

Медицинская

30 августа 2017 г.
среда
№ 64 (7782)

Газета®

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

Накануне

С 1-го сентября и далее

«Волна здоровья» прокатится по России



Обеспечить доступность медицинской помощи, в том числе в отдалённых, сельских районах, поможет «Волна здоровья», которая пройдёт с первых дней нового года по центральной России. Для акции на базе автомобиля Соболь-БИЗНЕС созданы мобильные центры здоровья для школьников.

Как сообщила член Общественной палаты РФ, генеральный директор лечебно-профилактического учреждения «Центр медицинской профилактики ГАЗ» Валентина Цыгова, эти центры представляют собой кабинеты здорового образа жизни с использованием аппаратно-программного комплекса «Истоки здоровья» и оснащены всем необходимым оборудованием. Новый модуль создан при участии Общероссийской общественной организации «Лига

Мобильный центр здоровья в Клинском районе Подмосковья

здоровья нации» во главе с её президентом, председателем Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения академиком РАН Лео Бокерия.

Представление мобильных центров пройдёт уже в первые дни сентября в рамках теплоходной акции «Лиги здоровья нации». Очередная 12-я всероссийская акция «Волна здоровья» на судне с ведущими специалистами федеральных медицинских центров пройдёт по маршруту Москва – Тверь – Углич – Мышкин – Кострома – Ярославль – Череповец – Дубна – Москва. В этом году в акции примут участие Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Минздрава России,

Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России, Эндокринологический научный центр.

АПК «Истоки здоровья», размещённый в автомобилях, предназначен для объективной оценки функциональных резервов организма человека – физических, психических и адаптационных. Пройти обследование смогут школьники Твери, Костромы, Ярославля и Череповца.

(Окончание на стр. 2.)

Борис ТРИФОНОВ,
главный стоматолог Департамента
здравоохранения и социальной
защиты населения
Белгородской области, профессор:

Мы поставили перед собой задачу добиться снижения уровня стоматологической заболеваемости в регионе не менее чем на 5% к 2020 г.

Стр. 4-5



Александр ЯКУБОВСКИЙ,
депутат Городской думы Иркутска,
член регионального отделения
Общероссийского народного фронта:

Организации социальной сферы должны слышать позицию граждан, ориентироваться на их запросы и повышать качество своей работы.

Стр. 6



Виктор ФИСЕНКО,
руководитель Управления контроля
за реализацией государственных
программ в сфере здравоохранения
Росздравнадзора:

Главная функция – сдерживание роста цен на лекарства, которая была заложена в основу государственного регулирования, себя оправдала.

Стр. 12



Акция

Тест на ВИЧ – вдоль железной дороги

Более 7,5 тыс. пассажиров и посетителей железнодорожного вокзала Омска были проинформированы о профилактике ВИЧ-инфекции в рамках Всероссийской акции, организованной Министерством здравоохранения РФ совместно с ОАО «Российские железные дороги».

Омск принял эстафету Всероссийской акции «Тест на ВИЧ», когда на перрон железнодорожного вокзала прибыл специальный вагон с сотрудниками центров по профилактике и борьбе со СПИДом России. Вот уже месяц этот спецвагон, отправившийся в путь из Владивостока, следует по Транссибу с остановками в крупных городах. Кроме мобильного пункта экспресс-тестирования на железнодорожном вокзале, специалисты тематического вагона выезжают на крупные предприятия города, а также проводят тестирование пассажиров во время поездки вагона в составе пассажирских поездов.

В главном городе Прииртышья пройти бесплатное тестирование на ВИЧ-инфекцию и получить консультацию специалиста можно было в медицинском пункте железнодорожного вокзала на станции Омск-Пассажирский, а также в коллективах АО «Высокие технологии» и Локомотивного депо.

На открытии акции, призванной проинформировать население о проблеме распространения ВИЧ-

инфекции и необходимости безопасного поведения, способах передачи и о регулярных проверках собственного ВИЧ-статуса, министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженько отметил, что благодаря работе, проводимой медицинскими учреждениями под «патронажем» центра по профилактике и борьбе со СПИДом, удалось добиться снижения заболеваемости почти на 7%. Поэтому акция имеет не только лечебно-профилактическое, но и социальное значение.

К примеру, в первый день акции анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию прошли 152 человека. У одного из них, жителя другого региона, подтвердился положительный статус. Мужчине предстоит лечение. И хотя подобные акции проводятся на омском железнодорожном вокзале уже в третий раз, человек, имеющий ВИЧ, был выявлен впервые. Всего же за 3 дня акции свой ВИЧ-статус анонимно проверили 456 человек. Одновременно на вокзале работали волонтеры, которые приглашали пассажиров на тестирование, раздавали тематические листовки и памятные сувениры с символикой акции.

Из Омска спецвагон проследует дальше по запланированному маршруту до Санкт-Петербурга. В общем, проект охватит 24 региона нашей страны.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Инициатива

В школу – на... велосипедах

В День знаний, 1 сентября, многие учащиеся Смоленска на торжественную линейку придут... на велосипедах. И это не будет выглядеть как единовременная акция, поскольку за минувшее лето во дворах всех 43 школ города-героя оборудовали велопарковки.

Как считает вице-мэр Смоленска Ольга Гильденкова, «велопосещение» школы для мальчишек и девчонок полезно с разных точек зрения: и физической, и эмоциональной, и экологической. Добавим сюда и прак-

тические уроки дорожной культуры, а также стремление муниципальных властей упорядочить велодвижение по городским улицам, разметить для этого специальные дорожки.

Судя по всему, через несколько

лет от Смоленска как минимум на федеральном уровне появятся и новые велочемпионы, ведь массовость рождает мастерство, а в городе, кроме училища олимпийского резерва, есть ещё и академия физкультуры, спорта и туризма...

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Новости

Пострадавшим выплатят
компенсацию

После пожара в Ростове-на-Дону за медицинской помощью обратились 58 человек, 9 из них госпитализированы, сообщают в региональном Минздраве.

«С ожогами различной степени тяжести госпитализированы 3 человека. Ещё 2 лежащих паллиативных пациента переведены с амбулаторного этапа на стационарный. В травматологическом пункте медицинская помощь оказана 6 пациентам. С ситуационными реакциями обращались 43 человека», – сказано в сообщении.

В свою очередь, региональное МЧС утром 22 августа сообщило, что в медицинские учреждения обратились 45 человек, 5 из которых госпитализированы. «Все находятся в городской больнице скорой медицинской помощи Ростова-на-Дону. Сведений о погибших нет», – заявили спасатели. Позднее стало известно об обнаружении тела одного погибшего.

Получившие тяжкий вред здоровью в результате пожара жители города получат материальную помощь от региональных властей в размере 400 тыс. руб. Об этом сообщила во вторник в ходе заседания оперативного штаба министр финансов Ростовской области Лилия Федотова. Она уточнила, что средства будут выделены из резервного фонда.

По предварительным данным, пожар начался с мусорной свалки около домов. А причиной возгорания стало «занесение постороннего источника зажигания». Из-за сильного ветра пожар распространялся молниеносно. К моменту прибытия первого пожарного расчёта огнём было полностью охвачено одно строение на площади 600 м². Порывы ветра до 15 метров в секунду стремительно распространили пламя по плотной деревянной застройке, которая оказалась в эпицентре огненного шторма, ветер перебрасывал огонь с крыши на крышу.

Андрей ДЫМОВ.

Ростов-на-Дону.

Государственная и частная медицина
идут в одном направлении

В Кемерово состоялась межрегиональная конференция «Современная медицина: основные тренды и факторы развития».

Мероприятие проходило на площадке Кузбасского технопарка при участии Департамента здравоохранения администрации Кемеровской области и ассоциации частных медицинских клиник области. В общей сложности в нём приняли участие около 150 человек, включая гостей из других регионов России. Более половины были руководителями частных и государственных клиник.

На рынке медицины Кузбасса сегодня представлено свыше 2400 различных компаний. Около 200 из них работают в системе ОМС, то есть оказывают населению бесплатную лечебно-диагностическую помощь. И примерно треть этой группы составляют учреждения частной формы собственности. Поэтому в первую очередь конференция задумывалась как площадка для обмена мнениями по ключевым вопросам развития отрасли – между представителями государственного и частного секторов медицины, специалистами в области информационной безопасности, стандартов качества и др.

Медуслуги – не просто один из наиболее динамично развивающихся рынков во всём мире. Он к тому же очень привлекателен для инвесторов. О том, как этот тренд реализуется в Кузбассе, также шла речь на форуме, в котором приняли участие два заместителя губернатора области: по вопросам здравоохранения – Валерий Цой, по инвестициям и инновациям – Станислав Черданцев.

По мнению В.Цоя, чётко выстроенной системы взаимодействия государства и частной медицины в России сегодня нет. «Мы не ставим задачу развития бизнеса и частной медицины в Кузбассе, поскольку цель любой частной организации – извлечение прибыли. А цель государственного здравоохранения – сохранить здоровье нации, обеспечив населению доступную и качественную медицинскую помощь. Но это вовсе не означает, что мы против частного здравоохранения. Там, где есть взаимопонимание, где интересы государственного и частного сектора совпадают, мы стремимся к консенсусу», – отметил он.

С.Черданцев сообщил, что сегодня на разных стадиях участия и сопровождения в курируемых им подразделениях администрации области находятся 8 частных «медицинских» проектов.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

Работают мастера

Два сердца
в ожидании одного

Победы кардиохирургов ставят вопросы
перед чиновниками



Впервые в отечественной медицинской практике кардиохирурги установили пациентке не одно, а сразу два «механических сердца». Специалисты Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина имплантировали 20-летней больной бивентрикулярную систему с двумя аксиальными насосами, которые выполняют сократительную функцию сердца.

Девушка стала жертвой преступника: ей было нанесено несколько ножевых ранений, в том числе в область сердца, в результате чего у неё развился обширный инфаркт миокарда с некрозом 80% мышечной ткани, обеспечивающей сердечные сокращения. В Сибирский ФБМИЦ она поступила в состоянии, при котором необходима трансплантация сердца, однако выполнить пересадку органа было невозможно. По словам руководителя центра хирургии аорты, коронарных и периферических артерий профессора Александра Чернявского, у пациентки развилась тотальная сердечная недостаточность, которая привела к серьёзным дистрофическим изменениям печени, почек, лёгких, был выражен асцит. Единственным возможным на тот момент методом лечения

Во время операции

была механическая поддержка кровообращения, что и сделали кардиохирурги.

Девушке имплантировали механическую систему поддержки обоих желудочков сердца (бивентрикулярную), причём отечественного производства. Как пояснили в клинике, обычно при недостаточности и правого, и левого отделов сердца пациентам имплантируют насосы с пневматическим приводом. Это громоздкие системы, которые ограничивают мобильность человека, так как часть устройства – компрессор, подающий воздух, – располагается на тележке, и пациент вынужден катать её за собой. В данном случае молодой пациентке была установлена российская система, которая в сотню раз компактнее зарубежных аналогов, подчёркивают новосибирские врачи.

В настоящее время состояние девушки нормализовалось, она проходит этап реабилитации, а осенью, по словам профессора А.Чернявского, планируется выполнить ей трансплантацию сердца.

Как известно, сама по себе операция имплантации «механического сердца» не является чем-то принципиально новым в кардиохирургии. На Западе, по оценкам специалистов, это почти рутинная процедура. В нашей же стране она проводится только в двух центрах

сердечно-сосудистой хирургии, один из которых – СФБМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России. Причина для России традиционная – сами устройства (существует несколько вариантов и модификаций «механического сердца») очень дорого стоят, речь идёт о миллионах рублей, а потому вопрос о финансировании покупки таких «расходников» висит в воздухе. Потребность же в их использовании гораздо выше, чем один случай.

Имплантация системы механической поддержки кровообращения могла бы обеспечить многим больным, которые нуждаются в пересадке донорского сердца, возможность дожить до этого события. Но они не доживают. А значит, каждое сообщение о том, что кому-то из россиян повезло получить «механическое сердце» и шанс на трансплантацию донорского, должно рассматриваться органами управления здравоохранением и сообществом пациентов как повод не просто порадоваться успеху врачей и везению отдельного больного человека, но и вернуться к теме доступности данного вида медицинской помощи в Российской Федерации.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новосибирск.

Накануне

(Окончание.

Начало на стр. 1.)

«Мобильный кабинет ЗОЖ предназначен для проведения скрининга состояния здоровья учащихся и выявления факторов риска в целях предупреждения различных заболеваний, проведения профилактических и диагностических мероприятий вне стационарных учреждений, которые созданы на базе региональных и муниципальных общеобразовательных организаций», – отмечает В.Цывова. – В кабинетах на основе результатов предварительного обследования учащиеся получают рекомендации по ведению здорового образа

С 1-го сентября и далее

жизни, отказу от вредных привычек и изменению рациона питания».

В целом же такие мобильные диагностические комплексы предназначены для проведения выездных медицинских осмотров, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Отличительной особенностью и преимуществом такого медицинского автопоезда является наличие двух независимых друг от друга модулей. Они оснащены необходимым набором медицин-

ского оборудования и системами жизнеобеспечения, которые позволяют одновременно вести работу с пациентами специалистам разных профилей в комфортных условиях. Передвигаться он может как по асфальтированным, так и по грунтовым дорогам, что особенно важно для работы в сельской местности.

Пока такие мобильные комплексы, как говорится, на подходе, в Московской области и ряде других регионов активно используются

мобильные центры здоровья. Как сообщила «МГ» глава Клинского муниципального района Подмосковья Алёна Сокольская, «за первое полугодие специалисты такого комплекса обследовали в районе 373 человека». Всего за 6 месяцев мобильный центр здоровья совершил 28 выездов в 28 населённых пунктов Клинского района, запланировано ещё 8. Запись на обследование проводится фельдшерами ФАПов или врачами амбулаторий того населённого пун-

кта, куда выезжает центр здоровья. Приём жителей проводят терапевт и медсестра.

«За один выезд профилактический осмотр проходят 12-18 человек. Обследуемые могут проверить уровень сахара и холестерина в крови, измерить внутриглазное давление и проверить остроту зрения, сделать ЭКГ, узнать свои антропометрические параметры. Удобство мобильного центра здоровья особенно высоко ценят жители удалённых от города деревень и посёлков», – отметила А.Сокольская.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Официально

Первая упаковка промаркированного лекарства

В российской аптечной сети потребителю продана первая упаковка промаркированного лекарственного препарата, движение которого на всех этапах от производителя до конечного потребителя полностью контролировалось информационной системой «Маркировка» в рамках проводимого в Российской Федерации эксперимента по маркировке лекарственных препаратов контрольными (идентификационными) знаками. Об этом сообщает пресс-служба Минздрава России.

На упаковку препарата на производственной линии был нанесён индивидуальный идентификационный знак, по которому информационная система «Маркировка» отслеживала движение данной конкретной упаковки на территории страны.

Пилотный проект по маркировке лекарственных препаратов идентификационными знаками является частью приоритетного проекта Министерства здравоохранения РФ «Внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя для защиты населения от фальсифицированных лекарственных препаратов и оперативного выведения из оборота контрафактных и недоброкачественных препаратов». Целью проекта является защита населения от фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных препаратов.

Соб. инф.

(О ходе подготовки проекта см. материал на стр. 12.)

Профилактика

На прививку выходи...

В этом году против гриппа планируется привить более 40% населения Калининградской области.

Это было сообщено на заседании межведомственной комиссии по борьбе с инфекционными, социально значимыми и иными заболеваниями под руководством исполняющего обязанности заместителя председателя правительства области Ильи Барина.

Глава регионального Управления Роспотребнадзора Елена Бабуря, подводя итоги эпидсезона 2016-2017 гг., отметила, что при плановом задании вакцинации населения не менее 40% по результатам прививочной кампании этот показатель составил 40,2. Период заболеваемости гриппом был более длительным, чем в предыдущем эпидсезоне, но менее интенсивным.

«Сдерживающим фактором по распространённости заболеваемости стал и запрет на проведение массовых и спортивных мероприятий», – отметила Е.Бабуря. – Помогли не допустить эпидемии и введённый региональным Минздравом временный порядок госпитализации пациентов, предусматривающий

корректировку маршрутизации, и проведение широкой кампании по информированию населения».

Руководитель Департамента охраны здоровья Министерства здравоохранения области Оксана Черенкова рассказала участникам заседания о мероприятиях ведомства, направленных на снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ при наступлении нового эпидсезона. В частности, в лечебных учреждениях будет организовано разделение потоков здоровых и больных пациентов, сформированы дополнительные бригады для оказания неотложной медицинской помощи заболевшим, в том числе на дому. Помимо этого, уже сегодня формируется запас средств для дезинфекции, кожных антисептиков, медицинских масок для медперсонала. Рассчитываются потребность и механизм пополнения запасов противовирусных и антибактериальных препаратов для лечения больных с ОРВИ, гриппом, внебольничными пневмониями.

С середины августа стартовала прививочная кампания, и вскоре первая партия противогриппозной вакцины поступит во все медицинские организации области, подведомственные региональному Минздраву, а также в другие

лечебные учреждения, имеющие прикрепленное население.

«В этом году вакцины против гриппа заказано больше, чем в минувшем, – подчеркнул И.Барин. – И с учётом жителей, которые также будут прививаться за счёт работодателей и собственных средств, перед нами стоит серьёзная задача – привить не менее 41% населения региона». Помимо этого, он обратил внимание руководства Минздрава на то, что необходимо взять на особый контроль иммунизацию жителей региона из групп риска и довести цифру привитых граждан из этой категории до 90%, а медработников, сотрудников учреждений образования и соцзащиты – до 95. Причём работники образовательной сферы должны быть вакцинированы до начала учебного года.

Кроме того, И.Барин поручил провести работу в этом направлении с представителями силовых ведомств с целью иммунизации сотрудников и их семей, организовать контроль за ассортиментом и соблюдением уровня предельных цен на противовирусные препараты в аптечных организациях.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

В Правительстве РФ

Льготников стало больше

Правительство РФ своим распоряжением увеличило объём субвенций, предоставляемых в 2017 г. бюджетам субъектов Федерации из федерального бюджета на финансирование оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов на 1,497 млрд руб.

Как заявил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев на заседании Правительства: «В I квартале 2017 г. количество граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, увеличилось на 199,7 тыс. человек и составило 3462,98 тыс. В связи с этим объём бюджетных ассигнований увеличен на 1,497 млрд руб. (до 33,106 млрд)».

Подписанным распоряжением внесены соответствующие из-

менения в принятое ранее распоряжение.

Как говорится в обосновании этого решения, оно направлено на своевременное обеспечение отдельных категорий граждан в рамках предоставления набора социальных услуг лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Решения

Без лицензии — до 2020 года

Министерство здравоохранения РФ предложило во второй раз продлить срок работы больниц и поликлиник в Крыму без лицензий, на этот раз до 1 января 2020 г. До этого момента деятельность медицинских организаций будет регулироваться на основании временных регламентов.

Ранее предполагалось, что до ноября 2017 г. клиники приведут в порядок свою материально-техническую базу, документы и выполнят ряд требований, которые предъявляются к соискателям лицензий на осуществление медицинской деятельности в России. Как стало известно на заседании Правительства РФ, в первоначальные сроки уложиться не удастся.

В пояснительной записке к проекту постановления Правительства, который Минздрав

России опубликовал на портале правовой информации, указано, что медицинские организации, работающие в Крыму, до сих пор не в состоянии выполнить обязательные лицензионные требования. Основная проблема – отсутствие документов, подтверждающих их право собственности на здания, объекты и установленное оборудование. При этом говорится, что «уловия, при которых проблема может быть решена в целом без вмешательства со стороны государства, отсутствуют».

Кроме того, планируется продать 11 государственных санаториев. Минэкономразвития Крыма рассчитывает привлечь в бюджет республики благодаря реализации этих объектов до 2 млрд руб.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сито!

Москва.

Идеи

Жить — хорошо, а трезво жить — ещё лучше!

Специалисты ямальского центра медицинской профилактики разработали новую памятку, призывающую отказаться от спиртных напитков. О том, что алкоголь для человека – сильнейший яд, широко известно, и этот факт ни у кого не вызывает сомнений. Поэтому разработчики памятки решили это лишнее раз не доказывать, а найти убедительные аргументы в пользу трезвого образа жизни и с элементами юмора, доброй улыбкой рассказать о них.

Первый и, пожалуй, ключевой аргумент заключается в том, что быть трезвым для человека совершенно естественно, ведь таким он появляется на свет. Если не нарушать этот закон природы, можно дожить до старости

в полном здравии и получить от жизни гораздо больше, нежели сознательно травить себя чем бы то ни было.

Из многочисленных плюсов трезвого образа жизни профилактиологи выделили четыре, по их мнению, главных преимущества. Первое – свобода от губительных установок и стереотипов, что позволяет делать осознанный выбор самых важных в мире вещей: жизненной позиции, сферы интересов, круга общения и спутника жизни. Второе – экономия времени и средств, что даёт возможность использовать эти ресурсы намного эффективнее: для инвестирования в себя и своё будущее, в построение карьеры, благополучие и достаток своей семьи, в полезные для души и тела увлечения и удовольствия.

Третье преимущество – «исправный» мозг, позволяющий трезво мыслить, независимо и взвешенно принимать решения, следовать высоким нравственным ориентирам. И четвёртое – это, конечно, крепкое здоровье, а значит, и шанс прожить долгую счастливую жизнь, успеть многое сделать, многого достичь.

Ради таких перспектив действительно можно задуматься о том, чтобы навсегда перестать добровольно, да ещё и за свои деньги, заниматься самоотравлением.

Инна ВЕРЕТИНА,
начальник отдела
межведомственных
и внешних связей
Центра
медицинской профилактики.

Ямало-Ненецкий автономный округ.



Главная ответственность в выполнении проекта «Стоматология: вектор качества» лежит на стоматологической поликлинике № 1 Белгорода. Об основных блоках предстоящей большой работы на страницах «МГ» мы попросили рассказать главного врача этой поликлиники, главного стоматолога Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, доктора медицинских наук, профессора Бориса ТРИФОНОВА. Не случайно координация проекта доверена этому лечебному учреждению. Без сомнения, это лидер местной стоматологии. Оно оснащено современной техникой, квалификация специалистов заслуживает самой высокой оценки. В лечебное учреждение приезжают коллеги из районов и городов области, чтобы пройти усовершенствование, посетить мастер-классы. А главный принцип коллектива поликлиники – пациент должен уйти довольным.

– Борис Васильевич, как родилась идея проекта «Стоматология: вектор качества»?

– Никто не сможет отрицать, что стоматолог – один из самых востребованных специалистов в первичном звене. По крайней мере медицинская статистика отводит ему второе место по посещаемости населением после терапевта. Данные результаты не кажутся завышенными. К сожалению, около 98% пациентов, обращающихся за медицинской помощью, страдают кариесом. Есть ещё один характерный момент. Люди не всегда имеют правильное представление о том, какое влияние оказывает зубочелюстная система на общее состояние организма, пролечены ли все имеющиеся зубы, даже если их уже не 32.

По заданию администрации Белгородской области мы составили обоснование необходимости реализации проекта по снижению стоматологической заболеваемости. Позволю процитировать некоторые из аргументов. Первый – отсутствие эффективной системы (уровень заболеваемости населения территории – 98,9%). Второй – несбалансированность региональной стоматологической службы, недостаточное взаимодействие структур. Третий – низкий уровень удовлетворённости населения доступностью и качеством работы стоматологов – 64%. Четвёртый – слабая интенсивность профилактических мероприятий (охват профосмотрами взрослого населения – 7,7%, детского – 64,5%). Пятый – штаты стоматологических учреждений в сельской местности недостаточно укомплектованы высококвалифицированными специалистами (по большей части это зубные врачи – 42%). Шестой – проблема со стоматологической грамотностью и отсутствием ответственности за здоровье людей.

Кроме решения этих проблем, проектом предлагается рассмотреть вопрос фторирования молока и воды, изготовления таблеток на казеине. В водных ресурсах области содержится минимальное количество фтора, меньше 1 мг на литр. Есть районы, где норма фтора даже меньше – 0,2 мг на литр. Что

на Белгородчине. Её реализовали в Воронеже.

Мы поставили перед собой задачу добиться снижения уровня стоматологической заболеваемости в регионе не менее чем на 5% (100 тыс. человек) к 2020 г.

– Не кажется ли вам, что выбран излишне амбициозный и, соответственно, недостижимый показатель?

– Если посмотреть аналогичные программы в Скандинавских стра-

называются «Улыбка моей мамы» для многодетных матерей и «День бесплатной стоматологии». Мы, представляя государственную систему здравоохранения, призываем присоединиться и частные клиники – участвовать в акциях с благотворительной целью.

– Профилактика может очень серьёзно снизить уровень заболеваемости кариесом. Но дети во все времена не любили посещать стоматолога. Как добиться

ребёнка правилам гигиены. Ведь можно знать, что надо чистить утром зубы. Но это не значит, что дети это делают как полагается. В обучении также можно вспомнить русскую поговорку, что дорога ложка к обеду.

Есть много и других вещей, которые касаются правильного питания. Например, мы привыкли есть всегда свежий, а не вчерашний хлеб. Морковку употреблять в пищу отваренную, а не сырую.

Главная тема

Стоматология:

Так называется пилотный проект, который



Борис Трифонов

характерно: у местных жителей количество фтора в крови недостаточное, с другой стороны, у приезжих граждан может наблюдаться переизбыток этого микроэлемента. Выходит, насыщение воды не всем полезно. Фтор является галогеном, как йод. Между тем этого вещества также не хватает, тем самым ещё больше усугубляется ситуация. Один из международных фондов предлагал нам оборудовать молокозаводы специальными установками. Но программа не прижилась

нах, где они получили государственную поддержку, то эта планка не покажется поднятой слишком высоко. Думаю, нам такие изменения по силам. Более того, уверен, проект получит дальнейшее распространение в нашей стране.

– Наверное, надо учитывать, что в России другой менталитет населения, да и уровень жизни оставляет желать лучшего...

– Тем не менее надо равняться на лучшие достижения, на страны, где самая низкая стоматологическая заболеваемость. Приведу показательный пример. Чтобы пройти практику хирурга-стоматолога, иностранцы оплачивают обучение в Санкт-Петербурге валютой. В государствах Северной Европы крайне редко удаляют зубы пациентам. Применяют передовые технологии,

которые позволяют их сохранять, избежать осложнений. Дело не только в уровне стоматологической помощи, но и в своевременной профилактике. Кроме того, ни в одной стране мира стоматологическая страховка не покрывает всех расходов. Всё равно сами пациенты доплачивают за часть услуг. Хотя бесплатные программы позволяют там вставлять в том числе и имплантаты нуждающимся. В нашей области действуют две социальные программы, которые



В операционной хирург-стоматолог Иван Овчинников и медсестра Анна Речанская

того, чтобы кабинеты детской профилактики на деле, а не в отчётах имели хороший охват осмотренных?

– Школьные кабинеты – одна из тех вещей, которые на сегодня необходимы. И мы обязаны их возродить. Это доброе наследство, которое досталось нам от Советского Союза. Именно в школьное время идёт формирование постоянного прикуса. Соответственно «закладываются» или нет неприятности, с которыми мы сталкиваемся во взрослой жизни. Впоследствии же к стоматологам, если не заниматься профилактикой, обращаются повзрослевшие дети со своими проблемами. Между тем в детских садах и школах, по существу, сформирована организованная группа населения. Это огромное преимущество, позволяющее заниматься профилактикой у большого числа детей. Другой важный аспект: постоянные зубы появляются у человека в возрасте 6-7 лет. То есть когда ребёнок ходит в 1-й класс. И наша задача – их сохранить, научить детей правильно за ними следить. В этом основное предназначение стоматологических гигиенистов. Они имеют среднее образование. Их сегодня готовят из зубных врачей. И задача системы ОМС – их мотивировать, чтобы они сумели научить каждого

И так далее. Здесь надо понимать, что в процессе эволюции зубы утратили своё первоначальное предназначение. Реально всегда питаемся обработанной термически пищей, то есть мягкой. Вне всякого сомнения, это влияет и на зубы. Сладкоежки с удовольствием употребляют сахар или его заменители, не задумываясь, что он является субстанцией, в которой быстро размножаются патогенные организмы. Как следствие, от таких продуктов разрушается пародонт и сами зубы. На зубах образуются бляшки, участки декальцинации, исчезает эмаль.

Есть и такой серьёзный момент. Более жёсткая пища способствует самоочищению зубов.

Мы все знаем, что проще и дешевле болезнь предупредить, чем бороться с её последствиями. Но как это осуществить на практике? Одним из направлений проекта станет и развитие принципов семейной стоматологии.

– Что входит в это понятие?

– Это возрождение специальности и подготовка семейного стоматолога. На самом деле это придумано поколениями, которые жили до нас. Когда доктор знает обо всех заболеваниях, в том числе и генетических предрасположенностях своего пациента, ему легче заниматься профилактикой,



Врач-стоматолог Яна Морозова и ординатор Анастасия Зубкова проводят лечение с использованием электронного микроскопа

диагностировать заболевание и лечить его.

– Можно ли мотивировать родителей и детей регулярно, а лучше всей семьёй бывать в гостях у стоматолога?

– Если говорить конкретно, то надо продавать дополнительные страховые полисы предприятиям и частным лицам. Стоматологическое же учреждение будет гарантировать отсутствие тех или иных стоматологических заболе-

самом деле очень трудно проверить. И без обследования пациента, без живой беседы с ним вряд ли что-то удастся изменить.

– Расскажите, пожалуйста, более предметно, как будет реализовываться проект, в чём его особенности?

– У проекта «Стоматология: вектор качества» несколько направлений. Сейчас мы говорили о профилактическом. Кадровое направление охватывает уровень

думать и о материально-техническом обеспечении. Врач способен применять более современные методы диагностики и лечения. Вся врачебная составляющая потребует определённой реорганизации, масштабной реформы. Ведь зубные врачи на сегодня составляют порядка 55% работников. С другой стороны, зачастую доктора с высшим образованием не могут устроиться на работу. Поскольку в городских и районных поликли-

развивать профилактику гораздо выгоднее, нежели лечить уже существующие заболевания. Поэтому допускаю, что специальность «гигиенист профилактический» в ближайшее время выветрится на лидирующие позиции.

– Вы ещё говорили об организации в рамках проекта ежегодного рейтинга стоматологических организаций и подразделений области. Кто его будет составлять, и можно

– Медицина идёт вперёд, но стоматология не бежит, она летит. Лет 10 назад никто не слышал об имплантации. Многие даже не представляли, как её осуществляют. Сегодня это уже рядовая процедура. Она практикуется и предлагается пациентам, которые пришли к стоматологу первый раз. Зубосохраняющие технологии, без всякого сомнения, становятся всё более востребованными. Но сейчас придуманы и наноимплантаты. Специальная «пудра» заполняет лунку зуба, в которой держится стержень, заменяющий корень зуба.

Новая программа позволит шире применять передовые технологии, вовлекая в них все большие слои населения. К сожалению, не все ещё знают, что можно поставить 4 имплантата, на них укрепить протез, который позволит полноценно жевать. И он будет держаться десятки лет. При этом восстанавливается качество жизни. Даже восприятие мира после этого становится совершенно иным. Потому что жевание восстанавливается практически на 100%. Что такое остеоинтеграция? На самом деле это защитная реакция организма на уровне кости. Она

может отторгнуть, а может оциновать его костью, защитить себя. А дальше с помощью резьбы вставляется имплантат, который прекрасно приживается.

Стоматологическая помощь должна быть доступна. В Индии, например, есть уличные стоматологи. Давайте вспомним, что до революции зубопротезированием занимались цирюльники. Но это же не значит, что мы должны идти по этому пути. У нас сложилась культура оказания медицинской помощи. Тем не менее надо думать и о том, чтобы пациенту было удобно обращаться к стоматологам.

– Доживёт ли наше поколение до того момента, когда начнут вырывать зубы?

– Это невозможно спрогнозировать. С одной стороны, учёные сумели добиться роста стволовых клеток, когда необходимо. Но остановить это не всегда возможно. А избыточный рост клеток может привести к онкологическому заболеванию. Но сейчас уже доступно печатание протезов на 3D-принтере. Наши сотрудники занимаются научной работой по другой интересной теме. В организме человека появляются токи, когда мы заменяем зубы на металлические протезы. Слюна же является электролитом. Когда пациент ест кислое, солёное, у него появляются неприятные ощущения во рту. Но мы можем уже сегодня помочь таким пациентам. Считаю, что в деятельности врача наука и практика должны идти рука об руку. Тогда результатом труда медицинских работников становится возвращённое здоровье человека.

Беседу вёл Алексей ПАПЫРИН, обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.



Новейшие технологии применяет стоматолог-терапевт Оксана Филиппова

ли быть уверенным, что выбор победителей будет проводиться предельно объективно?

– Рейтинг медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи населению региона, будет создан для того, чтобы определить победителей по конкретным отработанным критериям. Планируется составление подобного рейтинга с помощью специальной комиссии Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. Параллельно ранжирование проведёт региональное отделение Стоматологической ассоциации России. Всё это будет суммироваться, и в СМИ будут объявлены клиники, занявшие верхние строчки рейтинга.

– Прогресс не стоит на месте, в том числе и в стоматологии. Как будет осуществляться переназначение районных поликлиник, чтобы они соответствовали требованиям проекта выстроить систему оказания стоматологической помощи?

ОТ РЕДАКЦИИ. Пока этот материал готовился к печати, Борис Трифонов безвременно и скоропостижно ушёл из жизни. Он был очень деятельным и интересным человеком, возглавлял стоматологическую поликлинику № 1 Белгорода, заведовал кафедрой стоматологии общей практики Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, являлся директором межрегионального центра стоматологических инноваций БГНИУ. Борис Трифонов внёс огромный личный вклад в совершенствование здравоохранения, развитие стоматологической науки и практики региона.

Светлая память об этом выдающемся докторе, замечательном человеке навсегда сохранится в сердцах белгородцев. А его дело и профессиональные традиции, уверен, с честью продолжат последователи и ученики.

Редакция «МГ» присоединяется к словам соболезнования близким Бориса Васильевича.

Вектор качества

реализуется в Белгородской области



Врач-рентгенолог Вера Шлокина проводит исследование с помощью ортопантомографа

ваний. На практике это выглядит так. Родитель покупает своему ребёнку полис, назовём его условно – «ОМС плюс». СМК оплачивает профилактику и конкретные медицинские услуги. В системе добровольного и обязательного медицинского страхования деньги идут за пациентом. Чем меньше ребёнок болеет, тем качественнее осуществлена профилактика. Тем больше должна быть заработная плата врача. Но его работа должна проверяться специальными комиссиями. Профессионалы по определённому критерию оценят работу стоматолога. Конечно, надо читать лекции и вести беседы с родителями. Но как ведутся такие коммуникационные кампании, на

подготовки специалистов. На сегодняшний день в Белгородской области, как и в большинстве аграрных областей, складывается следующая ситуация. Зубные врачи составляют основу штатного расписания профильных учреждений. Не так давно было закрыто обучение по этой специальности в колледжах. На место зубных врачей в поликлиниках должны приходиться дипломированные врачи-стоматологи. Но процесс подобной замены не может проходить быстро. Прежде всего надо обеспечить социальную поддержку устраивающимся на работу молодым врачам. Для этого помогать им решать жилищные вопросы, повышать заработную плату. Нельзя не

никах работают врачи, имеющие среднее образование.

– Как быть с зубными врачами? Есть ли среди них желающие пройти переподготовку по специальности «гигиенист стоматологический» и «врач-стоматолог»?

– Учтывая, что такое большое количество медицинских работников со средним образованием занимают должности стоматологов, мы в проекте предложили нашим зубным врачам перейти на профилактическую работу. То есть подучиться на гигиениста стоматологического. Более трудный вариант для тех, кто захочет, получить высшее образование – переучиться на врача-стоматолога общей практики. Мы обратились на медицинский факультет Белгородского государственного университета, чтобы руководство организовало специальные приёмные комиссии для уже практикующих зубных врачей. Профессионалы, которые войдут в них, должны будут оценить теоретическую подготовку и образовательный уровень зубных врачей. Дальше на общих основаниях с учётом их стажа они зачисляются на обучение. Было бы неплохо создать из таких медицинских работников 1-2, а может и 3 группы студентов. Чтобы люди, имеющие прикладной опыт в стоматологии, учились вместе. Наконец, не исключён и такой вариант – помочь коллегам уже в возрасте досрочно выйти на пенсию.

Но всё же более предпочтительно, чтобы они прошли переподготовку на гигиениста стоматологического. Акцент в отрасли делается на профилактику, увеличивается финансирование этого направления по ОМС. Мы уже говорили, что



Чистота – залог успеха

Общероссийский народный фронт взял под контроль реализацию утверждённого Правительством РФ приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». В эти дни в рамках проекта ОНФ «Народная оценка качества» в различных городах нашей страны активисты фронта инспектируют поликлиники.

Источник проблем – нехватка специалистов

По итогам мониторинга поликлиник Брянской области, проведённого в рамках проекта «Народная оценка качества», эксперты ОНФ организовали «круглый стол», в котором приняли участие представители Департамента здравоохранения региона и общественного совета при департаменте.

Сам проект направлен на улучшение системы независимой оценки качества работы организаций социальной сферы, развитие общественного контроля и тиражирование лучших управленческих практик. В рамках проекта активисты ОНФ посещают социальные учреждения, беседуют с посетителями, сотрудниками, руководством, а полученные в ходе мониторинга сведения заносят в анкеты. Такие же анкеты могут заполнить и граждане. Информация о выявленных недостатках направляется в органы власти, местного самоуправления и контрольно-надзорные ведомства.

В июле активисты ОНФ посетили поликлиники в Брасовском, Клиновском, Новозыбковском, Выгоничском и Красногорском районах области, а также амбулаторию в посёлке Супонево, которая входит в структуру Брянской районной больницы. По 5-балльной шкале оценивались открытость и доброжелательность врачей и медперсонала, комфортность, время ожидания приёма и удовлетворённость пациентов качеством работы лечебного учреждения.

Высший балл получила Клиновская поликлиника. Здесь пациенты главными проблемами назвали отсутствие кондиционеров, кулеров с питьевой водой, нехватку парковочных мест и скользкую плитку на лестницах здания. По 4 балла – у поликлиник в Выгоничах и Красной Горе. На тройку респонденты оценили работу Новозыбковской и Брасовской поликлиник, а также Супоневской амбулатории.

Чаще всего пациенты, а это в основном пожилые люди, жалуются на очереди и длительное ожидание приёма врача. Посетители Брасовской поликлиники, по их словам, не могут попасть к доктору в день обращения, а врачи и персонал Новозыбковской поликлиники, как считают пациенты, не оказывают достаточного внимания больным.

На особом контроле у ОНФ находится Супоневская амбулатория. Сейчас она располагается в помещении, которое не приспособлено для функционирования лечебного учреждения. Первые результаты обращения активистов в органы местного самоуправления уже есть. По информации администрации Брянского района, подготовленная ранее проектно-сметная документация на возведение здания амбулатории актуализируется, участок, где несколько лет назад были начаты работы, передан Управлению капитального строительства Брянской области.

Результаты мониторинга, проведённого активистами ОНФ,

совпадают с итогами независимой проверки данных поликлиник в 2016 г. Впрочем, все опрошенные пациенты, несмотря на выявленные недостатки, положительно оценивают работу как врачей, так и лечебных учреждений в целом. А основным источником существующих проблем называют нехватку специалистов. Общественники передали представителю Департамента здравоохранения Брянской области обращение с просьбой устранить выявленные недостатки.

«В ходе обсуждения отмечалось, что проект ОНФ «Народная оценка качества» позволяет

области Наталья Протопопова отметила, что это первый мониторинг в рамках нового проекта фронта «Народная оценка качества». Он проводился путём опроса и позволил выявить как системные проблемы, характерные для большинства медицинских учреждений региона, так и локальные.

«В основном пациенты жаловались на нехватку узких специалистов, организацию работы регистратуры, в том числе неудобную систему записи на приём к врачам, большие очереди при заборе крови на анализ, отсутствие доступной среды для маломобильных граждан,

лена на острове Ольхон в Хужирской поликлинике. В период летнего туристического сезона здесь организован круглосуточный пост оказания медицинской помощи, однако наличие дополнительного персонала не предусмотрено. Медработники пожаловались, что второй год им не дают отпуск и лишают стимулирующих надбавок к заработной плате. Самая частая жалоба связана с отсутствием необходимого оборудования для сдачи анализов. За этими услугами люди вынуждены ехать на материк.

Активисты ОНФ передали в региональное Министерство здравоохранения обращение с

Управления здравоохранения области и общественного совета при этом ведомстве.

Как заметил в начале совещания В.Рожков, впечатление от посещения Моршанской детской больницы, поликлиник Моршанской и Рассказовской центральных районных больниц в целом положительное. «Но ещё есть моменты, над которыми надо работать. К примеру, вызывает критику система электронной записи на приём к врачам в поликлинике Моршанской ЦРБ», – обозначил проблему координатор проекта.

Эксперты ОНФ убедились, что в середине августа к те-

Акценты

А что там говорит народ?

Наши сограждане высказались о работе поликлиник



Активисты ОНФ встали в очереди перед регистратурами поликлиник

не только выявить актуальные проблемы лечебных учреждений, но и даёт возможность людям рассказать о положительных моментах, публично выразить благодарность врачу. Тем самым граждане помогают определить лучшие управленческие практики в медицине, которые в перспективе получат дальнейшее распространение», – говорит координатор проекта «Народная оценка качества» в Брянской области Людмила Федотова.

Решить без дополнительного финансирования

Представители ОНФ провели мониторинг доступности и качества оказания медицинской помощи в поликлиниках 8 муниципальных образований Иркутской области. Выявленные проблемы обсуждены в ходе «круглого стола» с участием представителей Министерства здравоохранения региона, главных врачей ведущих лечебных учреждений области, представителей общественных организаций в сфере здравоохранения.

Сопредседатель регионального штаба ОНФ в Иркутской

а также общее неудовлетворительное состояние помещений, в которых располагаются поликлиники. Большинство этих проблем можно решить без привлечения значительных финансовых ресурсов», – цитирует пресс-служба ОНФ Н.Протопопову.

Об этих недостатках в ходе проведения мониторинга рассказали пациенты Усольской, Усть-Кутской и Жигаловской поликлиник. Схожие проблемы обнаружены в поликлинике Ангарского перинатального центра, где помимо прочего выявлено, что женщин вынуждают принести расходные материалы, без которых не проводится приём. При этом персонал поликлиники пожаловался на снижение заработной платы. В Шелеховской поликлинике в целом отмечена положительная динамика, при этом остаётся острым вопрос отсутствия офтальмолога. Проблемы выявлены и в Тулунской поликлинике. Запись на ультразвуковое исследование, томографию производится здесь за 1,5-2 месяца, при этом навязываются платные услуги, которые можно сделать гораздо быстрее.

Самая сложная ситуация, по мнению экспертов ОНФ, выяв-

просьбой об устранении выявленных недостатков. Представители ведомства в ответ пообещали взять на контроль выявленные проблемы, а также провести селекционное совещание с главными врачами учреждений здравоохранения области и озвучить итоги мониторинга.

Координатор проекта ОНФ «Народная оценка качества» в Иркутской области Алек-

сандр Якубовский отметил, что данный проект фронта позволит получить независимую оценку качества предоставляемых услуг, услышать всех желающих и обобщить мнения людей о работе социальных учреждений в регионе.

«Организации социальной сферы должны слышать позицию граждан, ориентироваться на их запросы и повышать качество своей работы. Уверен, проект Народного фронта позволит руководству учреждений увидеть проблемы глазами пациентов и исправить имеющиеся недостатки. Лучшие управленческие практики будут тиражироваться для применения в других учреждениях региона», – сказал А.Якубовский.

«Есть моменты, над которыми надо работать»

Координатор проекта ОНФ «Народная оценка качества» Виктор Рожков и активисты регионального отделения фронта в Тамбовской области провели рейд в лечебные учреждения в городах Моршанск и Рассказово. По итогам проверки прошло экспертное совещание общественников с представителями

рапевту этого учреждения записаться на приём через терминал можно лишь с 1 сентября. Однако в ходе разговора общественников с работниками регистратуры выяснилось, что талоны есть на ближайшие дни. «Возникает вопрос: тогда для чего ставилась эта большая информационная система, для чего разворачивались эти терминалы? Вопрос к эффективности её использования», – подчеркнул В.Рожков.

Как отметили общественники, в поликлинике Рассказовской ЦРБ картина с записью на приём к специалисту с помощью терминала выглядит гораздо лучше – по электронным талонам к врачу можно попасть через 3 дня.

Активисты ОНФ затронули проблему неэффективной организации диспансеризации граждан в Рассказовской ЦРБ – проверяющие увидели огромную очередь в коридоре учреждения. Выяснилось, что для диспансеризации выделено маленькое помещение, а на практике оказалось, что есть возможность создать более комфортные условия для людей.

Участвующая в экспертном совещании первый заместитель начальника областного Управления здравоохранения Ольга Виноградская согласилась с замечаниями экспертов ОНФ и заверила, что недочёты в проверенных учреждениях будут исправлены.

Из положительных моментов эксперты ОНФ отметили, что для людей с ограниченными физическими возможностями в проверенных лечебных учреждениях создана доступная среда. Ещё один плюс, выявленный проверкой ОНФ, – наличие в поликлинике Рассказовской ЦРБ администратора. «Это очень удобно для пациентов. Администратор помогает разгрузить очередь и сориентировать людей в поликлинике», – заключил сопредседатель регионального штаба ОНФ в Тамбовской области Олег Крохин.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 61 (2091)

Железо (Fe) – один из ключевых микроэлементов, играющий важнейшую роль в жизнедеятельности живого. Его присутствие обязательно при протекании многих обменных процессов, оно является составной частью многих ферментов, белков, гормонов и т.д. Так, железо участвует в обмене холестерина, производстве ДНК, окислительно-восстановительных процессах, энергетическом метаболизме, в ответе иммунной системы на бактериальную или вирусную инфекцию и за целый ряд других функций. Железо является центральным элементом кроветворения в красном ростке, насыщении эритроцитов Hb. Его дефицит определяет развитие самой распространённой в мире болезни – железодефицитной анемии (ЖДА).

Нормальное содержание Fe в сыворотке крови – 12,5-30,4 мкмоль/л., в среднем 22,1 ± 1 мкмоль/л.

Известно 2 вида Fe – двух- и трёхвалентное. В продуктах питания содержится именно последнее.

В живом организме Fe можно обнаружить во многих протеинах и ферментах. Так, оно присутствует в гемовых протеинах – гемоглобине, ферритине, гемосидерине, миоглобине, в ферментах – цитохромах, оксидазах, гомогентизиновой кислоте, пероксидазах, редуктазах, сукцинатдегидрогеназах, аконитазах и др. Кроме того, примерно половина всех ферментов и коферментов цикла дикарбоновых кислот и цикла Кребса содержат в своём составе атомы Fe или требуют для своей активации их присутствия.

Примерное содержание Fe в различных образованиях организма представлено на схеме 1.

Наиболее важным гемовым протеином является Hb – белок эритроцитов, выполняющий функцию переноса кислорода из альвеолярного воздуха во все ткани организма. Он состоит из 94% белка-глобина и 6% Fe-гема. Как видно из схемы 1, именно в этом протеине сконцентрировано основное количество Fe организма.

Вторым белком, играющим большую роль в обмене Fe, является ферритин (ФТ) – комплекс, состоящий из белка апоферритиновой оболочки и находящихся внутри неё водорастворимых комплексов гидроксида Fe (Fe(OH)).

ФТ имеет весьма оригинальное строение. Это, образно говоря, белковый мешок для хранения запасов Fe в организме. Апоферритиновый компонент образует оболочку диаметром около 130 ангстрем с внутренней полостью 70 ангстрем. Оболочка состоит из 24 идентичных субъединиц, образующих фигуру типа сферы или куба с закруглёнными углами. Каждая грань куба образована группой из четырёх апоферритиновых мономеров, а между ними, в центре грани, имеются поры диаметром примерно 10 ангстрем. Через эти поры атомы Fe или другие небольшие молекулы могут проникать внутрь ФТ или выходить из него.

В каждом апоферритиновом «мешочке» может поместиться примерно 4300 молекул Fe(OH), хотя, как правило, из-за пространственной изометрии и кинетики ядра ферритиновой молекулы содержит из всего около 2000.

При максимальном насыщении молекулы ФТ, содержание Fe в ней достигает 31% от массы, хотя, как уже говорилось, такое насыщение, как правило, не достигается и Fe составляет не более 18%. ФТ по содержанию Fe занимает второе (после Hb) место в организме человека – во всей его массе определяется около 700 мг у мужчин (см. выше схему 1). Представляет интерес, что у женщин содержание Fe в ФТ меньше – от 100 до 400 мг.

ФТ не только оригинален по строению, но и является достаточно функционально сложным образованием. Показано, что захват и освобождение Fe ФТ является очень быстрой реакцией.

ФТ содержится практически во всех клетках организма, а также в тканевой жидкости. В плазме крови он содержится в малой концентрации, однако в связи с тем, что эта концентрация коррелирует с запасами Fe в организме, он оказывается важнейшим показателем состояния метаболизма данного элемента.

Следующим «хранилищем» Fe в организме является гемосидерин (ГСР), который по структуре и функции близок к ФТ. Иммунологическое исследование выявило идентич-

ность белковых частей этих веществ. При электронной микроскопии в составе ГСР найдены ферритиновые гранулы.

Оба эти образования взаимосвязаны и чутко реагируют на колебания Fe в организме при его расходах, на изменение его метаболизма, на поступление с пищей, потери и т.д.

ГСР обнаруживается преимущественно в клетках моноцито-макрофагальной системы (в костномозговых клетках, купферовских клетках печени, селезёнке) в виде глыбок или гранул. При необходимости (в случаях различной патологии) он может вырабатываться практически в каждой ткани организма.

Соединений Fe в ГСР равно примерно 25-30% от его массы. Масса же Fe в ГСР всего организма равна около 300 мг у мужчин и 30-130 мг у женщин.

Диагностика и лечение железодефицитных анемий

Функционирующие компоненты железа	Содержание	Концентрация
Гемоглобин	2300 мг	31 мг/кг м.т.
Миоглобин	320 мг	4 мг/кг м.т.
Гемовые ферменты	80 мг	1 мг/кг м.т.
Негемовые ферменты	100 мг	1 мг/кг м.т.
Запасы железа		
Ферритин	700 мг	9 мг/кг м.т.
Гемосидерин	300 мг	4 мг/кг м.т.

Схема 1. Содержание железа в различных функциональных и морфологических образованиях организма

Другим белковым образованием организма, в котором имеется значительное количество Fe, является миоглобин (МГ) – белково-железистое соединение, структурно сходное с Hb. Однако, если в последнем две белковые цепи соединены с четырьмя железистыми комплексами – гемами, то МГ – это мономер, содержащий только один гем.

МГ найден в скелетной и сердечной мышцах человека, и основной его функцией является связывание и накопление кислорода, поступающего в процессе дыхания из крови и отдача его мышцам по мере потребности. Гем МГ имеет ту же структуру, что и Hb, то есть является соединением Fe²⁺ с протопорфирином.

Общее содержание Fe в МГ организма человека достигает примерно 320 мг.

Последней группой веществ, содержащих ошутимую массу Fe, являются различные ферменты, локализованные в основном в митохондриях – гемовые или не гемовые.

Показано, что гемовые ферменты организма человека содержат примерно 80, а не гемовые – 100 мг Fe.

Трансферрин (ТФ) – полиморфный гликопротеид, который, по-видимому, также следует отнести к ферропротеинам.

ТФ играет одну из ключевых ролей в обмене Fe. Его находят во всех жидких средах организма. Основная функция этого гликопротеида – связывание и доставка Fe на «склад» (макрофаги) или в ткани-мишени на место какого-либо «железного строительства» (костный мозг) (см. ниже схему 2).

Насыщение ТФ железом зависит от состояния запасов последнего в организме. При нормальном кровотоке насыщение ТФ достигает не менее 20%. При перегрузке организма Fe насыщение может достигать 100%. Напротив, при ДЖ, насыщение ТФ падает, а его синтез возрастает. Все эти явления с успехом используют в диагностике ЖДА и дифференциации последней с гемоглобинопатиями.

Синтез ТФ регулируется содержанием Fe в гепатоцитах. Повышение уровня депонированного в гепатоцитах Fe сопровождается снижением уровня ТФ и наоборот.

В незначительных количествах железо выявляется также в других образованиях. Представляет практический интерес и данное о распределении запасов Fe в отдельных органах или тканях организма.

Сведения о запасах, полученные разными авторами, имеют большой разброс. В целом запасы Fe в костном мозге оцениваются от 1000 мг до 299 мг у мужчин и 99 мг у женщин. Тканевые (мышцы, печень и пр.) запасы оцениваются в 500 мг, а эритроцитарные – в 2300 мг. Всего в организме взрослого человека содержится от 2,5 до 4 г Fe (рис. 1).

Fe – микроэлемент, который не синтезируется в организме и поступает извне с различными пищевыми продуктами. Наиболее богатый железом пищевой продукт – мясо.

Поступившая в желудок пища расщепляется под влиянием желудочного сока, однако Fe из неё здесь не всасывается и пищевая масса поступает в двенадцатиперстную кишку. Здесь, в верхнем её отделе и происходит всасывание основного количества этого микроэлемента. Этот момент следует подчеркнуть: наши исследования по изучению градиента всасывания Fe показали, что именно верхний отдел двенадцатиперстной кишки является главным местом всасывания этого микроэлемента.

При прохождении пищи по отделам – двенадцатиперстная кишка – тонкая кишка – имеет место градиент всасывания – значительное различие во всасывании. Как

превращается в Fe³⁺, ибо ТФ связывает только этот ион. Образующийся комплекс – ФП+Fe³⁺ из цитозоля с помощью другого фактора – гестина (ГФ) – связывается с ТФ, образуя тандем ТФ+Fe³⁺. Этот комплекс через базолатеральную часть мембраны энтероцита поступает в кровь. Из крови это соединение вначале поступает в макрофаги печени, селезёнки и костного мозга (см. схему 2). Здесь часть комплекса ТФ+Fe³⁺ оседает (запасы Fe), а часть отрывается и вновь поступает в кровь в виде соединения РРТФ+Fe³⁺. Вот этот комплекс – РРТФ+Fe³⁺ – с циркулирующей кровью и прибывает в место окончательного предназначения – на «гематологическую стройку» – в костный мозг.

Современная диагностика железодефицитных анемий

Как и при любом другом заболевании, клиническая картина является основной в диагностике. Ряд проявлений ЖДА – те же, что и для анемий любой этиологии. Это такие симптомы, как слабость, бледность кожи и слизистых оболочек, иногда обмо-

уже сказано, наибольшее количество Fe всасывается в верхнем отделе дуоденума, и степень всасывания падает по мере продвижения пищи по нему и, тем более, по тонкой кишке. Кстати, именно этот механизм лежит в патогенезе тех форм ЖДА, которые называются эссенциальными. В связи с этим в тех случаях ЖДА, где выявить этиологию болезни не удаётся, обязательно следует произвести оценку всасывания методом нагрузки Д-ксилозой или радиоактивным железом.

В сутки у здорового человека всасывается около 1-1,2 мг Fe.

В последние годы в понимании абсорбции и транспортировки Fe в организме человека произошли капитальные изменения, которые сделали необходимыми корректировать также её диагностику. Для интереса ниже приводим нашу собственную схему современных путей абсорбции и транспорта Fe в организме, а также факторов, которые принимают при этом участие (заявка на патент идеи) (схема 2).

Если внимательно изучить данную схему, то можно сказать следующее: пища поступает в желудок и здесь в определённой мере переваривается. Но, как уже говорилось,

рочные состояния, головокружения, часто ортостатические, быстрая утомляемость, одышка, сердцебиение. По этим симптомам врач может заподозрить наличие малокровия, но не может сказать что-либо об этиологии болезни, о том, в какую группу анемий отнести заболевание, имеющееся у пациента.

Но при ЖДА есть и целый ряд клинических проявлений, симптомов, которые более или менее являются характерными для этой группы анемий и не встречаются при других. К таковым относятся: утолщение, размягчение, слонение, исчерченность, ломкость ногтей, развитие койлонихий (корявых, корытообразных ногтей); сухость, истончение, ломкость (сечение), блеклость и выраженное выпадение волос головы; сглаженность сосочков языка, потеря блеска зубов, быстрое их разрушение; редко – симптом Племмера – Винсона – затруднение глотания сухой пищи; извращение вкусовых и обонятельных рефлексов: желание есть мел, землю, пристрастие к запаху бензина, керосина, ацетона, красок.

Издавна считается, что эти симптомы – чрезвычайно важные и специфичные признаки ЖДА. Правда, есть авторы, не согласные с этим. Так, Auerbach и Adamson (2016) полагают, что ни один из этих признаков не удостоверяет железодефицитный характер анемии, если не снижены Fe, ФТ, процент насыщения ТФ Fe²⁺ (%НТФФе), с увеличением общей железосвязывающей способности (ОЖСС). Pasricha и соавт. (2010) считают, что даже дополнение клинических данных определением только уровня сывороточного железа (СЖ) не может быть использовано для утверждения наличия у пациента ДЖ и железодефицитного характера анемии.

В какой-то мере, такое мнение имеет право на существование. Дело в том что, при ряде форм ЖДА (например, при заболевании молодых девушек (13-20 лет), ранее называемым «ранним хлорозом») вышеуказанных признаков поражения придатков кожи и пр. не бывает. Не бывает их часто также при вторичных ЖДА (хронические болезни почек, опухолевых поражениях, химиотерапии и т.д.).

И всё же с таким категорическим мнением согласиться абсолютно невозможно. Во-первых, ЖДА, при которых специфичных для них изменений совсем не бывает, составляют очень малый процент по отношению ко всей группе этой болезни. Во-вторых, Auerbach и Adamson и Pasricha с соавторами рассуждают со своей, западно-европейской колокольни – с точки зрения положения медицины в развитых и благополучных странах.

Во то же время, сегодня, на большей части территории провинциальной России, в раз-

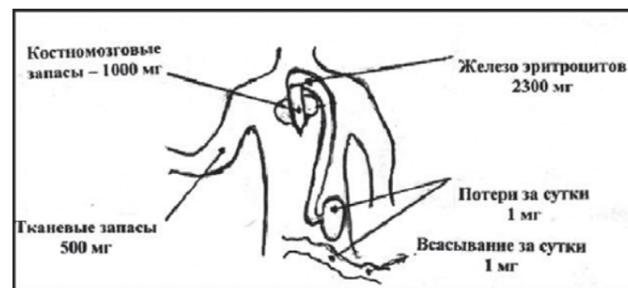


Рис. 1. Различные компоненты организма, в которых содержится железо (мг, у мужчин массой тела 75 кг)

Fe здесь не всасывается и пища, а с ней и Fe³⁺ поступает в двенадцатиперстную кишку. Проксимальный отдел двенадцатиперстной кишки – самый активный отдел желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по его всасыванию. Здесь Fe³⁺, взаимодействуя с дуоденальным цитохромом, переходит в Fe²⁺.

Далее начинается сам процесс абсорбции и транспорта Fe²⁺. Оно с помощью двухвалентного металлотранспортёра, при взаимодействии с гелсидином (ГС), переносится через липидную мембрану апикальной части кишечного энтероцита в образующихся тут же везикулах, внутрь, в цитоплазму, где они вырезаются, отторгаются от основной мембраны, закрываются, становятся круглыми сферами, содержащими Fe²⁺ и называются эндосомами.

Затем эндосомы перемещаются в цитозоль (особая часть цитоплазмы), где с помощью другого фактора – ФП – Fe²⁺ вновь

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

живающихся странах мира практически нет никакой возможности выполнить вышеприведённые исследования. Так что же – врачам отложить выставление диагноза ЖДА и её лечение до тех далёких времён, когда во все глухие края земли придут современные исследования? Это скорее суждения не о современной практической жизни, а из ненаучной фантастики. В-третьих, это явное отрицание значимости клиники для диагностики, что также неверно.

Вышеуказанные признаки ЖДА достаточно специфичны для этой болезни. Практически мы не знаем других распространённых болезней, которые бы приводили к таким изменениям ногтей, волос, извращению вкуса и т.д.

Разумеется, мы не отказываемся от всех важных современных исследований, требуемых для диагностики ЖДА, если они могут быть произведены в том регионе, где обитает этот бедный больной. Об этом свидетельствует нижеследующий раздел о диагностике этой болезни

Собственно диагностика

Сегодня после выявления характерной клинической картины, для подтверждения диагноза ЖДА желательнее провести множество лабораторных исследований.

Во-первых, произвести обычный общий анализ крови. В нём, кроме снижения Hb, выявляется целый ряд лабораторных признаков ЖДА: снижение среднего содержания Hb в эритроците (ССГЭ) – (референсные значения (P3) нормы 27–33 пг) и средней концентрации Hb в эритроците (СКГЭ) (P3 нормы 32–37%), большой процент микроцитов, анизоцитоз, аннулоцитоз.

Во-вторых, определить: СЖ (P3 нормы от 9 до 31,3; медиана 20,15 мкмоль/л); ФТ (P3 нормы у мужчин 30–330; медиана 180 мкг/л; у женщин 16–150; медиана 83 мкг/л); трансферрин (ТФ) (P3 нормы мужчин 2,3–4; медиана 3,15 г/л; женщин 3,38 г/л); %НТФЕ (более 20%, обычно 1/3 ТФ; патология – снижение ниже 16%); фолиевую кислоту, В₁₂, эритропоэтин.

Примечание. Здесь следует оговориться, что эти показатели взяты мной из данных зарубежных исследователей – из обзоров, открытых или плацебоконтролируемых исследований. В отечественной же литературе можно встретить другие данные, в том числе со значительными расхождениями не только с вышеприведёнными данными, но и между собой. Поэтому, в анализе данного конкретного пациента всегда надо смотреть норму по применённому способу определения того или иного показателя.

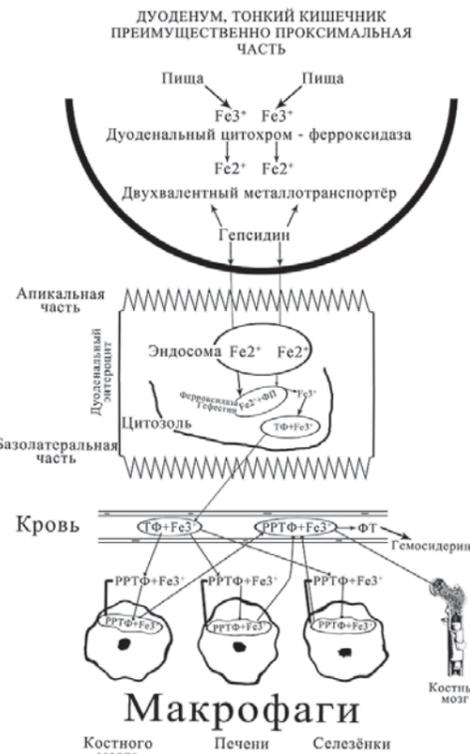
Из приведённых выше нами данных по абсорбции и транспорту Fe можно видеть, что в настоящее время, для тонкого понимания обмена Fe, возможных путей возникновения его дефицита и диагностики ЖДА необходимо к определяемым ранее факторам добавить ещё, по меньшей мере, определение ГС, РРТФ, ФП и гестина (ГФ).

Однако и это ещё не всё. В последние годы для диагностики ЖДА предлагается ещё множество тестов. Chung и соавт. (2016) обобщили литературу по новым маркерам диагностики ЖДА и ДЖ. В метаанализе они сравнили новые лабораторные маркёры (содержание Hb в ретикулоцитах (HbPC), процент гипохромных эритроцитов (%ГЭ), эритроцитарный цинк порфирина (ЭЦП), изменение сверхпроводящей квантовой интерференции (СПКИ)), с известными маркёрами: СЖ, ФТ, ТФ, %НТФЕ (ОЖСС и ЛЖСС), РРТФ и ГС.

Однако пока все эти исследования вводить в практику врача ещё рано по многим причинам. Вышеуказанные авторы, проведя метаанализ 27 исследований, имеющих в литературе, установили, что эти новейшие анализы на выявление ДЖ или ЖДА имеют низкий уровень доказательности наличия особых преимуществ перед старыми, известными. Не выявлены также доказательства значимости новых тестов и их комбинаций как между собой, так и со старыми, известными в диагностике ДЖ или ЖДА.

Кроме того, если неукоснительно следовать «Приказу МЗ и СР РФ от 28 февраля 2005 г. № 169 «Об утверждении стандарта медпомощи больным ЖДА», то больным ЖДА может потребоваться ещё и следующие исследования: A07.05.001 – исследование с радиоактивным хромом; A08.05.002 – гистологическое исследование препаратов костного мозга; A11.05.003 – получение цитологических препаратов костного мозга; A12.05.031 – исследование сидеробластов и сидероцитов и др.).

Из сказанного ясно, что современная диагностика ЖДА – действительно чрезвычайно сложный процесс, требующий наличия самой современной диагностической техники и высококвалифицированных специалистов, которые бы умели пользоваться ею.



Авторская схема 2. Современные представления об абсорбции и транспорте железа. Аббревиатура: Fe³⁺ – окисленное трёхвалентное железо; Fe²⁺ – восстановленное двухвалентное железо; ФП – ферропортин; ТФ – трансферрин; РРТФ – растворимые рецепторы к трансферрину; ФТ – ферритин

На большинстве территорий регионов РФ в настоящее время нет возможности произвести не только все вышеуказанные, но даже и элементарно важные анализы, без которых вообще невозможно установить диагноз.

Итак, как же обычно практическому врачу выставить диагноз ЖДА?

Наша первая методическая рекомендация для территорий, где сложные анализы пока недоступны:

1. Долго сидеть у постели такого больного и тщательно искать известные и не очень этиологические факторы ЖДА (кровотечения, в том числе и малые (язвенная болезнь желудка, атрофический гастрит, бариатрическая хирургия (БХ), геморрой, целиакия (Dahlerup и соавт.) (2015); носовые кровотечения; обильные и длительные месячные), плохое питание, вегетарианство и т.д., и т.п.

2. Взыскательно расспрашивать и осматривать пациента на предмет выявления объективных клинических признаков, о которых я говорил выше. Помнить при этом, что в медицине все клинические признаки у одного и того же больного встречаются чрезвычайно редко, поэтому искать хотя бы некоторые.

3. Производить элементарный общий анализ крови (ОАК). При этом в мазках периферической крови искать характерные изменения: выраженный пойкилоцитоз (разные формы эритроцитов), гипохромия, анизоцитоз (эритроциты разной величины, со значительным числом микроцитов), аннулоцитоз, ЦП ниже 0,8, снижение ССГЭ и СКГЭ.

4. Если возможно, дополнить эти сведения определением СЖ и ФТ. В случае, если и эти показатели окажутся ниже нормы – смело выставлять больному человеку диагноз ЖДА.

5. Далее думать о том, каким способом его лечить (см. ниже).

Наша вторая методическая рекомендация для территорий, где есть возможность обследовать больного по полной программе

Диагноз ЖДА выставлять при наличии следующих данных:

Выяснить наличие характерных признаков по пунктам 1, 2, 3, 4 первой рекомендации. Определить: СЖ, ФТ, ТФ, %НТФЕ.

На основании этих данных, поставить диагноз ЖДА, оценить её тяжесть по рекомендациям ВОЗ, о которых сказано выше.

Примечание: разумеется, что хорошо было бы определять и новейшие лабораторные данные – ГП, ФП, ГФ, РРТФ, ГЭР, содержание HbPC, %ГЭ, ЭЦП и СПКИ. Однако, как я уже говорил выше, пока не получены доказательные данные, что эти новые тесты лучше старых. Поэтому, до выявления особых достоинств их не следует включать в стандарт обследования больных ЖДА.

Лечение ЖДА и железодефицитных состояний

После постановки диагноза сразу возникает вопрос лечения. К настоящему времени существует 3 основных способа лечения ЖДА в зависимости от путей введения в организм препаратов Fe – пероральный (ПО), внутримышечный (в/м) и внутривенный (в/в).

Пероральный способ

До настоящего времени лечение ЖДА и железодефицитных состояний в РФ подавляющее большинство врачей проводит ПО препаратами, тогда как за рубежом уже к 2016 г. чётко наметилась тенденция предпочтения парентеральных средств. Это связано с множеством причин.

Во-первых, российские врачи по ряду обстоятельств (в том числе и социальных) гораздо более консервативны в методах исследования и лечения больных.

Во-вторых, издавна вошедшие в плоть и кровь врачей представления о том, что ЖДА надо лечить приёмом препаратов per os, очень трудно изменить.

В-третьих, ПО способ привлекает к себе отсутствием серьёзных побочных реакций и достаточной эффективностью.

К сожалению, в печати (к слову, не только российской) и сегодня можно встретить утверждения, что в/в метод показан лишь больным, которые не переносят ПО препараты Fe или они не соблюдают режим лечения. Однако, если внимательно прочитать работы даже таких авторов, то можно убедиться, что ПО способ практически уходит в историю и должен применяться лишь в исключительных случаях, когда в/в по каким либо причинам становится абсолютно противопоказанным или на его проведение у пациента и государства нет денег.

Sançado и Muñoz (2011) опубликовали обзор, в котором показывают, что ПО приём Fe при лечении ЖДА, как правило, считается и во многих регионах и странах, (к сожалению, и в РФ. – И.Ш.) является методом выбора первой линии из-за его бесхлопотности, низкой стоимости и, во многих случаях, особенно у тех пациентов, которые аккуратно его соблюдают – эффективности. Но уже давно ясно, что при многих железодефицитных состояниях он не является идеальным из-за побочных эффектов, связанных с ЖКТ и необходимости чрезвычайно длительного приёма препаратов.

Nielsen и соавт. (2015, 2016) в открытом проспективном исследовании на 28 больных ЖДА показали, что при назначении внутрь сульфата Fe, ретардных таблеток с содержанием 80 мг ионизированного Fe с медленным высвобождением имеет место эффективный результат. Авторы измеряли с помощью радиоактивного Fe её потери и усвоение. Показано, что дозы препарата в среднем 11,7 ± 6,6 мг в сутки, действенны даже при сохранении потерь, которые у обследованных больных достигали 6,6 ± 5,9 мг в сутки. У пациентов, участвующих в эксперименте, в течение периода наблюдения 6–10 недель отмечалось значительное увеличение уровня Hb и концентрации ФТ (среднее увеличение Hb с 102 ± 1,6 до 125 ± 1,5 г/л и ФТ от 9 ± 11 до 31 ± 23 мкг/л).

В рамках дискуссии о лечении железодефицитных состояний, нередко возникает вопрос о том, можно ли давать препараты Fe per os при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) – (болезнь Крона (БК), неспецифический язвенный колит (НЯК) (более подробно см. ниже). Rampton и соавт. (2016) оценивали действие ПО препаратов Fe на Hb больных ВЗК. В проспективном открытом 6-недельном исследовании они оценили влияние принимаемого внутрь сульфата Fe в дозе 200 мг 2 раза в день на Hb, содержание сывороточного Fe, ГС, активность заболевания (индекс Харви – Брэдшоу, клинический индекс активности простого колита), С-реактивного белка (СРБ), фекального калопротектина, при одновременном проведении психометрических оценок у 45 подростков (13–18 лет) и 43 взрослых (> 18 лет).

Анализ результатов показал, что больные с ВЗК хорошо переносят ПО сульфат Fe, и

он приводил к подъёму Hb как у подростков (до лечения 103 г/л, после лечения 117 г/л (p < 0,0001), так и у взрослых – от 109 г/л до 119 г/л после (p < 0,0001). %НТФЕ и ФТ (у подростков) и ГС (у взрослых) также значительно увеличились.

Из своего исследования авторы делают вывод, что вводимый орально сульфат Fe является эффективным и хорошо переносимым препаратом для лечения ЖДА, как у подростков, так и у взрослых. Он не увеличивает активности ВЗК, во всяком случае, в пределах такого краткосрочного периода времени. Обратное соотношение между базовым СРБ и уровнями ГС и ответом Hb позволяет предположить, что эти показатели могут влиять на решение о том, следует ли проводить лечение ПО или в/в.

Auerbach и Adamson (2016) полагают, что при наличии желудочношунтирования при БХ, тяжёлых маточных кровотечениях, ВЗК и наследственной геморрагической телеангиэктазии ПО приём Fe является способом выбора первой линии.

В то же время авторы вынуждены признать, что, к сожалению, ПО лечение имеет ряд недостатков, которые нередко заставляют и врача и пациента прекращать чрезвычайно необходимое лечение. Для таких больных, а также пациентов с рефрактерным течением анемии, предпочтительным является в/в введение, в том числе и при беременности и при БХ.

О том, что оральное лечение препаратами Fe в соответствующих дозах и в течение достаточного срока, является эффективной стратегией первой линии для большинства больных ЖДА говорят и другие авторы.

Friedrich и Cançado (2015) полагают, что пищевой ДЖ и ЖДА – наиболее распространённое явление, затрагивающее более 2 млрд человек во всём мире. Поэтому ПО приём Fe является способом первого выбора для лечения таких состояний. Sançado и Muñoz (2011) опубликовали обзор, в котором показывают, что ПО приём препаратов Fe при лечении ЖДА является способом выбора первой линии из-за его эффективности и низкой стоимости. Однако они вынуждены признать, что при многих железодефицитных состояниях ПО способ нельзя считать идеальным из-за ПР, связанных с ЖКТ, а также необходимости длительного приёма препаратов.

Следует отметить наличие исследователей, считающих, что способ в/в введения железа ещё надёжно не изучен. Так Szebeni и соавт. (2015) полагают, что этот метод может вести к редким, но тяжёлым не IgE-опосредованным реакциям гиперчувствительности. Это псевдоаллергия и она связана с активацией комплемента, по крайней мере, часть таких реакций. В то же время, из дальнейшего изложения нашего обзора читателю станет ясно, что подавляющее большинство исследователей не отметили таких тяжёлых ПР при в/в лечении ЖДА феринжеком.

Таким образом, можно видеть, что проведённые в последние годы исследования и их метаанализ выявили, что «что-то уже прогнило» в королевстве ПО способа лечения ЖДА и железодефицитных состояний.

ПО лечение применимо (при наличии желания у пациента или врача!) при всех, так сказать, «ортодоксальных» формах ЖДА, то есть где причиной ДЖ являются пищевые погрешности, беременность, мелкие, но длительные кровопотери (умеренные эпистаксис разной этиологии, рецидивирующая язвенная болезнь и гастриты, которые, как правило, сопровождаются микрокровопотерями, длительные или обильные месячные, плохое питание (голодание).

Сюда же относятся ЖДА из-за нарушений всасывания в двенадцатиперстной кишке со сдвигом градиента всасывания в нижние отделы двенадцатиперстной кишки («эссенциальные» формы ЖДА), подростковые анемии («ранний хлороз», ЖДА сложного генеза), «передаточные» анемии (анемии у детей, чьи матери страдали ЖДА во время беременности) и в целом ряде других случаев.

Тем не менее сказанное выше вовсе не означает, что такие анемии обязательно надо лечить ПО способом и в/в способ здесь не показан или противопоказан.

Вышеуказанные и другие виды ЖДА могут быть лечены препаратами, принимаемыми per os, но они с таким же и даже более качественным образом могут быть лечены и в/в введением препаратов Fe. Всё зависит от условий, традиций, а в XXI веке, когда от врачей требуют работать по этической модели «врач – пациент – партнёрство» – и от желания и решения самого больного, с его современными «правами человека», и от «кармана» того или иного пациента и наличия выгоды от вида лечения (продажа разных препаратов) для фармгигантов и местных владык, которые могут иметь заинтересованность.

Какой из препаратов выбрать для перорального лечения?

Отсутствуют сколь либо доказательные сведения, что различные ПО препараты, в чём либо отличаются друг от друга в эффективности устранения ДЖ и лечения ЖДА. При точном и грамотном их дозировании и приёме любых препаратов Fe не выявлены доказательные различия ни в смертности, ни в удлинении срока жизни пациентов, ни в сокращении сроков выздоровления, ни в улучшении КЖ.

В связи с этим, в нынешних условиях, при амбулаторно-поликлиническом лечении препарат надо выбирать не по названию, не по содержанию железа, а по его стабильному наличию в аптеке и экономической доступности для кармана пациента.

Приводим клинический пример: больная 36 лет, осмотрена 17 марта 2017 г.

Жалобы: слабость, головокружения. При собеседовании и осмотре: уплощение, истончение ногтей, выраженное выпадение волос. Анализы: Hb 65 г/л, ЦП 0,8. ЖСК – 2,2 мколь/л, ферритин 1,9 нг/мл; трансферрин 3,8 г/л, процент его насыщения всего 3.

Общая заместительная курсовая доза для этой больной по номограмме: 2616 мг.

Полагают, что исходя из него и учитывая наличие, количество элементарного Fe в 1 таблетке (капсуле и т.д.) выбранного препарата можно наметить примерный курс лечения. К сожалению, курс лечения в данном случае – понятие с множеством неизвестных. Мы знаем, что в сутки у здорового человека всасывается примерно 1-1,2 мг Fe из пищи. Но мы совершенно не знаем, какое количество всасывается у данного больного. Известно, что при высокой потребности в этом микроэлементе его всасывание увеличивается многократно. Поэтому определить количественный дефицит и по нему строить лечение – чрезвычайно неблагоприятное дело.

Меня могут спросить: так определять общую заместительную дозу или нет? Я бы ответил, что при выборе ПО способа лечения смысла в этом не вижу. Выбрать любой из ПО препаратов и давать его в максимальной допустимой дозе при тяжёлой степени анемии, в средней – при средней тяжести и минимальной – при лёгких степенях малокровия. Через 7-10 дней проверить «ретикулоцитарный криз» и уровень Hb (там, где это возможно ФТ, ТФ и процент его насыщения). Если ретикулоцитарный криз появился и Hb повысился – значит, имеется отклик на лечение. В этом случае следует уменьшить дозу Fe примерно наполовину (часто можно давать 1 капсулу или 1 таблетку).

Наши исследования ранее убедительно доказали, что большие дозы Fe нужны и хорошо всасываются лишь при значительном обеднении их запасов и расходного циркулирующего пула. Как только уровень Fe достигнет средних значений (80 мг/л и выше) – его всасывание гомеостатически уменьшается, и дача больших доз оказывается абсолютно бесполезной тратой денег пациента и ресурсов государства. Избыточное Fe просто выводится из организма с калом или другими путями и никакой пользы (кроме как для фармацевтических компаний) не приносит.

Эту половинную дозу давать пациенту внутрь длительно, нередко 4-5 месяцев. К концу 3-4 недель лечения повторить общий анализ крови. Если Hb растёт – значит, отклик на ПО приём Fe стабилен и лечение следует продолжить теми же дозами. Разумеется, если это реально – в эти же сроки повторить и анализы на СЖ, ФТ, ТФ и процент его насыщения.

Обычно при правильном проведении ПО лечения Hb восстанавливается за 20-30 дней. К сожалению, за это время костный мозг не насыщается, запасы не восполняются и, если будет лечение прервано, – ЖДА развивается повторно. Поэтому-то приём малых доз Fe следует продолжить 4-5 месяцев.

При успешном завершении такого курса лечения по ПО программе в последующем ЖДА больше не рецидивирует (или рецидивирует крайне редко).

Примечания к пероральному лечению ЖДА и железодефицитных состояний

Нет убедительных доказательств того, что витаминные и тем более «микроэлементные» добавки к препарату Fe улучшают исходы болезни, увеличивают продолжительность жизни больных ЖДА или сокращают смертность как от самой анемии, так и от сопутствующих болезней. Поэтому их прибавление к терапии не ведёт за собой ничего, кроме увеличения финансовых расходов и так нищего российского обывателя. В связи с этим добавлять их или обязательно выбирать препараты, комбинированные с витаминами и микроэлементами нецелесообразно и их назначать бессмысленно.

В этой ситуации есть и ряд этико-деонтологических проблем.

Так, в подавляющем большинстве случаев ЖДА диагностируется в фазе средней тяжести или лёгкой степени, где Hb уже в исходном состоянии бывает 80 или выше г/л. В этом случае, с точки зрения науки и правильного врачевания для лечения и излечения этой анемии, достаточно дачи 1 таблетке практически любого железосодержащего препарата в день в течение этих 4-5 месяцев. Казалось бы прекрасно. Но так ли это?

Давайте подумаем: доволен ли будет таким лечением отечественный больной, привыкший к тому, что при любом заболевании наши врачи «угощают» его множеством не очень нужных лекарств? Будет ли достаточно высоким его комплаенс к врачу с этой единственной таблеткой? Не пойдёт ли он от «ничего не знающего врача» с его одной таблеткой, к другому, который назначит ему кучу витаминов, БАД, различных уколов и т.д.? И не будет ли пациент (да и наши всезнающие отечественные СМИ, при этом будут кричать на каждом углу о «плохом враче», который лечит больного одной, единственной таблеткой и о «хорошем» враче, к которому он пошёл после этого нехорошего врача и тот счёл необходимым назначить ему множество «ценных витаминов, микроэлементов, народных лекарств», рекламируемых этим «знающим врачом», и даже, увы, в наш XXI век! – не только академиками всяких кашпи – или джуна наук, но и настоящей РАН (!) по их тщеславию или желанию получить финансовые выгоды и т.д.?

Ситуация не столь уж редкая. Поэтому, нередко вместе с железом приходится назначать таким алчущим «многотаблеточность» пациентам, ещё «очень хорошие современные витамины» или вещества, «укрепляющие иммунитет» и т.д. Хотя, при возможности, лучше посидеть с больным постараться довести до его сознания правоту «однотаблеточного» врача, а не бездумного (или себе на уме) врача-полипрагматиста.

И ещё. Как правило, при элементарно правильном ПО лечении ЖДА Hb поднимается до нормы за 20-30 дней или что-то около этого. А врач говорит, что впереди – ещё 4 месяца лечения?!

И, увы, в эти очень важные месяцы, необходимые для излечения ДЖ или ЖДА, судьба ПО лечения может сложиться по-разному, также в зависимости от ряда моментов:

1. По достижении «достаточного» с его точки зрения уровня Hb, пациент прекращает дальнейшее «ненужное лечение». А это уже ведёт к квартету побочных последствий ПО способа лечения: а) срыв комплаенса; б) возможный рецидив болезни через какой-то срок; в) продолжение отрицательного влияния гипоксического состояния на весь организм больного человека и, как следствие этого, – г) ухудшение КЖ пациента.

2. По ходу этого 5-месячного лечения, могут возникнуть и настоящие ПР – непереносимость препаратов, тошнота, поносы, нарушение общего самочувствия (снижение КЖ) и т.д.

Тем не менее, ряд научных проспективных исследований и их оценка в метаанализе говорят, что ПО лечение имеет все права жизни для лечения пациентов с ДЖ и ЖДА.

О вкусах (и врачей и пациентов) не спорят. Хотя давно пора!

Некоторые советы по практическому проведению перорального лечения ЖДА:

– ПО препараты Fe лучше не запивать чёрным чаем, кофе, молоком, так как они образуют с солями Fe соединения, плохо всасывающиеся из кишечника;

– ряд препаратов, принимаемых ПО, ведёт к тёмному окрашиванию кала, что вызывает тревогу у пациентов. Поэтому, с первого же дня начала лечения пациенту следует объяснить эту реалию, чтобы тот не беспокоился;

– может также возникнуть потемнение зубов, особенно в детском и подростковом возрасте, что, несомненно, является достаточно сильным психотравмирующим фактором. Во избежание этого научите своих пациентов пить такие средства через пластмассовые соломки и тщательно прополаскивать рот после приёма препарата.

Парентеральные способы лечения ЖДА и железодефицитных состояний

Существует 2 основных парентеральных (ПЭ) способа лечения железодефицитных состояний – в/м и в/в.

Внутримышечный способ

Данный способ лечения не получил особого распространения ни среди врачей, ни среди пациентов и ситуация такова, что он едва ли получит таковое в ближайшее время. В связи с этим несколько слов о внутримышечном способе, о назревающей необходимости отложить его, если не на полку истории, то хотя бы задвинуть его в дальний ящик практики медицины. В чём причины этого?

Во-первых, нет доказательных исследований, что в/м введение препаратов даёт лучшие результаты, чем ПО. А, если это так,

то нет большого смысла делать пациенту инъекции, вместо дачи препаратов внутрь (тем более, что очень часто таким пациентом оказывается малыш или подросток, из которых не все бесстрашно распевают «я уколов не боюсь, не боюсь»). Во-вторых, парентеральное введение должно предваряться тестом на аллергию или другие ПР, что усложняет этот способ лечения и для врача и для пациента. В-третьих, нередко на местах инъекций возникают длительные уплотнения, а кожные покровы могут гиперемироваться, что также является отрицательным моментом данного способа лечения.

Тем не менее у нас нет никаких оснований считать что в/м способ полностью потерял своё значение и его следует уже отправить на полку истории (хотя к этому дело идёт). Иногда, хотя и достаточно редко, в жизни возникают ситуации, когда ПО и в/в способы не могут быть применены у пациента. К примеру, у пациента выраженные проявления других острых или подострых болезней ЖКТ и от в/в способа лечения он отказывается или воздерживается по каким-либо причинам и т.д. Поэтому ниже излагаются краткие данные по основным препаратам для в/м лечения и методические рекомендации по его проведению.

Наши методические рекомендации по лечению ЖДА внутримышечным введением препаратов железа

1. Как уже указывалось при обсуждении вопроса ПО способа лечения – стараться сделать максимально доказательным наличие ЖДА у жаждущего лечения пациента, стоящего (иногда лежащего) перед вами.

2. Выбрать препарат, которым будет проводиться лечение.

3. Определить количественный дефицит Fe (общую заместительную дозу элементарного Fe) у данного больного по одной из существующих в печати формул или номограмм.

4. В соответствии с этими данными рассчитать количество потребных для курса лечения ампул выбранного препарата.

5. Начать в/м введение выбранного препарата. Наиболее оптимальное место введения – наружно-наружные квадранты обеих ягодиц, чередуя.

6. Через 7-10 дней от начала лечения определить наличие ретикулоцитарного криза и уровень Hb. При наличии ретикулоцитарного криза и подъёме Hb продолжать лечение до окончания намеченного количества ампул железосодержащих препаратов, когда оно считается завершённым.

7. Перед принятием решения о завершении лечения обязательно повторить ОАК, и, если возможно, основных показателей обмена железа: СЖ, ФТ, ТФ и процент его насыщения.

Внутривенный способ

Препараты для в/в введения, применяемые ранее, давали много ПР, в том числе и тяжёлых АР. Этот момент, то есть возможность развития множества ПР при в/в способе лечения, крепко отложился в медицинской памяти человечества, как со стороны пациентов, так и врачей. Результат – в РФ эти факты стали большими тормозами для внедрения в широкую практику как препаратов, так и самого способа в/в лечения больных ДЖ и ЖДА различной этиологии.

В то же время, в последние 15-20 лет были разработаны новые препараты Fe для в/в введения, не имеющие в своём составе ингредиентов, дающих ПР. Введение их в широкую медицинскую практику в настоящее время становится важнейшим аспектом здравоохранения и РФ и мира. Ибо многие авторы считают, что в мире сегодня насчитывается более 2 млрд, а в РФ – многие миллионы людей, страдающих ЖДА и не меньше число, имеющих ДЖ, являющихся потенциальными кандидатами в ЖДА.

Новые препараты Fe для в/в введения имеют множество положительных свойств. При их введении развивается очень мало ПР, излечение наступает за короткий срок, нередко потребным и достаточным является однократная инъекция, что делает способ чрезвычайно привлекательным для пациента и медицины.

В связи с этим, сегодня в/в способ лечения железодефицитных состояний в мире стал ведущим. Почему это так, говорят сами за себя результаты современных проспективных исследований и метаанализов, раскрытию которых посвящено дальнейшее изложение материала.

Лечение железодефицитных анемий вторичного генеза

Беременность и акушерско-гинекологическое состояние

Reña-Rosas и соавт. (2015), как и многие другие, указывают на тот факт, что анемия является частым состоянием во время беременности, особенно среди женщин в странах с низким и средним уровнем дохода. Традиционно гестационная анемия

лечилась ПО ежедневным приёмом препаратов Fe во время беременности, но соблюдение этого режима часто не удавалось из-за ПР, которые приводили к прерыванию лечения. Всё это вызывало озабоченность среди женщин и ограничивало ПО лечение.

В связи с этим ряд авторов предложил и опробовал способ прерывистого ПО лечения (принимать препараты Fe всего 2-3 раза в неделю).

Reña-Rosas и соавт. провели поиск по таким исследованиям в различных международных базах – в группе регистрации, Международной базе ВОЗ для регистрации клинических испытаний (ICTRP) и в некоторых других организациях, где могли бы быть неопубликованные данные этого характера.

Учитывались только рандомизированные или квазирандомизированные испытания. Авторы нашли 27 исследований из 15 стран, проведённых на беременных и детях, но только 15 из них соответствовали требованиям.

Все исследования сравнивали ежедневный приём препаратов Fe ПО, по сравнению с прерывистым. Общая оценка показала, что не было получено никаких чётких доказательств различий между этими двумя способами ПО лечения ЖДА ни для беременных матерей, ни по множеству факторов у детей.

Christoph и соавт. (2012) указывают на то, что ПО применение препаратов Fe при анемии беременных нередко оказывается несостоятельным. Эти авторы произвели ретроспективную оценку результатов лечения 206 беременных женщин, которые либо не переносили ПО препараты, либо они были неэффективны, в связи с чем их лечили в/в введениями железосодержащих медикаментов.

Khalafallah и Dennis, касаясь вопроса лечения анемий беременных, отметили, что ПО лечение Fe широко используется для лечения ЖДА в этой ситуации, однако не все пациенты адекватно реагируют на него. Это обусловлено несколькими факторами, в том числе ПР, ведущими к плохому комплаенсу и неэффективности метода. ПР, преимущественно ЖК дискомфорт, наблюдаются у большой группы пациентов, принимающих препараты ПО. Ранее применяемые в/в препараты также давали ПР, в том числе достаточно серьёзные, поэтому их вводили редко и неохотно. Разработанные в последние годы комплексы Fe 2-го и 3-го поколений для в/в введения показали безопасность и высокую эффективность.

Таким образом, в настоящее время в/в препараты Fe можно безопасно использовать для быстрого пополнения запасов Fe и коррекции анемии во время и после беременности.

Wong и соавт. (2016) считают, что ЖДА у беременных связана с частыми перинатальными осложнениями. Для лечения обычно рекомендуют ПО приём Fe, но этот путь может вести к ЖК токсичности и частому нарушению комплаенса. Поэтому ими были изучены возможности в/в применения препаратов Fe у беременных.

Исследование авторов заключалось во в/в введении 1000 мг низкомолекулярного декстрана железа (НМДЖ) однократно в течение часа у 189 включённых в исследование, проведённого по принципу случайного отбора беременных с ЖДА умеренной и тяжёлой степени во втором и третьем триместрах. ПО терапия у этих беременных была неэффективной.

Результаты продемонстрировали безопасность и эффективность в/в способа лечения ЖДА у беременных.

Singh и соавт. (1998), полагают, что анемия является наиболее распространённым явлением во время беременности с преобладанием ЖДА, возникающего из-за истощения запасов железа и недостаточного их пополнения.

В исследовании авторов сравнивалась эффективность декстрина Fe, вводимого в/в и фуларата Fe, принимаемого ПО. В/в путь показал значительно более высокий уровень и темп роста Hb ($p < 0,001$). ФТ сыворотки был значительно выше ($p < 0,001$) в группе в/в введения, что свидетельствует о большем насыщении организма Fe. Другие показатели обмена Fe, такие, как СЖ, ТФ сыворотки крови и протопорфирин цинк также были значительно выше при в/в способе введения Fe, чем при ПО.

Какие либо побочные реакции при в/в введении выявлены не были, в то время, как при ПО приёме многие женщины отмечали таковые различного характера.

Авторы делают заключение, что в/в введение современного декстрана Fe является ценным, эффективным и безопасным альтернативным способом лечения ЖДА беременных.

(Продолжение на стр. 10.)

(Продолжение. Начало на стр. 7)

Khalafallah и соавт. (2010) указывают на то, что беременные, страдающие ЖДА, подвергаются особому риску. В связи с этим авторы изучили влияние в/в введения препаратов Fe на беременных. Проведено проспективное, рандомизированное открытое контролируемое исследование с целью сравнить эффективность, безопасность, переносимость и соответствие стандартной ПО и в/в терапии.

Было проспективно подвергнуто скринингу 2654 беременных женщин в период с марта 2007 по январь 2009 г. с полным анализом крови и исследованием Fe, из которых 461 (18%) имели лёгкую форму ЖДА. Годными для анализа были признаны 200 женщин, у которых совпадали данные по уровню СЖ и ФТ.

Пациенты были рандомизированы в еженедельном ПО приёме сульфата Fe с или без однократной внутривенной инфузии полимальтозы Fe.

Результаты показали, что при сочетании ПО и в/в введения Fe эффект был выше, чем при одном ПО приёме. Увеличение уровня Hb было в среднем 19,5 г/л против 12 г/л; $p < 0,001$; высоким было увеличение среднего уровня ФТ в сыворотке крови (222 мкг/л против 18 мкг/л; $p < 0,001$). Однократное введение полимальтозы переносится без существенных побочных эффектов.

Авторами также делается вывод, что в/в введение Fe является безопасным и эффективным методом лечения и пополнения запасов Fe у беременных с ЖДА.

Revez и соавт. (2011) также считают, что ДЖ является наиболее распространённой причиной анемии во время беременности во всём мире, которая может быть лёгкой, средней и тяжёлой тяжести. В то же время продолжается дискуссия по поводу того, чего больше при лечении лёгкой и средней тяжести анемии – пользы или вреда.

Было проведено изучение работ по оценке влияния различных методов лечения анемии беременных лёгкой степени (Hb ниже 110 г/л) на материнскую или неонатальную заболеваемость и смертность.

ПО приём Fe во время беременности в одном исследовании (125 женщин) показал снижение заболеваемости анемией (относительный риск 0,38, 95% доверительный интервал от 0,26 до 0,55). В двух исследованиях было установлено улучшение гематологических показателей, по сравнению с плацебо. В то же время большинство исследований не выявили особых клинических улучшений, а также ПР.

Несмотря на то, что в/м и в/в способы введения Fe приводят к лучшим гематологическим показателям у женщин, чем при ПО пути, какие либо клинические различия не были показаны, так же как и ПР.

Установлено, что ежедневные малые дозы Fe могут быть эффективны при лечении анемии у беременных с меньшим количеством побочных эффектов ЖКТ, по сравнению с более высокими дозами.

Авторы делают вывод о том, что очень мало клинических исследований, которые бы оценили последствия для матери и плода введения препаратов Fe.

Al и соавт. (2005) сравнивали эффективность в/в и ПО препаратами Fe при анемии беременных. В рандомизированном открытом исследовании участвовало 90 женщин с уровнем Hb от 80 до 105 г/л и ФТ менее 13 мкг/л. Per os давали полимальтозный комплекс Fe (300 мг элементарного железа в сутки), в/в – сахарозу Fe. Дозу последнего рассчитывали по формуле: вес до беременности (кг) \times (110 г/л – фактическое содержание Hb (г/л)) \times 0,24 + 500 мг. Эффективность оценивали путём определения Hb и ФТ через 14 и 28 дней, и во время родов, и Hb в первый послеродовой день. Учитывали также ПР, вес плода, госпитализации и переливания крови.

Результаты показали следующее: уровень Hb изменился по сравнению с исходным у всех, но особенно у получающих препарат в/в.

Повышение Hb от исходного уровня было достоверно выше по всем параметрам в группе в/в терапии, чем ПО. ФТ также был выше у беременных, лечимых в/в. Никаких ПР не наблюдалось. Переливание крови потребовалось лишь для 1 пациента из группы ПО лечения.

Вывод: в/в введение железа при ЖДА беременных более эффективно, чем ПО и не приводит к каким либо ПР.

Ауив и соавт. (2008) провели в Исламабаде нерандомизированное контролируемое исследование эффективности и безопасности в/в суммарной дозы декстрана Fe с низкой молекулярной массой для лечения ЖДА в сравнении с ПО приёмом у беременных.

Группа из 100 беременных женщин с гестационным возрастом более 12 недель с подтверждённым диагнозом ЖДА были

включены в исследование. После расчёта ДЖ в/в вводился низкомолекулярный декстран Fe в контролируемой обстановке в стационаре. Для сравнения изучена вторая группа из 50 беременных женщин сопоставимых по возрасту, состоянию и исходному уровню Hb, толерантных к ПО приёму препаратов Fe (сульфат Fe 200 мг 3 раза в день). Оценка результатов производилась в диапазоне от 3 до 4 недель.

В группе в/в введения, уровень Hb был 85,7 \pm 9 г/л (с колебаниями 50-105 г/л) и средним значением Hb после инфузии 110 \pm 11 (колебания 84-143 г/л). В контрольной группе с ПО Fe уровень Hb составлял 95 \pm 9 г/л (колебания 70-105 г/л) и средним уровнем 102 \pm 1,2 г/л (колебания 64-128 г/л). Среднее увеличение Hb в группе в/в введения было 24,3 г/л, в ПО группе 7 г/л.

ПР в виде покраснения лица и тахикардии отмечены у 4% больных с в/в введением. В группе с ПО введением ПР не было.

Из своей работы авторы делают вывод, что в/в введение Fe является эффективным и безопасным способом лечения анемии беременных.

Van Wyck и соавт. (2009) провели исследование по оценке эффективности быстрого введения в/в больших доз трёхвалентного КОМFe по сравнению с ПО введением препаратов у анемичных женщин в послеродовом периоде.

В рандомизированном контролируемом исследовании была оценена эффективность в/в введения в течение 15 минут 1000 мг или меньше КОМFe, женщинам с Hb ниже или равном 100 г/л в пределах 10 дней после родов. При необходимости Fe вводили повторно еженедельно до достижения рассчитанной потребной общей дозы.

Другая группа женщин ПО получала сульфат железа (FeSO₄) 325 мг три раза в день в течение 6 недель.

У пациенток, получавших в/в КОМFe, по сравнению с теми кто получал ПО, Hb рос в 20 г/л или более намного ранее (за 7 дней, по сравнению с 14 днями при ПО) и имела большая вероятность достижения 120 г/л к концу лечения. Какие либо ПР выявлены не были.

Авторами сделан вывод, что в/в введение больших доз Fe является эффективным методом лечения послеродовой анемии. По сравнению с ПО дачей Fe, в/в введение лучше переносится, даёт быстрый отклик Hb, и более надёжно корректирует анемию.

Таким образом можно видеть, что при различных акушерско-гинекологических состояниях с развитием ЖДА, лечебным способом, имеющим несомненные преимущества, является в/в.

Воспалительные заболевания кишечника

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) (болезнь Крона и язвенный колит (ЯК) и ЖДА привлекают к себе определённое внимание, и это можно понять. Сами по себе ВЗК могут достаточно часто быть причиной ЖДА, а лечение последней может вести к обострению этих заболеваний.

С.Моисеев (2012) считает, что анемия часто встречается у больных с ВЗК и чаще всего обусловлена ДЖ (до 90% случаев). В этих случаях причинами возникновения ЖДА могут быть хроническая кровопотеря при изъязвлении слизистой оболочки, недостаточное всасывание Fe при поражении двенадцатиперстной и тощей кишки или низкое потребление Fe. Критериями диагностики ЖДА у пациентов с ВЗК являются снижение уровня СЖ разной степени, ФТ < 30 мкг/л (у пациентов с высокой воспалительной активностью < 100 мкг/л) и степени насыщения трансферрина < 16%. У больных ВЗК могут быть и малокровие типа АХЗ. В этих случаях уровень ФТ держится > 100 мкг.

Reinisch и соавт. (2013) также считают, что ЖДА часто встречается у больных ВЗК и негативно влияет на их КЖ. Тем не менее, на неё нередко не обращают должного внимания. Авторы призывают активно пропагандировать значимость анемии при ВЗК и необходимость её тщательного лечения. Они также рекомендуют использовать в/в путь лечения.

Лечение ЖДА при ВЗК имеет свои особенности, но, в целом в/в лечение может приводить к хорошему эффекту (9, 39). Auegbach и Deloughery (2016) нашли, что ведённая в/в одна доза Fe быстро насыщает организм и, поэтому, превосходит ПО лечение. Это особенно важно при наличии АХЗ на фоне ВЗК, таких как БК и ЯК, когда необходимо преодолеть блокирование абсорбции Fe из ЖКТ и обеспечить быстрое пополнение его запасов.

Vopovas и соавт. (2016) оценили сравнительную эффективность и ПР в/в введения по сравнению с ПО лечением препаратами Fe для коррекции анемии у взрослых с ВЗК. Авторы провели оценку систематических обзоров и метаанализа рандомизированных контролируемых клинических испытаний,

имевшихся в Международных центрах ВОЗ по регистрации клинических испытаний. Оценка производилась двумя независимыми экспертами.

Эксперты выявили 5 исследований с доверительным интервалом в 95%. Выявлено 694 пациента с ВЗК. В метаанализе в/в введение Fe демонстрировало более высокую эффективность в достижении повышения Hb \geq 20 г/л, по сравнению с ПО приёмом. Частота прерывания лечения из-за ПР, в том числе и со стороны ЖКТ, также была ниже у получающих в/в лечение по сравнению с ПО. Всё это свидетельствует о том, что у больных с ВЗК в/в введение железа – более лучший способ лечения, по сравнению с ПО.

Rizvi и Schoen (2011) отмечали, что до сих пор не очень точно определены дозы необходимого для достижения клинического эффекта элементарного Fe, а также оптимальный метод их введения. По их данным в настоящее время чаще применяется в/в метод.

Авторы изучали сравнительную эффективность в/в и ПО введения препаратов с акцентом на ВЗК.

Показано, что и тот и другой методы эффективно повышают уровень Hb при такой форме ЖДА. Они не установили, что в/в метод поднимает его быстрее, чем ПО. В их исследовании выявлено, что низкие дозы Fe имеют сравнимую эффективность, с меньшим количеством ПР и ПО дача не ухудшает клинические симптомы первичной болезни.

Таким образом, приведённые самые современные данные по лечению анемий с различным генезом железодефицита при ВЗК позволяют сделать вывод, что основным способом их лечения является в/в. Он у таких больных вызывает быстрое увеличение уровня Hb и восполнение запасов Fe, не приводя при этом к усилению признаков основной болезни или других ПР.

Бариатрические операции

Malone и соавт. (2013) считают, что ЖДА часто возникает после бариатрических операций. Причина многофакторна: сокращение ПО поступления Fe, возникновение мальабсорбции и т.д. Оказалось, что у таких больных ПО терапия неэффективна и требуется ПЭ лечение.

При лечении 281 пациента (в том числе 253 женщин) с операциями бариатрического характера, со средним возрастом 49 лет, с индексом массы тела 33, КОМFe имела аналогичную или улучшенную эффективность ($p < 0,05$), с точки зрения повышения Hb, ФТ и %НТФFe, по сравнению с ПО лечением.

ПР были примерно одинаковыми в обеих группах, за исключением переходящего снижения сывороточного фосфата, которое наблюдалось чаще в группе, получающих КОМFe.

Авторы делают вывод, что в/в введение является безопасной и эффективной альтернативой существующим способам лечения ЖДА при бариатрических операциях.

Muñoz и соавт. (2009) полагают, что индуцируемое ожирением хроническое воспаление приводит к активации иммунной системы и гомеостаза Fe, включая гипоферремию и связанное с этим сокращение эритропоэза, и, в конечном итоге, ведёт к анемии лёгкой или среднетяжёлой степени ещё до бариатрического вмешательства. А бариатрические вмешательства усугубляют это состояние, приводя к уменьшению желудка или угнетая всасывание Fe из ЖКТ. Кровь теряется и при самой БХ и в последующем, приводя к хронической кровопотере и потере Fe.

Периоперационная анемия приводит к повышению послеоперационной заболеваемости и смертности и снижению КЖ, в то время как её (или даже ДЖ без анемии) лечение до операции значительно улучшает результаты и КЖ пациентов, хотя для окончательных выводов опыта лечения в таких ситуациях недостаточно.

Метод введения Fe per os таким больным не оптимален, не говоря уже о том, что этот метод при данном состоянии может быть безуспешным. Поэтому, при БХ, чтобы обойти имеющуюся блокаду энтероцитов и макрофагов желателен в/в терапия, которая является безопасной и эффективной альтернативой ПО.

Одним из наиболее эффективных и безопасных методов как лечения, так и профилактики анемии при бариатрических операциях является в/в введение 1000 мг КОМFe.

Противоопухолевая химиотерапия

С.Моисеев (2012) цитирует авторов, которые нашли, что у 3/4 пациентов со злокачественными опухолями, получающих химиотерапию развивается малокровие. Для лечения анемии этого генеза обычно применяют эритропоэтин, однако около 50% пациентов плохо отвечают на такое лечение. Есть данные, что основной при-

чиной этого является имеющийся у таких больных, сопутствующий железодефицит.

В руководстве Европейской организации по изучению и лечению рака (EORTC) указано, что перед назначением эритропоэтина необходимо устранить ЖДА.

По данным С.Моисеева (2012) в нескольких рандомизированных клинических исследованиях было показано, что в/в введение препаратов Fe позволяло увеличить частоту ответа на лечение эритропоэтином с 25-70 до 68-93%.

При этом ПО препараты Fe у таких больных мало или вообще неэффективны. Например, в одном исследовании частота ответа на эритропоэтин при одновременном применении плацебо или ПО препарата Fe составила 25 и 36%, соответственно (10), а в другом – 41 и 45%.

В тех же исследованиях в/в введение препарата Fe привело к увеличению частоты ответа на эритропоэтин до 68 и 73%, соответственно.

Применение в/в препаратов Fe у этой группы больных может привести к снижению затрат на лечение вследствие уменьшения доз эритропоэтинов и потребности в гемотрансфузии.

Наши рекомендации: в связи с вышеуказанной информацией, пациентам, которым предстоит курс химиотерапии, за 5-6 дней до начала такого курса в/в ввести 750 мг феринжекта, однократно, за 15 минут.

Хроническая болезнь почек

Анемия – достаточно частое осложнение хронической болезни почек (ХБП). В эпидемиологическом исследовании PRESAM, анемия была выявлена у 69% пациентов, впервые обратившихся в диализный центр. Ключевую роль в развитии нефрогенной анемии играет недостаточность эритропоэтина, однако важный вклад в патогенез этого состояния вносит ДЖ. В популяционном исследовании NHANES признаки ДЖ (снижение сывороточного уровня ФТ или процент насыщения ТФ) были выявлены у 58-59% мужчин и 70-73% женщин с ХБП. Причины недостаточности Fe при ХБП включают в себя кровопотерю во время диализа или из ЖКТ, недостаточное поступление Fe с пищей, а также воспаление почек, которое сопровождается увеличением секреции ГС печенью.

Pandey и соавт. (2016) констатируют, что ДЖ часто встречается у пациентов, находящихся на хроническом диализе, и большинство из них требуют заместительной терапии Fe. В дополнение к абсолютному ДЖ, многие пациенты имеют функциональный его дефицит, что видно из субоптимальных ответов на применение эритропоэтин-стимулирующих агентов.

Henry и соавт. (2007) говорят о том, что в/в введение улучшает исход анемии при ХБП у пациентов, получающих эритропоэтин. Имеющиеся, хотя пока ещё недостаточные наблюдения свидетельствуют о том, что большие нагрузки являются более эффективными и, возможно, безопасными, чем лечение меньшими дозами.

В то же время они полагают, что, хотя ПЭ введение Fe является эффективным методом у пациентов, находящихся на гемодиализе, всё же имеются определённые проблемы при возникновении необходимости повторного его введения.

Нет единого мнения относительно предпочтительного способа насыщения организма Fe у пациентов, находящихся на гемодиализе, хотя ряд исследований свидетельствует о большей эффективности в/в лечения. Поэтому лечение в/в введением Fe больных, находящихся на гемо- и перитонеальном диализе остаётся предпочтительным.

Charlytan и соавт. (2013) считают, что КОМFe является стабильным, лишённым ПР комплексом, для быстрого в/в введения в высоких дозах с регулируемой доставкой Fe в ткани-мишени. В их исследовании изучена эффективность КОМFe у 204 больных в рандомизированных группах в возрасте 18-85 лет в дозе 15 мг/кг массы тела (максимально 1000 мг), находящихся и не находящихся на гемодиализе больных с ХБП. Ряд больных получали последовательные методы – ПО введение, а затем – в/в или велись без лечения железом.

Разовые дозы КОМFe 200 мг у гемодиализных пациентов и до 1000 мг у недиаализных, хорошо переносятся. ПР возникли в одинаковом процентном соотношении в обеих группах, хотя они различались у разных препаратов, принимаемых ПО.

Авторы делают вывод, что КОМFe в дозах 200 мг для гемодиализных пациентов и до 1000 мг у недиаализных переносится и более эффективно по сравнению с другими препаратами Fe для в/в введения.

(Окончание следует.)

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

На днях я получил письмо от профессора Ибрагима Шамова, давнего доброго знакомого и, кстати, хорошо известного читателям «Медицинской газеты» по статьям на клинические темы.

В нашей переписке с профессором – заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней Дагестанского медицинского университета – я как-то рассказал о том, как обстоят теперь дела с преподаванием клинических дисциплин в столичном вузе, где работаю, о чём не раз писал в «МГ». О том, что кафедры лишены возможности обучать студентов у постели больного, что лишены клинических баз (отделений больницы), что преподавание сводится к ответам на тесты и решению ситуационных задач.

И вот получил ответ. С разрешения Ибрагима Ахмедхановича, привожу ту часть письма без купюр и редактирования, в которой он пишет о том, как обстоят дела с преподаванием клинических дисциплин в его вузе.

«Что касается потери клинических баз. К счастью, это нас пока ещё не коснулось. Наше Министерство здравоохранения и руководство республики с пониманием отнеслись к этим вопросам, и мы продолжаем работать так же, как ранее. Больница предоставляет нам в достаточном количестве учебные комнаты, разрешает пользоваться подсобными службами: рентгеновской, МРТ, КТ, МСКТ, всеми лабораториями. Так что пока наши студенты на младших курсах могут ознакомиться с больными, учиться врачебным навыкам, а на старших курсах вести больных вместе с врачом, принимать в поликлинике, бывать в скоромощной службе и т.д. В общем, как и было при советской власти. Так что есть ещё на Руси студенты, по-прежнему работающие в клиниках, где им ещё выделяют учебные комнаты в стационарах, где они познают медицину и практику на пациентах, где преподавателей их alma mater главные врачи и руководители отраслевых ведомств уважают».

Вот так. Чем объяснить столь заметную разницу во взаимоотношениях медицинских властей и кафедральных коллективов? Почему в столичных больницах у клинических кафедр отобрали палаты в отделениях, служивших учебными комнатами?

Думаю, это связано с тем, что, по мнению некоторых главных врачей, каждый квадратный метр больницы должен приносить прибыль. Чтобы обеспечить более-менее приемлемую зарплату врачам и приличную – руководителям больницы.

При этом забывают, что кафедра не только учит врачеванию, но ещё и воспитывает будущего врача, прививает деонтологические навыки.

Преподаватель своей врачебной работой всегда учил студента

чаще пишут медицинские и не медицинские издания.

На кафедре всё было подчинено этой воспитательной цели. В кабинете профессора – заведующего кафедрой – не станах висели портреты предшественников – основателя кафедры, её прошлых заведующих. Молодые преподаватели проникались уважением к коллективу, в который пришли работать. В учебных комнатах также можно было ознакомиться с учебной и научной литературой, наглядными пособиями.

кафедральное имущество с документами, книгами, компьютерами, портретами профессоров, представлявшими собой зримую историю кафедры.

Если раньше кафедральные работники были элитой клинической больницы, то теперь выглядят, скорее, её изгоями.

И чем дальше такая ситуация будет сохраняться, тем положение сотрудников клинической кафедры будет только усугубляться. Отлучение их, особенно молодых, от непосредственной лечебно-диаг-

И другая сторона вопроса – о клинических базах для медицинского вуза, возникшая по прочтении письма из Дагестана. Значит, единой системы нет? Где-то сохранилась прежняя, назовём её, как написал профессор Шамов, «советская» система, когда клиническая кафедра располагалась в отделениях клинической больницы. Давно сложившаяся, показавшая свои достоинства, в которой главной целью была подготовка врача, не только овладевшего на студенческой

Кагры

Странное отлучение

Грустные мысли о подготовке будущих врачей



Неужели наши студенты по-прежнему в основном будут познавать медицину в отрыве от практики?

– «делай, как я». Теперь преподаватель кафедры лишён возможности вести лечебную работу, так как работает вне отделения. При обучении на тестах и задачах деонтологического воспитания не происходит. Может быть, именно поэтому столь много нареканий о некорректном поведении врачей в отношении к больному человеку, о котором в последнее время всё

Теперь этого нет. Преподаватель вынужден дома держать учебные, наглядные материалы, вплоть до своего врачебного халата с фендоскопом.

Общее заседание кафедры проводится вне больничного отделения, в комнате, едва вмещающей весь кафедральный коллектив. В этой же комнате хранится всё

ностической работы в отделении не будет способствовать росту их врачебного мастерства. Они будут отставать от работников больницы, которые всё больше приобщаются к работе на современном оборудовании, которых посылают за рубеж для освоения новых методов диагностики и лечения. А преподаватели вуза будут изоляться в составлении тестов и сочинении ситуационных задач и терять свою врачебную квалификацию.

Думают ли руководители здравоохранения, к каким последствиям приведёт это странное отлучение ими медицинских

вузов от клинических баз в деле подготовки врачебных кадров, квалификация которых должна соответствовать всё более растущему уровню медицинской науки и практики? Кто-то же должен об этом думать и даже представлять, что такой разрыв может обернуться огромными потерями в системе охраны здоровья нашей страны?!

скамье врачебными навыками, но и усвоившего этические нормы профессии на примере своих учителей.

Где-то всё по-другому. Не самым лучшим образом по-другому. Когда студент обучается вне профессиональной среды, в которой ему придётся работать. И не обретает поэтому навыков работы, как с больными, так и со своими коллегами.

Орехи этой «системы» становятся очевидными уже сейчас. Оценки руководителями здравоохранения подготовки врачей типа «ниже плинтуса», сообщения в СМИ о грубости врачей, формальном отношении к больному – свидетельство тому.

В письме из Дагестана насторожило одно замечание: «К счастью, нас это (отъём учебных помещений в отделениях. – Р.А.) пока ещё не коснулось». Значит ли «пока», что это только до поры-до времени – а там может и коснётся?

Пока же можно только порадоваться за дагестанских преподавателей, что им предоставлены условия для качественной подготовки врачебных кадров в своей республике. Пока?..

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Профилактика

Путь к здоровью лежит и через желудок

Поэтому надо следовать пирамиде правильного питания

От пищевого поведения человека зависит и то, как он выглядит и как себя чувствует. Если, скажем, недостаток двигательной активности или вредные привычки могут аукнуться спустя годы, то неправильный рацион и избыточность в еде отражаются на здоровье и внешности куда быстрее и очевиднее. Сбалансировать свой рацион помогает разработанная диетологами пирамида питания. Разбираться в её составляющих на днях учились воспитанники центра «Созвездие» с помощью специалистов ямальского Центра медицинской профилактики.

Пирамида правильного питания разделена на несколько секторов, где каждый – группа питательных веществ, однако важно для здоровья. Только вот соотношение этих веществ раз-

ное – чего-то в нашем рационе должно быть больше, чего-то меньше, а чего-то совсем чуть-чуть. Это и есть принцип здорового питания: организм должен получать всё, в чём нуждается, только в строго определённых количествах. Особенно это важно для растущего организма.

Согласно требованиям пирамиды, основу рациона должны составлять зерновые культуры: хлеб из муки грубого помола, макаронные изделия, крупы. На втором месте – овощи и фрукты, причём первых нужно в 3 раза больше, чем вторых. Далее идут молочные и белковые продукты. Самую маленькую группу составляют жиры: растительное и сливочное масла, животные жиры.

– А где же лакомства?! – возмутились дети.

Конечно, совсем исключить сладкое из рациона современных детей вряд ли получится – магазины просто завалены вся-



Наглядно о пирамиде правильного питания

кой всячиной вроде «шипучек», «чупиков» и т.д. Хуже всего то, что кроме сахара в этих продуктах

содержатся красители и консерванты, в больших количествах способные вызвать привыкание,

а затем аллергию, кариес, сахарный диабет, ожирение...

Но выход есть. Стоит с малых лет прививать детям вкус к сладким продуктам натурального происхождения. Впрочем, даже их нужно включать в рацион ребёнка постепенно, в зависимости от возраста.

А ребята из центра «Созвездие» ещё долго после беседы-лекции тянули руки, чтобы задать врачам вопрос о своих любимых лакомствах. Из чего делают жвачку, вредны ли чипсы, можно ли есть мороженое, красную икру? В ответ им говорили: кое-что есть нежелательно, но если чуть-чуть, то можно. Нельзя забывать известную поговорку: пользу и вред продуктов определяет мера.

Ирина ВЕРЕТИНА,
внешт. корр. «МГ».

Салехард.

По результатам мониторинга, осуществляемого ведомством, за 6 месяцев 2017 г. в амбулаторном сегменте фармацевтического рынка розничные цены на лекарства, входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) (всего в нём содержится 646 международных непатентованных наименований), снизились на 0,5%. Динамика роста розничных цен на лекарственные препараты, не включённые в перечень (не регулируемый государством рынок), составила в первом полугодии 7,6%.

– Мы часто слышим из СМИ, как безумно растут цены на лекарства, но жизненно важные препараты имеют свой потолок – зарегистрированные предельные цены производителя, а также оптовые и розничные надбавки. Анализируя ситуацию на рынке, мы можем сказать, что главная функция – сдерживание роста цен на лекарства, которая была заложена в основу государственного регулирования, себя оправдала, – отметил начальник Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора Виктор Фисенко, выступая на конференции в Москве.

Ежемесячно в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения поступает информация по ценам на несколько сотен тысяч позиций лекарственных средств. В целом мониторинг осуществляют более 8 тыс. респондентов, в том числе более 6 тыс. фармацевтических организаций, предоставляющих данные по амбулаторному сегменту, и более 2 тыс. медицинских организаций.

Наиболее обсуждаемая сегодня тема – ситуация с обеспечением лекарствами нижнего ценового сегмента.

Итоги и прогнозы

Ценовой предел

В Росздравнадзоре не отмечают проблем с ценовой и ассортиментной доступностью лекарственных средств из перечня ЖНВЛП



– Заметных изменений количества наименований жизненно важных препаратов данной категории, представленных как в амбулаторном, так и в госпитальном звене, не наблюдается, – отметил представитель Росздравнадзора.

Ранее, по данным субъектов РФ, в регионах отмечалась дефактура на ряд препаратов, всего около 10, в основном импортного производства. По словам В.Фисенко, практически у всех из них есть аналоги, в настоящее время препараты находятся на рынке в достаточном количестве.

Проведённый ведомством анализ показал, что около 30% торговых наименований ЛП ценового

сегмента до 50 руб. замещались аналогичными препаратами, в том числе с более низкой стоимостью. Ещё около 30% замещались более дорогими (на 15–50%) аналогами.

«Никаких провалов на рынке нет», – заявил представитель ведомства. По его словам основные сложности связаны с дефактурой конкретных торговых марок: «При каждой проверке, в каждом регионе мы постоянно сталкиваемся с тем, что масса препаратов выписывается врачами не по международному непатентованному, а по торговому наименованию, при этом обоснованными подобными назначения являются лишь в единичных случаях».

Согласно действующему законодательству, региональный государственный контроль за применением цен на ЖНВЛП возложен на органы исполнительной власти субъектов РФ. Как правило, эти функции выполняют региональные минздравы. В 2016 г. в 85 субъектах РФ было проведено 2713 контрольных мероприятий. В результате в ряде регионов (Костромской, Орловской, Новосибирской, Тюменской областях, в республиках Саха (Якутия), Марий Эл, Ямало-Ненецком автономном округе) было выявлено 56 случаев превышения предельных размеров оптовых и розничных надбавок.

В 2017 г. запланировано проведение 744 контрольных мероприятий. Как отметил В.Фисенко, снижение числа проверок обусловлено уменьшением числа выявляемых нарушений.

– На начальном этапе, когда только вводилось ценовое регулирование на ЖНВЛП, практически в каждой аптеке выявлялись подобные несоответствия. Сегодня, благодаря компьютеризации аптечных учреждений, всё свелось к единичным случаям. В основном они обусловлены техническими сбоями в программном обеспечении, – пояснил он.

Помимо лекарств под государственное ценовое регулирование подпадают и медизделия, имплантируемые в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи. В первую очередь, это связано с ростом цен на данную продукцию. Согласно информации федеральных медицинских организаций, подведомственных Минздраву России, цены на имплантируемые медизделия (устанавливаемые на срок свыше 30 дней в организме человека) в течение 2015–2016 гг. увеличились в среднем на 12,6 и 8,3% соответственно.

Внедрение этого механизма, согласно постановлению Правительства № 1517, было намечено на 2016 г. Однако затем срок введения ценового регулирования был перенесён на конец 2017 г.: производители убедили регуляторов и правительство в том, что постановление, а вместе с ним методика расчёта предельных отпускных цен и сам номенклатурный перечень требуют дальнейшей проработки.

Как сообщил В.Фисенко, в конце прошлого года перечень был пересмотрен и дополнен новыми 162 позициями и теперь включает в себя 359 видов изделий. За первое полугодие 2017 г. Росздравнадзор получил сведения от 121 производителя по 167 видам медизделий, заявленная информация проходит проверку и согласование в Федеральной антимонопольной службе. К началу июля были согласованы предельные отпускные цены на 17 видов медизделий, они размещены на сайте ведомства.

Что касается предельных размеров оптовых надбавок к отпускным ценам на медицинские изделия, то они должны быть установлены органами исполнительной власти субъектов РФ к 1 сентября 2016 г.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Акценты

В Министерстве промышленности и торговли РФ состоялось отраслевое совещание по вопросам маркировки лекарственных средств контрольными знаками. В центре внимания его участников были важные аспекты нового процесса для фармацевтических компаний – введение системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя.

режиме на всей территории Российской Федерации недоброкачественных, а также фальсифицированных лекарственных препаратов на любом из этапов их обращения, – отметил начальник Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Константин Беланов.

– Идея маркировать наши лекарственные препараты возникла после того, как в рамках

для него площадей. Другой аспект, требующий серьёзного подхода – описание компаниями субъектов и объектов маркировки, работа по приведению к единому знаменателю информации в других государственных реестрах. О.Чепурина остановилась также на вопросе защиты информации.

– Мы достаточно серьёзно относимся к этому, по результатам эксперимента усиливаем систему, вносим дополнения, чтобы сохранить

Статистика

Расцвела сирень-черёмуха в саду...

Погода изменила динамику продаж антигистаминных препаратов

По данным аналитической компании DSM Group, в 2017 г. максимальный объём реализации антигистаминных препаратов около 1,4 млн упаковок, был зафиксирован на 11-й неделе года (+15,6% к продажам 10-й недели 2017 г.).

– Пик продаж антигистаминных препаратов традиционно приходится на май – июнь – месяцы наиболее активного цветения. В этом году максимальный объём реализации данной группы ЛС был зафиксирован в марте. Именно в этот период аллергии стараются подготовиться к сезону цветения. Однако в дальнейшем объёмы продаж снизились. Причиной тому могут быть погодные аномалии, которые принесли с собой холодную погоду, дожди и даже снег, – говорит эксперт фармрынка генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк. – В целом же за первые 27 недель 2017 г. в аптеках страны покупатели приобрели 30,6 млн упаковок антигистаминных препаратов на общую сумму 5,8 млрд руб., что в натуральном выражении больше, чем в 2016 г. на 5%. В рублях группа наоборот сократилась на 2%.

Наиболее востребованы у населения антигистаминные средства среднего ценового сегмента. 86% упаковок, реализованных в аптеках в первые 27 недель 2017 г., имели стоимость от 50 до 500 руб. в ценах закупки аптек. Сегмент до 50 руб. пользуется меньшей популярностью – 9,4% в натуральном выражении. Наименее представлена в аптеке категория лекарственных препаратов против аллергии, стоимость которых превышает 500 руб. В целом средневзвешенная стоимость одной упаковки лекарственных препаратов против аллергии в 2017 г. составила 189 руб., что на 6,6% ниже, чем в первые 27 недель прошлого года.

Анна КРАСАВКИНА.

МИА Сито!

Метка для таблетки

Минпромторг России провёл совещание по маркировке лекарственных средств для производителей

Проект реализуется в соответствии с поручениями Президента РФ, Правительства России, охватывает всех производителей лекарственных средств, осуществляющих производство лекарств в России, до 2,5 тыс. оптовых организаций, 350 тыс. медицинских организаций и пунктов выдачи аптек.

– Основная задача проекта – в течение 2018 г. ввести маркировку на все лекарственные препараты в России, – подчеркнул Сергей Цыб. – Осталось 1,5 года, призываю всех производителей отнестись к этому вопросу предельно ответственно и серьёзно.

Законодательные нормы этого процесса погружены в законопроект, предполагающий изменения в Федеральном законе «Об обращении лекарственных средств». Они планируются к принятию осенью текущего года.

Нововведение предполагает не только маркировку идентификационными знаками лекарственных средств, но и создание информационной системы, где будет отражаться их передвижение от производителя до конечного потребителя. Первый этап проекта реализуется на экспериментальной и добровольной основе. «Пионерами» добровольного эксперимента являются 4 российских и 2 иностранных производителя, 3 дистрибьютора, 2 аптечные сети и одна медицинская организация.

– Система позволит проводить профилактику поступления в оборот и одномоментное изъятие из оборота в автоматизированном

программы «Семь высокотратных нозологий» мы поставили во все регионы наш препарат, а после стали появляться предложения к продаже лекарственного препарата, серии которого в эти регионы не поставлялись, – обозначил один из участников пилотного проекта заместитель генерального директора ЗАО «Биокад» Алексей Торгов, добавив, что таким образом они борются с подобными негативными явлениями и повторными продажами.

Первыми результатами экспериментального этапа стали регистрация в информационной системе 16 организаций, 12 лекарственных препаратов. В настоящее время промаркировано более 267 тыс. упаковок.

Участники совещания подчеркнули, что введение системы мониторинга даёт возможность анализа и контроля рынка, а население с помощью смартфона или специальных сканеров, которые будут установлены в аптеках, смогут убедиться в легальности и доброкачественности приобретаемого лекарства.

Для того чтобы система заработала полностью, необходима трудная и долгая работа, на которую надо настроиться, уверены в ведомствах. По словам начальника Управления обеспечения контроля оборота товаров ФНС России Ольги Чепуриной, это сложный процесс для всех участников. Она обратила внимание производителей на важность заблаговременного приобретения оборудования, подготовки

ваши данные, – обратилась представитель ФНС России к представителям фармацевтических компаний.

Подводя итог совещания, С.Цыб подчеркнул необходимость активного вовлечения производителей во все обучающие мероприятия, которые проводят ведомства-участники проекта, а также использование с этой целью площадки профильных ассоциаций. В то же время компании, которые уже включены в процесс внедрения маркировки, готовы проконсультировать своих коллег-производителей.

Кроме того, поручено провести ряд совещаний в Минпромторге России с производителями отдельных групп лекарственных препаратов, в том числе нижнего ценового сегмента.

В настоящее время в ведомстве рассматривается возможность использования существующих механизмов поддержки производителей для компенсации части расходов компаний, связанных с лизингом необходимого оборудования, его наладкой и монтажом. Как отметил С.Цыб, ведомство открыто к диалогу для подготовки дополнительных предложений, которые помогут производителям более оперативно и эффективно провести предстоящую работу.

Ирина АНДРЕЕВА.

МИА Сито!

Идеи

В среде профессионалов идёт обсуждение проблемы сепсиса, но до сих пор общество, политические лидеры, публика не видят существенных перемен.

Так сказал сэр Л. Доналдсон, бывший глава медицинского офиса для Англии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) 24 мая 2017 г. Два дня спустя ВАЗ приняла резолюцию, призванную улучшить профилактику, диагностику и лечение сепсиса.

здоровевших – в 2014 г. и 14% в 2017 г. В США, Великобритании и Германии тщательные исследования показали эффективность и рост осведомлённости: 55, 62 и 69% соответственно.

Увеличение осведомлённости, как общественности, так и работников здравоохранения является существенным шагом в уменьшении тяжести проблемы сепсиса. Приблизительно 70% случаев сепсиса являются приобретёнными заболеваниями, и поэтому возможно раннее

возможности во многих странах с низким доходом.

Резолюция ВОЗ сможет сгладить конфликт между ранним назначением антибиотикотерапии при лечении сепсиса и усилиями по борьбе с антибиотикорезистентностью. Глобальные усилия по уменьшению груза сепсиса должны идти рука об руку с мерами по уменьшению антибиотикорезистентности и совпадать с одобренным ВОЗ Планом глобальных усилий по антибиотикорезистентности.

Сепсис — глобальная проблема здравоохранения. Что предлагает резолюция ВОЗ

Термин «сепсис» известен давно, со времён Гиппократов, который считал, что при сепсисе страдает весь организм. Совсем недавно этим термином стали обозначать жизнеугрожающую органную дисфункцию, вызванную инфекцией. Несмотря на длительную историю изучения проблемы, сепсис представляется, по выражению Доналдсона, застоем в его изучении, при котором многочисленные больные преждевременно умирают или на длительный период времени остаются инвалидами. ВАЗ от имени ВОЗ предлагает резолюцию, которая призывает государства-членов и ВОЗ принять специальные меры по снижению груза проблемы сепсиса посредством улучшения профилактики, диагностики и лечения. Рекомендованы действия по уменьшению глобального груза сепсиса. Причина нарастания реального груза болезни остаётся неизвестной. Текущая оценка стоимости проблемы оценивается в 30 млн эпизодов заболевания и 6 млн смертей в год по данным системных обзоров, которые экстраполируются из публикаций национальных и местных данных со всего мира. Вероятность того, что имеет место быть недооценка проблемы, которая и была признана авторами, которые не смогли найти данных от стран с низким и средним уровнем жизни, в которых проживает 87% всей популяции в мире. Поэтому вышеназванная оценка основана на данных, полученных от больниц, где был поставлен диагноз «сепсис», главным образом в странах с высоким уровнем жизни. Эта недостаточность данных представляет собой факт, что сепсис рассматривается как «куча мусора» в статистике «Глобальной тяжести болезней» (ГТБ), в которой большинство смертей от сепсиса представляются как вызванные инфекцией. Улучшение кодирования сепсиса и установление точных статистических показателей являются существенными шагами, которые следует предпринять ВАЗ.

начало адекватной антибиотикотерапии, наиболее эффективно информирование населения об обращении за медицинской помощью без промедления – являются ключевым моментом в предотвращении смертельного исхода и наступления инвалидности. Прогрессирование процесса от инфекции до развития сепсиса протекает скрыто и непредсказуемо. Хотя, как известно, популяция молодых и популяция стариков, а также лиц с иммуносупрессией составляют группу риска по сепсису, и должны быть целевой группой для информирования. Сепсис может поражать любого и в любое время, необходимо развить национальную программу осведомлённости населения о нём. Эти программы должны быть нацелены на обучение медицинских работников, как для распознавания сепсиса, так и понимания того, что больным должна быть оказана помощь в неотложном порядке. Отчёты органов здравоохранения и истории болезни конкретных больных должны анализироваться – не была ли назначена терапия с опозданием, какова наиболее главная причина смерти или инвалидности. Сами больные и их родственники, а также медицинские работники должны задаваться вопросом – «может быть это сепсис?», и это может спасти жизнь больного. Чёткое руководство по лечению сепсиса, выполнение указанной цели, с учётом местных экологических факторов и имеющихся ресурсов – также весьма существенны. Положительные примеры таких подходов, которые снизили смертность, могут послужить моделью, которую следует адаптировать для местных условий. Например, такие как «Rory's Regulations» в штате Нью-Йорк, программа Sepsis Kills Нового Южного Уэльса, Австралии, Национальной службы здравоохранения Великобритании и образовательная программа в Бразилии.

Опубликование современного руководства по лечению, разработанное Surviving Sepsis Campaign, уменьшило смертность в странах с высоким достатком, но руководства, написанные для клиницистов и клиницистами в этих странах, не могут быть применены в бедных странах, которые несут наибольшие потери от сепсиса. Кроме того, привлечение внимания органов здравоохранения к этим инициативам, улучшит профилактику, оживит систему определения вспышки болезни на начальном этапе, обеспечит раннее и дешёвое лечение, и сможет помочь уравновесить

Однако сепсис представляет собой заболевание, которое наиболее часто лечится эмпирически антибиотиками широкого спектра действия с быстрой заменой препаратов после идентификации причинного микроорганизма.

«Мир без сепсиса», девиз, провозглашаемый в настоящее время, потребует признания ключевой роли профилактики. Профилактика инфекции через вакцинацию, доступ к чистой воде, санитария, гигиена дома, в школе и доступная медицинская помощь, надлежащие условия при родовспоможении и оказании хирургической помощи, и осуществление программ ВОЗ. Новая резолюция ВОЗ по сепсису поддерживает и усиливает эти программы. Улучшение осведомлённости, ранее обращение за медицинской помощью, возможно более раннее назначение необходимых антибиотиков и urgentная помощь в соответствии с местными руководствами по сепсису могут значительно уменьшить смертность от этого заболевания. Эти меры оказались успешными: снизилась частота смертельных исходов в обеспеченных странах, однако существенный груз, который понесли больные, выжившие от сепсиса, стал очевиднее. Отдельные последствия сепсиса могут включать в себя клинически значимые физические, когнитивные и физиологические нарушения, которые часто не распознаются и не лечатся. В странах с недостаточными ресурсами смертность после выписки из больницы примерно такая же, как и обусловленные сепсисом в больнице, и перинатальный сепсис представляет собой большой и растущий риск как для матери, так и для новорождённого. В настоящее время во всём мире не существует скоординированных служб по выживанию при сепсисе.

Настоящая резолюция ВОЗ, констатирующая недостаточное ясное признание сепсиса как большой угрозы, призвана спасти миллионы жизней. Эти действия требуют скоординированных усилий политиков, организаторов здравоохранения, учёных и клинических работников вместе с людьми всех возрастов, во всех учреждениях здравоохранения и коммунальных сообществах. Эти действия могут варьировать от региона к региону, от страны к стране и должны стать вызовом для всех стран с низким доходом населения.

Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам
New England Journal of Medicine.

ВСЕМИРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

MEDICA® 13-16 НОЯБРЯ 2017
ДЮССЕЛЬДОРФ ГЕРМАНИЯ

www.medica-tradefair.com

Весь мир медицинского оборудования и товаров воочию и в одном месте:

- Электромедицинское оборудование / медицинские технологии
- Лабораторные технологии / диагностика
- Физиотерапия / ортопедические технологии
- Медицинские товары
- Информационные и коммуникационные технологии

Если Вы хотите всё это увидеть, понять и испытать: добро пожаловать в Дюссельдорф на крупнейший в мире медицинский форум!

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К ЛИДЕРУ!



000 «Мессе Дюссельдорф Москва»
119021 Россия, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 3, стр. 1
Тел.: +7 495 955 91 99 (доб. 202 или 648)
PikulevaE@messe-duesseldorf.ru
www.messe-duesseldorf.ru

Basiss for Business
Messe Düsseldorf

Исследования

Многообещающий шаг

Учёным удалось беспрецедентно модифицировать геном животного, максимально приблизив его к человеческому, а это в будущем может помочь справиться с нехваткой органов для трансплантации.

Группа американских учёных из биотехнологической компании eGenesis смогла успешно изъять из ДНК 37 свиней содержащиеся в ней специфические вирусы. Тем самым преодолел один из основных барьеров в пересадке органов свиньи человеку.

Как признают исследователи, возможность отторжения чужеродных человеческому организму свиных органов по-прежнему остаётся одной из основных проблем, однако называют полученные результаты важным и многообещающим первым шагом. Результаты этого эксперимента, в котором использовались клетки свиной кожи, опубликованы в научном журнале Science.

В генетическом коде взятого материала было выявлено 25 различных эндогенных ретровирусов свиней (PERV). Уже в ходе дальнейших экспериментов по соединению человеческих и свиных клеток эти ретровирусы показали свою способность заражать человеческие клетки. Однако учёные при помощи метода геномной инженерии смогли удалить эти 25 эндогенных ретровирусов. Затем с помощью технологии клонирования – той же самой, при помощи которой была создана овечка Долли, – они поместили «отредактированный» генетический материал из свиных клеток в яйцеклетку свиньи и создали эмбрионы.

Это сложный и не самый эффективный процесс, однако, он привёл к рождению 37 здоровых поросят. «Это первые свиньи, не имеющие свиных эндогенных ретровирусов», – пояснила Луань Ян, входящая в исследовательскую группу eGenesis при Гарвардском университете. По её словам, они также являются «наиболее генетически модифицированными животными в том, что касается количества произведённых изменений».

Специалистам пришлось столкнуться с целым рядом непредвиденных проблем из-за того, что им пришлось предпринимать столько генетических модификаций сразу. Принцип работы технологии Crispr можно сравнить с системой спутниковой навигации и парой ножиц: навигатор находит правильную точку в

генетическом коде, а затем ножницы удаляют ненужное. Однако удаление 25 составляющих свиного генома привело ДНК к нестабильности и потере генетической информации.

Если ксенотрансплантация – то есть пересадка человеку органов животных – сработает, то это решит проблему нехватки органов и сократит долгое ожидание для тех, кому необходима пересадка.

В мире много людей нуждающихся в трансплантации того или иного органа. «Мы понимаем, что пока находимся всего лишь на ранних стадиях научных исследований и что наше видение мира, где нет нехватки органов для пересадки, возможно, очень смелое, но это одновременно даёт нам стимул двигать горы», – сказала биогенетик.

Свиньи подходят для ксенотрансплантации больше многих других животных, поскольку их ДНК относительно близка человеческой, внутренние органы схожи по размеру, а кроме того, свиней легко разводить в больших количествах.

И всё же удаление свиных ретровирусов – это только половина проблемы, поскольку даже органы, пересаженные от человека человеку, могут вызвать иммунную реакцию, которая приведёт к отторжению трансплантата.

Сейчас учёные занимаются как раз тем, что изучают, какие ещё генетические модификации можно провести, чтобы иммунная система человека более охотно принимала свиные органы.

«Это важный шаг к тому, чтобы сделать ксенотрансплантацию реальностью, – так прокомментировал новые данные Даррен Гриффин, профессор генетики из Университета Кента. – В то же время, прежде чем ксенотрансплантация станет реальностью, придётся решить довольно много сопутствующих проблем, включая этические соображения».

Иен Макконнелл, профессор из Кембриджского университета, отметил: «Эта работа – многообещающий первый шаг в сторону развития генетической стратегии по созданию разновидности свиней, в которых риск передачи ретровирусов будет устранён. Однако пока ещё неясно, смогут ли эти результаты вылиться в полноценную безопасную стратегию по пересадке органов».

Надеемся, что в ближайшее время это станет реальностью.

Юлия ИНИНА.
По материалам ВВС.

На Голанских высотах, в непосредственной границе с Сирией, израильские врачи развернули полевую госпиталь для сирийцев, обрабатывающих за медицинской помощью. Центром оказания помощи стал Медицинский центр (МЦ) «Зив», расположенный в самой северной части Галилеи, посреди Голанской возвышенности, недалеко от горы Мирон, в городе Цфат. Иногда пострадавших перевозят и в другие больницы, профиль которых соответствует тем или иным болезням или ранениям. На недавно завершившейся ежегодной международной Герцлийской конференции по теме «Баланс сил и национальная безопасность Израиля» начальник генерального штаба генерал-лейтенант Гади Айзенкот подчеркнул, что «делается всё возможное для поддержания спокойствия на границе с Сирией». По словам Айзенкота, «за годы конфликта только в израильских больницах было госпитализировано более 3 тыс. сирийских граждан. Большинство из них – женщины и дети».

Тем не менее, по разным данным, израильтяне поставили на ноги не менее 800 сирийских боевиков и военных. Ввиду того, что в границе оказались прижаты противники Асада, то и среди тех раненых вооружённых людей, попросивших помощи израильской медицины, немало представителей вооружённой оппозиции.

Весьма осведомлённый израильский военный эксперт Давид Шарп в статье «Не стреляй! Стрелять буду!», опубликованной в местной русскоязычной газете, отмечает, что «израильские военные направляют на сопредельную сирийскую территорию сотни тонн гуманитарной помощи: лекарства, товары первой необходимости и продовольствие». По мнению Шарпа, «резон данной политики вполне понятен – тут и чисто гуманитарные соображения, и осознание необходимости быть в более-менее нормальных, а то и в довольно добрососедских отношениях с населением сопредельных территорий».

А как у них?

Пуля – дура, а сердце – не камень

Израильские врачи оказывают медицинскую помощь пострадавшим в сопредельном государстве

Согласно сведениям доктора Салмана Зарки, директора МЦ «Зив», полковника, главы медицинской службы ЦАХАЛа, первые сирийские раненые поступили к израильским медикам в середине февраля 2013 г. «Тогда ранним утром одного субботнего дня, – рассказывает Зарка, – к границе подошли семеро сирийцев. У всех были ранения (позже диагностированные израильскими врачами как тяжёлой и средней степени тяжести). Двоих они несли на носилках. Раненые попросили солдат ЦАХАЛа вызвать врачей». Их доставили в МЦ «Зив», провели срочное обследование и прооперировали. После 10-дневной госпитализации они вернулись в Сирию. Важно заметить, что переводчики требуются далеко не всегда. Во-первых, среди медицинского персонала немало врачей-арабов и друзей, у которых родной язык арабский. Кстати, многие из арабских врачей окончили советские вузы. Во-вторых, в штате МЦ «Зив» всё-таки предусмотрена ставка переводчика. Сирийцев в израильских больницах охраняет военная полиция.

Уже в конце февраля несколько десятков сирийцев, пострадавших в ходе гражданской войны в своей стране, обратились к израильским военным на границе с Сирией с просьбой передать их в руки тамошних медиков. В ответ на эти просьбы к границе подъезжают армейские машины скорой помощи с бригадами парамедиков и военными врачами.

Капитан Сергей Ерохин, военный врач ЦАХАЛа (к слову, начавший обучение в Омском государственном медицинском институте и окончивший его на медицинском факультете Иерусалимского университета), много раз осуществлявший триаж, то есть распределение пострадавших и больных на группы в соответствии со срочностью и однородностью лечебных действий, в беседе с «МГ» подчеркнул: «Мы никогда не делим обращающихся к нам сирийцев, гражданских или военных, на «хороших» и «плохих». Израильский врач даёт клятву Рамбама, в которой обязуется оказывать помощь всем страждущим». Рамбам – знаменитый еврейский средневековый врач. Клятва Рамбама подобна клятве Гиппократова, но в ней нет упоминаний многочисленных древнегреческих богов.

Действительно, раненые сирийцы вынуждены преодолевать немало опасностей на пути к границе. Более 70% врачей и медицинского персонала Сирии бежали из страны с началом кровавых внутренних разборок. Поэтому к границе с каждым днём приходит всё больше гражданских лиц. Они получают медицинскую помощь и лекарства. По словам капитана Ерохина, израильские медики оказали помощь 32 беременным женщинам из Сирии, которые успешно разрешились беременностью именно в МЦ «Зив». Также лечили детей и взрослых, больных диабетом и в связи с отсутствием лекарств в Сирии отправляли их домой с полугодовым запасом

инсулина. Маленьким и взрослым сирийцам очень понравились израильские больничные клоуны, задача которых – скрашивать будни обитателей больничных палат. Причём для общения с сирийцами приглашали клоунов, владевших арабским языком.

Весьма примечательно, что первоначально израильские военные медики оказывали помощь сирийцам из средств, предназначенных для лечения израильтян. И только через месяц, в марте 2013 г., Иерусалим на правительственном уровне выделил средства именно на помощь сирийским раненым. Но даже бюджетных средств не хватило бы на оплату сложнейших операций и полугодовых запасов медикаментов, получаемых при выписке многими сирийскими больными и ранеными. Выручают финансовые пожертвования, поступающие от евреев, арабов и даже иностранных граждан.

В этой связи Давид Шарп пишет в упоминавшейся выше газетной статье: «Оказание гуманитарной и медицинской помощи – это, кроме всего прочего, и определённый рычаг влияния как на население, так и на действующие здесь группировки, которые враждебны не только Асаду, но и «Хизбалле» с Ираном».

После лечения сирийцы возвращаются к себе на родину. Но в связи с негативным отношением к еврейскому государству всех сторон, участвующих во внутриарабском конфликте, на вещах, которые они забирают домой, не должно быть

ни единого слова на иврите. Ведь если боевики любой группировки или солдаты правительственных войск узнают, что те или иные сирийцы лечились в израильской больнице, то бывшим пациентам совсем не поздоровится. Поэтому лекарства сирийцам выдаются без упаковок, рецепты выписываются на английском, а с подаренных вещей (например, с одежды) спарываются израильские ярлыки и этикетки. По большому счёту израильтяне даже не знают, кому они оказывают помощь. Страждущий может назваться любым именем, до настоящих никто докапываться не будет. Доктор Салман Зарка рассказывает о 6-летнем сирийском мальчике, подорвавшись на mine, которому врачи вынуждены были ампутировать ноги. В ходе реабилитации ему подарили протезы новейшей конструкции.

Запомнилась доктору и такая история. По дому женщины, живущей в деревне на сирийской территории, примерно в 6 км от границы с Израилем, однажды ночью выстрелил сирийский танк. По всей видимости, это был шальной выстрел. Тем не менее дом был частично разрушен, а две маленькие дочки этой женщины получили тяжёлые ранения. Она смогла вытащить детей из-под развалин. Жители деревни помогли ей добраться до израильской границы, ибо были уверены в том, что евреи окажут помощь. И действительно израильские врачи вылечили детей.

Благодарная мать, перед тем как вернуться домой, пригласила персонал, оказывавший помощь её дочерям, к себе в гости. Израильтяне заверили благодарную мать в том, что, как только мир воцарится на сирийской земле, они обязательно воспользуются её приглашением. Однако неутраченное противостояние в Сирии эту встречу может отодвинуть по времени весьма далеко. Ведь ещё очень важно, чтобы дом благодарной сирийской мамы восстановили и больше не разрушали. Случайно или целенаправленно!

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Почему бы и нет?

Живут во мне воспоминания...

Американские эксперты научились стирать часть воспоминаний. Исследованием в данной области занимались научные специалисты из Калифорнийского университета Риверсайда (США).

Учёным удалось разработать метод выборочного стирания человеческих воспоминаний. Этот способ позволяет удалять одни воспоминания, не затрагивая при этом остальные. Технология основана на принципе ослабления связей между нейронами головного мозга. Она действует выборочно, делая более слабыми связи между клетками мозга, которые отвечают за воспроизводство нужного фрагмента памяти.

Доктор медицинских наук Джун-Хьюн Чо считает, что данное открытие может помочь людям, которые пережили ужасные события и страдают от посттравматических синдромов. «Мы также продемонстрировали, что выборочное ослабление удалённых соединений угнетает чувство страха», – сказал эксперт, добавив, что учёные полагают – это открытие особенно будет полезно для людей, которые прошли войну или другие стрессовые события.

Тема воспоминаний невероятно волнует учёных, которые с каждым днём осваивают новые горизонты в этой области. Так, недавно исследователям удалось доказать принципиальную возможность удаления воспоминаний.

Для этого эксперты провели собственное исследование. В рамках научной работы специалисты смогли выделить те клетки головного мозга, в которых содержатся определённые воспоминания. Об этом сообщила на ежегодном заседании Американской ассоциации содействия развитию науки в Бостоне (США) профессор Шина Джослин из Университета Торонто (Канада).

В опытах были задействованы лабораторные мыши. Путём подавления активности этих клеток мозга учёным удалось добиться, чтобы грызуны, которые привыкли к тому, что после определённого звукового сигнала следовал удар током, прекратили на него реагировать вовсе. После того как учёные вновь стимулировали активность данных клеток, воспоминания об ассоциирующейся со звуком опасности вернулись к животным. «Таким образом, мы можем «включать» и «выключать» память», – подытожила Ш. Джослин.

Правда, испытание подобных методов на человеке пока невозможно по этическим соображениям. Однако вполне допустимы в том случае, если понадобится избавиться от травмирующих воспоминаний. Например, это поможет справиться с посттравматическим стрессовым расстройством, заключили учёные. Ведь головной мозг человека устроен особым образом, что не позволяет помнить некоторые мелкие детали из прошлого. Каким образом устроен главный орган человека и как он сохраняет важные воспо-

минания, выясняли исследователи из Страны кленового листа. Так, канадские научные специалисты выяснили, по каким причинам люди не всегда могут вспомнить мелкие подробности своей прошлой жизни. Оказалось, что существуют особые группы нейронов в медиальной префронтальной коре, которые связаны с долговременной памятью. Именно они ответственны за запоминание важной информации и забывание незначительных деталей.

Испытания проводились на лабораторных крысах. Специалисты изучали работу этих нейронов в мозгу животных. Учёным в первую очередь интересовало, как будут кодироваться в мозгу два разных воспоминания с общими ассоциативными чертами. А также специалисты планировали выяснить, каким образом изменятся данные воспоминания, спустя определённый промежуток времени.

С крысами провели два эксперимента через небольшой промежуток времени. В первом эксперименте были световые и звуковые стимулы, а во втором – физические. В частности, у грызунов сформировались разные воспоминания с общим отношением между стимулами.

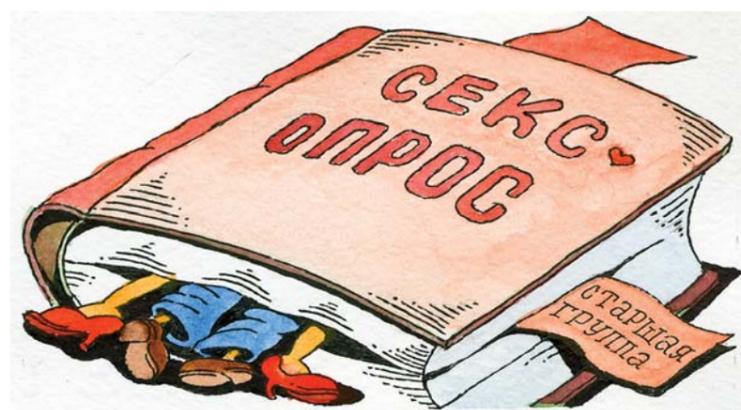
Учёные следили за активностью нейронов в мозгу животных на протяжении 4 недель. В результате исследования выяснилось, что группы нейронов в медиальной префронтальной коре изначально кодировали и разные, и общие черты стимулов. Однако спустя время уникальные особенности уничтожались, а общие черты становились намного более важными. В ходе дальнейших экспериментов было выявлено, что мозг способен приспосабливать одинаковые знания, полученные при разных обстоятельствах, к новой ситуации.

Алина КРАЗУЭ.

По материалам Reuters.

Однако

Какой возраст лучше?



По логике можно предположить, что в возрасте после 20 лет в самые беззаботные годы жизни люди получают свой самый лучший секс. Однако, согласно новому исследованию, всё совсем не так.

Опрос, проведённый по заказу компании, выпускающей контрацептивы, показал, что самый лучший секс они получали в возрасте 36 и более лет. У 2600 женщин спрашивали об их оргазмах, половых контактах и испытываемых чувствах. Их ответы были проанализированы по 3 группам – до 23 лет (молодые), 23-35 (средняя группа) и более 36 (старшая группа).

Самыми привлекательными назвали себя представительницы старшей группы – там 8 из 10 не сомневаются в своей сексуальной привлекательности. Для сравнения: только 4 женщины в молодой

группе чувствуют себя привлекательными и 7 – в средней.

Хорошо обстоят дела и в постели. В старшей группе 6 из 10 заявили, что испытывают оргазм, тогда как в младших группах только 5 из 10 дали подобный ответ. 86% старшей группы заявили, что у них был приятный половой контакт за последний месяц. В молодой группе только у 56% такой результат и в средней – у 76%.

Говоря о частоте секса, треть призналась, что у них секс бывает в среднем два раза в неделю, пятая часть – три раза в неделю, и ещё одна пятая опрошенных – раз в неделю. При этом большинство женщин считает, что ключом к счастливой сексуальной жизни является моногамия.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации Daily Mail.

Миллион подписей за введение законодательного запрета абортс собрали активисты общественных движений «За жизнь!» и «Православные добровольцы». Символическая миллионная подпись была поставлена на вершине горы Эльбрус в Ставропольском крае в преддверии VIII Международного фестиваля социальных технологий в защиту семейных ценностей «За жизнь!»

Подняться на нравственную высоту

«Эльбрус – самая высокая точка России и Европы. Мы считаем, что и всё наше общество должно как бы подняться на эту нравственную высоту и понять, что если жизнь человека начинается с момента зачатия, то её нельзя прерывать ещё до рождения», – говорит лидер движения «За жизнь!» Сергей Чесноков.

Акция православных активистов была объявлена в ноябре 2013 г., с тех пор в проекте «Миллион подписей за запрет абортов» приняла участие более 5 тыс. добровольцев-сборщиков по всей стране. Больше всего подписей собрали в Москве и Московской области, Санкт-Петербурге, Нижегородской, Ростовской, Омской областях и в ряде городов-миллионеров.

В конце сентября 2016 г. после богослужения в храме Архангела Михаила в деревне Белоусово Троицкого административного округа Москвы Патриарх Московский и всея Руси Кирилл дал благословение на сбор подписей и сам поставил подпись под текстом обращения. Тогда же было заявлено о том, что предстоятель Русской православной церкви подписал обращение о полном запрете абортов в стране. Речь в документе, который одобрил глава РПЦ, идёт о выводе услуг по оказанию абортов из системы обязательного медицинского страхования.

Также одно из требований подписного листа – оказание из федерального бюджета материальной помощи беременным женщинам и семьям с детьми на уровне не менее прожиточного минимума.

Ранее Патриарх Кирилл неоднократно призывал вывести абортс из системы ОМС, в том числе выступая в Госдуме и Совете Федерации. РПЦ развернула тогда масштабную деятельность по оказанию помощи женщинам, которые отказываются от абортов. «Мы создаём так называемые приюты для мам. Мы приглашаем женщину, которая отказалась делать аборт, потому что с ней священник

говорил или кто-то из наших социальных работников, если она находится в трудном положении, пожить в этом приюте месяц, два, три бесплатно. Мы поддержим. А потом она сама решит о своём будущем и будущем своего ребёнка», – говорит глава РПЦ.

Консолидировать усилия

Участники движения «За жизнь!» подсчитали, что с момента начала действия их благотворительной

Испании. В их числе – представители общественных и молодёжных организаций, священнослужители, учёные, врачи, педагоги, деятели культуры и бизнесмены.

Участники фестиваля говорили о важности консолидации усилий в выработке путей по преодолению демографического кризиса, о необходимости более тесного взаимодействия друг с другом. В дни работы фестиваля в Москве также прошла презентация Всероссийского совета православных

женщин и увеличению числа криминальных абортов, полагают в министерстве.

Сообщалось также, что экспертная рабочая группа федерального уровня в Правительстве РФ отклонила общественную инициативу о выведении абортов (за исключением случаев по медицинским показаниям) из системы ОМС в России.

Тем не менее, заметил С.Чесноков, речь в данном случае шла лишь «об отзыве правительства на собранные 100 тыс. подписей

Медицина и религия

Ради спасения детей

РПЦ предлагает свой путь в преодолении демографического кризиса



Патриарх Кирилл дал благословение на сбор подписей

программы, с января 2015 г., спасено от аборта как минимум 6907 детей. Именно столько мам отказались от искусственного прерывания беременности в результате предабортного консультирования и полученной помощи в рамках программы.

Итоги акции были обнародованы в ходе прошедшего недавно в Москве VIII Международного фестиваля социальных технологий в защиту семейных ценностей «За жизнь – 2017». В его мероприятиях приняли участие более 500 участников из России, Белоруссии, Украины, Грузии, Сербии, Приднестровья, Литвы, Италии и

объединений в защиту жизни, в который вошли и участники движения «За жизнь!»

«Миллион – символическая цифра. Она достаточно велика, чтобы привлечь внимание власти и запустить механизмы по внедрению протиабортных инициатив. Мы будем вести консультации и с представителями властей», – говорит С.Чесноков.

В то же время Минздрав России, как заявил ранее заместитель министра здравоохранения Дмитрий Костенников, не поддерживает выведение абортов из системы ОМС. Эта мера приведёт к дискриминации отдельных категорий

именно за выведение из ОМС», а не о самой петиции в поддержку жизни с момента зачатия. Участники движения всё же надеются на положительный результат своих усилий. А официальные представители РПЦ продолжают стоять на своём: проблема распространения абортов может быть разрешена только в том случае, если женщины увидят реальную альтернативу в виде помощи и участия в их судьбе со стороны государства и общества.

За 2016 г. количество абортов в России удалось сократить на 8%, или 58 тыс., а за 5 лет их число снизилось на 25% (250 тыс.). Тем не менее, по данным Росстата, в нашей стране ежегодно делается порядка 1 млн абортов, по этому показателю мы стабильно занимаем первое место в мире. При этом лишь 3% искусственного прерывания беременности проводится по медицинским и социальным показателям. В бюджете ФОМС на эти цели планируется около 5 млрд руб. в год.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ»

Былое «Русский инвалид» о медицине

Дореволюционная газета «Русский инвалид», помимо повествований о проблемах внутри империи и их решений, часто информировала о состоянии медицины, вспоминала интересные исторические факты. Например...

Листая подшивку за 1914 г., я нашла на пожелтевших от времени страницах интересную справку об оказании медицинской помощи русским раненым в стародавние времена. Прочтя заметку, современный читатель мог представить себе ситуацию, когда на раненых бойцов в давно отгремевшие войны, практически, не обращали внимания.

К примеру, в 1605 г., когда 80-летняя русская рать стояла под Кромами против Самозванца, среди бойцов свирепствовали массовые желудочные заболевания. То было подобно эпидемии. Однако никому медицинская помощь не оказывалась. Страдания ратников продолжались не один день.

Когда царь Борис Годунов узнал о таком положении, он «оскорбился и присла всякого питья и всякого зелья, кои пригодны к болезням и от того же учини им помощь велию» (такие слова стояли в архивных записях).

Новый государь Михаил Феодорович пришёл к заключению, что существовавшая с 1581 г. одной царской аптеки, основанной ещё при Иоанне Грозном, явно недостаточно. Ведь та аптека обслуживала весьма ограниченный круг царских придворных.

Потому в 1615 г. первый царь из династии Романовых учредил специальную «Полевую аптеку» и назначил в войска лекаря. Оплата работы этого доктора выводилась по расходной книге Государственного разряда. То есть, за дело исцеления воинов взялось государство.

Надо заметить, что медицинское вспомоществование в армии налаживалось очень медленно. Так в 1631 г. в штате полка, набранного для отправления под Нарву, числился лишь один врач. А в Смоленском походе 1632 г. в некоторых полках было по два лекаря, и только в особом полку Фукса – четыре лекаря.

Татьяна БИРЮКОВА, москвевед.

Криминал

Расследование деятельности оккультной группы, убеждавшей своих последователей отказаться от официальной медицины, началось в Оренбургской области. Речь идёт о создании опасной секты, наносящей ущерб здоровью людей, считают в областном Управлении Следственного комитета РФ.

По версии правоохранителей, последователи казахского оккультно-мистического объединения «Эллэ Аят», деятельность которого запрещена в ряде регионов РФ, ещё в 2006 г. создали в Оренбурге и области свои структуры, действовавшие без регистрации.

«В настоящее время установлена причастность к незаконной деятельности объединения 15 человек, которые через созданные центры осуществляли приём людей для так называемого лечения и исцеления от различных заболеваний. Они убеждали граждан отказываться от общепринятых медицинских методов лечения, а также распространяли «исцеляющие» журналы экстремистского характера», – говорится в сообщении Управления СКР.

«Формула жизни», приносящая смерть

Тяжелобольные продолжают умирать, доверившись «целителям»

По словам представителей ведомства, во время обысков, проведённых в упомянутых центрах, были изъяты предметы и документы, свидетельствующие об осуществлении нелегальной паломнической деятельности, денежные средства и литература, признанная экстремистской. Возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 239 УК РФ (создание религиозного объединения, деятельность которого сопряжена с насилием над гражданами или иным причинением вреда их здоровью).

По сведениям центра Св. Ирины Лионского, секта «Эллэ Аят» была основана в 1990-е годы в Казахстане бывшим колхозным шофёром Фархатом Абдуллаевым. Своих приверженцев организация вербует в основном среди пожилых или тяжелобольных людей, обещая им исцеление от болезней. Для этого им рекоменду-



Псевдоцелители делают ставку на пожилых или тяжелобольных людей

ется произносить специальные «формулы жизни» (набор цифр, состоящий из дат рождения Абдуллаева, его супруги и детей), посещать платные семинары, смотреть на солнце, пить чёрный чай с молоком и солью, и приобретать дорогостоящий журнал, который издаётся сектой – помимо чтения там также советуют прикладывать его к больным местам.

В 2013 г. «Эллэ Аят» была запрещена судом в Новосибирске. Причиной стала смерть 4 онкобольных, доверившихся «целителям», и прекративших лечение. В декабре 2016 г. обыски были проведены в помещениях, использовавшихся сектой в Туве и в Москве. Ранее деятельность организации была запрещена в Казахстане.

Константин ШАРЬИН, МИА Сити!

А ещё был случай

Подарок доктора Айболита

История, которую я хочу рассказать, произошла в 1980 г., когда мне было чуть больше 5 лет. В тот день из детского сада меня забрала бабушка, потому что мама работала на фабрике во вторую смену. Дома бабушке стало плохо, поднялось давление, и мы вызвали скорую помощь.

На стене у нас висел лист бумаги с названиями лекарств, которые были противопоказаны бабушке. Мы вызывали ей «скорую» довольно часто, поэтому мама составила этот список, чтобы никто не забыл перечислить доктору препараты, которые нельзя применять.

Перед приездом врачей я ставил на тумбочку блюдце, куда они складывали потом использованные ампулы от уколов, и периодически смотрел в окно – не едет ли «скорая». Поворот с главной дороги к нашему дому был мне хорошо виден из окна, и я сразу говорил бабушке, что врачи через минуту будут, если к нам во двор поворачивала их машина. Когда они приезжали, я выполнял все их просьбы, стараясь помочь. Доктор спрашивал больную о возрасте, самочувствии, какие таблетки она принимает. Порой бабушке было тяжело отвечать на вопросы, и я делал это за неё, так как сам подавал необходимые препараты, если она просила, и помнил их названия.

Иногда врачи задерживались у нас – надо было убедиться, что применённое лекарство оказало должное воздействие и бабушке стало лучше. Так было и в тот раз: доктор и медсестра стали ждать.

– Какая игрушка у тебя самая любимая? – неожиданно спросил врач, обратившись ко мне.



В Москве тогда проходили летние Олимпийские игры, талисманом которых стал медвежонок Миша. Изображение с ним было очень распространённым в нашей стране. Мишка стоял на задних лапах, подпоясанный цветным ремнём с олимпийскими кольцами вместо пряжки, и мило улыбался. Была такая небольшая картинка и у меня. Сказочный Миша казался мне живым, благодаря своим необыкновенно искренним глазам. Я показал изображение доктору, сказав, что мне очень нравится этот Мишка.

– А есть у тебя большой лист чистой бумаги и карандаши? – спросил меня врач.

– Да, – ответил я и показал ему альбом для рисования и набор цветных карандашей.

– Ну-ка давай всё это вместе с Мишкой мне, – сказал, улыбаясь, доктор.

Стола в комнате не было, поэтому он сел на диван, придви-

нул к себе стул, положил на него раскрытый альбом, а маленького Мишу прислонил к спинке стула. Разложив на диване карандаши, человек в белом халате стал рисовать в моём альбоме олимпийского медвежонка, только он выходил намного больше, чем на картинке.

– Как вы себя чувствуете? – периодически спрашивал врач бабушку. – Вам лучше?

Бабушке постепенно становилось легче. Отмечая это, доктор продолжал рисовать. Сейчас мне кажется, что он был полным, круглолицым, может быть, в очках. Одно могу сказать точно: он был очень добрым. Наверно, тогда мне казалось, что врач полностью сосредоточен на своём рисунке, желая точно передать все детали. Спустя годы я понимаю, что думал он совсем о другом: о больной бабушке и её переволновавшемся маленьком внуке, в жизнь которого он, словно великодушный

доктор Айболит, привнёс маленькое чудо. Медвежонок получился не просто большим и красивым. Это был уже мой Мишка, родной, особенный, хотя и такой же, как на других изображениях.

Убедившись, что кризис миновал, доктор велел бабушке не вставать какое-то время и вместе с медсестрой стал собираться. Я проводил их до дверей со словами благодарности за помощь, оказанную бабушке, и за рисунок.

Мама, конечно, очень расстроилась, когда вернувшись с работы, узнала, что у нас была «скорая». Обсуждая подробности, они с бабушкой называли доктора кардиологом, а мне он представлялся настоящим волшебником, ведь он спасает людей и прекрасно рисует.

– Мама, смотри, что нарисовал для меня врач, – спешил похвастаться я, обрадованный тем, что все волнения позади и что только у меня есть такой Мишка. Со страницы обыкновенного альбома на нас смотрел медвежонок с удивительно добрыми, детскими глазами.

Я не знал имени того доктора, не сохранился у меня и его рисунок. Но осталось на всю жизнь нечто большее – память о добросердечном человеке, который не только профессионально справляется со своими обязанностями врача, но и, подобно сказочному волшебнику, делает мир вокруг немного светлее. Хотелось бы, чтобы на пути всех тех, в чей дом постучалась беда, встречались именно такие удивительные люди.

Павел ЧУЙКОВ.

Москва.

Умные мысли

Евгений ТАРАСОВ

Извлечения из «небольшой медицинской энциклопедии»

- ✓ Акселерация – это процесс, при котором форма опережает содержание.
- ✓ Алкоголик – любитель спиртного, перешедший в профессионалы.
- ✓ Ампутация – последний шанс уйти от стойкой депрессии.
- ✓ Анорексия – болезненное стремление приобрести «фигуру из трёх пальцев».
- ✓ Болезнь – самое неприятное напоминание о необходимости беречь здоровье.
- ✓ Водка – крепость, которую далеко не все берут без потерь.
- ✓ Генетики – специалисты, стремящиеся переписать то, что людям на роду написано.
- ✓ Деменция – дочь богини памяти Мнемозины, не помнящая родства.
- ✓ Диабет – горькое воспоминание о сладкой жизни.
- ✓ Диета – лишение себя некоторых радостей жизни для того, чтобы дольше радоваться жизни.
- ✓ Здоровье – лучшее средство от всех лекарств.
- ✓ Извилины – лабиринты мыслей, с годами превращающиеся в тупики.
- ✓ Импотенция – следствие сексуальной эволюции.
- ✓ Ипохондрик – человек, испытывающий нездоровый интерес к болезням.
- ✓ Кома – репетиция небытия.
- ✓ Курение – дымовая завеса, скрывающая от курильщиков здоровье.
- ✓ Лысина – часть головы, вышедшая в свет.

Московская область.

СКАНВОРД												Стало быть	Поли-вита-мины																			
Зеле-дроя-вая кислота	Соеди-нение угле-рода			Шерст- ткань	Рус. порода лоша-дей	Крытый двор (стар.)	Ксило-мета-золин								Хим. элемент	Китай-ская флейта	«Чер-ный чело-век»	Декор. расте-ние														
Овощ-ное блюдо	Англ. естес-воиспы-татель		Грузин-ская вольнка				Оратор-искус-ство	Кат-манду	Элект-ростан-ция		Оселок		Нем. астро-ном			Мудрый Торги-льсон	Нидерл. живо-писец															
			Ипатка	Боевая стрель-ба	«Мизан-троп», перс.	Речной дель-фин	Полиц. долж-ность, Россия						Асанова																			
Датский пролив		Одежда, Др. Рим				Пахот-ное орудие		Бард, Кавказ	Часть корпуса скрипки	Недре-манное			Леонов, роман		Нитки для выши-вания																	
«Милый ...» Мопас-сан				Боров			Старая песня на новый ...			Проти-вотан-ковый	Писа-тель																					
Экс-чемпи-он, шахматы		Нижняя часть пиджака			Город, Челяб. обл.		Э. Гонку, роман																									
				Звук от удара			Помя-ловский, очерк																									
Автор Валерий Шаршуков		Деньги, Мьянма			Португ. море-плава-тель		Конц. зал, Париж																									
												Г	А	С	А	К	О	Ч	П													
												Ж	А	Н	Р	В	А	Г	Д	Я	Г	И	Л	Е	В	Х	А	Р	И	У	С	
												Г	И	Ш	А	К	В	А	Л	Л	А	А	С	Е	Л	Е	Н	Ж	П			
												М	А	Р	Ш	М	О	Р	А	Е	Л	О	М	И	Л	А	Н	О	В	А	Р	И
												К	Т	М	И	Н	Л	Я	Н	Ь	Б	У	У	П	Р	Я	М	Е	Ц			
												Ш	У	Ш	А	С	У	П	К	Л	В	И	Р	О	Л	Е	К	С	З	А	Э	
												Р	П	С	У	Т	О	Р	А	У	Т	О	К									
												Д	И	О	Д	О	Р	Р	П	О	С	А	Д	М	А							
												Т	П	Е	Р	И	К	О	Л	А	И	Т	И	С								

Ответы на сканворд, опубликованный в № 58 от 09.08.2017.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
 Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, 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.

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-07-00234 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – В.КОРОЛЁВ.

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

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

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