ, необходимо стремиться к снижению АД до 130/80 мм рт.ст. и менее. Для его достижения АД должно снижаться с использованием этапной

схемы снижения АД учётом индивидуальной переносимости, избегая эпизодов гипотонии. Особый контроль целесообразен в ночные часы.

В настоящее время нет убедительных данных о пользе снижения АД в остром периоде МИ. Антигипертензивная терапия в этом случае начинается после стабилизации состояния пациента через несколько дней от начала МИ. В популяционных исследованиях доказана взаимосвязь уровня АД и риском развития когнитивной дисфункции и/или деменции, а также то, что антигипертензивная терапия может отсрочить их появление.

АГ и ИБС

Контроль АД при ИБС имеет важное значение, поскольку риск развития повторных коронарных событий в значительной мере зависит от величины АД. При стабильной стенокардии и у больных, перенёсших ИМ, препаратами выбора служат БАБ, доказавшие свою эффективность в плане улучшения выживаемости больных. У больных с ИМ и АГ раннее назначение БАБ, иАПФ или БРА уменьшает риск смерти. У больных стабильной стенокардией могут использоваться пролонгированные АК и БАБ, а также рациональные комбинации антигипертензивных препаратов. Доказана эффективность применения блокатора рецепторов альдостерона для лечения АГ у больных после ИМ. При АГ в сочетании с ИБС следует избегать препаратов, вызывающих быстрое снижение АД, особенно если оно сопровождается рефлекторной тахикардией.

АГ и ХСН

У больных с застойной ХСН, преимущественно систолической, в анамнезе часто встречается АГ, хотя повышение АД бывает относительно редко. В качестве начальной терапии АГ при наличии застойной ХСН рекомендованы петлевые и тиазидные диуретики, иАПФ, БРА, БАБ и блокаторы рецепторов альдостерона. АК дигидропиридинового ряда могут быть назначены в случае недостаточного антигипертензивного эффекта или при наличии стенокардии. Недигидропиридиновые АК не используются из-за возможности ухудшения сократительной способности миокарда и усиления симптомов ХСН.

Диастолическая дисфункция ЛЖ выявляется практически у всех больных АГ, имеющих ГЛЖ, что часто сопровождается развитием сердечной недостаточности и ухудшает прогноз. В настоящее время нет доказательств преимущества какого-либо класса антигипертензивных препаратов у этих пациентов. При сохранной систолической функции ЛЖ и наличии диастолической дисфункции ЛЖ рекомендованы БРА и иАПФ.

АГ при поражении почек

АГ является решающим фактором прогрессирования ХПН любой этиологии, поэтому адекватный контроль АД замедляет её развитие. Особое внимание следует уделять нефропротекции при диабетической нефропатии. Необходимо добиваться жёсткого контроля АД < 130/80 мм рт.ст. и уменьшения протеинурии или МАУ до величин, близких к нормальным.

Для достижения целевого уровня АД при поражениях почек часто требуется комбинированная терапия, включая диуретик (при нарушении азотовыделительной функции почек – петлевой диуретик), а также АК. Для снижения протеинурии препаратами выбора служат иАПФ, БРА или их комбинация. У больных с поражением почек, особенно при СД, с учётом повышенного риска развития ССО часто показана комплексная терапия – антигипертензивные препараты, статины, антиагреганты и др.

АГ у женщин

Эффективность антигипертензивной терапии и польза от её применения одинаковы у мужчин и женщин. У женщин с АГ применение оральных контрацептивов, содержащих даже низкую дозу эстрогена, противопоказано из-за увеличения риска развития ИМ и МИ. Необходимо использовать только прогестерон-содержащие препараты, хотя доказательная база пока тоже недостаточна.

АГ и связанные с ней осложнения до настоящего времени остаются одной из основных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорождённого. Единого определения АГ при беременности не существует. В настоящее время предпочтительным является определение, основанное на оценке абсолютных уровней АД: САД $\geq$ 140 мм рт.ст. и ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст. Необходимо подтвердить повышенное АД как минимум двумя измерениями. Высокую диагностическую ценность имеет СМАД, особенно у женщин, имеющих ФР, ПОМ, СД или поражение почек. При оценке величины ДАД можно ориентироваться на 5-ю фазу тонов Короткова (исчезновение звуков). В случае сохранения тонов при снижении давления в манжете до 0 мм рт.ст. необходимо ориентироваться на 4-ю фазу (приглушение звуков).

Цель лечения АГ при беременности состоит в снижении риска для матери, однако одновременно назначаемые антигипертензивные препараты должны быть не только эффективными, но и безопасными для плода.

Целевой уровень АД для беременных < 140/90 мм рт.ст. Немедикаментозное лечение может быть использовано при АД 140-149/90-95 мм рт.ст. при активном наблюдении. В первые два триместра беременности противопоказаны к применению все антигипертензивные препараты, кроме метилдопы. В третьем триместре беременности возможно применение кардиоселективных БАБ и дигидропиридиновых АК. САД > 170 и ДАД > 110 мм рт.ст. у беременной женщины расцениваются как криз и являются показанием к госпитализации. Для пероральной терапии следует использовать метилдопу или нифедипин. Для купирования криза возможно кратковременное применение нитропрусида. Для лечения преэклампсии с отёком лёгких единственный препарат выбора – нитроглицерин. Применение диуретиков не оправдано, так как при преэклампсии уменьшается объём циркулирующей крови.

Строго противопоказано назначение иАПФ и БРА в связи с возможным развитием врождённых уродств и гибели плода.

АГ в сочетании с БА и ХОБЛ

Часто АГ ассоциируется с ХОБЛ и БА. В ряде случаев заболевания лёгких предшествуют развитию АГ. Препаратами выбора у таких пациентов служат БРА и АК. При ХОБЛ возможно назначение небольших доз некоторых БАБ – метопролола сукцината, бисопролола, небиволола, карведилола, иАПФ и диуретиков. Лекарственные средства, используемые для лечения бронхообструктивного синдрома, часто повышают АД. Наиболее безопасными в этом отношении являются ипратропиум бромид и ингаляционные глюкокортикостероиды.

АГ и СОАС

Синдром обструктивного апноэ во время сна – это состояние, характеризующееся периодическим спаданием верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением лёгочной вентиляции при сохранении дыхания дыхательных усилиях во время сна с последовательным снижением насыщения кислородом крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Наличие СОАС оказывает прямое отрицательное воздействие на сердечно-сосудистую систему, вызывая вазопрессорный эффект, эндотелиальную дисфункцию и оксидативный стресс, что ведёт к ещё большему повышению АД у пациентов с АГ и увеличивает риск развития ССО. Данный синдром часто сопутствует метаболическому синдрому и в настоящее время сочетание этих состояний принято обозначать как синдром Z. Ожирение – основной фактор риска развития СОАС, имеющийся у 50% тучных людей.

На наличие СОАС должны быть обследованы пациенты с АГ и ожирением с резистентностью к антигипертензивной терапии, имеющие недостаточное снижение или повышение АД в ночное время по результатам СМАД. Признаками, позволяющими заподозрить СОАС, являются: беспокойный, неосвежающий сон; учащённое ночное мочеиспускание; дневная сонливость; разбитость, головные боли по утрам; хроническая усталость; снижение памяти и внимания; громкий, прерывистый храп; остановки дыхания во сне; нарастание массы тела и снижение потенции. Для первичной диагностики СОАС можно использовать опросник «Epworth Sleepiness Scale». Информацию, достаточную для постановки диагноза и установления степени тяжести СОАС, позволяет получить кардиореспираторное мониторирование. Однако золотым стандартом остаётся полисомнографическое исследование. Для оценки степени тяжести СОАС рассчитывают индекс апноэ/гипопноэ за один час ночного сна. Лёгкое течение – от 5 до 15 приступов; течение средней тяжести – от 15 до 30 приступов и тяжёлое течение – более 30 приступов в час.

Лечение больных с СОАС включает в себя снижение веса у больных с ожирением, отказ от курения, отказ от приёма транквилизаторов и снотворных препаратов, мероприятия, направленные на обеспечение свободного носового дыхания, а также позиционное лечение (создание правильного положения головы по отношению к туловищу). Основным методом лечения больных с СОАС – создание постоянного положительного давления воздуха в дыхательных путях – CPAP (Continuous Positive Airways Pressure). При CPAP-терапии под давлением нагнетаемого воздуха расширяются и в дальнейшем не спадают верхние дыхательные пути.

Рефрактерная АГ

Рефрактерной или резистентной к лечению рассматривают АГ, при которой назначенное лечение – изменение образа жизни и рациональная комбинированная антигипертензивная терапия с применением адекватных доз не менее трёх препаратов, включая диуретики, – не приводит к достаточному снижению АД и достижению его целевого уровня. В таких случаях показано детальное обследование органов-мишеней, так как при рефрактерной АГ в них часто наблюдаются выраженные изменения. Необходимо исключить вторичные формы АГ, которые

служат причиной рефрактерности к антигипертензивному лечению. Неадекватные дозы антигипертензивных препаратов и их нерациональные комбинации также могут привести к недостаточному снижению АД. Рефрактерность АГ может быть связана с псевдогипертензией, например «гипертонией белого халата» или использованием несоответствующей по размеру манжеты. Основные причины рефрактерной к лечению АГ представлены в таблице 13. Тщательный анализ всех возможных причин рефрактерной АГ способствует рациональному выбору антигипертензивной терапии. Для контроля АД при рефрактерной АГ может потребоваться назначение более 3 антигипертензивных препаратов, хотя в настоящее время нет специальных исследований эффективности такой терапии. Однако доказано, что включение в комбинацию спиронолактона обеспечивает значительное дополнительное снижение АД.

Злокачественная АГ встречается редко. При злокачественной АГ наблюдается крайне высокое АД (> 180/120 мм рт.ст.) с развитием выраженных изменений со стороны сосудистой стенки, что приводит к кровоизлияниям и/или отёку соска зрительного нерва, ишемии тканей и нарушению функции различных органов. Переход АГ в злокачественную форму возможен при всех её формах, однако чаще это происходит у пациентов с вторичной или тяжёлой АГ. В развитии злокачественной АГ принимают участие различные нейрогормональные системы, активация их деятельности вызывает увеличение натрийуреза, гиповолемию, а также повреждает эндотелий и вызывает пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом в кровяное русло вазоконстрикторов и ещё большим повышением АД. Синдром злокачественной АГ обычно сопровождается симптомами со стороны центральной нервной системы, прогрессированием ХПН, ухудшением зрения, снижением массы тела, изменениями реологических свойств крови, вплоть до развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания или гемолитической анемии. Эффективное и своевременное лечение приводит к улучшению прогноза, тогда как при его отсутствии 50% пациентов умирают в течение первого года.

Наличие злокачественной АГ оценивается как тяжёлое неотложное состояние и требует снижения ДАД до 100-110 мм рт.ст. в течение 24 часов. Пациентам со злокачественной АГ показано лечение комбинацией из трёх и более антигипертензивных препаратов. Следует помнить о возможности избыточного выведения из организма натрия, особенно при интенсивном назначении диуретиков, что сопровождается дальнейшей активацией РААС и повышением АД. Большой со злокачественной АГ должен быть ещё раз тщательно обследован на предмет наличия вторичной АГ.

Диагностика и лечение вторичных форм АГ

Установить причину АГ удаётся лишь у небольшой части пациентов – 5-10% взрослых лиц, страдающих АГ. Скрининг больных с целью выявления вторичных форм АГ основывается на изучении анамнеза заболевания, физикальном обследовании и инструментально-лабораторных методах исследования.

Наличие вторичных форм АГ можно предположить при тяжёлой, быстро прогрессирующей АГ, резистентной к проводимой лекарственной терапии. В этих случаях необходимо проводить целенаправленное исследование для уточнения этиологии АГ.

АГ, связанная с патологией почек

Патология почек – наиболее частая причина вторичной АГ. УЗИ почек – неинвазивный метод, помогающий определить размер, форму, соотношение коркового и мозгового вещества почек, наличие обструкции в мочевыводящих путях и объёмных образований в почках. Метод позволяет диагностировать поликистоз почек, опухоли почек и судить о возможных структурных изменениях в чашечно-лоханочной системе. В настоящее время УЗИ позволяет реже использовать внутривенную урографию с введением контрастного вещества, способного оказать нефротоксическое действие.

Микроскопия мочевого осадка в общем анализе мочи помогает обнаружить эритроциты, лейкоциты, цилиндры, клетки эпителия. О патологии почек свидетельствует протеинурия. Определение относительной плотности мочи и концентрации креатинина в сыворотке крови позволяет судить о функциональном состоянии почек. Эти исследования являются скрининговыми и должны проводиться всем больным АГ. При наличии патологических изменений показано более детальное обследование: количественные и специальные методы исследования мочи, в том числе бактериологическое – посев мочи с количественной оценкой степени бактериурии, радиологические методы – ренография с раз-

дельным исследованием функции обеих почек. Важное диагностическое значение имеют КТ и МРТ почек. По показаниям выполняется биопсия почки.

АГ при поражении почечных артерий

Вазоренальная или реноваскулярная АГ – вторая по распространённости форма вторичной АГ, которая вызвана одно- или двусторонним стенозирующим поражением почечных артерий. Наиболее частой причиной вазоренальной АГ, особенно в пожилом возрасте, является атеросклероз почечных артерий – ~75% случаев. Фибромышечная дисплазия чаще поражает лиц молодого возраста и является второй по частоте причиной реноваскулярной АГ – 25%. Внезапное развитие или ухудшение течения АГ, резистентность к медикаментозной терапии – клинические проявления, позволяющие предположить наличие вазоренальной АГ. При стенозе почечных артерий примерно у 40% больных возможен систолический шум над брюшным отделом аорты, отмечается прогрессирующее снижение функции почек.

Важное диагностическое значение имеют инструментальные методы оценки асимметрии размеров, формы и функции почек, в частности УЗИ. Разница в размере почек, превышающая 1,5 см, – характерный признак вазоренальной АГ, однако указанную асимметрию можно обнаружить только у 60-70% больных. Дуплексное сканирование с цветовым доплеровским картированием почечных артерий позволяет выявить стенозы почечных артерий, особенно локализованные в устье сосуда. Чувствительность и специфичность метода во многом определяется опытом исследователя. С диагностической целью используются радиоизотопные методы исследования, позволяющие обнаружить асимметрию ренограмм, указывающую на стеноз почечных артерий. Информативным методом диагностики вазоренальной АГ является МР-ангиография; по некоторым данным, чувствительность этого метода превышает 95%. Высокоинформативный и чувствительный метод – спиральная КТ.

При признаках, позволяющих заподозрить стеноз почечных артерий, подтвердить диагноз можно методом брюшной ангиографии. Это исследование – золотой стандарт для диагностики стеноза почечных артерий. Ангиография противопоказана при непереносимости рентгеноконтрастных препаратов и при прогрессировании ХПН. Катетеризация почечных вен с исследованием соотношения активности ренина в плазме крови с обеих сторон и в нижней полой вене не является достаточной мерой чувствительным и специфичным и не может быть рекомендована для скрининга, но позволяет оценить функциональную значимость стеноза почечной артерии.

Основные методы лечения: медикаментозная терапия, ангиопластика и стентирование поражённых почечных артерий, традиционное хирургическое лечение. Длительная медикаментозная терапия при доказанном функционально значимом стенозе почечных артерий не может считаться оправданной.

В состав антигипертензивной комбинированной терапии включают АК, диуретики, могут также приниматься препараты, блокирующие РААС. Применение их противопоказано при двустороннем гемодинамически значимом стенозе почечных артерий или стенозе почечной артерии единственной почки. При атеросклеротической этиологии вазоренальной АГ присоединяется гиполипидемическая терапия, применяется в небольших дозах аспирин.

Феохромоцитома

Феохромоцитома – опухоль мозгового слоя надпочечников и хромаффинной ткани, редкая форма вторичной АГ (0,2-0,4% среди всех форм АГ). Исследование катехоламинов и их метаболитов в суточной моче используется для её диагностики: высокие показатели свидетельствуют в пользу феохромоцитомы. Если же при клинической картине, характерной для данного заболевания, эти показатели находятся на пограничном уровне или в пределах нормы, то показаны диагностические тесты: фармакологические с адренолитическими средствами, провокационные фармакологические, которые осуществляются в специализированных стационарах. При подтверждении диагноза феохромоцитомы необходимо уточнить её локализацию. В большинстве случаев это большие опухоли (размером от 1 до 15 см), и обнаружить их можно при УЗИ надпочечников и парааортальной области. Более чувствительным методом является КТ или МРТ.

Метод радиоизотопного сканирования с использованием метайодбензилгуанидина (MIBG) позволяет подтвердить функциональную активность феохромоцитом, выявленных в надпочечниках методами КТ или МРТ, диагностировать опухоли из хромаффинной ткани вненадпочечниковой локализации, а также метастазы, поскольку у 10% больных имеют место злокачественные феохромоцитомы. В некоторых случаях феохромоцитомы может быть составной частью наследственных синдромов: при синдроме множественного эндокринного аденоматоза типа II (МЭАН II), при болезни Гиппеля – Линдау, при нейрофиброматозе 1-го типа, а также при наследственной форме параганглиом. При подозрении на

(Окончание на стр. 10.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

наследственную форму заболевания рекомендовано проведение генетического исследования.

Хирургическое удаление феохромоцитомы – единственный радикальный метод лечения этого заболевания. Перед операцией для коррекции АД применяются α -адреноблокаторы, по показаниям в дальнейшем к ним могут быть присоединены БАБ. Монотерапия БАБ без достаточной блокады α -адренорецепторов может привести к резкому повышению АД.

Первичный альдостеронизм

При первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна) АД развивается на фоне гиперпродукции альдостерона аденомой коры надпочечников. Распространённость этого заболевания составляет 1-11%. У большинства больных наблюдается умеренная и тяжёлая АГ, резистентная к медикаментозной терапии. Характерными клиническими проявлениями являются: мышечная слабость, парестезии, судороги, никтурия. У части пациентов течение заболевания может быть малосимптомным. Сходные клинические проявления наблюдаются и при неопухолевых формах гиперальдостеронизма: в 70% случаев наблюдается гиперплазия коры надпочечников (идиопатический гиперальдостеронизм), реже – семейная форма гиперальдостеронизма I типа (гиперальдостеронизм, корригируемый глюкокортикоидами). У большинства (~80%) больных с аденомой или гиперплазией коры надпочечников избыточная секреция альдостерона сопровождается гипокалиемией – калий в плазме < 3,6-3,8 ммоль/л. Поэтому для скрининга больных с первичным альдостеронизмом используют определение содержания калия в плазме крови, а также наличие метаболических изменений по данным ЭКГ.

Для уточнения функционального состояния надпочечников исследуют концентрацию альдостерона и АРП. Предварительно отменяют лекарственные препараты, влияющие на эти показатели, в первую очередь БАБ, иАПФ, БРА, диуретики, спиронолактон. Для аденомы (альдостеромы) и гиперплазии коры надпочечников характерна низкая АРП и повышенная секреция альдостерона. АРП крови исследуется после 1-часовой ходьбы: показатели < 1нг/мл/час, свидетельствуют о низкой АРП. После скрининга больных с низкорениновой формой гиперальдостеронизма проводят дополнительные нагрузочные тесты для дифференциальной диагностики альдостеромы и гиперплазии коры надпочечников, поскольку тактика лечения этих форм АГ различна: больные с альдостеромой успешно лечатся хирургически, а больным с гиперплазией коры надпочечников показано медикаментозное лечение.

С целью дифференциальной диагностики применяют тест с 4-часовой ходьбой и другие нагрузочные пробы, направленные на стимуляцию или подавление показателей РААС; проводят пробу с дексаметазоном, которая позволяет выявить больных с редкой формой АГ – гиперальдостеронизм, корригируемый глюкокортикоидами. Диагноз этого заболевания подтверждается при генетическом исследовании – выявлении химерного гена, патогномичного для данного моногенного заболевания.

Для визуализации изменений в надпочечниках и уточнения стороны локализации опухоли выполняют КТ или МРТ. О гормональной активности выявленных в надпочечниках структурных изменений можно судить по результатам проведения флебографии надпочечников и раздельной катетеризации вен надпочечников с определением концентрации альдостерона в крови, оттекающей от правого и левого надпочечников. Функциональное состояние надпочечников можно оценить при радионуклидной визуализации с помощью меченого холестерина. Решение о тактике лечения принимается только после сопоставления структурных изменений надпочечников и их функциональной активности.

Хирургическое удаление альдостеромы у 50-70% больных приводит к нормализации или к значительному снижению АД. До хирургического удаления альдостеромы, а также у пациентов с двусторонней гиперплазией коры надпочечников принимают спиронолактон, при недостаточном гипотензивном эффекте возможно присоединение АК. У больных с семейной формой гиперальдостеронизма I типа проводят терапию глюкокортикоидами (дексаметазон), что приводит к нормализации АД и показателей РААС.

Синдром и болезнь Иценко – Кушинга

АГ диагностируется у 80% больных с синдромом Иценко – Кушинга. Диагноз заболевания при гиперсекреции глюкокортикоидов устанавливается на основании клинической картины заболевания (характерный внешний вид больного) и дополнительных лабораторных исследований. Для суждения о глюкокортикоидной активности коры надпочечников исследуют экскрецию суммарных 17-оксикортикостероидов в суточной моче, суточный ритм секреции кортизола и АКТГ. Для дифференциальной диагностики опухоли (кортикостеромы) или

гиперплазии коры надпочечников, опухоли гипофиза) решающее значение имеют функциональные пробы с дексаметазоном, АКТГ и др.

Для уточнения диагноза и выявления этиологии заболевания применяют методы топической диагностики: исследуют состояние гипофиза и надпочечников – КТ или МРТ, а также рентгенологическое исследование органов грудной клетки с целью обнаружения опухоли и её возможных метастазов; при злокачественных опухолях органов грудной клетки может иметь место АКТГ-эктопированный синдром. Методы лечения гиперкортицизма – в зависимости от установленной этиологии: хирургические, лучевые и медикаментозные.

Коарктация аорты

Коарктация аорты – врождённое органическое сужение аорты, чаще в зоне перешейки и дуги, относится к редким формам АГ. Для диагностики большое значение имеет повышенное АД на верхних конечностях при наличии нормального или пониженного АД на нижних. Пульсация на артериях нижних конечностей ослаблена, тогда как на лучевой артерии пульс не изменён. Выслушивается систолический шум на основании сердца и со спины, в левом межлопаточном пространстве. Диагноз подтверждается при ангиографии, МРТ. Лечение хирургическое.

АГ вследствие МС и/или СОАС

Наличие или отсутствие АГ не исключает у пациента с абдоминальным ожирением метаболического синдрома. При этом МС с его обязательным компонентом в виде инсулинорезистентности можно рассматривать как предиктор АГ. Нарушения дыхания во время сна также могут развиваться в рамках МС и быть его осложнением, с другой стороны, сам СОАС может приводить к метаболическим изменениям, таким как инсулинорезистентность, НТГ, дислипидемия, и способствовать развитию МС и АГ. Диагноз «метаболический синдром» в МКБ-10 отсутствует, поэтому в диагностическом заключении описываются все компоненты МС, имеющиеся у пациента.

Лекарственная форма АГ

К лекарственным средствам, способным повысить АД, относятся: стероидные и нестероидные противовоспалительные препараты, гормональные противозачаточные средства, симпатомиметики, кокаин, эритропоэтин, циклоспорины, лакрица. При опросе пациентов необходимо тщательно выяснять, какие препараты принимались ранее и в настоящее время.

Неотложные состояния

Гипертонический криз – это остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней.

Гипертонические кризы подразделяют на две большие группы – осложнённые (жизнеугрожающие) и неосложнённые (нежизнеугрожающие) ГК. В большинстве случаев ГК развивается при систолическом АД > 180 мм рт.ст. и/или диастолическом АД > 120 мм рт.ст., однако возможно развитие данного неотложного состояния и при менее выраженном повышении АД. У всех больных с ГК требуется быстрое снижение АД.

Осложнённый гипертонический криз сопровождается жизнеугрожающими осложнениями, появлением или усугублением поражения органов-мишеней и требует снижения АД, начиная с первых минут, в течение нескольких минут или часов при помощи парентерально вводимых препаратов. ГК считается осложнённым в следующих случаях:

- гипертоническая энцефалопатия;
- мозговой инсульт;
- острый коронарный синдром;
- острая левожелудочковая недостаточность;

Список сокращений и условных обозначений

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АПГ – антигипертензивные препараты
АК – антагонисты кальция
АКС – ассоциированные клинические состояния
АКТГ – адренокортикотропный гормон
АО – абдоминальное ожирение
АРП – активность ренина в плазме крови
БА – бронхиальная астма
БАБ – бета-адреноблокатор
БРА – блокатор рецепторов АТ1
ГБ – гипертоническая болезнь
ГК – гипертонический криз
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДЛП – дислипидемия
иАПФ – ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИКАГ – изолированная клиническая артериальная гипертензия
ИМ – инфаркт миокарда
ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка
ИМТ – индекс массы тела
ИСАГ – изолированная систолическая артериальная гипертензия
КТ – компьютерная томография
ЛЖ – левый желудочек сердца
МАУ – микроальбуминурия
МИ – мозговой инсульт
МРТ – магнитно-резонансная томография
МС – метаболический синдром
НТГ – нарушение толерантности к глюкозе

- расслаивающая аневризма аорты;
- гипертонический криз при феохромоцитоме;
- преэклампсия или эклампсия беременных;
- тяжёлая АГ, ассоциированная с субарахноидальным кровоизлиянием или травмой головного мозга;
- АГ у послеоперационных больных и при угрозе кровотечения;
- гипертонический криз на фоне приёма амфетаминов, кокаина и др.

Лечение пациентов с осложнённым ГК проводится в отделении неотложной кардиологии или палате интенсивной терапии кардиологического или терапевтического отделения. При наличии МИ целесообразна госпитализация в палату интенсивной терапии неврологического отделения или нейрореанимацию. АД должно снижаться постепенно во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца и почек, как правило, не более чем на 25% за первые 1-2 часа. Наиболее быстрое снижение АД необходимо при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5-10 минут, оптимальное время достижения целевого уровня САД 100-110 мм рт.ст. составляет не более 20 минут), а также при выраженной острой левожелудочковой недостаточности (отёк лёгких).

Пациенты с МИ, цереброваскулярными заболеваниями также требуют особого подхода, так как избыточное и/или быстрое снижение АД приводит к нарастанию ишемии головного мозга. В остром периоде МИ вопрос о необходимости снижения АД и его оптимальной величине решается совместно с неврологом индивидуально для каждого пациента.

Используются следующие парентеральные препараты для лечения ГК:

Вазодилататоры:

- эналаприлат (предпочтителен при острой недостаточности ЛЖ);
- нитроглицерин (предпочтителен при ОКС и острой недостаточности ЛЖ);
- нитропруссид натрия (является препаратом выбора при гипертонической энцефалопатии, однако следует иметь в виду, что он может повышать внутричерепное давление).

Бета-адреноблокаторы (пропранолол, эсмолол предпочтительны при расслаивающей аневризме аорты и ОКС).

Антиадренергические средства (фентоламин при подозрении на феохромоцитому).

Диуретики (фуросемид при острой недостаточности ЛЖ).

Нейролептики (дроперидол).

Ганглиоблокаторы (пентамин).

Неосложнённый гипертонический криз, несмотря на выраженную клиническую симптоматику, не сопровождается острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней (п. 9.1). При неосложнённом ГК возможно как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных лекарственных средств (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Для перорального приёма используют препараты с относительно быстрым и коротким действием: нифедипин (перорально либо сублингвально при отсутствии ОКС), каптоприл, клонидин, пропранолол, празозин. Лечение больного с неосложнённым ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнённом ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, при частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара.

Показания к госпитализации

Показаниями к госпитализации больных АГ служат:

- неясность диагноза и необходимость в специальных, чаще инвазивных, методах исследований для уточнения формы АГ;
- трудности в подборе медикаментозной терапии – частые ГК, рефрактерная АГ.

Показания к экстренной госпитализации:

- ГК, не купирующийся на догоспитальном этапе;
- ГК с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии;
- осложнения ГБ, требующие интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения: МИ, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшие нарушения зрения, отёк лёгких и др.;
- злокачественная АГ.

Партнёрские отношения с пациентами

Неотъемлемой частью мероприятий по длительной профилактике ССО у больных АГ должно стать повышение образовательного уровня пациентов. Если даже предположить, что для каждого конкретного больного АГ врач разработает идеальные программы медикаментозного и немедикаментозного воздействий, то провести их в жизнь будет весьма сложно при наличии его низкой мотивации к лечению. Врачу необходимо информировать больного АГ о факторах и заболеваниях, сопутствующих АГ, риске развития осложнений и рассказать о пользе медикаментозного и немедикаментозного лечения АГ. Все применяемые методы лечения и профилактики должны быть обсуждены и согласованы с больным. В начале лечения необходимо выяснить, каким методом немедикаментозной профилактики отдаёт предпочтение больной, и затем максимально их использовать. При выборе препарата для лекарственной терапии нужно учесть образ жизни пациента и постараться выбирать препараты, принимаемые раз в сутки. Желательно рекомендовать пациенту проводить самоконтроль АД дома. Все рекомендации, даваемые пациенту, должны быть ясными, чёткими и соответствовать его интеллектуальному уровню. Для большинства пациентов устных рекомендаций недостаточно, поэтому лучше продублировать их в письменном виде. Такие меры должны обеспечить осознанное участие больного в лечебно-профилактическом процессе и повысить его эффективность.

Заключение

Представленные рекомендации являются итогом работы большого числа научных работников, врачей, организаторов здравоохранения. Они основаны на опыте как наших зарубежных коллег, так и отечественных учёных.

В сжатой форме представлены современные взгляды на диагностику и лечение АГ. Этот документ призван служить ориентиром в потоке информации по проблеме АГ. Безусловно, личный опыт врача имеет очень большое значение при принятии решения в отношении конкретного больного, однако это решение не должно противоречить накопленному международному и российскому опыту, отражённому в настоящих рекомендациях.

Под редакцией заместителя генерального директора по научной работе Национального медицинского исследовательского центра кардиологии академика РАН Ирины ЧАЗОВОЙ.

ОЖ – образ жизни
ОКС – острый коронарный синдром
ОМ – органы-мишени
ОТ – окружность талии
ОХС – общий холестерин
ПОМ – поражение органов-мишеней
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
РЛЖ – радиус левого желудочка
САД – систолическое артериальное давление
СД – сахарный диабет
СКАД – самоконтроль артериального давления
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СМАД – суточное мониторирование артериального давления
СОАС – синдром обструктивного апноэ во время сна
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ССО – сердечно-сосудистые осложнения
ТГ – триглицериды
ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка
ТИА – транзиторная ишемическая атака
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФК – функциональный класс
ФР – фактор риска
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ХС ЛВП – холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС ЛНП – холестерин липопротеидов низкой плотности
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЦВБ – цереброваскулярные болезни
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭхоКГ – эхокардиография
MDRD – Modification of Diet in Renal Disease

Кризис миновал, больной идёт на поправку, однако до полного выздоровления ему необходима длительная реабилитация. Такой диагноз поставили российскому фармацевтическому рынку эксперты ведущих аналитических агентств в ходе очередного заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга, посвящённого подведению итогов развития рынка в первом полугодии 2017 г.

И туда, и сюда

По оценке компании ALPHARM, суммарный объём рынка (не включая БАД и дополнительный ассортимент) составил 570 млрд руб. и 2,5 млрд упаковок в натуральном выражении. К первому полугодию он показал прирост на 10%.

Основная интрига связана с развитием розничного сегмента. «С конца 2016 г. мы начали фиксировать двузначные приросты объёмов аптечных продаж. Эта тенденция сохранилась и в начале 2017 г., мы видели приросты в 16, 13, 11%, но к середине года темпы прироста возвращаются к однозначным значениям – 8%», – отметила генеральный директор компании ALPHARM Анна Ермолаева.

Государственный сегмент рынка характеризуется неровными динамиками: от – 28% до + 43% (из месяца в месяц меняются поставки лекарств по программе высокозатратных нозологий, в рамках федеральной и региональной льготы), но в целом за анализируемый период прирост составил 5%.

Структура фармрынка сохраняется, 70% – это сегмент ритейла, который показывает более высокие темпы роста в национальной валюте.

Объём аптечного рынка (ЛС, БАД, дополнительный ассортимент) аналитики оценивают в размере 546 млрд руб. «Он растёт быстрее, чем в целом фармацевтический рынок. Это свидетельствует о том, что растут объёмы БАД и дополнительного ассортимента», – прокомментировала А.Ермолаева.

Аптечный бизнес, несмотря на все катаклизмы, не теряет своей привлекательности. Аналитики отмечают рост аптек в количественном выражении. Сегодня в России работает более 61,8 аптечных учреждений (+7% к 2016 г.). Ещё одна тенденция последних 3 лет – консолидация этого сегмента рынка. ТОП-100 аптечных сетей (включая аптечные союзы и маркетинговые объединения) по итогам первого полугодия 2017 г. занимают 60% рынка.

Среди безусловных лидеров по приросту аптечных продаж – Ставропольский, Краснодарский края, Воронежская и Нижегородская области. В целом за анализируемый

Итоги и прогнозы

Полпути позади

Эксперты проанализировали основные тренды развития фармацевтического рынка



период ТОП-20 регионов консолидировали 65% розничного рынка.

Доля крупнейших игроков, входящих в ТОП-100 компаний, составляет порядка 70% объёма розничного рынка в национальной валюте. Наибольший прирост за анализируемый период показали ЛС для лечения желудочно-кишечного тракта (19%), дыхательной и сердечно-сосудистой систем (16 и 14% соответственно). При этом сегмент ОТС-препаратов рос быстрее, нежели рецептурных.

Тенденции к консолидации чётко прослеживаются и в дистрибьюторском сегменте: ТОП-10 компаний удерживают порядка 80% от общего объёма поставок ЛС.

В клиническом сегменте (стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения) по итогам первого полугодия 2017 г. отмечается отрицательная динамика (–11%). Аналитики прогнозируют, что такая тенденция сохранится до конца года. В структуре закупок большая доля (90%) приходится на стационары.

Что касается льготного сегмента, то именно в нём, по словам А.Ермолаевой, ярко прослеживается реализация программы импортозамещения. Наиболее подвержен этой тенденции сегмент высокозатратных нозологий (с 20% в 2014 г. до 62% в первом полугодии 2017 г.).

Анализируя целевой сегмент лекарственного обеспечения фарм-

рынка (в него входят федеральные и региональные целевые программы по ряду нозологий (гепатиты В и С, туберкулёз, сахарный диабет и т.д.), закупки ведомственных организаций), эксперт отметила положительную динамику роста, обусловленную, в том числе, сокращением числа больниц и увеличением дневных стационаров, которые не входят в госсегмент.

Согласно прогнозу ALPHARM, рост фармрынка в рублях в 2017 г. составит порядка 7-8%, розничный сегмент вырастет на 10%.

Всё спокойно

В свою очередь, генеральный директор аналитической компании DSM Group Сергей Шуляк считает, что предпосылок для кардинального изменения ситуации на рынке нет: «Мы фиксируем медленный рост фармацевтического рынка. Показатели немного выравниваются, но до предкризисных темпов ещё далеко».

В первом полугодии 2017 г. рынок показывал «спокойную динамику»: +14% в розничном сегменте, +11% в сегменте парфармацевтики и госсекторе. В целом рост рынка в рублях составил 13%.

Одна из особенностей анализируемого периода – снижение цен на ЛС, инфляция составила минус 2,3%. По мнению С.Шуляка, это связано с тем, что и аптеки, и дистрибьюторы бьются за своего

покупателя. Но по опыту, во втором полугодии на фоне роста заболеваемости растёт спрос на лекарства, появляется дефектура по сезонным препаратам, население становится менее чувствительным к их стоимости, и всё встаёт на свои места. «Однако, по нашим предположениям, инфляция по итогам текущего года не превысит инфляцию 2016 г.», – считает эксперт.

Несмотря на то, что в посткризисные годы рынок рос в рублях, в долларах он значительно «просел», что, безусловно, снижает его привлекательность со стороны инвесторов. По словам С.Шуляка, за последние 2 года в фарм-секторе не отмечалось крупных инвестиционных вливаний на локализацию производств. Тем не менее аналитик настроен весьма оптимистично и считает, что со временем российский рынок лекарств вернёт свои позиции и снова войдёт в ТОП-10 мировых фармрынков. Один из факторов, который будет этому способствовать, – стабилизация курса доллара и евро, которая отмечается в текущем году.

Ещё один тренд – снижение консолидации в сегменте производителей. Ведущие зарубежные компании постепенно сдают свои позиции, их доля в общем объёме рынка сокращается. Многие препараты выходят из-под патентной защиты и заменяются на рынке

отечественными дженериками и биоаналогами, сегодня они занимают уже 30% рынка. Во многом этому способствует не только развитие программы импортозамещения, но и трансформация ментальности потребителей, которые всё чаще отдают предпочтение продукции отечественной фармы.

По прогнозам DSM Group, объём российского фармацевтического рынка по итогам 2017 г. составит 1 трлн 461 млрд руб. при общем росте в рублях в 9%.

Положительный анамнез

Макроэкономическая ситуация в стране постепенно выравнивается. Тем не менее доходы населения ещё не вернулись на докризисный уровень, а с учётом того, что 70% потребления лекарств обеспечивается за счёт собственных средств граждан, не стоит ожидать быстрого восстановления фармрынка, считает старший менеджер по развитию бизнеса IMS-Health Россия&СНГ Антон Каляпин.

По оценке IMS-Health, за 7 месяцев 2017 г. российский фармрынок вырос в рублях на 13% и на 6% в упаковках. Розничный сегмент, считающийся основным локомотивом развития рынка, не показал за анализируемый период высоких темпов роста, на первые позиции поднялись госпитальный сегмент и сегмент региональной льготы. В частности, эта тенденция обусловлена увеличением бюджетного финансирования, прежде всего в столице. «В Москве происходит увеличение закупок орфанных препаратов и ряда других категорий ЛС, в результате чего по итогам 7 месяцев 2017 г. рост сегмента региональной льготы составил 38%», – пояснил аналитик.

В госпитальном сегменте такой тенденции не отмечается, его рост обусловлен перераспределением фаз закупок, особенно чётко она прослеживается в категории, которая включает антиретровирусные препараты, вакцины, препараты для лечения гепатитов.

Эксперт также отметил тот факт, что российские компании всё увереннее лидируют в развитии собственного производства. При этом речь идёт не только о сегменте дешёвых препаратов, но и среднего ценового сегмента. Согласно исследованию, проведённому IMS-Health, их вклад в рост фармрынка по итогам 2 последних лет составляет около 50%, притом что их доля на рынке не превышает 25%.

Что касается прогнозов на ближайшую перспективу, то они достаточно сдержанные. По данным IMS-Health, рост фармрынка по итогам 2017 г. составит не более 8% в рублях и 4% в упаковках.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

На контроле

В рамках межведомственного взаимодействия в период с 7 по 17 сентября 2017 г. территориальным органом Росздравнадзора по Москве и Московской области совместно с Отделом экономической безопасности и противодействия коррупции (ОЭБиПК) по Московской области были проведены мероприятия по борьбе с незаконным оборотом контрафактных, фальсифицированных и незарегистрированных лекарственных средств в сети Интернет.

Совместная операция по выявлению незаконной продукции была организована в новом, эффективном формате. Специалистами Росздравнадзора проводилась экспертиза заказанных в интернете и доставленных на дом курьером лекарств непосредственно в момент приобретения товара, что позволяло сотрудникам ОЭБиПК по Московской области оперативно принимать процессуальные реше-

Контрафакт заказывали?

Возбуждены первые уголовные дела за распространение через интернет фальсифицированных лекарств и БАД

ния в отношении курьеров и организаторов нелегальной продажи, а также определять места хранения лекарственных контрафакта.

Оперативная фиксация сделки по купле-продаже лекарств впервые позволила применить статью 6.33 КоАП РФ «Обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок» в отношении физических лиц. Напомним, что ранее правоприменительная практика касалась только юридических лиц.

По результатам составлены и направлены в суд три административных протокола (административная мера наказания влечёт наложение штрафа на граждан в размере от 70 до 100 тыс. руб.).

Также правоохранительными органами возбуждено два уголовных дела по ст. 180 ч. 3 УК РФ «Незаконное использование средств индивидуализации товаров (работ, услуг)» и 5 уголовных дел по статье 238.1 УК РФ «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий

и оборот фальсифицированных биологически активных добавок».

В связи с этим Росздравнадзор призывает граждан относиться ответственно к своему здоровью и приобретать только зарегистрированные лекарственные препараты в стационарных аптеках, имеющих соответствующую лицензию, и предупреждает юридические и физические лица об административной и уголовной ответственности за производство, сбыт и распространение незарегистрированных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств, сообщает пресс-служба ведомства.

Как показывает анализ, в настоящее время на территории Москвы и Московской области в противоправной деятельности по продаже контрафактных и фальсифицированных лекарственных средств участвуют более 1000 интернет-сайтов и групп в социальных сетях. По предварительным оценкам, оборот такой нелегальной торговли составляет от 350 до 600 млн руб.

Как правило, к продаже предлагаются фальсифицированные, незарегистрированные и не прошедшие клинические испытания лекарственные средства, произведённые на территории Турецкой республики, Китайской Народной Республики, Индии и ряда других стран для использования в косметологии, онкологии, лечения гепатита С, ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

Анна КРАСАВКИНА.

О значении слова в нашей жизни сказано немало, например: «Как ты яхту назовёшь, так она и поплывёт», «Правдивое слово – как лекарство: горько, зато излечивает». А в Новом завете мы находим: «В начале было Слово». О важности правильной терминологии неоднократно писал в «Медицинской газете» известный специалист в области физиотерапии профессор Н. Давыдкин и даже предложил говорить о явлении «терминологического терроризма» как о серьёзной угрозе. Это связано с тем, что при неправильном употреблении терминов многие проблемы тем самым декорируются и теряют свою остроту. Так постепенно затухает и молча угасает целое направление в здравоохранении – физиотерапия.

Настоящая медицина – природа!

Поступающий в ординатуру молодой врач на вопрос, что он запомнил по физиотерапии, обучаясь в вузе, ответил: «Я даже не помню, что она была, у нас преподавали медицинскую реабилитацию».

На страницах газет физиотерапию всё чаще вспоминают только в связи с медицинской реабилитацией. За последние 20 лет возникло ложное представление о том, что физиотерапия – это применение разнообразных лечебных аппаратов с целью лечения, и даже появился термин «аппаратная физиотерапия», которым достаточно активно стали пользоваться сторонние специалисты, в частности спортивные врачи и косметологи. В итоге некоторые стали считать, что физиотерапия применяется прежде всего в косметологии.

Ну а что такое курортология? Это, по мнению массового медицинского сообщества и просвещённых обывателей, самостоятельная медицинская специальность, и бог с ним, что курортные факторы – солнечные облучения, климат, лечебные грязи, вода, воздух – входят в классификацию лечебных физических факторов в подразделе «Факторы природные физиотерапевтические». Даже в научных статьях и руководствах подчёркивается, что «физиотерапия – область клинической медицины, изучающая лечебные свойства природных и искусственно создаваемых лечебных физических факторов и разрабатывающая способы их применения для лечения, профилактики и реабилитации». Так и хочется спросить коллег: это какие же искусственные факторы изучает физиотерапия, если в настоящее время к таковым в физиотерапии относятся только лазерное излучение? Между тем электромагнитное излучение, магнитные поля, электрический ток – это природные факторы, и о них знали уже в XVII-XIX веках. Аппаратура позволяет видоизменить (переформировать) эти природные (физические) факторы и подвести к организму человека. Простим коллегам заблуждение.

В современной физиотерапии выделяют 8 разновидностей физических факторов: электрическая энергия, магнитное поле, лучистая энергия, энергия воды, тепло, механическая энергия, изменённая воздушная среда, криотерапия. Воздействие климатом, энергией солнца, лечебными водами и грязями, теплом и изменённой воздушной средой составляют основу курортологии.

Физиотерапия – слово греческого происхождения, состоящее из 2 частей: φύσις (физис) – природа, θεραπεία (терапия) – лечение. Наука, изучающая явления

природы, называется физикой, а применение природных факторов с лечебной целью – физиотерапией. Первым физиотерапевтом в описываемой истории был греческий учёный Гиппократ. С целью лечения и профилактики он использовал лучи солнца, воду, воздух священных рощ. Настоящая медицина, говорил он, – это природа, которая лечит, а вся прочая медицина – лишь служанка природы. Несмотря на эпидемии, войны, природные катастрофы, человечество выжи-

положено начало практике систематической академической последипломной подготовке врачей по специальности «физиотерапия» не только в России, но и в мире в целом. И вот уже 130 лет физиотерапия стоит на страже здоровья наших соотечественников.

Превратилась в мелкий раздел медицины

Между тем физиотерапия вполне может разделить судьбу

«освоили» все направления практической медицины на кафедрах общемедицинского, терапевтического и хирургического профилей. Как правило, на академических кафедрах линейного медицинского университета изучают медикаментозную терапию, хирургическое лечение, инновационные методы диагностики и лечения, и иногда упоминается о физиотерапии и других методах, относящихся к «традиционной» медицине. Хочется особо подчеркнуть, что трудно

нами высших учебных заведений медицинского профиля 23 кафедры соответствующего направления носят название «кафедра медицинской реабилитации», и только в 9 вузах к корневому названию присоединена добавка «...и физиотерапии». Чаще фигурирует добавка «...и спортивной медицины, лечебной физкультуры».

Название «кафедра физиотерапии» как титульное отмечено в 7 университетах, а в 2 учреждениях сохранено название

Острая тема

Физиотерапии приказывает долго жить медицинская реабилитация

Целый «континент» в здравоохранении может исчезнуть, разделив печальную судьбу Атлантиды



Палитра возможностей в физиотерапии широка...

вало и шло к цивилизации благодаря именно природолечению.

Осознавая важность этого направления в медицине, первый ректор Императорского клинического института усовершенствования врачей, созданного в столице России Санкт-Петербурге, Э.Эйхвальд в 1887 г. решил создать кафедру физических методов лечения и нелекарственной терапии. Заведовать кафедрой был приглашён известный терапевт профессор В.Штанге. Врачам на кафедре преподавали основы нелекарственных методов лечения – водами и лечебными грязями, гальванизацией, лечебной физкультурой, степным кумысом. При этом природные факторы, составляющие основу дисциплины курортологии, врачи кафедры изучали в первую очередь. Только в советские времена, для того чтобы подчеркнуть значимость природных факторов в деле сохранения здоровья населения, курортологию искусственно обособили и выделили. Открытием кафедры физических методов лечения и нелекарственной терапии было

погибшей Атлантиды. Ведь в последние годы она как самостоятельная врачебная дисциплина и отрасль здравоохранения исчезает не только со страниц газет, но и в программе подготовки студентов медицинских вузов. Создана академическая студенческая дисциплина «медицинская реабилитация», на которую выделяется 108 часов, или 9 дней, на 6-м курсе. При этом на лекционный курс отведено 24 часа, на практические занятия – 36 часов и на самостоятельную подготовку столько же. В программе представлены следующие разделы: медицинская реабилитация, физиотерапия, курортология, рефлексотерапия, профилактика заболеваний, гомеопатия и фитотерапия. Физиотерапия рассматривается как рядовой мелкий раздел медицины, входящий в титульную специальность, именуемую медицинской реабилитацией.

Между тем медицинская реабилитация – это название врачебной специальности, которой на самом деле... нет! К 6-му курсу студенты практически

формализуемая дисциплина «медицинская реабилитация» (с трудно выявляемыми элементами физиотерапии) изучается на 6-м курсе, когда уже пройдены все клинические дисциплины.

Вызывает большие сомнения, что студенты поймут, в каких случаях и когда назначать нелекарственные методы, так как подготовка на первых 5 курсах додипломного образования нацелена на изучение тактики и практики лекарственной терапии, дающей быстрый терапевтический результат, но чреватой аллергическими, токсическими и иммунопатологическими осложнениями, развитием лекарственной устойчивости микроорганизмов при микробной этиологии заболеваний.

В итоге у завтрашних врачей откладывается в памяти некое общее впечатление о существовании глобальной дисциплины под названием «медицинская реабилитация». Говорящим фактом является результат лингвистического анализа наименований кафедр линейных медицинских вузов. Из 34 проанализирован-

«кафедра восстановительной медицины». Таким образом, физиотерапия и медицинская реабилитация выступают как синонимы.

Неужто живём в стране сплошных инвалидов?

Поэтому-то некоторые медицинские чиновники считают, что профилактика и лечение входят в реабилитацию. При необходимости сразу же ссылаются на зарубежный опыт, забывая, что 8 сентября отмечается Международный день физиотерапевта, а физиотерапия как наука и медицинская дисциплина существует и процветает за рубежом.

А ранняя реабилитация с подачи бывшего министра здравоохранения Т.Голиковой, начинается со второго дня уже в реанимации. И не важно, что профессионалы, в их числе директор Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко академик РАН А.Потапов, подчёркивают: больные, перенёвшие тяжёлую черепно-мозговую травму, инсульт, опасную операцию на мозге, первоначально нуждаются в лечении в условиях нейрореанимации. В сознание наших врачей активно внедряется миф о том, что реанимационная реабилитация есть активный процесс мультимодального воздействия, направленный на профилактику осложнений интенсивной терапии (ПИТ-синдром) в условиях мониторинга реабилитационного потенциала. Сказки Андерсена, да и только...

В то же время существует чёткое определение понятия «реанимация» – это совокупность мероприятий, направленных на восстановление резко нарушенных или утраченных жизненно важных функций организма. Под критическим состоянием следует понимать крайнюю степень различной, в том числе ятрогенной, патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержание жизненно важных функций (А.Зильбер, 1995), так как собственные компенсаторные механизмы оказываются несостоятельными. Ещё в 1984 г. С.Селезнёв предложил периодизацию травматической болезни: острая реакция на травму (до 2

суток); ранние проявления (до 14 суток); поздние проявления (свыше 14 суток), а далее уже – реабилитация. Чёткая периодизация травматической болезни позволяет определить оптимальные сроки начала реабилитационных мероприятий. Применение физических факторов в этот период также должно рассматриваться с позиций интенсивной терапии. При отсутствии резервов невозможно проводить реабилитацию!

Складывается впечатление, что уповать, где нужны и где не нужны реабилитационные мероприятия, стало просто модным трендом. Если хотите – хорошим тоном. Хотя о реабилитации наши соотечественники были наслышаны и в XX веке. В Санкт-Петербурге функционировали как реабилитационные койки поликлиника № 50 и больница № 40.

Несмотря на то, что реабилитация является самым дорогим и затратным направлением здравоохранения, всё делается для её агрессивно-активного внедрения в систему. Никто не пытается перевести слово реабилитация с латинского на русский язык: rehabilitation обозначает восстановление возможностей. Давайте-ка откроем вместе терминологический «ларец». Находим: медицинская реабилитация есть комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций поражённого органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Ещё раз обращаем внимание на формулировку: в процессе завершения остро развившегося патологического процесса. Да неужели же мы живём в стране сплошных инвалидов?

«Поставил электроды на ягодицы и ждёт эффекта»

От чиновников нередко слышишь: мероприятия, направленные на сохранение организма, будут значительно сокращать расходы на реабилитацию, что определит их экономическую рентабельность. Но физиотерапия как метод лечения в настоящее время не тарифицируется. В то же время грамотно составленные программы лечения с использованием физических факторов позволяют в 2-5 и более раза повысить эффективность лечения, а это – экономленные ресурсы.

Именно такие методы лечения позволили выстоять стране в период катаклизмов, в частности в лихие 90-е годы. Именно в это время на кафедре физиотерапии и курортологии Санкт-Петербургской академии последипломного образования была выполнена работа по применению физических факторов у пациентов с грибковыми заболеваниями кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, которые развиваются при иммунодефицитных состояниях. Выводы, полученные в ходе той работы, остаются актуальными до настоящего времени. Так,

было показано, что при лечении больных микозами различной локализации целесообразна комбинация фармакологической (антифунгальной) и нефармакологической (физической) терапии. Включение физических факторов в лечебный комплекс могло повысить эффективность лечения и значительно снизить дозу антифунгальных препаратов. Экспериментальные исследования позволили подтвердить фунгистатическое и фунгицидное действие на грибы рода Candida интегрального и селективного ультрафиолетового излучения различных длин волн, а также электрофореза цинка и меди. В то же время было показано, что электромагнитные поля (УВЧ, СМВ-, ДМВ-, КВЧ-диапазонов), оптический диапазон электромагнитных волн, магнитные поля, постоянный электрический ток и ультразвук могут использоваться в комплексной терапии микозов благодаря отсутствию стимулирующего влияния на рост и размножение грибов рода Candida. Научно обоснованные и разработанные методики применения электрофореза цинка и йода, баролазерной терапии и грязевых аппликаций рекомендовались в качестве новых эффективных способов лечения больных микозами.

В конце прошлого и в начале нового века появились новые направления в физиотерапии – лазерная и фотохромная терапия, транскраниальная электростимуляция, абдоминальная декомпрессия, аэрокрио-, гало- и терагерцевая терапия. Эти новые технологии значительно обогатили палитру возможностей в физиотерапии. Физиотерапия шагнула в реанимацию, операционные, в лечение острых состояний и тяжёлых заболеваний. За прошедшие годы были защищены диссертационные исследования по применению физиотерапии при вирусном гепатите, туберкулёзе лёгких, абсцессах висцерального черепа, черепно-мозговой травме, нарушениях мозгового кровообращения, последствиях родовой травмы. Применение узкополосного оптического излучения длиной волны 450 нм у больных с черепно-мозговой травмой тяжёлой степени со второго дня пребывания в реанимационном отделении привело к двукратному увеличению их выживаемости при сохранении в дальнейшем когнитивных функций. Изученная динамика гемодинамических, нейровегетативных и биохимических изменений позволила отметить более благоприятное течение компенсаторно-регенераторных механизмов в повреждённом мозге. Наконец, был разработан и научно обоснован способ лечения больных в остром периоде тяжёлой черепно-мозговой травмы (патент № 2010123243 от 07.06.2010). В физиотерапии появилось понятие «физиотерапия критических состояний».

Любой врач должен понимать, что здравоохранение представлено 3 направлениями: профилактикой, лечением и реабилитацией. И только путём их согласованного взаимодействия сохраняется самый важный потенциал страны – здоровые граждане. В то же время современное медицинское сообщество хорошо осведомлено о возможностях и достижениях хирургических методов лечения, современной медикаментозной терапии, но, как ни странно, меньше всего – о возможностях нелекарственных методов лечения, профилактики и реабилитации. Охват стационарных больных физиотерапевтическими методами лечения по Санкт-Петербургу в 2013 г. составил в среднем 30% при ко-

лебаниях от 8 до 98%, что определяется прежде всего отношением администрацией лечебного учреждения и лечащих врачей к данному виду лечения. Два года назад заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ Л.Печатников с экрана телевизора на всю страну изрёк: «А что такое физиотерапевт? Поставит электроды на ягодицы и ждёт эффекта», а вот «в Европе нет физиотерапевтических отделений».

Под силу дать стране здоровое поколение

Невзирая на растиражированные авторитетные полубрезгливые мнения в сторону физиотерапии, простой гражданин не принимает их на веру, и тогда летят тревожные письма в редакции СМИ. Вспомним статью группы родителей в газете «Московский комсомолец» «Физиотерапия просит пощады», где они подчёркивают, что физиотерапевтические методы особенно эффективны в детстве, и приводят примеры из собственного опыта. Действительно, в настоящее время в педиатрии физиотерапия используется с периода новорождённости при последствиях родовых травм, ДЦП, в травматологии и ортопедии. В детском санатории «Огонёк» Ленинградской области дети с успехом справляются без оперативного вмешательства с нарушением осанки, сколиозом. Значительные результаты отмечаются в лечении кожных заболеваний, патологии желудочно-кишечного тракта, лёгких. Именно физиотерапии под силу дать стране здоровое поколение.

Помимо активного участия непосредственно в лечебном процессе физиотерапия широко применяется в профилактических мероприятиях. Всем известно, что профилактика – это комплекс мероприятий, направленный на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранении причин заболевания, в том числе улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды. Доказано, что снижение освещённости в Северо-Западном регионе в зимний период в десятки и сотни раз способствует усилению дисплазии соединительной ткани в детстве, что ведёт к развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата в зрелые годы. В то же время если в 80-е годы прошлого столетия в городе на Неве функционировали 400 фотариев, то сейчас «живы» лишь единицы. Экономическая аргументация в пользу профилактики состоит в том, что увеличение доступности 5 профилактических услуг может предотвратить до 100 тыс. смертей в год. Экономический эффект от предупредительной медицины – возврат в среднем 3,48 долл. на каждый инвестированный доллар. Социальный эффект профилактики – это снижение временной нетрудоспособности на 25-30% (по наблюдениям в течение 3,6 лет).

Санаторно-курортное лечение, а по существу чистейшая физиотерапия (вода, грязь, воздух, солнечное излучение), в лечении хронических заболеваний уменьшает число их обострений в 2,6 раза, потребность в госпитализации снижается в 2,4 раза, временная нетрудоспособность сокращается в 2-3 раза, длительность временной нетрудоспособности уменьшается на 20-30%. (Из материалов одного из докладов нашего Минздрава на Госсовете России.)

В 80-е годы XX века каждое лечебное учреждение гордилось

своим физиотерапевтическим отделением. В Государственном ЦНИИ курортологии и физиотерапии Минздрава РСФСР на кафедрах физиотерапии учебных заведений разрабатывались новые методики, которые утверждались на уровне отраслевого министерства. Широко использовались методы физиотерапии с целью профилактики, лечения и реабилитации в детских лечебных и учебных заведениях. В Ленинграде работали центры реабилитации, где применяли наряду с физическими факторами методы эрготерапии, тренажёры, лечебную гимнастику, лечебное плавание, иппотерапию. Максимального расцвета достигло тогда санаторно-курортное лечение. В крупных городах страны концентрировались физиоцентры, не покладая рук, трудились городские и районные физиотерапевты. Функционировала чёткая схема, утверждения Минздравом, методических рекомендаций по новым методикам лечения. Регулярно проводились республиканские и всесоюзные съезды физиотерапевтов.

Однако с начала второго тысячелетия из перечня главных специалистов исчезает главный физиотерапевт, и ему на смену приходит главный реабилитолог. Такой специальности и рядовых специалистов, напомним, нет вообще, а главный специалист, как это ни парадоксально, есть...

Достоинства и преимущества не опровержимы

Но никого это не волнует. Как никого не тревожит до сих пор то обстоятельство, что в физиотерапии очень многие направления связаны с техникой безопасности, необходимостью тщательного контроля за аппаратурой, тщательным дозированием физических факторов и с соблюдением методик лечения. При всём при том, что реабилитацией занимаются чаще всего неврологи и кардиологи, которые очень слабо представляют себе предмет физиотерапии.

Будучи наряду с профилактикой и лечением одним из направлений здравоохранения (но не врачебной специальностью!), реабилитация в первую очередь ответственна за применение лечебных физических факторов, и только врачебный консилиум может составить правильную программу лечения. Считается, что некоторые методы физиотерапии, например электростимуляцию, может освоить парамедик, в частности социальный работник. Ну это равносильно утверждению о том, что каждая кухарка может управлять государством.

К сожалению, врачи-клиницисты в своём громадном большинстве не обладают полнотой знаний о возможностях физиотерапии, хотя возникает колоссальный спрос на информационные циклы, особенно среди врачей коммерческих структур. Врач-клиницист, по нашему мнению, должен хотя бы раз в 10 лет проходить обучение по физиотерапии. Тем более это актуально для преподавателей клинических дисциплин. Наша кафедра регулярно организует тематические конференции по проблемам применения инновационных методов и методик физиотерапии в различных областях клинической медицины. Имеющийся арсенал современной физиотерапевтической аппаратуры позволяет проводить профилактику и лечение с учётом этиологии и патогенеза заболевания, превалирования того или иного синдрома, индивидуальных особенностей пациента. Однако в амбулаторно-поликлинических учреждениях

в настоящее время функционируют спешно переименованные отделения реабилитации (сменили таблички). В учреждении, обязанном оказывать помощь при острых заболеваниях, в основном занимаются пациентами, перенёсшими ОНМК, инфаркт миокарда, операции коронарного шунтирования, операции на суставах. И прежде всего это обусловлено наличием тарифов на реабилитационную помощь при острых заболеваниях, в основном занимаются пациентами, перенёсшими ОНМК, инфаркт миокарда, операции коронарного шунтирования, операции на суставах. И прежде всего это обусловлено наличием тарифов на реабилитационную помощь при острых заболеваниях, в основном занимаются пациентами, перенёсшими ОНМК, инфаркт миокарда, операции коронарного шунтирования, операции на суставах.

С внедрением в клиническую практику таких высокоэффективных лекарственных средств, как антибиотики, гормоны, противовирусные препараты, в том числе активных антитренировочных средств, нейрорепараторов, иммуномодуляторов, цитокинов и многих других, существенно расширяются возможности лечения различных заболеваний. Однако с ростом эффективности лекарственных средств сужается спектр их терапевтического действия и увеличивается риск осложнений лекарственной терапии. В среднем современная лекарственная терапия сопровождается осложнениями у 19-33% больных, до 8% людей госпитализируются по поводу лекарственных осложнений, у 2-3% с медикаментозными осложнениями неправильное лечение может закончиться летальным исходом. Только в США, по данным J.Johnson (1995), от осложнений лекарственной терапии ежегодно погибают 140 тыс. человек, а 2,1 млн ощущают ухудшение состояния в связи с приёмом лекарств. Затраты, связанные с осложнением лекарственной терапии в США, в 1995 г. составили 76,6 млрд долл.

Побочные эффекты лекарственной терапии обостряют интерес к альтернативным методам лечения и в первую очередь к физиотерапии. Значительную роль здесь играют преимущества физических методов лечения. Они существенно расширяют диапазон методов лечебного воздействия и повышают терапевтическую эффективность проводимых лечебных мероприятий в 3-5 и более раз. При этом, как правило, отсутствуют побочные реакции со стороны других органов и систем. Отмечено потенцирование действия большинства лекарственных препаратов. Немаловажным преимуществом является неинвазивность проводимых лечебных процедур. К достоинствам физических методов лечения относится возможность их широкого применения для целей профилактики и реабилитации.

Не будет лишним высокопарно заметить, что физиотерапия – это достояние российского народа, и наша задача сохранить и преумножить её достижения.

Вера КИРЬЯНОВА,
заведующая кафедрой
физиотерапии и медицинской
реабилитации Северо-Западного
государственного медицинского
университета им И.И.Мечникова,
главный специалист
по физиотерапии Комитета
по здравоохранению
Санкт-Петербурга,
президент Санкт-Петербургской
ассоциации физиотерапевтов,
доктор медицинских наук,
профессор.

Александр МАКСИМОВ,
доцент кафедры физиотерапии
и медицинской реабилитации
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И.И.Мечникова,
кандидат медицинских наук.

Санкт-Петербург.

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.

Исследования

За циркадные ритмы

Нобелевской премии по медицине и физиологии за 2017 г. удостоились Джеффри Холл, Майкл Розбаш и Майкл Янг за исследования молекулярных механизмов, отвечающих за циркадные ритмы, – биологические часы с периодом 24 часа.

Циркадные ритмы представляют собой циклы различных биологических процессов, связанные со сменой дня и ночи. В 1984 г. Холл и Розбаш, работавшие в то время в Брандейском университете в Бостоне, а также Янг из Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке,

работая с плодовыми мушками, выявили ген *period*, который задаёт ход биологическим часам. Он кодирует белок PER, который накапливается в организме в течение ночи и разрушается днём. Таким образом, уровень белка осциллирует в ходе 24-часового цикла.

Учёные предположили, что PER ингибирует активность гена *period*, формируя отрицательную обратную связь. В этом механизме участвует второй ген – *timeless*, кодирующий белок TIM. Последний связывается с PER, и образовавшийся комплекс попадает в ядро клетки, где блокирует соответствующую ДНК. За

деградацию PER отвечает белок DBT, который кодируется геном *doubletime*, обнаруженным Майклом Янгом.

10 декабря 2017 г., в день смерти Альфреда Нобеля, в Стокгольме состоится официальная церемония награждения. Премию лауреатам вручит король Швеции Карл XVI Густав. Сумма денежного вознаграждения в этом году составит около миллиона долларов (на всех лауреатов премии по медицине и физиологии).

Павел АЛЕКСЕЕВ.

По сообщению Reuters.

Тайное и явное

В отставку с позором...

Президент США Дональд Трамп назвал позором ситуацию, возникшую вокруг дела о подозреваемом в растрате госсредств экс-министре здравоохранения и социальных служб страны Томасе Прайсе. Отправленный первым из министров в отставку, экс-глава Минздрава обещал возместить бюджету потраченные на свои перелёты средства.

«Мне не нравится, когда такое происходит. И я думаю, это позор, ведь как человек Томас Прайс очень хороший», – цитирует ТАСС слова Трампа, который признался, что скандал с бывшим министром здравоохранения страны его очень расстроил и вызвал недовольство. Американский лидер отвечал на вопросы журналистов на лужайке Белого дома перед отъездом в свой гольф-клуб в Бедминстере (штат Нью-Джерси). Стенограмму

подхода президента к прессе распространил Белый дом.

Ранее издание Politico сообщило, что министр здравоохранения США 26 раз воспользовался частными чартерами, что обошлось федеральному бюджету в 300 тыс. долл. Прайс летал по служебным целям, навещая при этом своих родственников и друзей. Позднее в ходе проверки выяснилось, что часть рейсов, которыми летал министр, были международными. В результате вероятная сумма бюджетных расходов выросла до 1 млн.

«Мы экономим огромные суммы денег, сотни миллионов долларов <...>. Поэтому мне не нравится, когда такое происходит», – отметил Трамп на просьбу прокомментировать ситуацию с бывшим руководителем ведомства. Президент США добавил, что власти займутся проблемой использования чиновниками самолётов в личных целях за счёт бюджета.

Грани

Удивительно, но смертельно больные люди редко впадают в уныние. Об этом свидетельствуют американские эксперты. Они исследовали посты в социальных сетях, написанные смертельно больными людьми. Учёных в особенности интересовали последние слова умирающих.

Несмотря на скорый уход

Выяснилось, что умирающие люди редко страдают от тревоги в последние дни жизни. Напротив, в анализировавшихся постах эксперты выявили умиротворённость и любовь.

Комментирует известный в США медицинский психолог профессор Курт Грей: «Смерть у нас ассоциируется в основном с грустью и ужасом. Но люди невероятно адаптивны, как физически, так и эмоционально. Чем ближе к порогу смерти, тем чаще в мыслях и словах умирающих проскальзывают

темы религии, беспокойства о семье. Очень часто на пороге смерти люди говорят о любви».

В пример приводится пост одного из умирающих пациентов: «Воду и питательные вещества я теперь получаю только через капельницу – кап, кап, кап. Любое движение я не могу сделать без посторонней по-

мощи. Но я окружён такой любовью и заботой, что ощущаю готовность к следующему шагу».

В сообщении другого человека говорится: «Я ни о чём не жалею – у меня была насыщенная жизнь. Мне были дарованы чудесные друзья и семья. Поэтому если это последний для меня урок, то главный вывод из него я сделал. Любовь – это величайший дар. Любовь и честность».

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Reuters.

Ну и ну!

Не позволяй мозгам лениться!..

Оказалось, что любители разгадывать кроссворды или другие загадки отсрочивают возрастные изменения когнитивных способностей.

Так, британские учёные выяснили, что люди, которые любят разгадывать кроссворды или другие головоломки, дольше сохраняют молодость мозга. Такие люди в пожилом возрасте чаще сохраняют прекрасные когнитивные способности.

Учёные решили выяснить, как любовь к головоломкам связана со вниманием, логикой и памятью. Выяснилось, что пожилые люди, которые часто разгадывают кроссворды, лучше справляются с задачами на грамматику и кратковременную память, показывая результаты как в возрастной группе на 10 лет моложе. Кроме того, они справлялись с тестом на 15% быстрее, чем их ровесники, которые не разгадывали кроссворды.

Герман АКОДИС.

По сообщению EurekAlert!

Ситуация

Каждая третья беременная страдает «манией УЗИ» и тем самым потенциально вредит своему нерождённому ребёнку. Врачи в США и Великобритании, например, советуют проводить сканирование в 12 и 20 недель, чтобы следить за развитием ребёнка. Но новое исследование показывает, что треть будущих матерей делают дополнительное платное УЗИ.

зналась, что оплачивает 10 или более дополнительных УЗИ – это более одного раза в месяц во время беременности.

В сумме это приводит к тому, что мамы тратят миллионы фунтов стерлингов без медицинских причин. Частное УЗИ в Британии стоит от 35 до 1000 фунтов стерлингов за пакет услуг, но многие клиники предлагают скидки и ваучеры на разных сайтах, чтобы привлечь клиентов. По подсчётам

Тариф на мнительность

Ультразвуковое исследование может быть опасно для неродившихся младенцев, и врачи предупреждают об этом беременных женщин. Но тем не менее «эпидемия УЗИ» только растёт. Опрос, проведённый среди 2 тыс. мам показал, что треть будущих матерей платит за дополнительное УЗИ из-за беспокойства развития своих младенцев.

Они признались в том, что хотят проверить своего ребёнка без каких-либо медицинских оснований. Два дополнительных УЗИ оплачивает 20%, три и больше – 18%. Каждая 50-я беременная при-

аналитиков, рынок услуг УЗИ в год оценивается в 42 млн (54 млн долл.).

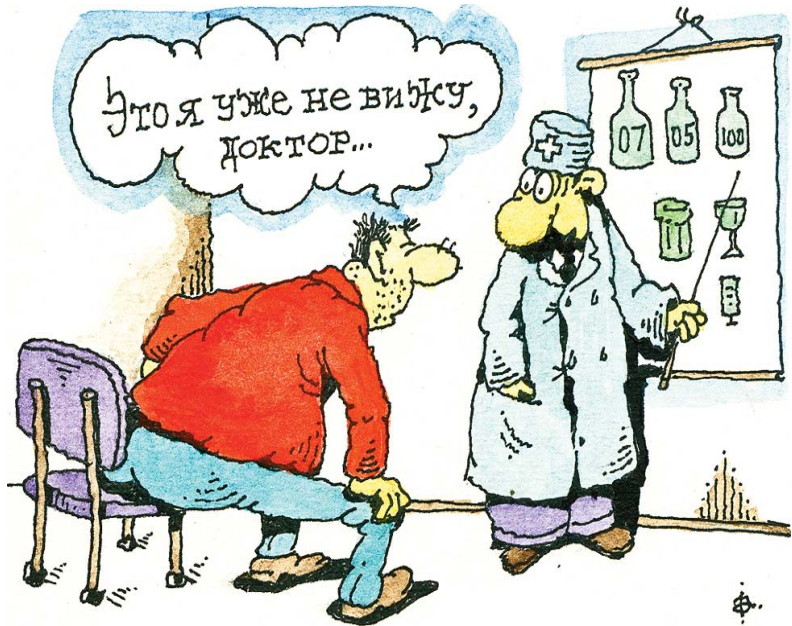
При этом некоторые клиники предлагают исследование продолжительностью более 30 минут, что противоречит медицинским рекомендациям. Многие используют незарегистрированное оборудование, что может привести к проблемам со здоровьем малыша. Медики заявляют, что любые УЗИ, кроме рекомендованных, должны проводиться только по клиническим показаниям.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению CNN.

Ракурс

Невидящих станет больше



Чаще всего с проблемами катастрофического ухудшения зрения сталкиваются пожилые люди. Сейчас в мире насчитывается 36 млн слепых людей, уже к 2050 г. эта цифра может достигнуть невероятных высот.

К таким выводам пришли авторы исследования, опубликованного в журнале Lancet. В основном потеря зрения угрожает людям преклонного возраста. Наиболее высокий процент слепых – в странах Южной Азии и субэкваториальной Африки.

В настоящее время количество людей с нарушениями зрения сокращается. Но поскольку численность населения Земли неуклонно растёт, а само население стареет, учёные предсказывают, что количество людей, теряющих

зрение, будет только увеличиваться. Анализ данных из 188 стран показывает, что в мире сейчас более 200 млн человек страдают от проблем, связанных с ухудшением зрения. К 2050 г. их число вырастет до 550 млн.

«Даже незначительные проблемы со зрением могут оказывать существенное влияние на жизнь человека, – рассказал один из авторов исследования профессор Руперт Бурн. – Это является ограничением их независимости. Например, невозможность водить машину».

Авторы исследования призывают правительства вкладывать больше средств в профилактику и лечение глазных заболеваний, например той же катаракты.

Юлия ИНИНА.

По сообщению ВВС.

Словосочетание «скорая помощь» встречается в текстах медицинской тематики с начала XX века. Его возникновению предшествовало появление такой реалии, как станция скорой помощи, устроенной по инициативе доктора Яромира Мунди первоначально в Австро-Венгрии после пожара 8 декабря 1881 г., а именно в венском Ринг-Театре.

Служба перевозки больных и сумасшедших из домов в госпитали и больницы была введена только с января 1887 г. Перевозка больных – дело новое – была встречена разнo; случались нападки и неудовольствия: чрезмерное требование публики, враждебность больниц, интриги врачей. (Ю.Янсон, Венское добровольное общество подания помощи, 1888). При станции с 1886 г. имело место ночное дежурство врачей, единственное в Вене.

Позднее, вследствие в высшей степени плодотворной деятельности в Австро-Венгрии Венского спасательного общества, уже на территории Российской Империи удалось открыть целый ряд станций скорой медицинской помощи. По инициативе графа Константина Пржедзецкого было устроено по его же приглашению первое учредительное собрание 17 января 1896 г. в Варшаве.

Словосочетание «скорая медицинская помощь» впервые появляется в текстах документов в 1897 г. Именно тогда К.Пржедецким в Варшаве создаётся Общество скорой медицинской помощи. (Отчёт о деятельности Общества скорой медицинской помощи в Варшаве за 1897, 1898, 1899 гг.). Словосочетание «скорая медицинская помощь» мы можем найти в «Уставе Общества скорой медицинской помощи в гор. Варшаве».

После организации Общества скорой медицинской помощи в

польской столице её примеру последовали города Лодзь, Вильна, Киев, Одесса, Харьков, Тифлис, Москва и Рига.

Письменных упоминаний о специализированном медицинском транспорте предостаточно. Например:

«Карета скорой медицинской помощи играет весьма важную роль в жизни и деятельности общества того же наименования.

Былое

Скорая помощь: первые шаги

Примеру Варшавы последовали Лодзь, Вильна, Киев, Рига...

Что же касается до устройства такой кареты, то она, будучи предназначена для подания скорой помощи больным и раненым, имеет различное устройство и оборудование. Наиболее простые из них предназначены только для перевозки пострадавших; устройство их поэтому незатейливо; это простые фуры, где больные сидят на скамьях, по нужде могут и лежать, для чего имеются откидные лавочки или же носилки. Такие фуры могут быть сопровождаемы фельдшерами или опытными санитарями, у которых в запасе имеются кое-какие лекарственные вещества в очень малом количестве и весьма несложные, вроде валерьяновых капель, нашатырного спирта, камфоры, эфира и т.п.» (И.Оболенский, Скорая медицинская помощь и её организация в городе Харькове, 1910).

мощи» и «Музей скорой медицинской помощи». В каких контекстах звучали эти сочетания слов?

«Станции скорой помощи во всех остальных русских городах и в большинстве зарубежных содержатся на средства особых «обществ скорой медицинской помощи», пользующихся большой популярностью и поддержкой населения». (Несчастные случаи и подача помощи потерпевших от них. Станции скорой медицинской помощи, их задачи, устройство и деятельность, 1908).

«Музей скорой медицинской помощи возник вместе с основанием Общества скорой медицинской помощи в Киеве в 1902 г. Выставленные здесь для обозрения предметы, как то: орудия, оружие, препараты и пр., собирались врачами общества при подаче скорой помощи за промежуток времени

с 1902 по 1913 г. и представляют только часть музея. Коллекция даёт наглядное представление о разнообразной деятельности врачей скорой помощи с одной стороны, с другой же ярко иллюстрирует, каким только случаям не подвергается каждый из нас в нашей повседневной жизни». (Каталог Музея общества скорой медицинской помощи в Киеве, 1913).

В дальнейшем словосочетания «общество скорой медицинской помощи», «станция скорой помощи» стали подвергаться редукции: «Особенного внимания заслуживает в 1900 г. крушение поезда на полотне Венской железной дороги с 40 жертвами тяжело пораненными. Общество было вызвано к этому несчастному случаю 1 июля в 10 часов 55 минут утра, спустя 20 минут (4 версты) уже поспели 3 врача общества с секретарём правления во главе, в течение следующего часа приехали ещё 6 врачей, в 1 часу по пол. можно уже было экстренными поездами перевести больных в Варшаву, а в 3 часа пополудни исключительно силами общества все были доставлены домой или в больницы». (Отчёт о деятельности Общества скорой медицинской помощи в Варшаве за 1900 г.).

«Как только дежурный врач получит требование «Скорой помощи» и путём известных вопросов убедится, что несчастный случай действительно произошёл и нужна медицинская помощь, он даёт сигнал, и к подъезду подаётся карета с санитарями. Врач выходит и уже через 20-30 секунд выезжает». (Несчастные случаи и подача помощи потерпевших от них. Станции скорой медицинской помощи, их задачи, устройство и деятельность, 1908).

Из энциклопедических источников наиболее точным оказывается определение, данное в Большой советской энциклопедии (1945): Скорая помощь – «медико-санитарная организация, имеющая задачей оказание первой медицинской помощи при несчастных случаях и при внезапных, угрожающих жизни заболеваниях, а также транспортирующая больных и рожениц в соответствующие лечебные учреждения».

В Энциклопедическом словаре медицинских терминов (1982-1984) отмечены две многокомпонентные единицы, включающие в свой состав словосочетание «скорая помощь»: врач скорой помощи – «специалист, подготовленный по вопросам оказания экстренной медицинской помощи при внезапных заболеваниях (состояниях) и несчастных случаях на месте происшествия»; станция скорой и неотложной медицинской помощи – «лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для экстренного оказания внебольничной помощи населению при внезапных заболеваниях (патологических состояниях) и несчастных случаях, а также для срочной транспортировки больных и рожениц в стационар».

Наталья СКРЯБИНА,
библиограф фундаментальной
библиотеки Военно-медицинской
академии им. С.М.Кирова
Минобороны России.

Далёкое – близкое

В польском городе Ченстохове состоялась международная научная конференция «Человек, вера, культура», приуроченная к столетию Октябрьской революции в России. В ней приняли участие филологи, медики, философы, теологи, историки Польши, России, Украины, Белоруссии, Германии, Франции, Великобритании, Чехии и Китая.

Роковой конфликт

Конференция началась впечатляющей епископской Святой мессой у чудотворной иконы Божьей матери в часовне Ясногорского монастыря XIV века. Представление о значимости и популярности этого места подчёркивается 6 млн верующих из всех католических стран Европы, которые ежегодно посещают Ченстохову, чтобы поклониться Марии и попросить у неё исцеления. Надо на коленях обойти алтарь с чудотворной иконой. Золотые и серебряные сердца, глаза, руки, другие органы и части тела занимают все стены от пола до потолка и свидетельствуют о наблюдавшихся эффектах.

В Академии им. Яна Длugoша прозвучали научные доклады. С человеком и окружающим миром неразрывно связаны понятия «эволюция» и «революция». Эволюция предполагает постепенность изменений обычно с предсказуемым надёжным и полезным результатом. Революция предполагает острое изменение ситуации с неясными итогами независимо от её целей.

Революции бывают во всех сферах деятельности человека – научные, технологические, языковые, культурные, сексуальные и т.д. и т.п.

На конференции речь шла о политических революциях, цель

Судьбы врачей в зеркале Октябрьской революции



Ясногорский монастырь

которых – смена существующего строя. Где бы и когда бы они ни происходили, эти революции имеют общие радикалы – насилие и беззаконие.

Дети расстрелянных

Нами были изучены судьбы двух учёных Института нейрохирургии, оба по фамилии Смирновы, отцы которых были священнослужителями.

Николай Смирнов – крупный невролог, создатель синдромотологии и топической диагностики аневризм и артериовенозных мальформаций головного мозга. Фронтоник, коммунист, общественный деятель. Трижды избирался депутатом Московского совета. Его отца, сельского священника Александра из села Чемоданово, что теперь в Липецкой области, сначала отправили

в ссылку, а в 1938 г., когда сыну шёл 14-й год, расстреляли; после смерти Сталина реабилитировали «за отсутствием состава преступления».

Николай Александрович искренне служил партии и советской власти, делая их своими человеческими качествами и порядочностью привлекательными. Сейчас ему идёт 93-й год. Не тяжёлая жизнь семьи без кормильца (это он простил), а всё чаще посещающие раздумья о несправедливости по отношению к верующему человеку и честному труженику – незаживающая рана ветерана.

Леонид Смирнов (1889-1955) – выдающийся патолог, основоположник нейроморфологии, профессор, член-корреспондент АМН СССР, фронтовик-доброволец, защитник Сталинграда, орденноносец, партийный функционер, скрывал, что его отец – протоиерей Иосиф – 15 был расстрелян в 1918 г. как враг Советской власти за препятствование реквизиции ценностей своего Богородице-Рождественского храма в городе Солигаличе на окраине Костромской губернии. Вступая во Всесоюзную коммунистическую партию (большевиков), Леонид Иосифович сообщил, что он сын священника, учился в духовном училище и духовной семинарии, но утаил правду о судьбе отца. Профессора Смирнова можно понять – сообщи он это, его профессио-

нальная карьера была бы невозможна, а сам он наверняка был бы репрессирован, как и его семья. И когда на него в 1953 г. была написана гнусная анонимка, боясь, что в ходе её расследования это может всплыть, Леонид Иосифович предпочёл от него отказаться. Вследствие тяжёлых переживаний здоровье учёного было подорвано, и вскоре он скончался.

А в 2000 г. юбилейный Архиерейский собор Русской православной церкви отнёс отца учёного протоиерея Иосифа Смирнова к общецерковнопочитаемым священномученикам.

Не подводя итогов

Тема «Вера и революция» – глубокая и бесконечная. К сожалению, к революциям, как правилу, не приложимо понятие «толерантность».

А всегда, когда она отсутствует, неизбежны кровавые последствия революции, невидя на её благие намерения. Аналогична ситуация и в межнациональных, и в межконфессиональных и многих иных отношениях.

Международная конференция в Ченстохове – ещё один шаг в анализе и понимании политических революций. Может быть, он будет способствовать очеловечиванию переворотов и смен общественного строя.

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

**Национальный медицинский
исследовательский
центр нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.**

Так случилось, что мать с отцом расстались, когда мне не было и пяти. Визуально в моей памяти он сохранялся в соответствии с чёрно-белой послевоенной фотографией. В военно-морском кителе без погон, с двумя орденами Красной звезды. Немыслимо молодой и серьёзный.

По мере моего взросления постепенно открывались какие-то факты о нём, исключительно в уважительном тоне. Мне не выдумывали щадящих историй, почему папа теперь не с нами. В положенное для детской психики время я узнал, что живёт он теперь далеко, очень далеко, на Дальнем Востоке, где-то в тайге, работает на биологической станции. Сами понимаете, приехать в таких географических условиях в отпуск повидать сына – дело почти невозможное. В положенное же время у меня появились во Владивостоке два младших братика. С которыми как-то даже одно время намечалось совместное путешествие по Волге в летние каникулы, но которое, к моему огорчению, так и не состоялось. Алименты же платились исправно, недостатка в мужском воспитании благодаря деду по материнской линии я не испытывал. Так и дозрел до юности в чине курсанта высшего военного училища.

Драю как-то раз в субботу полы в казарме, строю планы на увольнительную в воскресенье. Вдруг подходит старшина с бланком отпускового билета:

– Так, быстро переодеваться! Увольнение до утра понедельника, на проходной отец ждёт.

– Чей отец? – опешил я.
На меня посмотрели как на идиота.

От казармы до проходной метров триста. Всё это время меня занимает одна мысль: наверняка в скверике у проходной, где лавочки всегда полны родственников, друзей и курсантских подруг, и сегодня достаточно народу. Ну и как я отца узнаю? Четверть века, прошедшие с момента фотосъёмки, не могли его не изменить. К тому же к такого рода встрече экспромтом я никак не готовился. Да и карточку, если честно, на груди не носил. Глупая ситуация.

Он узнал меня первым. Встал со скамейки, улыбаясь, пошёл навстречу:

– Юра?

Потом было знакомство с братьями, два дня удивительно сумбурной и увлекательной программы отдыха и общения. Как выяснилось, семья

А ещё был случай

Мой отец на войне и после...



перебегает из Владивостока в Рязань, где отцу предстояло заведовать кафедрой фармакогнозии в медицинском институте. Выяснилось и то, что отец – кандидат медицинских наук, – имеет патенты на научные разработки...

Потом уже я поехал на их новое место жительства похвалиться лейтенантскими звёздами. Наши взаимные наезды в гости, к сожалению, были нечастыми и короткими. Понемногу раскрывалась передо мной судьба отца, его научные, профессиональные и житейские интересы. Так, я узнал, что предметом его гордости стала разработка отечественных адаптогенов: элеутерококка и лимонника китайского. Причём разработка с нуля и до внедрения в практику, вплоть до введения экстрактов элеутерококка в бортовой паёк космонавтов. Но до поры для меня так и оставалось загадкой, что подвигло молодого человека, в роду которого не было

никого, кто имел бы отношение к медицине, стать тем, кого раньше в народе называли травниками.

Как вышел тогда разговор на эту тему, теперь уж и не упомнишь. Всеми виной, видно, его домашние оригинальные настойки. И так...

«Служил я во взводе инженерной разведки. Послали однажды нас в тыл к немцам. Выбрали троих помалорослей. На несколько суток мы вылазку планировали, а там – как получится, до выполнения задания. Командование, судачило солдатское радио, готовило атаку, а в обороне немцев много белых пятен было на наших картах. Вот мы и должны были не спеша, что удастся, всё срисовать. Экипировались, и ночью пошли. Поползли то есть. Нам сапёры проход в немецких проволочных заграждениях сделали. Всё удачно, тихо получилось. К рассвету доползли до намеченной точки. Выбрали место для лёжки, приступили к наблюдению.

Когда дело сделали, дождались ночью часа потемней – двинулись обратно. Подползли к проходу, а его нет. Не найдём дыры и всё тут! Откуда нам было знать, что немцы его обнаружили, заделали на совесть, да ещё фугас-ловушку заложили.

Решили мы подручными средствами выкручиваться. Старший попросил передать ему плоскогубцы с кусачками, они у меня были, я с мешком инструментов замыкающим полз. Это меня и спасло. Трудно сказать, сколько я без сознания пролежал контуженный. День или два. Сроки нашего возвращения не оговаривались, к точной дате нас никто не ждал. Хорошо, погоды стояли прохладные. Настолько, чтобы мозги в режиме охлаждения травму оптимально пережили, но не настолько, чтобы голова к грунту примёрзла. Когда очнулся, вижу – перед глазами звёзды в чистом осеннем небе сияют. Вижу, а в толк не возьму – что за ерунда. Под носом, по раскладкам пластуна передвигаясь, трава с комьями земли должны быть, а тут – звёзды. В воронку, на краю которой валялся, скатился, там до всего и догадался, очухавшись. От товарищей моих ни следа не осталось, не поспушили немцы на тротил. Правда, для меня не без пользы. Дыра в колючке от взрыва получилась – не дыра, а триумфальная арка, хоть в полный рост иди.

Дополз кое-как до своих. Покормили, помянули товарищей. Старший нашей группы умный был мужик. Когда схемы немецких укреплений срисовывали, он велел по три копии делать, чтоб у каждого, случись чего, своя была. Как в воду глядел. Так что задание мы выполнили. Только я заикаться сильно стал от контузии. Спасибо, полковой фельдшер у нас был старой закалки. «Ты, говорит, покури, Коля.

Хуже не будет, а давно солдатами замечено, что помочь может». Оно так и вышло. Пару затяжек сделал, горячо голове сделалось, на душе полегчало. На другой день и речь восстановилась. Это я теперь знаю механизмы никотинового опьянения и его эффекты. А тогда, по необразованности, мне это чудом показалось. Но и заинтересовало – что за субстанция такая в сухом листе табака содержится. И что за сила такая в ней. Почему в никотине одновременно и вред зависимости, и польза на моём примере испытанная кроется.

Так, видать, меня судьба и привела в Пятигорский фарминститут. Но давайте, раз уж былое вспоминалось, выпьем за тех, кто не вернулся. И за то время, что выпало на долю нашего поколения. Точнее, за то, чтобы никому больше и никогда не выпадали такие времена...»

В то самое время шёл тогда моему отцу, Супрунову Николаю Ивановичу, 1928 года рождения, пятнадцатый год. И был он юнгой Черноморского флота в осаждённом фашистами Севастополе.

Не знаю, не успел выпросить, как ему удалось обмануть или «уболтать» в сорок первом военкоматских, но на фронт он попал. И судя по наградам, это не было мальчишески-романтическим порывом съездить на войну, как на экскурсию, поглазеть – что там и как. Денёк-другой пострелять и обратно. Чтобы по возвращении порассказать несведущим в красках.

Ушёл из жизни отец светло. С аппетитом поужинал, пошёл смотреть футбол по телевизору. Жена хлопотала на кухне, услышала его возглас: «Гол! Забили-таки. Молодцы!». Репортаж потёк своим чередом. Когда пришла в зал, отец сидел в кресле, расслабленный и умиротворённый...

В народе бытует завистливо-мечтательная присказка – лёг спать и не проснулся. Вот и думаю теперь. Просто случайно повезло моему отцу с вариантом последнего вздоха? Или Господь Бог решил за что-то, одному ему ведомое, присовокупить к его государственным наградам ещё и свою. Именную. Неформальную...

Юрий СУПРУНОВ,
врач-психотерапевт
высшей категории.

Московская область.

Амлодипин + лозартан	Гурченко, фильм	Выделяют	Сов. хирург	СКАНВОРД										Памидроновая кислота	Женьшень	Карлик Нос, перс.	Абакан, река	Монг. скотовод	Зеленушка (рыба)													
Ночь перед Рожд., перс.	Портвейн, грузчик	Бабушкин ... , Поленов	Лопинавир + ритонавир	Франц. композитор	Франц. полицейский	Переводчик (стар.)	Дзиган	Углубл. гравюра	Клеофас Огинский	Наследственность	Буква кириллицы	Провизия	Венг. и амер. дирижер	Полож. электрод	Водяной рак	Историк Дион ...	Пьеса Горького	Тип пустынь в Сахаре	Кит. импер. династия													
Опера Беллини	Ламантин	Форма, вид	Парадиз	Маргарин	Лекар. растение	Усиление	Героиня у Андерсена	Часть света	Розыгрыш, лотерея	Некоммерч. организация	Лунный ... , Галуппи	Персид. писатель	Канат для лодки	Огневая точка	Б	С	К	И	Ф	А	О	А	Д	Ж	А	Р	Е	Ц	Е	Р	Г	С
Гречка	Автор Валерий Шаршуков	Австрийский полярник	Огневая точка	Канат для лодки	Б	Е	З	М	Е	Н	К	Л	А	Д	Р	А	Г	И	Н	Д	М	А	К	С	Т	А	К	А	А	К	И	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 74 от 04.10.2017.

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

Деловой член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

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: mgdgazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-09-00293 Тираж 23 873 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

Благоевченко (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.