

Деловые встречи

Закладываются новые традиции

Московский международный форум по костно-суставной патологии определил научно-образовательные перспективы



Форум по костно-суставной патологии прошёл недавно в конгресс-центре «Азимут Олимпик» под патронатом правительства Москвы, столичных департаментов здравоохранения и труда и социальной защиты населения по инициативе и при поддержке Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Для проведения такой представительной встречи университетом были получены гранты Российского фонда фундаментальных исследований и Японского фонда медицинских исследований.

Объединение на форуме по костно-суставной патологии специалистов различного профиля, включая

В президиуме форума

представителей фундаментальных и гуманитарных наук, открывает новый формат проведения научно-образовательного мероприятия.

Важность и перспективность междисциплинарного взаимодействия на единой площадке ревматологов, травматологов, ортопедов, стоматологов, реабилитологов, инфекционистов, онкологов, социальных работников и многих других специалистов, занимающихся вопросами костно-суставной патологии, отмечали при открытии форума первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Николай Потекаев, заместитель руководителя Департамента труда и социальной защиты насе-

ления Москвы Татьяна Полякова, ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова Олег Янушевич.

В обращении к участникам форума председатель Комитета Государственной Думы РФ по науке и наукоёмким технологиям академик РАН Валерий Черешнев отметил, что «проблема патологии костно-суставного аппарата определяет одно из самых наукоёмких направлений медицины, которое объединяет целый ряд клинических и широкий спектр фундаментальных дисциплин – от физики и биомеханики до иммунологии. Социальную значимость этой проблематики также трудно переоценить».

(Продолжение на стр. 10.)



Разиет НАТХО,
член Комитета Госдумы РФ
по охране здоровья:

При рассмотрении в Госдуме РФ во втором чтении поправок в Трудовой кодекс РФ необходимо внести соответствующие предложения об установлении предельного соотношения зарплат руководителей государственных организаций.

Стр. 4



Пётр ГЛЫБОЧКО,
председатель Совета ректоров
медицинских и фармацевтических
вузов России, ректор
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова:

Лечим мы хорошо, а вот милосердия – сострадательного и доброжелательного отношения к пациентам порой не хватает.

Стр. 6

Акценты

Семейная медицина на верном направлении

В Омском государственном медицинском университете прошёл съезд врачей общей практики Сибирского федерального округа. Главная его цель – обмен опытом между специалистами разных сибирских регионов.

– Замечательно, что вы находите время, желание, возможности собираться, обсуждать насущные проблемы, которых действительно очень много в тех разделах клинической медицины, которые представляете, – приветствовал собравшихся от имени руководства медуниверситета первый проректор ОмГМУ, доктор медицинских наук, профессор Виталий Охлопков. – Вы получите новые знания, информацию, сумеете пообщаться между собой, поделиться организационным и клиническим опытом. Что касается раздела семейной медицины – это прекрасное направление, которое позволяет врачу чувствовать себя универсалом, обладать многогранными знаниями и умениями. Это достойная миссия – курировать отдельно взятую ячейку общества, семью, знать её проблемы, становиться доверенным врачом. Мне довелось побывать в офисах врачей общей практики США, Германии, Австрии. Я был потрясен, насколько многогранны интересы и знания таких специалистов. Но там у них другие условия. Офис серьезно оснащен. Врач чувствует себя уверенно,

имея оборудование, лабораторные возможности. В нашей стране свои условия, но мы стремимся создавать их для своей работы. Главное, что государство выбрало верное направление в развитии семейной медицины...

С участниками съезда так же тесно пообщались другие светила отечественной медицины. Например, председатель Российского общества терапевтов академик РАН Анатолий Мартынов. Он подробно остановился на таком явлении, как аккредитация, которое волнует многих врачей:

– Сначала этот термин поверг всех в недоумение, – заявил А.Мартынов, – затем в 9 регионах России начался пилотный проект. Была отработана методология, которая стала нам в основном уже ясной. Мы поняли, что паниковать не нужно. Есть время на переход от сертификации к аккредитации. Это принципиально другая система оценки. Проблема решается...

А на пленарном заседании большой интерес вызвал доклад об истории семейной медицины, с которым выступила доцент кафедры семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, кандидат медицинских наук Татьяна Заугольникова.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

МИА Сито!

Омск.

Накануне

Наркологи будут лечить и беседовать

Первые бригады скорой наркологической помощи появятся в Южном и Юго-Восточном административных округах столицы. Пациентам с московской регистрацией медицинские услуги по данному профилю будут оказываться бесплатно. Таким образом, в нынешнем году в Москве начнут работать 3 наркологические бригады: в Московском научно-практическом центре наркологии и его филиалах № 1 и № 2.

«Выезжать наркологические бригады совершенно точно будут уже в этом году. Хотя процесс создания скорой наркологической помощи начали только в феврале. Нужно ещё приобрести автомобили, собрать бригады. Пока планируем сформировать 3 бригады. Привяжем их к большим наркологическим клиникам», – сказал директор

Московского научно-практического центра наркологии, главный нарколог Минздрава России, профессор Евгений Брюн.

Помимо экстренной помощи и лечения, бригады будут проводить с пациентами профилактические беседы и мотивировать на лечение и реабилитацию.

Предполагается, что за сутки 3 бригады смогут оказывать помощь 50-60 пациентам, на посещение каждого больного будет уходить около часа.

Ранее сообщалось, что за период 2011-2014 гг. общее количество столичных наркоманов, снятых с диспансерного наблюдения в связи с длительной ремиссией, возросло на 24,2% – до 8,2 тыс. человек.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сито!

Москва.

Новости

Противостоять гриппу

Департамент здравоохранения Москвы в эпидсезон 2016-2017 гг. планирует увеличить охват населения прививками от гриппа до 40%. Об этом сообщила заместитель главного врача по эпидемиологическим вопросам Центра медицинской профилактики Людмила Большакова.

«Если в эпидсезон 2015-2016 гг. было вакцинировано против гриппа 35% населения – это порядка 4,3 млн человек, то в эпидсезон 2016-2017 гг. планируется привить уже 40% москвичей», – отметила Л.Большакова, добавив, что в нынешнем году город намерен закупить 1,4 млн доз противогриппозной вакцины. Кроме того, за счёт федерального бюджета планируется приобрести 2,6 млн доз вакцины в рамках Национального календаря, это на 800 тыс. доз больше, чем в прошлом году.

Наряду с этим в эпидсезон 2016-2017 гг. столичными властями планируется увеличить охват столичных детей профилактическими прививками от гриппа.

«Если в прошлом году охват прививками от гриппа детей в Москве был обеспечен на уровне 75%, то в этом году планируется охватить 90% детей, а также работников образовательных организаций, – подчеркнула Л.Большакова. – Вакцинировать детей можно уже с 6-месячного возраста».

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

Москва.

Среди лучших в России

Европейская научно-промышленная палата ARES-2016 опубликовала рейтинг лучших медицинских высших учебных заведений России. Согласно его результатам, Омский государственный медицинский университет вошёл в десятку лучших.

По оценкам экспертов, деятельность Омского медвуза соответствует европейским стандартам обучения и исследования, занимает 66 позицию среди всех вузов страны и входит в десятку лучших вузов медицинской направленности. О серьёзности отбора ОмГМУ свидетельствует тот факт, что в список вузов, соответствующих европейским стандартам качества образования, вошли всего 173 из 896 вузов страны.

В соответствии с результатами рейтинга, ОмГМУ присвоена категория, подтверждающая надёжное качество преподавания, научной деятельности и востребованности выпускников работодателями. Подтверждая лидирующие позиции, ОмГМУ третий год подряд входит в десятку лучших в России, опережая весьма уважаемые в стране медицинские учебные заведения.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Во имя движения

Количество бесплатных плановых оперативных вмешательств в сфере травматологии и ортопедии крупных суставов в столичных государственных медучреждениях увеличилось в 2 раза за последние 5 лет. Только за прошлый год московские «костные хирурги» провели почти 10 тыс. таких операций. Об этом сообщил главный травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы Вадим Дубров, отмечая недавний Всемирный день травматолога-ортопеда.

«За годы реформ в столичном сегменте отрасли число операций по бесплатному протезированию в Москве выросло двукратно. 37% из них – это операции эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов, – сообщил В.Дубров. – В целом количество ортопедо-травматологических операций за последние 2 года выросло на 20-25%, при этом количество врачей не увеличилось. На сегодня практически все московские клиники имеют лицензию на проведение высокотехнологичных операций на костях и суставах».

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

В ответе за собственный миф

В Челябинске местный житель решил подзаработать денег незаконным способом, воспользовавшись добротой других людей. Он придумал собирать деньги на лечение девочки, которой на самом деле не существовало, и до разоблачения ему удалось получить от неравнодушных людей более 180 тыс. руб. Мошенник создал легенду якобы болеющей острым лимфобластным лейкозом 7-летней девочке, подделав все возможные документы.

Подготовившись таким образом, мужчина обратился в благотворительные организации с просьбой о финансовой помощи. Он попался на мелочи – указал, что деньги собираются в том числе на донорство костного мозга в Бельгии.

Случайно его письмо было переслано в местное отделение одного благотворительного фонда, сотрудники которого, зная, что донорство костного мозга происходит на добровольной безвозмездной основе, изучили более внимательно и другие документы.

Звонок в ЗАГС, указанный в свидетельстве о рождении, показал, что девочки по указанному имени не существует во всей Челябинской области.

Информацию работники фонда передали в правоохранительные органы.

Борис БЕРКУТ.

Челябинск.

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

События

Спасительный стент

Инвалидность этим тяжелобольным гражданам больше не грозит



Идёт операция по стентированию сонной артерии

Специалисты Регионального сосудистого центра Челябинской окружной клинической больницы провели первое на Южном Урале эндоваскулярное стентирование сонной артерии пациенту в острой стадии инсульта.

До сих пор для лечения инсульта существовало 3 возможных способа. Первый (при условии, что время от начала развития заболевания до попадания в РСЦ составило не более 2-4 часов, в так называемое терапевтическое окно), терапевтический метод – тромболитиз, когда системно внутривенно либо локально прямо к сосуду подводятся препараты, восстанавливающие гемодинамику.

Второй – хирургический, когда пациенту в течение 14 дней после инсульта проводят оперативное вмешательство по удалению окклюзирующей бляшки или тромба из кровотока.

Третий метод – это плановая профилактика, по которой отделение сосудистой хирургии традиционно входит в первую десятку лучших в РФ. Пациентов с выявленными стенозами оперируют ещё до наступления критической ситуации. Только в прошлом году было прове-

дено 267 таких вмешательств и 98 эндоваскулярных клипирований.

Сегодня концепция лечения больных с острым инсультом в ЧОКБ пересмотрена в сторону экстренной помощи.

По сути в головном мозге при развитии инфаркта есть сама зона умерших клеток, которая уже не подлежит восстановлению, и есть вокруг неё зона клеток, которые находятся в состоянии шока, – поясняет главный врач ЧОКБ, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Альтман. – Вот на эту зону, которая ещё имеет шанс на восстановление, мы и делаем ставку, когда пытаемся лечить больного в первые часы после инсульта.

Это уже третий случай экстренной операции при остром инсульте. Первых двух пациентов (38 лет и 41 год) прооперировали открытым способом. Третьему пациенту такое вмешательство было категорически противопоказано.

Во-первых, возраст – 77 лет, во вторых – тяжёлая сопутствующая патология хроническая обструктивная болезнь лёгких, при которой эндотрахеальная анестезия невозможна, – объясняет руководитель регионального сосудистого центра ЧОКБ, главный нейрохирург Минздрава области Сергей Пашнин. – Поэтому выполнили эндоваску-

лярную операцию, имплантировали стент во внутреннюю сонную артерию.

В течение часа пациенту провели все необходимые исследования и доставили больного в рентгенохирургическую операционную.

Суть данной операции – в восстановлении кровотока по сосуду, который питает головной мозг, – рассказывает заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Владимир Игнатов. – Осложняло ситуацию то, что

больной поступил с нарушением речи, двигательных функций, и, чтобы выяснить картину, пришлось делать дополнительные исследования, которые выявили сужение кровотока на 90% и нестабильную бляшку, которая и послужила причиной ОНМК.

Сегодня бывший шахтёр из посёлка Роза готовится к выписке, как и 2 предыдущих пациента, спасённые открытым способом. Все трое практически здоровы, инвалидность им больше не грозит.

Инсульт несёт с собой колоссальные социальные и экономические потери для государства, – констатирует Дмитрий Альтман. – К сожалению, идёт тенденция к омоложению заболевания. Если ещё 20 лет назад это была болезнь пожилых людей, которым глубоко за 70, то сегодня есть и 40, и 30, и даже не редкость 20-летние пациенты. За 2015 г. 34% пролеченных это люди моложе 35 лет.

Для медиков профилактика и лечение инсульта давно вышли на первый план. Ежегодно в РФ случается 400-450 тыс. инсультов, первичный выход на инвалидность составляет 75%.

Наталья МАЛУХИНА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Признание

Акушера-гинеколога чествовали в Юсуповском дворце

На берегах Невы названы обладатели Молодёжной премии Правительства Санкт-Петербурга за 2015 г., учреждённой для поощрения горожан в возрасте от 14 до 30 лет, которые наиболее ярко проявляют себя на профессиональном и общественном поприще. В области здравоохранения победила молодая врач Родильного дома № 17 Анна Шлыкова. Она находилась в числе 14 приглашённых в резиденцию губернатора – Юсуповский дворец для получения диплома и денежной премии в размере 50 тыс. руб.

Недавняя выпускница медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета акушер-гинеколог и врач ультразвуковой диагностики А.Шлыкова уже успела многое: обучиться в клинической ординатуре на кафедре акушерства, гинеколо-

гии и репродуктологии своей alma mater, овладеть специальностями «Ультразвуковая диагностика» и «Кольпоскопия», пройти стажировку в клинике MetroHealth американского штата Мичиган, наконец, с головой погрузиться в научное исследование осложнён-

ного течения монохориального многоплодия (синдром обратной артериальной перфузии). В ходе торжественной церемонии награждения победителей конкурса, на участие в котором поступило 269 заявок, градоначальник Георгий Полтавченко заметил, что лауреаты Молодёжной премии занимают в обществе активную позицию, имеют цель в жизни и знают, как её достичь.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Официально

Застрахованные нуждаются в защите

В действующей модели обязательного медицинского страхования страховые медицинские организации являются важным участником. Это ещё раз подчеркнул в своём комментарии директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай.

В числе их функций – защита прав застрахованных лиц, включая проведение контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, рассмотрение обращений и жалоб застрахованных лиц и защита их законных интересов.

За 2014-2015 гг. страховыми медицинскими организациями рассмотрено 62,5 млн обращений граждан, 70 тыс. жалоб. По итогам 2015 г. специалистами страховых медицинских организаций проведён медико-экономический контроль 896 млн счетов, предъявленных к оплате. По результатам контроля выявлено общее 42,6 млн счетов (4,8% от общего числа предъявленных счетов), содержащих 52,6 млн нарушений. Это позволило сохранить в системе обязательного медицинского страхования средства, которые в противном случае были бы необоснованно перечислены медицинским организациям (например, за приписки): в 2015 г. сумма, не подлежащая оплате медицинским организа-

циям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения (с учётом штрафных санкций), составила более 72,1 млрд руб., в 2014 г. – 69 млрд.

В целях индивидуального информирования населения о правах на получение бесплатной медицинской помощи осуществлено более 200 тыс. публичных выступлений в коллективах, выпущено около 140 млн экземпляров раздаточного материала (памяток, листовок, брошюр). В 78 субъектах РФ около 3 тыс. представителей страховых организаций защищают права застрахованных непосредственно в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ ОМС.

При этом на выполнение функций страховым медицинским организациям в соответствии с договорами направлено в 2013 г. – 12,7 млрд руб., в 2014 г. – 13,8, в 2015 г. – 15,1 или (1,09%, 1,05%, 1% от суммы средств, направленных на оплату медицинской помощи).

Вместе с тем, очевидно, что функции страховых медицинских организаций на настоящий момент нуждаются в оптимизации. Главным элементом такой оптимизации должна стать пациентоориентированность – повышение роли страховщиков в защите прав и законных интересов получателей медицинской помощи.

Это предполагает постоянное ведение своих застрахованных

лиц, включая их консультирование по вопросам оказания медицинской помощи, напоминание о праве выбора медицинской организации и врача 1 раз в год, информирование о необходимости прохождения диспансеризации, её целях и задачах, контроль её прохождения, организация госпитализации застрахованного лица с учётом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

Для обеспечения данных функций проводится работа по формированию института страховых представителей, проведены первые циклы обучения этих специалистов.

Усиливаются также требования к экспертизе качества медицинской помощи, проводимой страховыми медицинскими организациями путём повышения уровня квалификации экспертов качества, обеспечения преемственности между уровнями и видами медицинской помощи, контроля и организации медицинской помощи в целях соблюдения предельных сроков её оказания.

Всё это должно позволить повысить роль страховых компаний в обеспечении качественной и доступной медицинской помощью всех застрахованных.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

Решения

Лечиться за границей будет проще

На упрощение процедуры направления граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории нашей страны за счёт средств федерального бюджета направлен проект федерального закона № 955534-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (в части заключения контракта с иностранной организацией на лечение гражданина РФ за пределами территории Российской Федерации).

Комитет Госдумы РФ по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству рекомендовал нижней палате парламента принять его в первом чтении. «Законопроектом предлагается дополнить Федеральный закон «О контрактной системе» норма-

ми, предусматривающими возможность осуществления закупки при заключении федеральным органом исполнительной власти контракта с иностранной организацией на лечение гражданина РФ за пределами страны только у единственного поставщика и исключающими возможность

определения поставщика путём проведения запроса предложений.

На практике, при осуществлении закупки способом запроса предложений, заказчики столкнулись с невозможностью обоснования начальной максимальной цены контракта, а также с трудностями, связанными с соблюдением положений Федерального закона в части описания объекта закупки, так как объектом закупки являются услуги, связанные с лечением конкретного пациента с индивидуальными особенностями течения заболевания.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Статистика

В Москву — не только отдохнуть

Количество иностранцев, приехавших в Москву лечиться, в последнее время значительно возросло. Об этом рассказал руководитель Российской ассоциации медицинского туризма Константин Онищенко.

«Если за I квартал прошлого года в Москве прошли лечение около 2 тыс. иностранных тури-

стов, то за аналогичный период нынешнего эта цифра возросла примерно до 2,7 тыс. человек, то есть рост составил около 35%», – констатировал он.

По словам К.Онищенко, европейцы приезжают в Москву за ЭКО, стоматологическими услугами, офтальмологической и пластической хирургией. В последние месяцы популяр-

ность набирает также полное диагностическое медицинское обследование, которое в московских клиниках обойдётся иностранцу в 35-40 тыс. руб., а в европейских – в 2 тыс. евро (около 150 тыс. руб.).

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сито!

Москва.

Современные технологии

Тяжёлым пациентам станет легче

Порядка 8 тыс. москвичей со злокачественными новообразованиями смогут бесплатно пройти позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ КТ) в нынешнем году, в то время как ранее данное исследование проводилось только платно. Об этом рассказал главный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения Москвы Сергей Морозов.

«Ранее позитронно-эмиссионная томография была доступна только платно в единичных центрах России и во многих зарубежных клиниках. Это достаточно дорогое исследование, в России оно стоит 50-70 тыс. руб., а за рубежом не менее 1 тыс. евро. Сейчас эта услуга доступна для всех онкологических пациентов столицы в рамках ОМС».

По словам С.Морозова, исследование проводится на базе двух московских стационаров – ГКБ № 57 и Московской городской онкологической больницы № 62. ПЭТ КТ была включена в ОМС в декабре минувшего года, а первых пациентов начали принимать в феврале нынешнего.

«Имеющихся мощностей до-

статочно на текущую потребность москвичей по профилю «онкозаболевание». В настоящий момент приём открыт по 27 нозологиям, это рак молочной железы, лёгкого, кишечника, меланомы, лимфома и многие другие виды рака. Ожидается, что в год мы примем порядка 8 тыс. пациентов», – отметил С.Морозов, пояснив, что ПЭТ КТ проводится по направлению лечащего врача после того, как пациенту уже поставлен диагноз. «Это не ранняя диагностика, исследование уточняет стадию заболевания. Оно проводится для того, чтобы выбрать наиболее правильный метод лечения», резюмировал он.

Позитронно-эмиссионная томография представляет собой метод исследования внутренних органов и тканей, который позволяет оценить интенсивность обмена и транспорта веществ в организме. Методика играет большую роль в диагностике онкологии, а также для оценки ответа организма на лечение. Кроме того, ПЭТ применяется также в неврологии и кардиологии.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сито!

Москва.

Однако

Кто же защитит медиков?



Как мы уже сообщали (см. «МГ» № 36 от 25.05.2016), сразу 4 проекта федеральных законов, предусматривающих ужесточение наказания за нападение на медиков, в том числе бригад «скорой», отклонили в первом чтении в Госдуме РФ. Причина – за посягательство на жизнь и здоровье при исполнении служебных обязанностей и так, дескать, предусмотрена повышенная уголовная ответственность.

Однако петербургские парламентарии от своей благородной идеи не отступают, предлагая наказывать за насилие к медикам без вреда для здоровья солидным штрафом. В качестве альтернативы – принудительные работы на срок до 5 лет и арест до 6 месяцев. За нанесённый здоровью вред предлагается наказывать лишением свободы до 10 лет.

Депутаты Вологодской области хотя бы дополнить УК РФ статьями о повышенной ответственности за посягательство на жизнь медработника и публичное оскорбление врача скорой помощи.

Как говорится, даже слепому сегодня видно, что медработники всё чаще подвергаются оскорблениям и угрозам, нападениям со стороны пациентов. Врачи,

фельдшера и медицинские сёстры часто оказывают помощь лицам с агрессивным поведением, находящимся в алкогольном, наркотическом и токсическом опьянении и прочим асоциальным гражданам.

Подобная ситуация характерна для многих регионов России и с каждым годом только ухудшается. Факты оскорбления, угроз, нападения на медицинских работников с применением физической силы, а порой и оружия, рассматриваются правоохранительными органами без учёта того, что данные действия совершаются при исполнении медицинскими работниками своих должностных обязанностей.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Общественное движение «Общероссийский народный фронт» (ОНФ) предлагает законодательно установить процентное соотношение между заработной платой руководства медицинских учреждений и рядовых сотрудников. Сейчас действует рекомендация трёхсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 25 декабря 2015 г., согласно которой зарплаты главных врачей могут превышать зарплату простых медиков до 6 раз.

Разница порой – огромная

«Такая кратность подразумевает сразу большой скачок в размерах зарплат руководителей и рядовых сотрудников», – говорит член рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость» и Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Разиет Натхо. К тому же на деле главные врачи больниц сразу нескольких регионов получают заработные платы, превышающие среднемесячный заработок обычных медиков до... 200 раз!

Вопрос об убийственной разнице в зарплатах медперсонала различного уровня активисты ОНФ подняли ещё в сентябре прошлого года. Тогда Президент России поручил Правительству РФ разобраться в ситуации, и через некоторое время в части регионов были опубликованы декларации о доходах главных врачей медицинских учреждений. В декабре 2015 г. специалисты ОНФ провели анализ этих документов и выяснили, что в 68 регионах они получают свыше 3 млн руб. в год. Особенно «отличились» некоторые руководители организаций здравоохранения в республиках Тыва (65 млн) и Татарстан (25 млн). На последнем месте среди «самых обеспеченных» главных медиков оказались главные врачи из республик Калмыкия, Карелия, Хакасия, Чувашской Республики, Брянской, Воронежской, Орловской, Пензенской областей и Камчатского края, где их годовой заработок достиг отметки в 5 млн руб.

Кроме того, активисты ОНФ выяснили, что 12 российских регионов вообще не предоставляют информацию о заработной плате главных врачей, что нарушает требования законодательства о противодействии коррупции. К регионам-нарушителям относятся республики Дагестан, Северная Осетия, Ингушетия, Чечня, Башкортостан, Кировская, Московская, Липецкая, Смоленская, Тюменская

Острая тема

Убийственная разница

Чтобы восстановить справедливость в оплате труда медиков, ОНФ предлагает ограничить зарплаты главных врачей



Главным врачам есть что отложить в «кубышку»...

области, а также Чукотский автономный округ и Севастополь.

На запрос ОНФ устранить нарушение антикоррупционного законодательства и разместить на сайтах органов здравоохранения информацию о противодействии коррупции, откликнулись 17 регионов. Ещё 12 проигнорировали просьбу. Таковы итоги повторного мониторинга, проведённого активистами ОНФ.

«Разрыв в доходах руководства медучреждений и обычных представителей медперсонала больниц – колоссальный. Понятно, почему эти цифры регионы стараются скрывать. Они ещё раз подтверждают актуальность поручения Правительству Президента России Владимира Путина по итогам форума «За честную и доступную медицину!» до февраля 2016 г. принять меры, направленные на устранение существующей диспропорции в оплате труда руководящих работников и основного персонала медицинских организаций», – считают в ОНФ.

Это поручение Владимир Путин дал после того, как в сентябре 2015 г. на форуме ОНФ по здравоохранению главный редактор газеты «Курьер. Среда» (Бердск) Галина Коморникова поставила вопрос о большой разнице между зарплатами главных врачей

и рядовых врачей-специалистов. По её мнению, устранение этой диспропорции способствовало бы реальному повышению заработной платы среди медработников.

Займутся Генпрокуратура и Госдума

Спустя 7 месяцев после данного главой государства поручения кабинет министров сообщил, что о мерах по устранению суще-

ственной диспропорции в оплате труда отчитались лишь 26 субъектов РФ, о проведении мониторинга ситуации – 24 субъекта.

В марте 2016 г. Народный фронт провёл опрос среди более чем 5 тыс. рядовых врачей и выяснил, что из них только 30% получают зарплату более 25 тыс. в месяц (300 тыс. в год). У 17% респондентов ежемесячный доход был ниже 10 тыс. руб. (менее 120 тыс. в год), и у 15% – 20-25 тыс. Таким образом, главные врачи получают в 10 раз больше, чем их подчинённые, что, по мнению активистов ОНФ, недопустимо. Рабочая группа фронта указывает, что если в регионах и есть регулирующие соотношение зарплат нормативные акты, то они скорее носят характер рекомендаций.

Активисты движения намерены направить данные о регионах, игнорирующих антикоррупционное законодательство, в Генпрокуратуру России для принятия мер по устранению правонарушений. А Р.Натхо заявила о намерении «внести соответствующие предложения при рассмотрении в Госдуме РФ во втором чтении поправок в Трудовой кодекс об установлении предельного соотношения зарплат руководителей государственных организаций».



...А тем временем многие медики с трудом дотягивают до очередной зарплаты

«Эксперты ОНФ не раз обращали внимание на целесообразность определения допустимой разницы зарплат руководителей учреждений и работников не в кратности, а в процентном соотношении, – говорит депутат. – Это позволит более гибко подойти к начислению оплаты труда. А кратность подразумевает сразу большой скачок в размерах зарплат руководителей и рядовых сотрудников. Я намерена внести соответствующие предложения при рассмотрении в Госдуме во втором чтении поправок в Трудовой кодекс РФ об установлении предельного соотношения зарплат руководителей государственных организаций. Причём такая предельная разница не должна превышать 100% от размера заработной платы основного медицинского персонала. Стимулирующие выплаты (премии и пр.) руководящим работникам, по нашему мнению, также не должны превышать 60% от их заработной платы. В противном случае можно будет легко обойти ограничения, представляя в отчётах небольшой оклад и тихо добавляя к нему огромные премии. Учитывая всё это, рабочая группа «Социальная справедливость» считает необходимым не снимать поручение главы государства с контроля».

Информация о доходах главных врачей за 2015 г. пока не обнародована. Как только она появится, эксперты ОНФ проведут новый анализ зарплат руководителей медучреждений и врачей.

Между тем, как выяснило Национальное бюро кредитных историй (НБКИ), больше всего банкам должны медицинские работники, у которых оказалась самая высокая текущая долговая нагрузка. Так, средний медработник более трети своих доходов тратит на ежемесячные платежи по кредитам. Показатель РТИ (отношение ежемесячных платежей по всем кредитам к ежемесячному доходу) в фармацевтике и медицине составил 33,56%, говорится в сообщении НБКИ.

Константин ШЕГЛОВ, обозреватель МГ.

Проекты

В столичных парках, аптеках, возле станций метро и в других общественных местах могут появиться пункты бесплатного измерения артериального давления. Об этом в рамках «круглого стола» в Правительстве Москвы сообщила глава комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова.

«Я предлагаю Департаменту здравоохранения Москвы продумать вопрос об организации пунктов измерения давления в аптеках, торговых центрах, – отметила Л.Стебенкова. – К этому мы можем привлечь даже производителей тонометров, волонтеров. В ближайшее время запускаем разовую акцию, будем у метро мерить давление. Но я думаю, что и в столичных парках надо установить такие пункты».

Ранее депутат сообщила о запуске в Москве проекта, направлен-

За здоровую столицу

Львиную долю работы в реализации этого привлекательного лозунга будут проводить врачи

го на пропаганду здорового образа жизни и информирование о профилактике заболеваний. В частности, в рамках первого этапа проекта специалисты будут информировать граждан о риске гипертонии.

Л.Стебенкова также подчеркнула, что Министерство образования и науки РФ может подготовить законопроект об обучении здоровому образу жизни. «У нас в плане подготовки есть законопроект о здоровом образе жизни. На федеральном уровне его будет разрабатывать Минобрнауки России. Я думаю, что мы все можем включить в подготовку этого законопроекта

и включить туда все необходимые аспекты», – сказала она.

Депутат пояснила, что привлечь внимание к здоровому образу жизни и обучать ему население надо с раннего возраста. Для создания программ обучения можно использовать международный опыт. «У нас на урбанистическом форуме выступал представитель Канады, который рассказывал, как они организуют этот процесс. У них измерить давление можно везде – в аптеках, в торговых центрах. Плюс со школы у них есть исследование, что мальчики с повышенным весом – это группа

риска для гипертонии. Я предлагаю нам в Департаменте образования тоже этот аспект изучить», – заявила Л.Стебенкова.

«Столичные доктора могут начать учить пациентов здоровому образу жизни после прохождения курсов повышения квалификации. Необходима концепция борьбы с проблемой недостатка информации об этом, – выразил свою точку зрения на идеи столичных властей главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Российского национального исследовательского

медицинского университета им. Н.И.Пирогова, вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор Григорий Арутюнов. – Разовые акции, вне всякого сомнения, никак не навредят населению, однако они не настолько эффективны, чтобы как-то позитивно повлиять на здоровье людей. Я предлагаю создать комплексную программу, которая будет направлена на пропаганду здорового и правильного образа жизни. Пилотный проект, с моей точки зрения, нужно реализовать в рамках столичного сегмента отрасли. Наряду с этим крайне необходимо создать программу для медицинских вузов, где будет прописана методология преподавания и обучения пациентов здоровому образу жизни. И львиная доля такой работы, я считаю, должна проводиться врачами первичного звена».

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Спектр выполняемых здесь операций включает сложные гибридные вмешательства и трансплантации сердца. Реализуемая в ККЦ технология замкнутого цикла не имеет аналогов в России. Также примечательно, что становление и формирование современной кардиологической службы Кемеровской области проходило и проходит под личным контролем губернатора А.Тулеева.

Вехи истории

В прошлом году Кузбасский кардиоцентр отметил 25-летний юбилей. Но история его создания началась раньше: ещё в 1958 г. заслуженный врач России, выдающийся кузбасский хирург М.Подгорбунский выполнил в Кемерово первую операцию на сердце – пальцевую митральную комиссуротомию. В 1969 г. заслуженный деятель науки РФ профессор Т.Шраер провёл первое вмешательство в условиях искусственного кровообращения. В 1974 г. в Кемеровской областной клинической больнице был создан центр сердечно-сосудистой хирургии.

Начиная с 1976 г., в роли бесценного руководителя центра долгие годы выступал Леонид Барбараш, ныне – академик РАН. Именно он выполнил первое не только в Кузбассе, но и за Уралом аортокоронарное шунтирование с протезированием аортального клапана, а затем – первую операцию при аневризме восходящей аорты и поставил на поток хирургию ишемической болезни сердца. А с 1978 г. кемеровские кардиохирурги начали использовать в своей практике биопротезы сосудов и клапанов сердца собственного производства. В конце 1980-х годов они были лидерами в Сибирском регионе по многим вопросам сердечно-сосудистой хирургии. Но развитие кардиохирургии тормозила неразвитость терапевтического звена.

Кардиологическая служба Кузбасса в то время была представлена разрозненными отделениями и кардиологическими приёмными в некоторых городах и районах со слабым диагностическим обеспечением, не позволявшим проводить современную диагностику и лечение. Это и стало стимулом для принятия мер организационного характера: в 1990 г. в Кемерово началось строительство кардиологического центра. Тогда же Л.Барбараш приступил к созданию оптимальной модели будущей службы.

Технология замкнутого цикла

Последняя очередь 12-этажного здания была сдана в эксплуатацию в 2006 г. Но ещё в 1994 г. под общей организационной «крышей» были объединены все этапы оказания кардиологической помощи населению: амбулаторный, стационарный и реабилитационный.

Главным звеном новой модели стала единая амбулаторно-поликлиническая кардиологическая служба. По решению Управления здравоохранения Кемерово всех кардиологов территориальных поликлиник перевели в штат кардиодиспансера. Это позволило выработать единые подходы к диагностике и лечению пациентов в масштабах областного центра, повысить качество подготовки специалистов и обеспечить их взаимозаменяемость в случае отпуска, учёбы или болезни. В результате больные начали поступать на операции своевременно, больничная летальность снизилась с прежних 22-24% до 2,7%, а этот уровень близок к европейскому.

И по сей день первостепенная роль в лечении сердечно-сосудистых заболеваний отводится в Кузбассе именно кардиологам. Они обеспечивают взаимодействие с участковыми терапевтами поликлиник, назначают пациентам обследование, проводят отбор для госпитализации, включая кардиохирургический стационар, а также для реабилитации в санатории «Меркурий». (В России нет других кардиоцентров с собственной

загородной реабилитационной базой!) В дальнейшем больные вновь возвращаются к кардиологам амбулаторного звена – на диспансерное наблюдение.

Параллельно все эти годы муниципальный кардиодиспансер развивал научно-производственное направление. Этот задел в дальнейшем лёг в основу образования НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (НИИ КПССЗ), кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Кемеровской государственной

«Когда в 2010 г. Кузбасс вошёл в федеральную программу «Совершенствование оказания помощи больным с сосудистой патологией», первый в области региональный сосудистый центр был создан именно на базе муниципального кардиодиспансера, – поясняет главный врач ККЦ доктор медицинских наук С.Макаров. – В других субъектах РФ их открывали в составе областных или краевых медучреждений».

С 2015 г. в диспансере активно развивается телемедицина: дей-

и Кузбасского технопарка, вошли в список приоритетных проектов для финансирования Минэкономразвития России.

Результаты фундаментальных и прикладных исследований института лежат в основе современных медицинских технологий, реализуемых в собственной клинике НИИ. За год здесь выполняется 3600-4700 высокотехнологичных вмешательств, только операций на открытом сердце – до 1100 в год.

С 2008 по 2013 г. НИИ тесно сотрудничал с Русско-американской

в России кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии додипломной и последипломной подготовки специалистов. В настоящее время ею заведует профессор доктор медицинских наук О.Барбараш.

Новая кафедра поставила целью объединить терапевтический и хирургический аспекты преподавания, чтобы сформировать у будущих врачей командный подход к ведению пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Её создание позволило обеспечить собственными кадрами кардиодиспансер и НИИ КПССЗ.

Сегодня в кардиоцентре трудятся 23 доктора и 65 кандидатов медицинских наук, 3 специалиста носят почётное звание «Заслуженный врач РФ». Ежегодно сотрудники и аспиранты Кузбасского кардиоцентра защищают до 20 диссертаций на соискание учёной степени. Стоит ли удивляться тому, что 5 врачей Кузбасского кардиоцентра в разные годы становились победителями престижного всероссийского конкурса «Лучший врач года»? Это сердечно-сосудистый хирург С.Иванов, инфекционист С.Колесова, невролог С.Тен, врач-исследователь М.Лобанов и кардиолог А.Клименкова...

Успехи специалистов кардиоцентра отмечены различными наградами. В их числе – престижная европейская премия имени Уолтона Лиллехая, премия правительства РФ, премия имени академика РАН А.Бакулева «За создание современного кардиохирургического центра и большой вклад в проблему биопротезирования». Дважды врачи кардиоцентра становились лауреатами премии «Признание», присуждаемой за создание новых методов лечения.

Перспективы

«Но главное достижение кардиоцентра – это тысячи спасённых жизней, – подчёркивает академик РАН Л.Барбараш. – Благодаря интеграции всех звеньев медицинского холдинга в единое целое и созданию системы замкнутого цикла оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом и мозговыми сосудистыми событиями мы смогли переломить рост смертности населения от болезней системы кровообращения. Если в 2005 г. этот показатель на 7% превышал общероссийский, то по итогам 2015 г. он стал уже на 8,1% ниже: 580,5 случая на 100 тыс. населения против 631,8 в среднем по России».

Любое учреждение живёт, пока развивается, и Кузбасский кардиоцентр не исключение. Планов у его сотрудников – громадье. В их числе, например, совершенствование конструкции биопротезов и способов их консервации, изучение индивидуальных особенностей пациентов. В будущем это позволит реализовать девиз: «Каждому – свой протез».

Другое важное направление – создание биодеградируемого сосуда малого диаметра, который позволит сократить количество повторных вмешательств. Продолжается и работа над созданием биодеградируемых противоспаечных мембран. В настоящее время совершенствуется структура и состав уже полученных изделий. Эксперименты на животных подтверждают правильность выбранных подходов. Наконец, ещё одной важной задачей в кардиоцентре считается повышение доступности высокоспециализированной кардиологической помощи для всех жителей Кузбасса посредством внедрения телемедицины, передовых организационных и клинических технологий.

«Мы верим в то, что нам это по плечу, – резюмирует профессор О.Барбараш. – Потому что в стенах нашего учреждения сформирована настоящая команда единомышленников».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Ориентеры

В ритме сердца

Возраст пациентов, пролеченных в Кузбасском кардиологическом центре, варьируется от нескольких часов до 100 лет...



Команда ККЦ, выполнившая в 2013 г. под руководством академика РАН Л.Барбараша первую пересадку сердца в Кузбассе, вместе с первым трансплантированным пациентом

медицинской академии и ЗАО «НеоКор». В настоящее время все эти учреждения разной формы собственности входят в состав Кузбасского кардиоцентра. Их взаимодействие позволяет «поднять» технологию замкнутого цикла на новый качественный уровень.

Структура холдинга

По сути, кардиоцентр – это медицинский холдинг. Его фундаментом является Кемеровский кардиологический диспансер, оказывающий кардиологическую помощь не только кемеровчанам, но и жителям других территорий Кузбасса.

В новом госпитальном корпусе диспансера ещё в сентябре 2005 г. было организовано специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии для пациентов с острым коронарным синдромом. Здесь начали круглосуточно выполнять коронарографию и стентирование коронарных артерий при ОКС. А для лечения пациентов с кардиогенным шоком – применять технологии вспомогательного кровообращения и методы экстракорпоральной гемокоррекции. Для своевременного определения тактики ведения пациентов и сокращения периода «дверь – баллон» было создано специализированное приёмное отделение с собственной диагностической базой.

В 2007 г. в кардиодиспансере открываются отделения неврологии и нейрохирургии. Вместе с созданным ранее городским амбулаторным нейрососудистым центром они позволяют «замкнуть» цикл оказания специализированной помощи и для пациентов с неврологической патологией. В учреждении начинает развиваться совершенно новое направление: кардионеврология. Такой союз кардиологов и неврологов стал весомым аргументом для Минздрава России.

ствует круглосуточный центр телеЭКГ для больниц и станций скорой медицинской помощи Кемеровской области, проводится круглосуточное дистанционное консультирование и выдача заключений по результатам МСКТ.

Созданный в 2009 г. в Кемерово Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний – один из самых молодых профильных НИИ России.

Долгосрочная научная программа института включает 3 темы: изучение закономерностей развития мультифокального атеросклероза; разработка и создание новых биоматериалов для сердечно-сосудистой хирургии, их экспериментальная и клиническая апробация; и, наконец, научное обоснование перспективных моделей оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в условиях промышленного региона.

«В настоящее время в учреждении внедрена международная система менеджмента качества ISO 9001:2008», – уточняет директор НИИ КПССЗ профессор Ольга Барбараш.

Институт отличают стабильно высокие показатели патентной деятельности. В 2014 г. здесь впервые были оформлены 2 международных заявки по системе Patent Cooperation Treaty. Полным ходом идёт разработка трёх эксклюзивных проектов, не имеющих аналогов в России и конкурентных на международном рынке. Один из них, посвящённый созданию каркасов для биопротезов нового поколения, регенерирующих ткани In situ, стал победителем конкурса Российского научного фонда. (Сумма грантовой поддержки – 60 млн. руб.). НИИ КПССЗ является учредителем 5 малых инновационных предприятий, 2 из которых стали резидентами Сколково

медицинской ассоциацией и международным фондом «Детское сердце». Это позволило детским кардиохирургам Кузбасса освоить современные подходы к лечению самой сложной врождённой патологии сердца и магистральных сосудов у детей. С 2014 г. все операции данного спектра выполняются без помощи зарубежных специалистов. В 2015 г. количество вмешательств, выполненных у новорождённых, составило 13,4% от общего числа

операций при врождённых пороках сердца.

«Именно этот показатель позволяет уменьшить инвалидизацию и смертность пациентов с несвоевременной коррекцией сердечных аномалий», – комментирует заместитель директора НИИ КПССЗ по клинической работе кандидат медицинских наук Г.Моисеев.

Начиная с 2013 г., в клинике института проводятся трансплантации сердца. К настоящему времени их выполнено уже 16.

ЗАО «НеоКор» является ведущим российским производителем биопротезов для сердечно-сосудистой хирургии. Ассортимент изделий, выпускаемых компанией, позволяет корректировать любые клапанные пороки и выполнять восстановительные операции на магистральных и периферических артериях.

Производственный процесс сочетает тщательный отбор материалов, уникальную технологию моделирования и систему жёсткого контроля качества. Модели биопротезов, разработанные и экспериментально обоснованные в НИИ, производятся в ЗАО «НеоКор», проходят апробацию в клинике института и затем широко внедряются в клиническую практику.

Совместно с НИИ КПССЗ в ЗАО «НеоКор» разработаны и внедрены антибактериальная, антитромботическая и антикальциевая обработки биологического материала. В настоящее время сотрудники компании работают над приоритетным для сердечно-сосудистой медицины проектом самораскрывающихся клапанов. Таких, которые можно будет устанавливать на работающем сердце, без его искусственной остановки. Это позволит выписывать пациентов уже на второй день после операции.

В 2000 г. на базе кардиоцентра была организована единственная

Всероссийский форум волонтеров-медиков, призванный объединить лидеров волонтерских организаций, работающих в сфере здравоохранения, прошёл в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова.

Организаторами его выступили Первый МГМУ им. И.М.Сеченова и Роспатриот-центр при поддержке Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, Ассоциации волонтерских центров и общественного объединения «Волонтеры-медики».

В работе форума приняли участие: первый заместитель министра здравоохранения Игорь Каграманян; председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России Пётр Глыбочко; руководитель Федерального агентства по делам молодёжи Сергей Поспелов; директор Роспатриотцентра Ксения Разуваева; академик РАН, почётный заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Валентин Покровский и многие другие.

Участники из более чем 45 регионов России в течение трёх дней совместно формировали стратегию развития добровольчества в сфере здравоохранения, участвовали в «круглых столах» по основным направлениям добровольчества, мастер-классах по привлечению и мотивации волонтеров, дискуссиях о грантовых кампаниях и возможностях участия в них. Ребята презентовали наиболее успешные региональные добровольческие практики и получили возможность обсудить их реализацию с экспертами.

Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко вручил лучшим

События

На новой волне

Волонтерство набирает широкий размах

волонтерам благодарственные грамоты Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов за достойный вклад в развитие медицинского волонтерства.

В приветственном слове он отметил:

— Мы рады сегодня встретить вас в стенах университета, поделиться опытом и наработками. Волонтеры-медики — те, кто уже завтра придут в лечебные учреждения, больницы, клиники, помнят, здоровье граждан зависит не только от врачебных навыков и знаний, но и от умения сопереживать. Лечим мы хорошо,

а вот милосердия — сострадания и доброжелательного отношения к пациентам порой не хватает. Необходимо это качество развивать. И в этом большое подспорье — волонтерская деятельность. Можно сказать, что медицинское волонтерство — это новая волна гражданской активности.

Медики-волонтеры приняли участие во всероссийской акции — студенческом флешмобе «Победим ВИЧ/СПИД вместе». Акцию посвятили Всемирному дню памяти жертв СПИДа. Продолжением темы гуманного отношения к людям — жертвам

тяжелой болезни стала встреча с легендарным врачом, директором Центрального НИИ эпидемиологии Минздрава России, профессором кафедры эпидемиологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, академиком РАН Валентином Покровским.

Второй день работы Всероссийского форума волонтеров-медиков начался презентацией деятельности Ассоциации волонтерских центров, затем состоялись презентации лучших региональных волонтерских проектов и деятельности общественного объединения «Волонтеры-медики».



Вот они, волонтеры нового времени



Выступает Пётр Глыбочко

В третий, заключительный день прошла работа в группах по разработке итоговой резолюции Всероссийского форума волонтеров-медиков и созданию дорожной карты развития медицинского волонтерства на 2016-2017 гг.

Основная задача форума, которую поставил Игорь Каграманян, объединение волонтерских сообществ, оказывающих помощь медицинским организациям, — решена. Волонтеры-медики подружались и объединились в стенах Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Решения

Удобно врачу, полезно пациенткам

К чему приведёт ротация в гинекологии?

В нынешнем году столичные акушеры-гинекологи из женских консультаций будут дежурить в родильных домах. Об этом заявил главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Александр Конопляников. По его словам, в учреждениях, где есть акушерский стационар и женская консультация, будет проводиться обязательная ротация врачей акушеров-гинекологов.

«К сожалению, врач после трудоустройства, как правило, работает или сугубо амбулаторно, или только в стационаре. И наша специальность в этом вопросе — отнюдь не исключение. Поэтому в этом году мы возобновили ротацию акушеров-гинекологов в столичных медучреждениях по схеме: женская консультация — гинекологическое отделение — акушерский стационар. Это позволит усилить акушерскую бригаду любого роддома. Кроме того, взгляд стационарных гине-

кологов на амбулаторную патологию весьма полезен для пациентов, — пояснил А.Конопляников. — Мы надеемся, что в столичном регионе станет больше врачей, которые могут не только грамотно вести беременность, но и принимать роды. Клиническая ротация — общемировая практика во всех направлениях практической медицины».

По мнению главного акушера-гинеколога департамента, практика специалистов в стационаре и наблюдение там рожениц улучшит качество оказания медицинской помощи врачами в гинекологическом отделении, а также снизит количество госпитализаций, в ряде случаев — не показанных. «Возможности многопрофильного стационара гораздо больше, чем отдельно стоящего родильного дома. Беременная женщина сможет получить высококвалифицированную помощь при осложнении родов или в послеродовом периоде, когда может потребоваться работа команды специалистов», — подчеркнул главный акушер-гинеколог, отметив, что в столице 450 докторов получили электронную карту акушера-гинеколога.

Важно напомнить, что в октябре

прошлого года был запущен проект по повышению последипломного образования врачей. В том числе — и акушеров-гинекологов. Программа «Московской школы акушера-гинеколога» состоит из трёх блоков: лекционный материал, дистанционное обучение (10 вебинаров в течение полугодия в режиме онлайн), а также занятия в симуляционном центре столичной ГКБ им. С.П.Боткина, где отрабатываются практические навыки на манекенах.

«После лекционного курса врачи сдают экзамен, получают диплом и электронную карту, на которую накапливаются баллы. После прослушивания вебинара также проводится аудит полученных знаний: необходимо ответить на 10 вопросов. При 75% правильных ответов зачисляются баллы на карту, — пояснил А.Конопляников. — До января нынешнего года докторам, чтобы заниматься практической деятельностью, необходимо было иметь действующий сертификат специалиста по акушерству и гинекологии, который выдавался после прохождения интернатуры или ординатуры, а также первичной специализации. Впоследствии свою профессиональную пригодность надо было подтверждать каждые 5 лет. Однако с 2016 г., согласно федеральному законодательству, врачам необходимо проходить аккредитацию по специальности, чему мы всячески способствуем».

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Москва.

Официально

Как сообщил на днях директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, в настоящее время вопрос формирования региональных перечней лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется бесплатно, относится к полномочиям субъектов Российской Федерации.

При этом федеральные органы исполнительной власти, включая Минздрав России, не вправе издавать нормативные правовые документы, регламентирующие порядки формирования региональных перечней лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется за счёт средств бюджетов субъектов РФ.

Полномочия регионов расширяются

Между тем, Росздравнадзором и ФФОМС осуществляются регулярные проверки соблюдения регионами требований к формированию территориальных программ государственных гарантий, включая лекарственное обеспечение, в особенности препаратами из Перечня ЖНВЛП. В ходе таких проверок выявляются различные нарушения и несоответствия, информация о которых передаётся в региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья для устранения в установленный срок.

Отметим, что в 2015 г. число льготополучателей по программе «Семь высокотратных нозологий» по сравнению с 2014 г. увеличилось более чем на 15 тыс. человек, при этом количество препаратов, гарантированных государством, увеличилось с 18 до 22. Из числа указанных препаратов 14, или 63%, производятся в Российской Федерации. Среди препаратов для

дополнительного лекарственного обеспечения отдельных групп населения 231, или 72%, выпускаются также в нашей стране.

Общий объём выделенных на лекарственное обеспечение средств составил только по льготным категориям граждан более 88 млрд руб.

Дополнительно в 2015 г. в рамках антикризисных мер в регионы в целях улучшения лекарственного обеспечения направлено 16 млрд, которые позволили сформировать необходимые товарные запасы лекарственных препаратов для обеспечения потребностей до 6 месяцев. Дополнительным механизмом в плане снижения влияния негативных явлений в экономике на лекарственное обеспечение стала централизация закупок лекарств в регионах, из которых уже более 44% перешли на этот механизм.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Вспомним эпиграф к «Железной дороге» Н.А.Некрасова: «Папаша! Кто строил эту дорогу?... Граф Пётр Андреевич Клейнмихель, душенька!»

Вельможа, о котором идёт речь, был когда-то одним из владельцев древнего русского города Почеп. А до этого...

Всё начиналось с крепости

Предполагают, что возникло это поселение ещё в домонгольскую эпоху, на месте современного села Старопочепье. И в течение нескольких веков Почеп был сторожевой крепостью на юго-западной границе Московского государства, неоднократно подвергаясь нападениям литовских, польских и шведских захватчиков. Отсюда вроде и название – «почеп» – виселица. А во время Северной войны по указу Петра I город дополнительно укрепили, на противоположном левом берегу Судости соорудили земляную крепость. Сам А.С.Пушкин своей рукой вывел его название в «Истории Петра». Ещё бы! Город был известен не только ратными подвигами, но именно с ним связано знаменитое «почепское дело» А.Д.Меншикова.

Пожаловав своему любимцу после Полтавской битвы чин фельдмаршала, царь отписал ему в «вечное владение» город Почеп. Правда, с уговором: «не трогать окрестные земли и не обижать подданных». Однако «дитя сердца царя» (так светлейшего назвал А.С.Пушкин) был очень алчным, и алчности этой не было предела. Словом, вскоре почепские владения фельдмаршала так разрослись, что терпение царя лопнуло, и «светлейшему» пришлось расстаться с награбленными землями.

А немецкий врач и путешественник Отто фон Гун, посетивший Почеп в то время, писал о страшных эпидемиях в вотчине Меншикова, обездоленности сельского люда... Разумеется, ни о каком сохранении здоровья подданных Меншиков и не помышлял.

А вот графу Клейнмихелю надо отдать должное. Став хозяином города, именно Пётр Андреевич занялся становлением здесь медицинской службы. Первым учреждением здравоохранения был приёмный покой. Затем на средства графа построили деревянную больницу на 10 коек с пристройкой для кухни и прачечной. А обслуживали больных врач, фельдшер и санитарка. Причём до образования земства граф взял на себя также содержание больницы, из его личных средств медицинскому персоналу выдавали денежное содержание. Судя по архивным данным, только на обустройство приёмного покоя было выделено 600 руб., а в связи с эпидемией оспы в 1872 г. в больнице стали работать 4 фельдшера. В том же году открыли приёмный покой в селе Баклань.

Интересные сведения сохранились в архивах и о заведующем Почепской земской больницей, титулярном советнике Николае Троцком. Он своим добросовестным отношением к работе и заботой о больных настолько пришёлся по душе землякам, что уездное земское собрание ходатайствовало перед властями о награждении Николая Дмитриевича памятной медалью в честь царствования Александра III. А в 1897 г. доктору вручили (право, редкий случай для врача) орден Александра Невского для ношения на ленте. С началом же Русско-японской войны Николай Троцкий вступил в летучий отряд Красного Креста и героически погиб в боях под Мукденом.

А Почепское земство построило в 1910 г. новое здание больницы. И когда 5 лет спустя город и близлежащие Балыкскую, Кульневскую и Воробейнскую волости охватила эпидемия холеры, в Почепе создали специальный противохолерный медицинский отряд. Амбулаторным больным лекарства выдавали бесплатно, а «за усердие в борьбе с болезнью» врачи У.Каменецкий, Н.Жигунова и Л.Блантер были отмечены благодарностями. Смо-



Главный врач Николай Мартынов

приходится заведующему Валерию Тедееву, врачам Сергею Ромашину и Владимиру Марченко. Ведь ежедневно с травмами различной степени тяжести сюда попадают из Стародуба, Погара и других городов по 5-6 пострадавших. А прошлой осенью после столкновения у села Красный Рог маршрутки с автобусом вообще вышла «запарка». Но ничего, справились...

Гордятся почепские медики и коллективом хирургического отделения, которым уже больше 30 лет руководит заслуженный врач РФ Сергей Овсеев. В любое время суток готовы прийти на помощь

смертных афоризмов незабвенного Козьмы Пруткова. Вот над исправлением этого общего для всех пациентов недостатка и работают почепские врачи. (К слову, литературная маска Козьмы Пруткова была создана ещё в XIX веке их земляками-уроженцами этого древнего города тремя братьями Жемчужниковыми и известным писателем А.К.Толстым.)

Модернизация с сельским уклоном

Буквально под боком у Почеп, в посёлке Речица находится офис врача общей практики, где больных принимают выпускница Тверской медицинской академии Татьяна Галкина и педиатр Лариса Берлёва. Из 2,5 тыс. населения здесь проживают около 500 детей. Недавно

дра Долженкова. Бывший сельский тракторист, он прославился в округе не только проведением сложнейших операций, но и поистине виртуозной игрой на аккордеоне. Довелось Александру Дмитриевичу побывать и в должности главного врача Почепской ЦРБ. Это при его активном участии стала значительно расширяться медицинская база лечебного учреждения, появились комфортные условия для работы медицинского персонала и лечения пациентов. По стопам отца, став врачами, начинали в Почепе свою самостоятельную работу сыновья Игорь и Сергей.

О чём болит голова у главного

«Однако», как говорится в популярной телевизионной передаче...

Малые города России

Провинциальность тут ни при чём...

В этом уверены врачи Почепской ЦРБ на Брянщине

тритель же П.Левицкий и земский фармацевт М.Вольфсон получили по 100 руб. каждый.

Козьма Прутков о здоровье

Все эти сведения корреспонденту «МГ» поведал при встрече главный врач Почепской больницы Николай Мартынов. Заслуженный врач РФ живо интересуется историей совершенствования медицинского обслуживания населения в крае, подумывает о создании в лечебном учреждении специального информационного уголка. Что же представляет собою нынче эта одна из самых разветвлённых сетей учреждений здравоохранения на Брянщине?

Старожилы города хорошо помнят ту дореволюционную больничную постройку в центре Почеп, располагавшуюся на живописном берегу Судости. В этом изрядно обветшавшем здании долгое время находилась и поликлиника.

А в 1978 г. практически в чистом поле построили главный трёхэтажный корпус, в котором разместился стационар. Понятно, что такое расположение медицинских учреждений создавало большие неудобства как для самих медиков, так и для пациентов: попробуй, походи туда-сюда 5 км от поликлиники до стационара.

Перемены начались в 2008 г. Тогда в соответствии с Федеральной программой по уничтожению химического оружия в короткий срок были возведены и сданы в эксплуатацию консультативно-диагностический центр, поликлиника, женская и детская консультации, палатный корпус.

Николай Александрович, более 30 лет проработавший здесь рядовым хирургом до назначения на должность руководителя, обо всех переменах и перспективах говорит уверенно, с большим знанием дела. Целый воз проблем достался ему когда-то по наследству. Однако, несмотря на отсутствие управленческого опыта, главный врач не спавал перед трудностями, сумел чётко наладить работу большого медицинского коллектива. Вместе с заместителем по лечебной части Александром Тимошенко он показал корреспонденту «МГ» всё, чем здесь можно законно гордиться.

Так, по сути межрайонным стало травматологическое отделение Почепской ЦРБ, которая расположена вблизи крупной автотрассы. И в отделении на 30 коек нелегко

пациентам хирурги Владимир Морозов и другие.

К слову, кандидат медицинских наук Александр Тимошенко, много лет проработавший в этом отделении, вспомнил случай из своей богатой хирургической практики. Как-то ему пришлось оперировать пациента, находившегося в критическом состоянии. Больной попал на операционный стол после автомобильной аварии. Начал его оперировать, вскрыл сальниковую сумку, обыденно, вроде, рассказывает Александр Витальевич, а там – полный разрыв поджелу-

за счёт областной казны сделали капитальный ремонт, и теперь в двухэтажном здании есть даже система индивидуального отопления.

«Не верится, что в зимние холода приходилось работать в верхней одежде и тёплой обуви, – вспоминает Татьяна Алимпиевна. – Зато теперь...»

В Почепском районе – 4 офиса врача общей практики, и везде проведён капитальный ремонт. Заменяли системы канализации, водопровода, окна и двери, обновили сантехнику. Областной бюджет «отстегнул» на каждый офис по

И в Почепской ЦРБ есть нерешённые проблемы. Так, изрядно уже набил оскомину вопрос о завершении реконструкции прежнего главного корпуса. И хотя уже за счёт оказания населению платных услуг «наскребли» больше 1 млн руб. на оформление проектно-сметной документации, воз, как говорится, и ныне там. А коллективам терапевтического и отделения неврологии приходится работать в приспособленных помещениях. От этого страдают и пациенты.

Изрядно износился за истекшие годы и автопарк скорой помощи, физически и морально стареет полученное когда-то по федеральным программам медицинское оборудование. А тут ещё...

До недавнего времени в составе Почепской ЦРБ находился консультативно-диагностический центр, где население радиационных юго-западных районов области без проблем могло получить необходимую медицинскую помощь. Теперь же, как говорит руководитель этого центра Светлана Баржеева, он стал структурным подразделением находящейся в Десногорске медсанчасти № 135 Федерального медико-биологического агентства. Основная задача центра теперь – мониторинг населения, лечение же больные получают в Почепской ЦРБ. К чему это приведёт в дальнейшем – уже понятно. Надо будет заключать договор аренды, а центральной райбольнице придётся платить за обследование пациентов в центре немалые деньги. И как этого избежать – никто пока не знает. И в первую очередь о том не ведает главный врач.

Требуется также значительного омоложения и врачебный состав: около половины докторов достигли пенсионного возраста. Позарез нужен и неонатолог, появление которого сняло бы напряжённость в обследовании новорождённых.

Однако проблемы всегда создавали и создают люди. И решать их также приходится людям.

Центральная районная больница работает стабильно, здесь нет кредиторской задолженности...

«Справимся», – это слово часто в разговорах произносят врачи из Почепской ЦРБ.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянская обл.

Фото автора.



Новое здание поликлиники

дочной железы. Крайне редкий случай. Если бы произошёл и разрыв селезёночной вены, то больного спасти уже практически становилось невозможным. Однако ещё до приезда из Брянска более опытного коллеги хирург сумел буквально вытащить пациента с того света. А ведь подобные оперативные вмешательства сделали бы честь и лечебному учреждению рангом повыше. Недаром же этот и другие подобные случаи подвигли хирурга к поступлению в аспирантуру Смоленской медицинской академии и успешной защите диссертации.

Добросовестно стоят на страже здоровья почепчан также заведующие инфекционным и гинекологическим отделениями Тамара Межуева и Ольга Плахотнюк, заведующая поликлиникой Валентина Крыловская, другие доктора.

Впрочем, по-другому работать здесь и не помышляют, на провинциальность вовсе не ссылаются.

«Все говорят, что здоровье – дороже всего, но никто этого не соблюдает», – таков один из бес-

1 млн руб. для приобретения медицинского оборудования. И сегодня сельские медики, так привыкшие к тому, что их учреждения всегда финансировались по остаточному принципу, просто не нарадуются на произошедшие перемены. Теперь селяне летят буквально рядом со своими домами. Есть в каждом офисе и лаборатории, и физиотерапевтические кабинеты. Пациентов принимают в офисах опытные доктор Михаил Дёмин, Юрий Азизов и Марина Азарова.

А население Красного Рога (где, к слову, рядом с древней церковью похоронен А.К.Толстой), посёлка Роща и других населённых пунктов обслуживает фельдшер Ольга Снегирёва. Несколько раз в неделю сюда приезжают из Почепской ЦРБ педиатр и стоматолог. Есть дневной стационар на 10 коек.

Именно с Красным Рогом связаны и профессиональный рост и широкая известность легенды местной медицины, кавалера ордена Ленина, выпускника Курского медицинского института Алексан-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 35 (1974)

Несмотря на вековую историю, электрокардиография (ЭКГ) остаётся одним из самых востребованных методов диагностики в кардиологии, что объясняется его достаточно высокой информативностью, технической простотой, относительной дешевизной. Изменения электрической активности сердца, регистрируемые при помощи ЭКГ, позволяют диагностировать нарушения сердечного ритма и проводимости, выявлять острую коронарную патологию и признаки перегрузки и/или гипертрофии различных отделов сердца. Менее специфические изменения ЭКГ, в комплексе с клиничко-лабораторными данными помогают выявить электролитные нарушения, метаболические и обменные расстройства, дисфункцию вегетативной нервной системы. ЭКГ отражает действие лекарственных препаратов на миокард, позволяет оценить работу электрокардиостимулятора, что также имеет важное диагностическое, клиническое и прогностическое значение.

Вместе с тем, по нашему мнению, анализ ЭКГ-изменений не должен происходить исключительно в кабинете врача функциональной диагностики, а, в идеале, вместе с оценкой клинического состояния больного и его динамики. Таким образом формируется понятие клиничко-электрокардиографического синдрома, то есть сочетания определённого набора клинических симптомов, характеризующихся или дополняемых определённой ЭКГ-картиной. Наиболее известны и широко диагностируются всего лишь немногие подобные синдромы – Wolff – Parkinson – White (WPW), Фредерика, периода Самойлова –

характеризуют изменения ЭКГ при разных нарушениях ритма и проводимости, проявлениях ИБС, вегетативном дисбалансе, перегрузке камер сердца, функционировании дополнительных пучков проведения, отражают изменения ЭКГ в детском возрасте и на фоне работы искусственного водителя ритма.

Большая часть приведённых клиничко-

Клиничко-электрокардиографические синдромы

электрокардиографических синдромов названа по автору или авторам, впервые их описавшим, что несколько усложняет запоминание, но не снижает их клинического и диагностического значения.

1. Ашмана феномен (Гонакса – Ашмана синдром)

Возникновение функциональных нарушений проводимости, связанных с ранним возбуждением желудочков при достаточно продолжительном интервале между двумя предшествующими ему сокращениями.

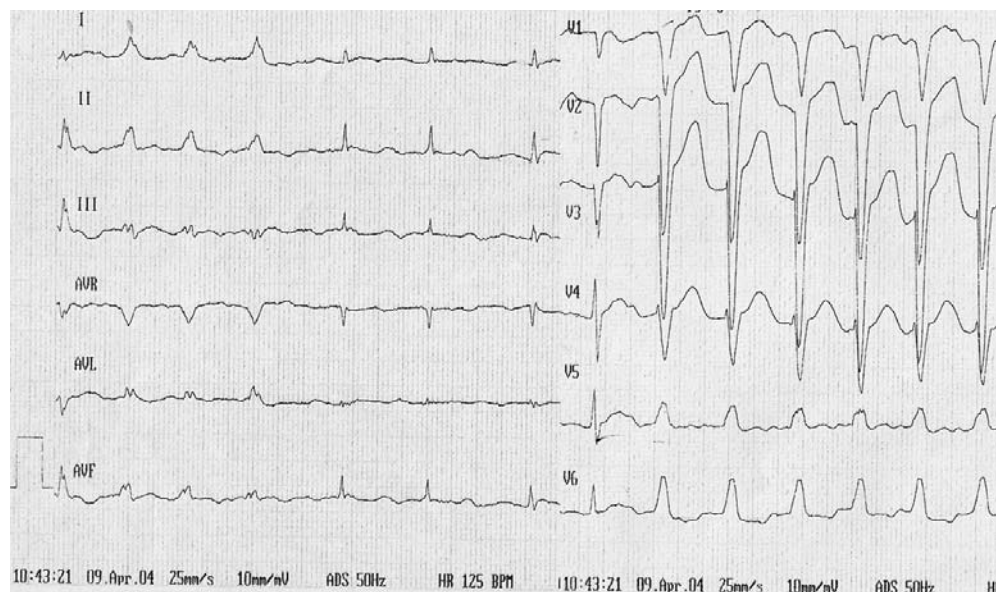


Рис. 1. ЭКГ при синдроме Гонакса – Ашмана. Мерцание предсердий, ЧСС-125 уд. в минуту. Преходящая блокада левой ножки пучка Гиса

Венкебаха, в то время как их насчитывается несколько десятков. Целью нашей работы послужила систематизация ЭКГ-феноменов и клиничко-электрокардиографических синдромов и наглядное их описание.

Приведённые синдромы охватывают самые различные области кардиологии,

2. Баркера – Валенсия синдром

Сочетания блокады правой ножки пучка Гиса с гипертрофией правого желудочка: на ЭКГ имеется комплекс rSR (рис. 2).

3. Борисовой симптом

Появление экстрасистолы (особенно бигеминии), возникающей вслед за ангиноз-

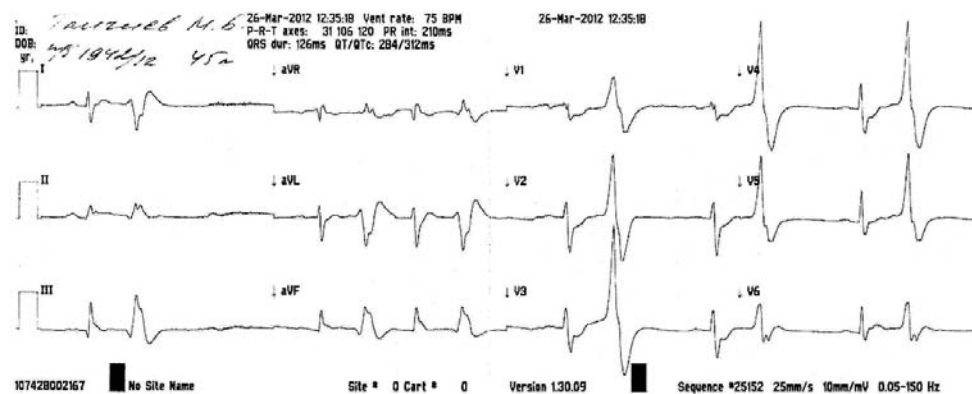


Рис. 3. Симптом Борисовой. ЭКГ зарегистрирована у пациента 45 лет на высоте ангинозного приступа. Желудочковая бигемения, элевация сегмента ST II, III, aVF

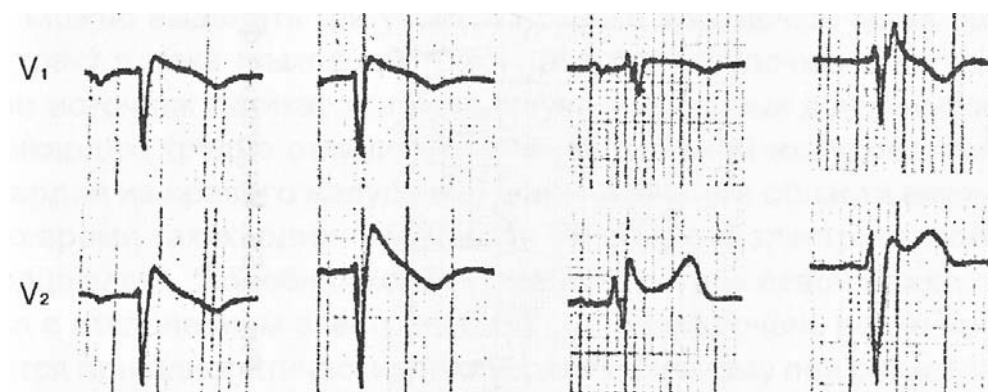


Рис. 4. Варианты комплексов QRS при синдроме Бругада

ным приступом; наблюдается при инфаркте миокарда.

4. Бругада (Brugada) синдром

Представляет собой клиничко-электрокардиографический синдром, впервые описанный P.Brugada и J.Brugada в 1992 г., клиническим аспектом которого является частое, как правило, с детского возраста, возникновение полубморочных и синкопальных состояний, а также случаев внезапной смерти у sibсов или среди членов одной семьи. Для ЭКГ пациентов с синдромом Бругада характерен ряд специфических изменений, которые могут наблюдаться в полном или неполном сочетании:

- 1) полная (в классическом варианте) или неполная блокада правой ножки пучка Гиса;
- 2) специфической формы элевация сегмента ST в правых грудных отведениях (V₁-V₃);
- 3) увеличение продолжительности интервала PQ (PR);

4) возникновение пароксизмов полиморфной желудочковой тахикардии со спонтанным прекращением либо переходом в фибрилляцию желудочков.

Последний ЭКГ-признак в основном и обуславливает клиническую симптоматику данного синдрома. Развитие желудочковых тахикардий у пациентов с синдромом Бругада чаще происходит в ночные или ранние утренние часы, что позволяет связать их появление с активацией парасимпатического звена вегетативной нервной системы. Такие ЭКГ-признаки, как подъём сегмента ST и удлинение интервала PQ, могут носить преходящий характер. H.Atarashi предложил учитывать так называемую «S-терминальную задержку» в отведении V₁ – интервал от вершины зубца R до вершины зубца R'. Удлинение этого интервала до 0,08 с и более, в сочетании с подъёмом ST в V₂ более 0,18 мВ, является признаком повышенного риска фибрилляции желудочков (рис. 4-5).

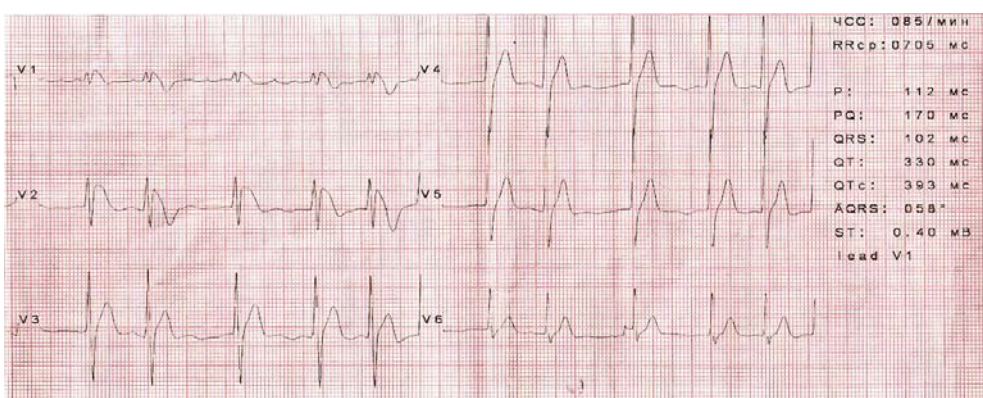
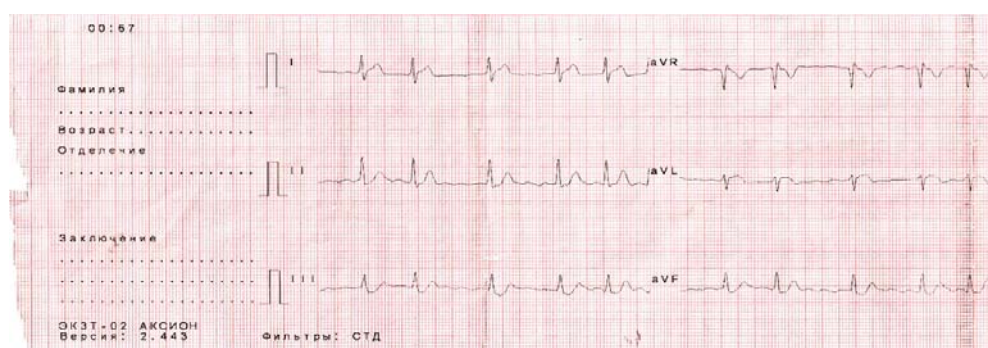


Рис. 5. ЭКГ при синдроме Бругада. Мерцание предсердий, ЧСС – 76 уд. в мин., блокада правой ножки пучка Гиса, элевация сегмента ST в правых грудных отведениях (V₁-V₃)



Рис. 2. ЭКГ при синдроме Баркера – Валенсия. Блокада правой ножки пучка Гиса и признаки гипертрофии правого желудочка

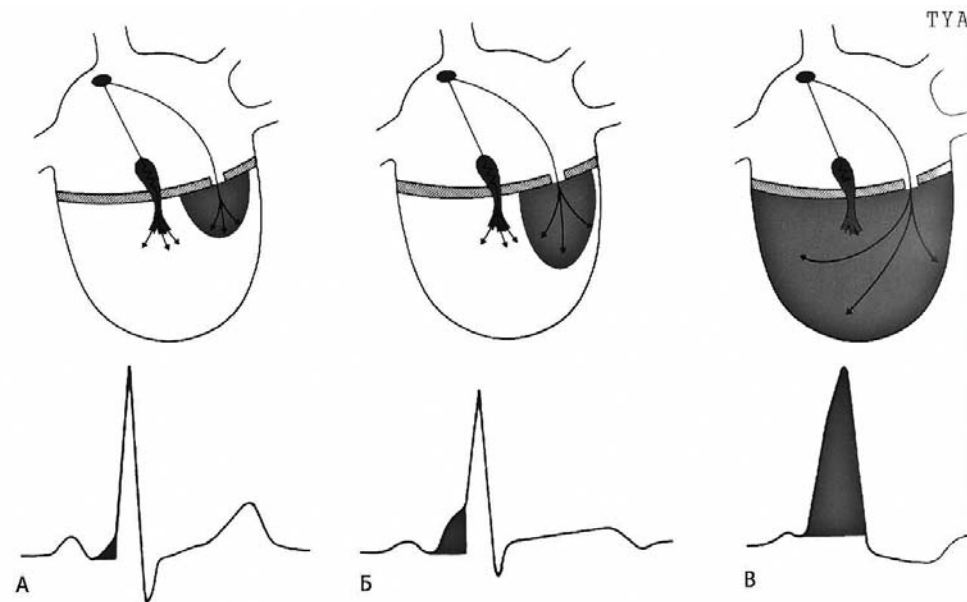


Рис. 6. Путь проведения импульса и ЭКГ при активации пучка Кента – Паладино

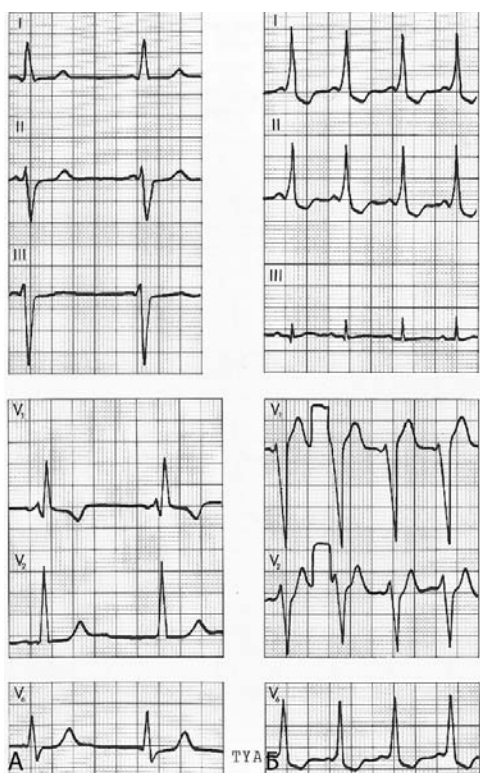


Рис. 7. ЭКГ при синдроме WPW (тип А и тип В)

5. Венкебаха (K.F.Wenkebach) феномен («закупорка предсердий»)

Феномен, возникающий при частом сокращении сердца. Частый ритм сердца при предсердной пароксизмальной тахикардии может значительно укоротить диастолу, в связи с этим сокращения предсердий и желудочков сближаются по времени настолько, что сокращение предсердий приходится на конец предшествующей систолы желудочков. Это и приводит к «закупорке предсердий». Так как предсердия и желудочки сокращаются почти одновременно, то в период короткой диастолы предсердия полностью не опорожняются, и кровь из них устремляется в лёгочные вены, что вызывает застой в малом круге кровообращения. Элементы «закупорки предсердий» Венкебаха могут наблюдаться и при пароксизмальной желудочковой тахикардии.

6. Вольфа – Паркинсона – Уайта (Wolff – Parkinson – White) синдром (WPW-синдром, синдром преждевременного возбуждения желудочков, синдром ускоренной проводимости, антесистолия, преэксцитация) – проведение импульса из предсердий к желудочкам по дополнительному пучку Кента – Паладино, минуя нормальную проводящую систему сердца (рис. 6).

ЭКГ-критерии синдрома WPW:

- 1) укороченный интервал PQ до 0,08-0,11 с;
- 2) Δ -волна – дополнительная волна в начале комплекса QRS, обусловлена возбуждением «неспециализированного» миокарда желудочков. Дельта-волна направлена вверх, если в комплексе QRS преобладает зубец R, и вниз, если начальная часть комплекса QRS отрицательная (преобладает зубец Q или S), кроме WPW-синдрома типа С;
- 3) блокада ножки пучка Гиса (уширение комплекса QRS более 0,1 с). При синдроме WPW типа А проведение импульса из предсердий к желудочкам осуществляется по левому пучку Кента – Паладино, по этой причине возбуждение левого желудочка начинается раньше правого и на ЭКГ фиксируется блокада правой ножки пучка Гиса. При синдроме WPW типа В импульс из предсердий к желудочкам проводится по

правому пучку Кента – Паладино, по этой причине возбуждение правого желудочка начинается раньше левого и на ЭКГ фиксируется блокада левой ножки пучка Гиса. При синдроме WPW типа С импульс из предсердий к боковой стенке левого желудочка идёт по левому пучку Кента – Паладино, что ведёт к возбуждению левого желудочка раньше правого и на ЭКГ фиксируется блокада правой ножки пучка Гиса и отрицательная Δ -волна отведениях в V_5 - V_6 ;

4) зубец Р нормальной формы и продолжительности;

5) склонность к приступам суправентрикулярной тахикардии (рис. 7).

Тип А синдрома WPW. Регистрируется при преждевременном возбуждении задне-базальной или базально-перегородочной области левого желудочка. В правых и левых грудных отведениях волна D и комплекс QRS направлены вверх. В отведениях V_3 и V_1 комплекс QRS может иметь вид R, RS, rS, rSr. Электрическая ось QRS отклоняется вправо. В I отведении Δ -волна чаще бывает отрицательной, имитируя увеличенный зубец Q (комплекс QR), реже встречается положительная Δ (комплекс RS); в III отведении Δ -волна обычно положительная. При этом типе синдрома интервал PQ иногда превышает 0,12 с (до 0,14 с).

Тип В синдрома WPW. Обусловлен преждевременным возбуждением части основания правого желудочка вблизи предсердно-желудочковой борозды. В правых грудных отведениях Δ -волна и комплекс QRS направлены вниз. В отведении V_1 комплекс QRS имеет вид qS, rS, RS. В левых грудных отведениях Δ -волна и комплекс QRS направлены вверх. Электрическая ось сердца отклоняется влево. В I отведении комплекс QRS представлен высоким зубцом R, Δ -волна положительная, в III отведении – комплекс QRS, Δ -волна чаще отрицательная и может усиливать зубец Q. В этом случае зубец Q иногда имитирует признаки нижнего инфаркта миокарда.

Тип АВ синдрома WPW. Отражает преждевременное возбуждение заднебазального отдела правого желудочка. В отведениях V_1 Δ -волна направлена вверх, как при типе А. Электрическая ось сердца отклоняется влево (как при типе В); в I отведении Δ -волна и комплекс QRS имеют положительную полярность, в III отведении они дискордантны.

Тип С синдрома WPW. Дополнительный пучок соединяет субэпикардиальный участок левого предсердия с боковой стенкой левого желудочка. В отведениях V_1 - V_4 комплексы R, RS, Δ -волна отрицательная или изоэлектрическая. Электрическая ось сердца отклоняется вправо; в отведениях I, AVL Δ -волна отрицательная, в отведениях III, AVF – положительная. Синдром регистрируется примерно в 0,2-0,3% электрокардиографических исследований, встречается в любом

возрасте и у мужчин и у женщин. Клинически синдром проявляется приступами пароксизмальной тахикардии, как правило наджелудочковой.

Пароксизмы аритмии при синдроме WPW обусловлены эффектом обратного входа возбуждения (re-entry), когда возникает круговое движение через АВ-соединение – желудочки – пучок Кента – предсердия – АВ-соединение.

Импульс может передаваться на желудочки как через дополнительный пучок, возвращаясь через АВ-соединение (на ЭКГ: умеренный и деформированный желудочковый комплекс), так и «вращаться» в противоположном направлении (в этом случае форма QRS будет обычной).

Частота пароксизма может достигать до 300 в минуту, в зависимости от рефрактерности дополнительных проводящих путей. Иногда синдром сочетается с пароксизмами мерцания предсердий, экстрасистолиями, реже – с предсердно-желудочковыми блокадами.

Нередко синдром WPW регистрируется при врождённых аномалиях сердца: дефек-

в течение 3-6 недель, кроме того, глубокие зубцы S I и QIII (рис. 8-9).

8. Галавердена (Gallavardin) синдром
Экстрасистолическая форма предсердной пароксизмальной тахикардии (типа Gallavardin, типа «Repetitive»): характерны непродолжительные приступы, состоящие из 5-20 или большего числа наджелудочковых экстрасистол, разделённых одним или большим числом нормальных синусовых сокращений. Частота эктопических сокращений непостоянна. Она ускоряется к середине каждого приступа и затем прогрессирующе замедляется. Приступы тахикардии могут длиться месяцами и не поддаваться лекарственному лечению, чаще встречаются у молодых людей без органического заболевания сердца. Прогноз благоприятный (рис. 10).

9. Гольдберге (E.Goldberger) феномен
Подъём сегмента STII при снижении STII на ЭКГ при массивной тромбоэмболии лёгочной артерии (рис. 8-9).

10. Гонакса – Ашмана (Gonax – Ashman) синдром (см. Ашмана феномен)

Классическая aberrantная желудочковая проводимость в основном зависит от двух факторов: длины предшествующей диастолы и интервала сцепления.

Она может возникнуть в преждевременном импульсе, например в экстрасистоле, или сохраняться во всех комплексах при тахикардии, поскольку они зависят от взаимосвязи между предшествующей диастолой. При более коротком интервале сцепления aberrantность возникает при одной и той же длине предшествующей диастолы.

Наджелудочковая экстрасистолия подтверждает это правило (длинная предшествующая диастола плюс короткий интервал сцепления ведут к появлению синдрома Гонакса – Ашмана). Это происходит в результате того, что длинный цикл сопровождается длинным трансмембранным потенциалом действия, а импульс, следующий за окончанием короткого цикла, может быть всё ещё в III фазе реполяризации по достижении

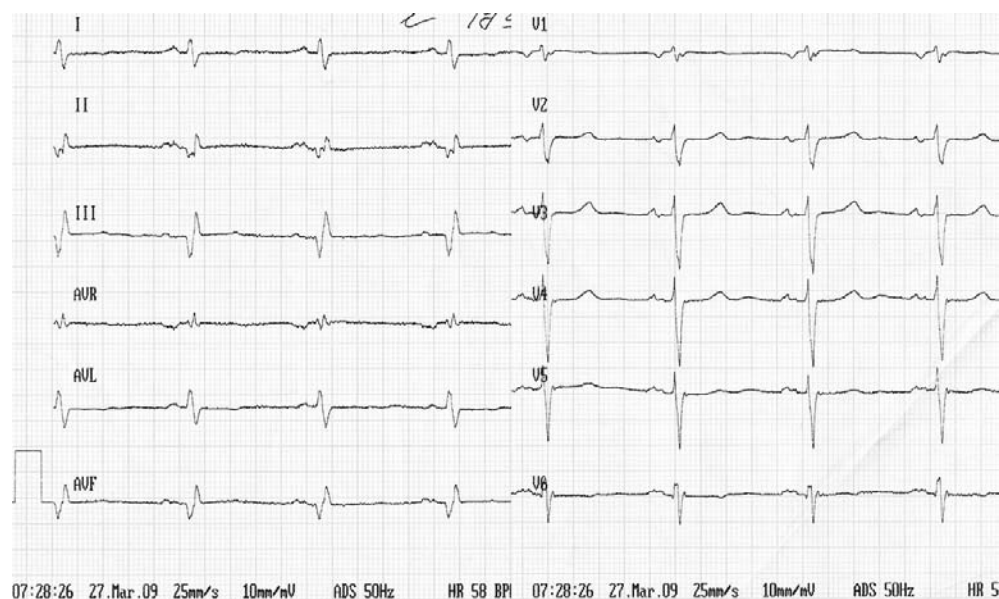
Рис. 8. ЭКГ при остром лёгочном сердце. P-pulmonale, поворот SI-QIII, блокада правой ножки пучка Гиса, (-)T V₁-V₅

Рис. 9. ЭКГ при хроническом лёгочном сердце. Резкое отклонение ЭОС вправо, поворот SI-QIII, блокада правой ножки пучка Гиса. Исчезли (-)T в прекардиальных отведениях

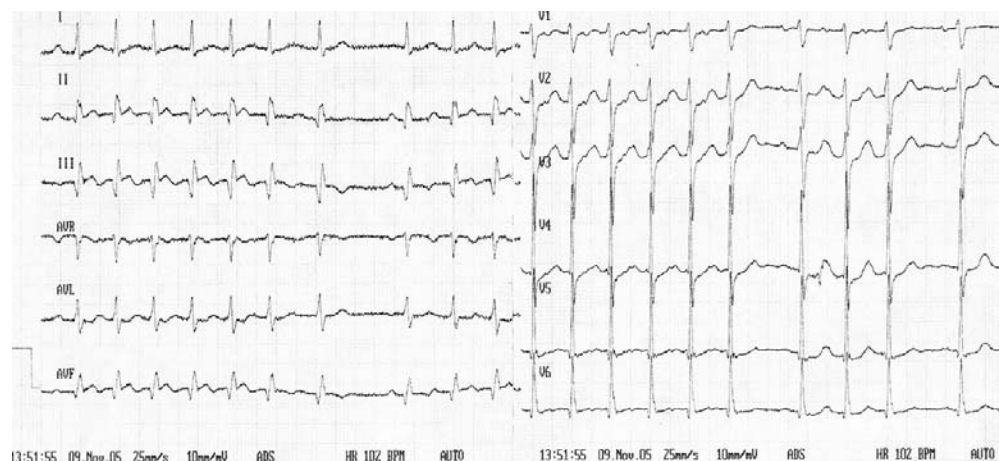


Рис. 10. Экстрасистолическая предсердная тахикардия

тах межпредсердной и межжелудочковой перегородок, тетраде Фалло, синдроме Марфана, пролапсе митрального клапана.

Обнаружение WPW-синдрома ограничивает возможность выбора или сохранения большим такой профессии, в условиях которой внезапное возникновение приступа аритмии может привести к несчастному случаю на производстве.

7. Вуда (P.H.Wood) синдром

Совокупность электрокардиографических изменений у пациентов с массивной эмболией лёгочной артерии: отрицательные зубцы T в отведениях V_1 - V_3 , которые нормализуются

правой ножки пучка Гиса вследствие того, что рефрактерный период трансмембранного потенциала действия в правой ножке длиннее, чем в левой. В результате импульс не будет проводиться по этой ножке, что создаёт картину блокады правой ножки пучка Гиса. При наджелудочковой тахикардии первый комплекс может быть aberrantным как результат этого механизма, но последующие комплексы реже имеют aberrantную конфигурацию из-за кратковременности предшествующей диастолы (рис. 1).

(Продолжение следует.)

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

С большим интересом на пленарном заседании, посвящённом вопросам фундаментальной медицины, были заслушаны доклады Валерия Черешнева «Воспаление и иммунитет»; советника министра здравоохранения, социального развития и труда Японии профессора Масато Мугитани «Политика и стратегия японского правительства в решении проблемы трудноизлечимых си-



Олег Янушевич

стемных заболеваний»; директора Института медицинской науки Токийского медицинского университета профессора Кусуки Нишиока «Как мы можем победить ревматоидный артрит и подагру»; заведующего кафедрой клинической аллергологии и иммунологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова академика РАН Рахима Хаитова «Эндогенные стимуляторы врождённого иммунитета как основа для развития аутоиммунной патологии»; научного руководителя Института фундаментальной и клинической иммунологии (Новосибирск), академика РАН Владимира Козлова «Клетки-супрессоры при аутоиммунных заболеваниях».

На пленарном заседании ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова профессор Олег Янушевич вручил дипломы «Почётный профессор МГМСУ им. А.И.Евдокимова» академику РАН Валерию Черешневу, профессорам Кусуки Нишиока (Япония) и Джалалуддину Саидбекову (Италия). В ответном слове известные учёные поблагодарили за честь быть профессорами ведущего российского университета и выразили надежду на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

В рамках форума прошли международная школа-конференция «Междисциплинарный подход в решении проблем костно-суставной патологии и биоревматологии», научно-



Масато Мугитани

практические конференции «Проблемы современной ревматологии», «Проблемы современной травматологии и ортопедии», «Проблемы реабилитации при поражениях опорно-двигательного аппарата».

В ходе секционного заседания «Инфекция как триггер аутовоспалительных процессов» (председатели Н.Ющук, К.Нишиока) в центре внимания оказались сообщения профессора Кусуки Нишиока и его коллег из Японии и Дании о невропатическом синдроме (HANS), который может сопровождать вакцинацию против вируса папилломы человека.

логов, но и у ревматологов, неврологов и реабилитологов. На секции с междисциплинарных позиций рассматривались вопросы диагностики и лечения краниомандибулярных дисфункций.

Особое внимание у специалистов-практиков вызвала секция «Онкологические заболевания костей и суставов» (председатели В.Соколовский, Р.Валиев, Р.Nagata – Япония), учитывая позднюю диагностику и рост онкозаболеваемости у лиц пожилого возраста.

На секции «Микроэлементы и их роль в лечении костно-суставной патологии» (пред-

тели В.Арьков, А.Епифанов, А.Смоленский) обсуждались современные возможности ведения спортсменов с травмами и повреждениями костно-суставного аппарата.

Интересны были выступления и дискуссии представителей естественных, клинических и гуманитарных наук на секции «Возможности интегративной медицины в решении проблем костно-суставной патологии» (председатели В.Козлов, В.Моисеев, В.Харитонов, П.Раман – Индия), которые позволили выйти на определённый уровень взаимного понимания обсуждаемых проблем.



Татьяна Полякова

Деловые встречи

Закладываются новые традиции

Секция «Патогенетические механизмы аутовоспаления. Цитокины и антицитокиновая терапия» (председатели В.Козлов, А.Тотоян, Н.Шостак) объединила в своих рамках иммунологов, физиков и клиницистов, что позволило взглянуть на отдельные аспекты патогенеза и лечения системной патологии с разных сторон и завязать продуктивные контакты.

С большим успехом прошли секционные заседания и сим-



Николай Потекаев

позиумы, посвящённые проблемам ревматологии: «Перспективы развития ревматологии» (председатели Е.Насонов, Е.Жилев, Т.Накаджима – Япония), «Вопросы лечения хронических артритов» (председатели Е.Жилев, И.Никишина, Л.Лу – Китай), «Диагностика и лечение ревматических заболеваний у детей» (председатели Е.Алексеева, Е.Жолобова, Ш.Якота – Япония), «Диагностика ревматических заболеваний» (председатели А.Василенко, К.Кушнир, Ш.Пракаш – Индия), «Остеоартроз и остеопороз» (председатели И.Скрипкина, А.Пихлак, Т.Курадахи – Ирак) и ряд других.

Секционное заседание «Инновационные методы диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава» (председатели Л.Максимовская, Е.Иванова, М.Балут – Мексика) вызвало интерес не только у стомато-

седатели А.Скальный – Россия, Франция, Р.Шакиева – Великобритания) разбирались вопросы, вызывающие интерес практически у всех участников мероприятия.

Современные хирургические возможности в лечении костно-суставной патологии обсуждались на симпозиуме «Инновационные подходы в хирургическом лечении суставной патологии» (председатель В.Дубров), секционных заседаниях «Костно-замещающие технологии в травматологии и ортопедии» (председатели Г.Кавалерский, С.Баринев, Н.Сергеева, В.Путляев), «Инновации в хирургическом лечении патологии суставов. Эндопротезирование – и что ещё?» (председатели В.Дубров, Г.Голубев, А.Середа), «Лечение травм и заболеваний стопы у пациентов пожилого возраста» (председатели А.Скороглядов, А.Гаркави, В.Процко, А.Дрогин).

Важность решения проблемы реабилитации пациентов (от детей до лиц преклонного возраста) с костно-суставной патологией не вызывает сомнений. Вопросы медицинской и социальной реабилитации обсуждались на секционных заседаниях «Проблемы медицинской реабилитации детей с поражениями опорно-двигательного аппарата» (председатели Т.Батышева, М.Хан, С.Валиуллина, Д.Выборнов, Р.Кешишян), «Медицинская реабилитация при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата» (председатели А.Разумов, В.Дубров, Е.Турова), «Реализация основных направлений комплексной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности» (председатели Т.Полякова, Б.Сырникова, А.Осадчих). Вопросы межведомственной интеграции на основе современных компьютерных технологий были освещены в докладе «Значение межведомственного информационного взаимодействия для трудовой реабилитации инвалидов».

На секционном заседании «Спортивная медицина: профилактика, диагностика и реабилитация при травмах у спортсменов» (председа-



Валерий Черешнев

Одной из главных задач конференции было привлечение широкого круга молодых учёных – и не только в качестве слушателей. Начинающие исследователи выступали и на отдельной секции со своими постерными сообщениями.

На базе Консультативно-диагностической клиники МГМСУ им. А.И.Евдокимова 18 апреля (в рамках пре-конгресса) прошёл российско-японский симпозиум «Остеоиммунология и регенерация костной ткани», вызвавший большой интерес слушателей. Были заслушаны доклады профессоров Хироши Таканагаи (Япония) «Новые достижения в остеоиммунологии», Игоря Малышева «Репрограммирование макрофагов в процессе регенерации костной ткани», Эрнеста Базикина «Иммунологические аспекты механизмов остеointеграции» и ряд других.

В целом было сделано 186 научных докладов и сообщений, общая аудитория превысила 1000 человек, включая представителей 14 регионов России. Активное участие в работе принимали главные специалисты Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы (Е.Насонов, А.Разумов, Т.Батышева, В.Дубров, Е.Жилев, Е.Жолобова, Р.Кешишян).

В работе Международной школы-конференции «Междисциплинарный подход в решении проблем костно-суставной патологии и биоревматологии» (сопредседатели

оргкомитета ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова Олег Янушевич и директор Института медицинской науки Токийского медицинского университета Кусуки Нишиока) приняли участие 28 зарубежных специалистов из 11 стран – Японии, Китая, Индии, Мексики, Великобритании, Киргизии, Израиля, Ирака, Дании, Франции, Италии.

Логика широкого международного междисциплинарного взаимодействия по проблеме костно-суставной патологии получила поддержку Российского фонда фундаментальных исследований и Японского фонда медицинских исследований. Школа-конференция также явилась местом встречи потенциальных участников российско-японских биомедицинских проектов с целью последующего создания исследовательских команд, участвующих в планируемом в



Кусуки Нишиока

2016 г. конкурсе инициативных исследовательских проектов.

Подводя итоги работы, российские и зарубежные участники международного форума единодушно отметили необходимость продолжения подобного открытого конструктивного междисциплинарного взаимодействия для решения проблем костно-суставной патологии, имеющих большую медико-социальную значимость в современном обществе.

Подготовила
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Всемирная федерация нейрохирургических обществ провела здесь для нейрохирургов Украины цикл лекций по актуальным аспектам повреждения головного и спинного мозга, а также периферических нервов. В качестве лекторов выступали учёные из Европы и Азии; единственным представителем России оказался я.

Город у Чёрного моря

Весенняя Одесса невероятно красива. Синее море, голубое небо и нежно-зелёные с белыми свечками каштаны среди великолепной архитектуры – барокко, рококо и модерна. По Приморскому бульвару и Дерибасовской, наслаждаясь солнечным днём, планируют и молодые, и старые, парочки и семьи с детьми.

Одесса – многонациональна. Это отражено и в названиях: греческая, еврейская, польская, болгарская улицы, французский и итальянский бульвары, лютеранская площадь, наконец, Молдаванка... Но говорят одесситы на русском с характерными южными добавками и акцентами.

Когда очень давно, в середине XX века, я впервые оказался в Одессе, то моим путеводителем по ней были «Одесские рассказы» Исаака Бабеля. Следуя им, я забрёл во двор на Молдаванке, окружённый со всех сторон двухэтажными домами с террасами. Пахло печёными баклажанами. Старая женщина, видимо, помнящая ещё дореволюционные времена, набирала воду из колонки. Я спросил её: «Здесь Бенья Крик выдавал замуж свою сестру Двойру?»

– Да, но это было очень давно, ещё до несчастья.

Одесситы называли Октябрьскую революцию несчастьем.

Образная и смелая одесская речь производила впечатление. Помню, как в парикмахерской обсуждали газетный фельетон: «Требуется слесарь-невропатолог» о врачах, ставшем водопроводчиком. «И что они к нему цепляются? Что, профессия – это глаз или группа крови, что её нельзя сменить?»

Я полюбил Одессу. И вот спустя столько событий, вновь в городе у Чёрного моря. Он так же прекрасен, как и был, хотя и пережил немало катастроф.

Убийца № 1

Так обоснованно называют нейротравму и, прежде всего, черепно-мозговые повреждения. Причинами их являются падения, нападения и автодорожные происшествия. Дело обрело опасные масштабы во всём мире. По количеству смертельных исходов среди населения в возрасте до 44 лет черепно-мозговые повреждения занимают первое место в мире. Высокая инвалидизация вследствие нейротравмы ложится разрушительным бременем на семью, общество и государство, на экономику и демографию. Кстати, статистика по эпидемиологии черепно-мозговой травмы в Украине, которую привёл киевский профессор Андрей Гук, почти полностью совпадает с таковой в России. Те же дороги, те же бытовые проблемы. Та же распространённость черепно-мозговой

Итоги и прогнозы

Одесса: образовательные курсы по нейротравме

Инновационные технологии не отменяют клиническое мышление



Президент Национальной академии медицинских наук Украины академик Виталий Цымбалюк (справа) и профессор Леонид Лихтерман

травмы 4 : 1000 населения, или в абсолютных цифрах – 200 тыс. и 700 тыс. человек в год соответственно.

Мировая величина, нейротравматолог профессор Андрэ Маас (Andrew Maas, Бельгия) провёл критический анализ предложенных новаций по лечению повреждений мозга. Инвазивный мониторинг внутричерепного давления несёт полезную информацию, однако мало отразился на улучшении исходов тяжёлой травмы мозга и вместе с тем чреват своими осложнениями. Не оправдала надежд общая гипотермия. Не дало ожидаемого протективного эффекта применение прогестерона. Как показали мультицентровые кооперативные исследования, обширные декомпрессивные трепанации в качестве последней меры борьбы с неуправляемой внутричерепной гипертензией не смогли снизить частоту летальных исходов или тяжелейшей инвалидизации пострадавших.

Где же выход и что же делать? Объединять усилия стран и учёных в изучении повреждений ЦНС, сделать акцент на профилактике нейротравматизма и повышать образовательный уровень нейрохирургов и неврологов.

Академик Евгений Педаченко (Украина) считает чрезвычайно важным быстрое и широкое внедрение инновационных технологий в нейротравматологию. В частности, он поделился опытом локального фибринолиза для минимально инвазивного лечения оболочечных и внутримозговых гематом. Большой интерес вызвала генная терапия череп-

но-мозговой травмы. Вероятно, за ней будущее, но пока это только экспериментальные разработки.

Профессора Sang Ryong Jeon и Kyoung-Suok Cho (Южная Корея) в своих лекциях представили проблемы регенерации спинного мозга после его повреждений и первые результаты клинических исследований мезенхимальных стволовых клеток для восстановления спинальной проводимости.

Черепно-мозговое измерение АТО

Военные действия в Донбассе официально называют антитеррористической операцией – АТО.

В лекции профессора Микола Полищука (Украина) был представлен весь спектр этой сложной проблемы применительно к огнестрельным и минно-взрывным ранениям головы – около 4500 пострадавших. Можно полагать, что и с другой стороны цифры раненых в голову сопоставимы.

В Украине разработана этапная 4-уровневая система медицинской помощи нейротравмированным. Наиболее сложные хирургические вмешательства, включая реконструктивные, выполняются в специализированных центрах Киева, Харькова и особенно Днепра, как наиболее близко расположенного к театру военных действий.

Любое проникающее ранение черепа является первично инфицированным. И это таит в себе частую угрозу развития церебральных гнойно-воспалительных осложнений – менин-

гита, менингоэнцефалита, вен-трикулита, абсцесса, эмпиемы. Поэтому оправдана мощная антибиотикотерапия сразу при поступлении пострадавших. Если внедрившиеся в мозг крупные костные обломки, как источник инфекции и рубцово-спаечных процессов, подлежат хирургическому удалению, то «погоня» за множественными мелкими костными осколками невозможна, не говоря уже о травматичности доступа к ним. Иное отношение к пулям и металлическим осколкам. Нередко здесь оправдана выжидательная тактика. Для предупреждения гнойного менингита необходимо, как можно раньше, ликвидировать раневую ликворею. Подлежит хирургической санации и назальная ликворея, также являющаяся воротами для инфекции.

Отдельного внимания заслуживают ранения мягких тканей головы. За внешне благополучным состоянием пациента может скрываться опасная травматическая мозговая патология. Поэтому неотложная стандартная первичная хирургическая обработка и шов кажущейся спокойной раны мягких покровов головы могут способствовать маскировке оболочечных гематом и иной травматической патологии. Порой лучше отсрочить действия до уточнения внутричерепной ситуации с помощью методов нейровизуализации.

Частые последствия огнестрельных и минно-взрывных ранений головы требуют применения современных методов реконструктивной и минимально инвазивной нейрохирургии. При дефектах костей черепа, особенно обширных и сложной краниобазальной локализации, используют методы моделирования пластических масс и металлов, прежде всего титана. При распространённых дефектах кожи головы для их пластики наращивают аутодерму с помощью постепенно увеличиваемых в объёме временно имплантируемых баллонов. При развитии посттравматической гидроцефалии используют шунтирующие системы с автоматизированными клапанами.

В целом, результаты восстановительного лечения тяжёлых боевых повреждений черепа и мозга вполне удовлетворительны. А при лёгких и среднетяжёлых ранениях обычным исходом их этапного лечения является возвращение в строй военнослужащих. Об этом свидетельствовали и обширные материалы по военному конфликту в Донбассе, проанализированные профессором Андреем Сирко (Украина).

Клиническое мышление в нейротравматологии

Благодаря методам нейровизуализации сегодня безо всякого вторжения можно видеть почти всё, что происходит в головном мозгу с анатомических, а во многом и функциональных позиций. Этот колоссальный технологический процесс обеспечил прорыв в изучении и диагностике патологии ЦНС. Выявились, однако, и опасные издержки в виде угроз атрофии клинического мышления, утраты навыков неврологического обследования, наконец, разобщения врача с больным. Надёжным антидотом против этих разрушительных процессов является клиническое мышление нейротравматолога, то есть системный подход к решению диагностических и лечебных задач. Любые технологии являются соподчинёнными клинической картине, должны её обогащать видением патологии. А не подменять изображениями. Иллюзия самодостаточности техники и технологий в распознавании травм и заболеваний нервной системы ошибочна и опасна.

Как показал опыт Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, клиническое мышление необходимо и для адекватного построения прогноза черепно-мозговой травмы. Хотя цифра всегда точнее слова, однако следует помнить, что всё же статистика отдельных проявлений нейротравмы есть лишь её количественная характеристика, которая никак не может заменить клиническую картину в целом, понятие синтетическое и качественное. Безукоризненные сами по себе прогнозные расчёты могут привести к абсурду, если основываться только на частоте встречаемости признака без учёта его качества. Прогноз течения и исхода черепно-мозговой травмы особенно важен при массовых поступлениях пострадавших. Он основывается, прежде всего, на оценке состояния сознания, зрачковых реакций и движений. Однако, каким бы точным не был групповой прогноз жизни и её качества, следует помнить, что есть понятие «индивидуальный прогноз», нередко выбивающийся из общего ряда.

Клиническое мышление позволяет врачу оставаться человечным и рассуждающим, а не становиться «винтиком» современной медицинской машины.

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

Институт нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Одесса – Москва.

Новости

За один день в Диагностический центр Алтайского края поступает от 15 до 17 тыс. звонков.

Нагрузка на одного оператора – колоссальная, но дозвониться раньше могли не все, поэтому назрела необходимость изменений в телефонной линии. Работа телефонной связи в но-

Регистратура в новом виде

вом виде позволила за несколько месяцев сократить количество принятых звонков от пациентов с 60 до 3%. Модернизация регистратурно-диспетчерского

отдела началась в диагностическом центре год назад. После успешного тестирования новая телефонная аппаратура начала работать на полную мощность. Для

эффективного функционирования многоканальной телефонной линии было выбрано нестандартное техническое решение: она была установлена на базе одного из

мобильных операторов. Это позволило сократить расходы на приобретение оборудования, не привязывать техническую площадку к инфраструктуре медицинского центра.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

За последние несколько десятилетий рассеянный склероз (РС) расширяет не только свою географию, продвигаясь от северных стран к экватору, но и возрастные границы. Жертвами болезни, ранее характерной для людей в возрасте от 20 до 40 лет, всё чаще становятся дети и подростки. Согласно данным Минздрава России, за период 2012-2014 гг. распространённость этого коварного заболевания среди российских детей до 14 лет в среднем ежегодно прирастает на 24%, а количество выявленных новых случаев – на 34% (29 в 2012, 44 в 2013 и 51 в 2014 г.). О том, какие это может иметь последствия для самих пациентов, здоровья нации, а также для системы здравоохранения России, говорили на XXI Всероссийской конференции «Нейроиммунология. Рассеянный склероз». Мероприятие прошло в канун Всемирного дня борьбы с рассеянным склерозом – 27 мая.

В ожидании эпидемии

Если в России на 100 тыс. детей 0,7 новых случаев выявления болезни, то в США этот показатель не превышает 0,39. Увеличение «детских» цифр находится в векторе роста общих данных, связанных с болезнью. Например, если в 2012 г. число пациентов, у которых диагностировали рассеянный склероз, не превышало 42,8, 2 года спустя таких было уже 46,2 на 100 тыс. населения. Одни эксперты связывают рост показателей с улучшением методов диагностики, другие видят сигналы будущих эпидемий.

«В северной столице нашей страны более 3 тыс. пациентов, больных рассеянным склерозом. Среди взрослых распространённость заболевания 54 человека на 100 тыс., среди детей – 3 на 100 тыс. детского населения. В городе на учёте состоят 30 детей, самому младшему 6 лет», – констатировал главный невролог Санкт-Петербурга профессор Александр Скоромец.

«Для лечения детей сегодня используют те же лекарственные препараты, что и для взрослых пациентов, – отметил президент Российского комитета исследователей рассеянного склероза, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Алексей Бойко. – Но предварительно обязательно проводятся консилиумы, чтобы индивидуально подобрать адекватную терапию».

Примечательно, что эксперты в один голос развеяли миф о том, что прививки могут стимулировать развитие рассеянного склероза у детей. Президент Европейского комитета по лечению и исследованию рассеянного склероза Ксавье Монталбан назвал среди факторов образа жизни, способных спровоцировать развитие рассеянного склероза, – курение.

слабость. Но это свидетельствует о рассеянном склерозе гораздо реже. Главное не заниматься самолечением и сразу обратиться к врачу-неврологу», – заявил в продолжение своего выступления А.Бойко.

Учитывая особенности детского возраста

Неврологи осторожно относятся к диагнозу «рассеянный склероз» в детском возрасте, в чём есть

считать, что 2-10% всех случаев взрослого рассеянного склероза начались до 18 лет.

Очевидно, что своевременная диагностика в молодом возрасте позволяет более эффективно противодействовать болезни, однако практика показывает, что из-за низкой осведомлённости как врачей, так и родителей пациентов, в половине случаев диагнозы детям на ранних стадиях не ставятся и лечение, способное затормозить развитие болезни, не назначается.

К сожалению, к настоящему времени нигде в мире нет лекарств,

показателей пациента подбираем индивидуальное лечение», – рассказал К.Монталбан.

Всё упирается в деньги

Главная сложность – это высокая стоимость лекарств. Цена месячного курса терапии только глатирамера ацетата (в среднем по России) – одного из четырёх препаратов, который может быть назначен больному рассеянным склерозом на протяжении всей жизни, – 33 тыс. руб., а на годовой курс нужно 402 тыс. К счастью,

Проблемы и решения

Некстати помолодевший

Рассеянный склероз: шаги к преодолению



Больные рассеянным склерозом сегодня наполняют стационары неврологии

«В детском возрасте могут наблюдаться оптические невриты. Это возможный признак развития рассеянного склероза. Причём неврит должен быть именно на 1 глаз. Другими показателями являются нарушение чувствительности, движений, потеря координации,

доля специфики самой болезни, симптомы которой могут совпадать с симптомами многих других заболеваний. Тем не менее, в отечественной и зарубежной научной литературе описано множество случаев рассеянного склероза у детей, кроме того, принято

способных полностью избавить больного от РС. Однако существует поддерживающая терапия, которая может на 10-20 лет отодвинуть время наступления инвалидности для пациентов и дать возможность вести активный образ жизни, работать, создавать семью, рожать детей. «Если лечение будет вестись на регулярной основе, выше шансы снизить прогрессирование болезни и отодвинуть инвалидизацию», – сказал А.Бойко.

«Сегодня на первый план выходит подробный анализ побочных эффектов, которые вызывают новые лекарственные препараты. Фактически мы выписываем не просто препарат, а спектр побочных эффектов. Если у пациента с РС имеются серьёзные кардиологические проблемы, то назначать ему тяжёлый иммуносупрессорный препарат нельзя», – заявил вице-президент Российского комитета исследователей рассеянного склероза Игорь Столяров.

Что характерно, аналогичного подхода придерживаются и в Европе, где главный акцент делается на развитие персонализированной медицины. «Мы используем множество биомаркёров, и в зависимости от различных жизненных

данное лекарство закупается государством в рамках программы «Семь нозологий». По данным федерального Минздрава, порядка 13 тыс. россиян в прошлом году получали такую терапию. Таким образом, государство тратило на закупку более 5 млрд руб. в год.

...Но верится с трудом

До недавнего времени медикаменты, используемые для ведения пациентов с РС, преимущественно были импортные и монополично поставлялись только одной-двумя западными компаниями, что, в свою очередь, обуславливало высокие цены. Однако в течение последних нескольких лет в России активно ведутся работы по созданию отечественных препаратов против РС, более доступных по цене.

«Российские биоаналоги бета-интерферона весьма неплохо себя зарекомендовали как в повседневной практике, так и в клинических исследованиях. По своей эффективности отечественные препараты сравнимы с оригинальными», – полагает А.Бойко.

Марк ВИНТЕР.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Проекты

Красота становится доступней?

Утверждается молодая медицинская специальность

В российских государственных медучреждениях, преимущественно – стационарах, появятся штатные пластические хирурги. Об этом заявила главный пластический хирург Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Наталья Мантурова, выступая на пресс-конференции, посвящённой презентации специальности «Пластическая хирургия» с современных позиций. По её словам, в ближайшие год-полтора в систему Обязательного медицинского страхования будет включена реконструктивная пластическая хирургия.

«Пластическая хирургия – молодая специальность. Формально ей всего несколько лет, однако данный раздел клинической медицины имеет глубокие корни, – отметила Н.Мантурова. – Функции этой специальности выходят далеко за рамки решения сугубо эстетических задач. Пациенты с врождёнными или приобретёнными

ми дефектами, после травм, ожогов, онкологических операций (в частности, после мастэктомии при раке молочной железы) нуждаются в доступной и качественной помощи пластического хирурга в области реконструктивной медицины».

Примечательно, что, по оценкам экспертов, в настоящее время в нашей стране насчитывается

примерно одинаковое количество пациентов как эстетического, так и реконструктивного профиля.

Н.Мантурова также сообщила, что уровень образования российских пластических хирургов отвечает мировым стандартам. Более того, как отметила эксперт, в российских клиниках последнее время всё чаще появляются иностранные пациенты.

В этой связи уже сформированы и будут развиваться в сторону практического применения новые стандарты качества эстетической и реконструктивной хирургии, необходимые медицинские технологии в этой области, а также новые подходы к пониманию ответственности врача в части сохранения здоровья и индивидуальности пациента.

Наряду с этим Российским обществом пластических, ре-

конструктивных и эстетических хирургов (РОПРЭХ) совместно с аппаратом главного специалиста Минздрава по этой специальности планируется создать рейтинг, в который войдут не менее 500 медучреждений, занимающихся эстетической медициной – как государственных, так и частных.

В настоящее время только в Москве насчитывается более 1,5 тыс. клиник, оказывающих подобные услуги. Президент РОПРЭХ Константин Липский подчеркнул, что в этом вопросе крайне важна «объективизация». По его словам, существующие рейтинги клиник и лучших пластических хирургов, зачастую, ангажированы. «Надо расставить точки над «i», тем самым помогая пациенту сделать правильный выбор», – сказал он, добавив, что для этого рейтинга необходимо чётко продумать кри-

терии и единые рамки для всех клиник без исключения.

В заключение мероприятия Н.Мантурова акцентировала внимание присутствующих на том, что в основе пластической хирургии должен лежать междисциплинарный подход. «Пластический хирург должен обладать большим общехирургическим опытом, следить за инновациями, знать прогрессивные методики, иметь представление о клинической медицине в целом, а также досконально знать анатомию и топографию человеческого организма. Способность к рисованию и лепке в нашей специальности также приветствуется, и в современную программу подготовки пластического хирурга входят такие курсы», – резюмировала она.

Алина КРАЗЕ.

Взгляд

Вирусные атаки

Предки и предки предков человека волна за волной бежали из африканской колыбели с её болезнями, в том числе и вирусными. Вполне возможно, что печально знаменитый ВИЧ, к которому приспособились шимпанзе, остановил их развитие. Недавно была выделена и «прочитана» ядерная ДНК древнего человека возрастом чуть ли не полмиллиона лет, показавшая разделение двух геномных линий, давших неандертальцев и современного человека даже раньше этого срока (тем самым общий предок людей «отодвинулся» во времени ещё дальше).

Неандертальцы в отличие от современных людей не выдержали тягот ледникового периода, геномная же история мигрантов с Ближнего Востока, заселивших просторы Европы и Азии, показала, что расселение способствовало увеличению разнообразия на уровне ДНК. Природа этого ещё не совсем ясна, однако процесс способствовал уменьшению доли неандертальских генов с 3-6% до менее 2. Авторы статьи в Nature, полагают, что неандертальская ДНК оказалась для современных людей «токсичной».

Токсичной для клеточного генома оказываются и вирусная РНК, например ВИЧ и вируса Зика. Первый после попадания в клетку с помощью фермента, открытого сначала у раковых вирусов, делает копию в виде ДНК, которая встраивается в геном клетки и до поры до времени пребывает там в латентном состоянии. Диагноз ВИЧ-инфицирования при этом ставят по наличию в крови белковых антител, синтезируемых иммунными лимфоцитами против вируса (печальный парадокс, однако в том, что они не останавливают развитие СПИДа). На протяжении 3 десятилетий весь мир безуспешно пытается создать вакцину, и лишь совсем недавно стала ясна причина неудач.

Известно, что для проникновения вируса в клетку он должен интернализироваться в неё. Делается это с помощью молекул оболочечного (envelope) белка Env, связывающегося с протеиновыми рецепторами на поверхности иммунных клеток, которые буквально втягивают в себя ви-

рус, «считая» его за питательную частицу (эндоцитоз). Стратегия получения вакцин основывалась на предъявлении – презентации частей Env (антигенов) антителосинтезирующим лимфоцитам, однако полученные антитела не работали в реальных условиях. Они и не могут нейтрализовать вирус, оболочечный протеин которого прикрыт мощной гликановой оболочкой, образуемой примерно сотней молекул олигосахаридов (несколькими молекулами сахаров, Cell). И всё-таки учёные не теряют надежды, указывая на то, что у некоторых инфицированных людей всё же синтезируются эффективные антитела широкого спектра действия против Env, нейтрализующие ВИЧ, что препятствует развитию иммунодефицита.

Антитела вырабатываются к пептиду Env, состоящему из 15-20 гидрофобных («отталкивающих» воду) аминокислот, на который «нацелили» свою новую вакцину сотрудники Национального института здоровья (NIH) в Вашингтонском пригороде Бетезда, соседнего Йеля и Калифорнийского университета в Сан-Франциско. Кристаллическая структура нового антитела, связавшего Env-пептид, показала эффективность данного подхода. Окажется ли гидрофобный пептид ахиллесовой пятой ВИЧ, покажет будущая вакцина, но важно подчеркнуть, что понимание динамики поверхностных протеинов важно и для раковых исследований, а также понимания природы нейродегенеративных заболеваний.

Вирус Зика, выделенный в Уганде ещё в 1947 г., тоже вызывает мощный иммунный ответ организма, стимулируя «выброс» защитных интерферонов, открытых в начале 1950-х годов, имея эти иммунные протеины получили за свою «интерференцию», или вмешательство, препятствующее межклеточному распространению вируса. Долягие полвека Зика считался не опаснее лёгкого гриппа, однако в 2007 г. новый его вариант вызвал самую настоящую эпидемию на острове Яп (Yap) в Меланезии, раскинувшейся к северо-востоку от Новой Гвинеи. За последние 2 года случаи заражения им отмечены в Новой Каледонии и французской Полинезии, и в конце концов Зика достиг

Бразилии. Начало мая 2016 г. ознаменовалось выходом сразу трёх статей с описанием проникновения вируса через плаценту и атаки им нервных стволовых клеток в мозгу плода (C, CSC, N).

Клетки плаценты имеют РНК, атакующая свою вирусную «кузину», тем не менее в ситуации, когда вирусная нагрузка (load) в плаценте оказывается в 1000 раз больше, чем в крови матери, защита не срабатывает. В Сент-Луисе, бразильском Сан-Пауло и в Пекине вирусом заражали мышат, а в Университете Висконсина в Мэдисоне развивающийся плод макаки резус. У мышат было выявлено истончение коры (корковой пластинки), а в Мэдисоне ультразвук показал уменьшение обезьяньей головки уже через 25 дней после инфицирования плода.

Суть молекулярного процесса приоткрыли сотрудники Неврологического института и Университета МакГила в Монреале. Известно, что предшественники (прекурсоры) нейронов развиваются из клеток радиальной глии, или клеточного «клея» белого вещества. Отличительной их особенностью является подвижность, осуществляемая с помощью клеточных выростов (филоподий). Зика, атакуя эти и «последующие» клетки нейронального развития, блокирует движение предшественников в кору, в результате чего та испытывает клеточный дефицит, следствием чего является уменьшение её слоёв (истончение).

Нейротропные вирусы в Нейробиологическом институте Флориды использовали для переноса генов светящихся – флюоресцентных – белков в клетки гиппокампа, отвечающего за память. Применение ДНК-редактирования позволило ввести в клетки развивающегося мозга сразу 2 «люминесцента», выявив при этом модификацию ДНК в живых образцах. В отличие от выключения генов этот метод дал возможность встраивать гены в клеточный геном, позволяя тем самым понять функцию разных белков (подобное встраивание осуществляет и копия спидовой ДНК).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature, Science.

А как у них?

Число подростковых беременностей в США снизилось на 40% по сравнению с официальной статистикой 10-летней давности. Об этом сообщили Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC).

3 раза выше аналогичного показателя у девушек европеоидной расы.

Примечательно, что в прошлом году Journal of Adolescent Health опубликовал исследование, согласно которому в США оказался

Рождаемость по-американски

В организации данный позитивный момент связывают с реализацией профилактических программ, однако в то же время подчёркивают, что коэффициент подростковых беременностей, особенно среди национальных меньшинств, по-прежнему высок.

Так, в позапрошлом году почти 250 тыс. детей были рождены девушками в возрасте 15-19 лет. Коэффициент рождаемости в этой возрастной группе составил 24,2 на тысячу женщин – это на 9% ниже данных 2013 г. и самый низкий показатель с 1940 г.

При этом для темнокожих девушек-подростков показатель 2014 г. составил 34,9 на тысячу человек, для испаноговорящих – 38. В некоторых штатах уровень рождаемости у чернокожих и испаноязычных подростков в

самый высокий процент беременности среди подростков. В статье анализировали данные из 21 страны мира. В США за период 2008-2011 гг. этот показатель составил 58 беременностей на тысячу женщин. Что характерно, самый низкий показатель был в Швейцарии – 8 беременностей на тысячу женщин.

Наряду с этим в минувшем году некоммерческая организация Planned Parenthood (Американская федерация планирования семьи, PPFA) подала в суд на власти штата Техас за то, что они лишили её финансирования по федеральной программе льготного страхования для малоимущих Medicaid.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

Угроза

Табаку — нет!

Федеральное управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) ввело запрет на продажу сигар, трубачного и кальянного табака, а также электронных сигарет лицам, не достигшим 18 лет.

По данным Минздрава США, потребление подростками электронных сигарет в штатах выросло почти на 15% за 4 года. Так, в 2011 г. этот показатель был равен 1,5%, а в 2015 г. – 16%. Кроме того, отмечается рост потребления кальянного табака в этот же период.

Как отметила министр здравоохранения и социальных служб США Сильвия Бёруэлл, спрос на электронные сигареты резко вырос после введённых в 2009 г. ограничений на торговлю табачными изделиями, и это вызвало обеспокоенность властей. По её словам, введение новых норм стало «важным шагом на пути к некурящему поколению».

Согласно новым правилам, продавцы сигар, кальянного табака и электронных сигарет теперь обязаны подтверждать возраст покупателей, а продажа такой продукции в автоматах запрещена. Кроме того, производителям электронных сигарет запрещается рекламировать продукт с использованием слов «лёгкий» и «мягкий».

Что характерно, в России также разрабатываются меры, направленные на уменьшение числа курящих граждан. В апреле нынешнего года стало известно, что Министерство финансов России обсуждает возможность введения с 2017 г. акцизов на жидкость для электронных сигарет. А в июне прошлого года федеральному Минздраву предложили ввести рецепты на электронные сигареты.

Ян РИЦКИЙ.

По информации
The New York Times.

Исследования

Чуть больше века назад Алоис Альцгеймер описал пресенильную деменцию, или слабоумие, которое может возникать даже не у пожилых людей. Болезнь, как и видимые под микроскопом коричневатые бляшки, получили его имя, хотя его руководитель Вирхов внёс первую сумятицу. Он увидел слоистое – как у зёрен крахмала – строение бляшек, почему и назвал их отложениями амилоида (от amyllum – крахмал).

Много позже уже в молекулярную эпоху быстро разобрались, что это белок, вернее его «осколок», пептид длиной порядка 40 аминокислот, отщепляемый ферментами от предшественника-прекурсора, сокращённо APP. Но уже при жизни Альцгеймера его противники указывали на само-

Тау, а не амилоид

очевидный факт, связанный с тем, что бляшки его имени видны и в мозгу людей, у которых до старости не было и намёка на угасание когнитивных способностей.

Неудивительно, что на этом фоне «вину» за развитие болезни с конца 1980-х стали возлагать на тау-белок, который в норме ассоциирован с микротрубочками, по которым внутри нервных отростков в двух направлениях идёт транспорт различных веществ – от тела нейрона и к нему. Связанный с тау белок получил сокращённое название MAP (протеин, ассоциированный с микротрубочками). Тау в отличие от амилоида, формирующего упорядоченные комплексы,

которые токсичны для нервных окончаний, образует клубки-tangles, по которым и получил своё название. Более четверти века нейробиологи двух лагерей – тау и амилоидного – ведут бесконечные споры о первопрочине патологических изменений в мозгу жертв болезни Альцгеймера, особо подогревавшиеся отсутствием веществ – лигандов, – которые позволили бы увидеть распределение тау-белка в мозгу человека с болезнью Альцгеймера. Лиганды отложенный амилоида для позитронно-эмиссионного томографа существуют уже относительно давно, поэтому амилоидная гипотеза и доминирует, хотя ни предсказать развитие

болезни, ни тем более показать пути возможного лечения её сторонники предложить так и не смогли.

И вот сообщение из Университета Вашингтона в Сент-Луисе, что на Миссисипи, помещённое в одном из приложений Science. Нейробиологи и специалисты университета, ведущие исследования с помощью ПЭТ, убедительно показали, что ведущими при развитии болезни Альцгеймера являются отложенные клубочки тау-нейроволокон (нейрофибриллярные) в мозгу, спинной жидкости и периферических нервах, а не амилоида. Сторонники тау-гипотезы давно указывали на тот факт, что тау

появляется в спинной жидкости задолго до проявления первых признаков когнитивного ухудшения. В Сент-Луисе показали на цветных томограммах, что тау-маркёр является значительно более надёжным предсказателем прогресса заболевания и его ранних проявлений. Особое внимание авторы обращают на локализацию тау-протеина в височной доле мозга с её извилиной гиппокампом, клетки которой формируют, хранят и извлекают память, в первую очередь, деградирующую при болезни Альцгеймера. Теперь надо ждать подтверждений из других лабораторий, а также успешного выполнения фармацевтическими гигантами «задания» нейробиологов и невропатологов.

Иван ЛАРИН.

По материалам
Science Translational Medicine.

По данным опубликованного ВОЗ доклада «Мировая статистика здравоохранения: мониторинг показателей здоровья в отношении целей устойчивого развития», за период с 2000 г. показатели ожидаемой продолжительности жизни резко возросли во всём мире, однако серьёзные неравенства в отношении здоровья сохраняются как между странами, так и внутри стран.

Так, за период с 2000 по 2015 г. ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5 лет, демонстрируя самые высокие темпы роста с 1960-х годов. Эти достижения позволяют кардинально изменить ситуацию и преодолеть тот спад, который произошёл в 1990-е годы, когда показатели ожидаемой продолжительности жизни снизились в Африке в результате эпидемии СПИДа и в Восточной Европе вслед за распадом СССР.

Наибольший рост этого показателя произошёл в Африканском регионе, где ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 9,4 года и достигла 60 лет, чему способствовали, в основном, такие факторы, как рост показателей выживаемости детей, успехи в области борьбы с малярией, а также расширение доступа к антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции.

«Мир добился больших успехов в сокращении числа случаев неоправданных страданий и преждевременной смерти, вызванных болезнями, которые поддаются профилактике и лечению, – отметила генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен. – Однако достигнутые успехи распределены неравномерно. Самое лучшее,

Жизнь как она есть

Количество или качество?

Продолжительность жизни на планете растёт, однако...

что мы можем сделать для того, чтобы никто не был забыт, это оказывать содействие странам в продвижении вперёд к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения на основе эффективной системы первичной медико-санитарной помощи».

Средняя ожидаемая продолжительность жизни для детей, родившихся в прошлом году, во всём мире составила 71,4 года (73,8 для девочек и 69,1 для мальчиков), однако прогноз в отношении каждого конкретного ребёнка зависит от места рождения. В докладе показано, что средняя ожидаемая продолжительность жизни новорождённых детей в 29 странах с высоким уровнем дохода составляет 80 лет или более, в то время как ожидаемая продолжительность жизни новорождённых в 22 других странах, расположенных в Африке к югу от Сахары, ниже 60 лет.

Самую долгую жизнь женщины могут прожить в Японии, где средняя продолжительность жизни женщин составляет 86,8 лет. Самая высокая средняя продолжительность жизни мужчин – 81,3 года – наблюдается в Швейцарии. Самые низкие в мире показатели ожидаемой продолжительности жизни для обоих полов зарегистрированы в Сьерра-Леоне – 50,8 лет и 49,3 года для женщин и мужчин соответственно.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, то есть число лет, прожитых в хорошем состоянии здоровья, для ребёнка, родившегося в минувшем году, во всём мире, в среднем, составляет 63,1 года (64,6 для девочек и 61,5 для мальчиков).

В докладе ВОЗ также приводятся новейшие данные в отношении задач, касающихся здоровья, поставленных в рамках Целей в области устойчивого развития (ЦУР), принятых Генеральной Ассамблеей ООН в сентябре 2015 г. Доклад указывает на наличие существенных пробелов в данных, которые должны быть заполнены, чтобы можно было осуществлять надёжный контроль за ходом работ по достижению ЦУР, связанных со здоровьем.

В докладе продемонстрировано, что многие страны ещё далеки от обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, оценяемого с помощью показателя доступности 16 основных услуг, особенно в Африканском регионе и регионе Восточного Средиземноморья. Кроме того, значительное число людей, пользующихся этими услугами, сталкиваются с катастрофическим уровнем расходов на медицинское обслуживание, который определяется как расходы на оплату медицинских услуг за счёт собственных

средств, превышающих 25% от суммы общих расходов семьи.

Документ содержит данные, указывающие на неравенства в доступе к услугам здравоохранения в рамках стран – между наименее обеспеченными жителями данной страны и средним уровнем по стране в отношении некоторых услуг в области охраны репродуктивного здоровья, а также охраны здоровья матери и ребёнка.

Среди небольшого числа стран, по которым имеются новейшие данные, лидирующее место в своих регионах по обеспечению наиболее равноправного доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья, а также охраны здоровья матерей, новорождённых и детей занимают Свазиленд, Коста-Рика, Мальдивские острова, Таиланд, Узбекистан, Иордания и Монголия.

ВОЗ представила всесторонний обзор новейших ежегодных данных в отношении задач ЦУР, связанных со здоровьем, свидетельствующих о масштабах данных проблем. Так, ежегодно 303 тыс. женщин умирают от осложнений, связанных с беременностью и родами; 5,9 млн детей умирают в возрасте до 5 лет; регистрируются 2 млн новых случаев инфицирования ВИЧ, 9,6 млн новых случаев туберкулёза и 214 млн случаев малярии; 1,7 млрд человек, страдающих «забытыми тропическими болезня-

ми», нуждаются в лечении; более 10 млн человек умирают в возрасте до 70 лет от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний; 800 тыс. человек совершают самоубийства; 1,25 млн человек погибают в результате дорожно-транспортных происшествий; 4,3 млн умирают в результате загрязнения воздуха, вызываемого топливом для приготовления пищи; 3 млн человек – в результате загрязнения окружающей среды; 475 тыс. человек погибают насильственной смертью, из них 80% – мужчины.

Для решения этих задач, по глубокому убеждению экспертов ВОЗ, необходимо вести борьбу с факторами риска, которые способствуют развитию заболеваний. Только по официальной статистике, на сегодняшний день во всём мире 1,1 млрд человек курят табак; 156 млн детей в возрасте до 5 лет страдают задержкой в развитии, 42 млн их сверстников имеют избыточную массу тела; 1,8 млрд пьют загрязнённую воду; 946 млн отправляют свои естественные надобности под открытым небом; 3,1 млрд используют для приготовления пищи преимущественно загрязняющие виды топлива.

Алина КРАУЗЕ.

По информации who.int.

Почему бы и нет?

Долой практику?

Один из ведущих медицинских вузов США – Медицинская школа Университета Джонса Хопкинса больше не будет использовать животных в процессе обучения студентов. Учебное заведение отказалось от проведения популярного курса, во время прохождения которого студенты оперировали находящиеся под наркозом свиней.

После завершения операции свиней усыпляли. Наблюдательный совет университета принял решение ликвидировать образо-

вательный курс после годовичного мониторинга, хотя он и пользовался популярностью у студентов.

Университет Джонса Хопкинса – одна из двух аккредитованных медицинских школ в США, использующая животных в медицинском образовании. Эта хирургическая практика была опциональным курсом для студентов. «Исторически студенты всегда были большими поклонниками этого курса, – отметила пресс-секретарь медиуниверситета Одри Хуан. – Но учебная программа медицинской школы подвергается регулярному пере-

смотру, чтобы образовательный процесс оставался самым передовым. Деканат и рабочая группа пришли к выводу, что этот класс не является существенным для подготовки врачей».

В нынешнем году врачи Университета Джонса Хопкинса впервые пересадили печень и почку ВИЧ-инфицированного донора двум реципиентам, также живущим с данным вирусом. В медицинском сообществе эти операции называли историческими и способными спасти сотни жизней людей, которые числятся в листах ожидания на пересадку органов.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации NBC.

Открытия, находки

Ген диабета

Группа учёных из Университета Аделаиды (Австралия) идентифицировала ген, ответственный за возникновение диабета 2-го типа.

Авторы предположили, что нарушения в работе бета-клеток могут быть связаны с генами, присутствующими на этой дополнительной хромосоме. Изучение генома позволило им выявить ген RCAN1, который действительно приводил к нарушению секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы.

Учёные провели эксперименты на мышах, которые страдали синдромом Дауна, – это позволило им обнаружить 38 генов, которые, возможно, были ассоциированы с развитием диабета 2-го типа.

Исследователи надеются разработать препарат, способный ингибировать экспрессию RCAN1 – такое лекарство поможет пациентам с диабетом 2-го типа. Авторы считают, что с его помощью они смогут нормализовать процесс синтеза инсулина.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации sbs.com.au

Опросы

Опросы Института общественного мнения Гэллапа (США) показали, что всё больше американцев выступают за финансирование здравоохранения из федерального бюджета взамен ныне действующей страховой системы.

ступили за сохранение Обамасаре, встав таким образом на сторону Клинтон.

Опрошенные могли выбирать любое количество понравившихся вариантов. Например, 35% американцев желают, чтобы программа Обамасаре продолжала

Глас американского народа

Институт Гэллапа задал вопросы 1,5 тыс. взрослых американцев по поводу политической программы в сфере здравоохранения трёх оставшихся кандидатов в президенты – Берни Сандерса, Хиллари Клинтон и Дональда Трампа. Опрос проводился без указания имён этих трёх персон.

58% опрошенных поддержали проект Сандерса – перейти на систему всеобщего здравоохранения с федеральным финансированием. При этом 51% вместе с Трампом хотят избавиться от программы Обамасаре, подразумевающей обязательное приобретение медицинского страхования. 48% американцев вы-

своё существование в какой-либо форме, но будут рады переходу на бюджетную модель. При этом если этим людям предлагали точнее определить свой выбор, 64% из них предпочитали второй вариант.

Данные опроса продемонстрировали некоторые изменения в общественном мнении. Проведённый опрос Гэллапа в марте показал, что большинство американцев предпочитали систему частного страхования всеобщей и финансируемой из федерального бюджета.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению ABC News.

Однако

Мобильный обед

Ирландец, отбывавший наказание в тюрьме, обратился за медицинской помощью. Он жаловался на рвоту, мучавшую его в течение 4 часов. Пациент рассказал, что примерно за 6 часов до обращения к врачу он проглотил мобильный телефон. В ходе рентгеновского обследования телефон действительно был обнаружен в желудке 29-летнего мужчины.

Врачи сперва надеялись, что телефон будет продвигаться дальше по пищеварительному тракту, однако этого не происходило. После этого они предприняли попытку извлечь аппарат через пищевод в ходе процедуры желудочно-кишечной эндоскопии. Этот подход чаще всего применяется при извлечении проглоченных инородных предметов. Попытка оказалась неудачной, и подцепить телефон с использованием различных медицинских инструментов, не повредив при этом пищевод, не представлялось возможным. Медики отмечают,



что для таких случаев стоило бы создать специальные устройства или усовершенствовать уже существующие.

Было принято решение проводить лапаротомию – к ней при извлечении инородных предметов приходится прибегать лишь в 1% случаев. Телефон был успешно

извлечён, а мужчину выписали из больницы через неделю после операции. Повторное обследование состоялось через 4 месяца – никаких проблем со здоровьем обнаружено не было.

Марк ВИНТЕР.

По информации livescience.com

Патриарх Московский и всея Руси Кирилл обратился к духовенству и верующим с призывом не осуждать ВИЧ-инфицированных и умерших от СПИДа и не пренебрегать ими. «Очевидно, что одним из действенных средств борьбы с данным недугом должно стать нравственное просвещение молодёжи и всего общества, утверждение среди людей семейных ценностей, идеалов целомудрия и супружеской верности», – сказал Его Святейшество.

Объединить усилия

Глава Русской православной церкви призвал духовенство и верующих «никогда не пренебрегать теми, кто поражён этим вирусом, и ни в коем случае не отторгать и не осуждать их вне зависимости от того, как человек приобрёл недуг». По благословению Патриарха в храмах РПЦ совершены поминальные богослужения в память о жертвах СПИДа.

А в Отделе внешних церковных связей (ОВЦС) Московского Патриархата прошёл ранее «круглый стол» на тему «Участие Русской православной церкви в профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом». В дискуссии приняли участие около 50 священнослужителей и мирян РПЦ, работающих в области профилактики, члены Церковной анти-СПИД сети, представители протестантских и католических религиозных общин, государственных и общественных организаций из России, Молдовы, Белоруссии и Армении.

Были заслушаны доклады и обсуждались вопросы, связанные с современным состоянием эпидемии ВИЧ/СПИДа в России и в мире; опытом реализации программ первичной профилактики рискованного поведения и ВИЧ/СПИДа среди детей и молодёжи в регионах; привлечением добровольцев к работе с ВИЧ-инфицированными пациентами; изучением взаимосвязи психофизического состояния пациентов с ВИЧ-инфекцией и их воцерковлённости; исследованием ценностных ориентаций студентов светских вузов и духовных школ. Заседание прошло под председательством протоиерея Максима Плетнёва, руководителя Координационного центра по противодействию наркомании и алкоголизму Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии.

На 70-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2015 г. были приняты новые цели устойчивого развития до 2030 г., в числе которых цель № 3 – «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Одним из показателей достижения этой цели является остановка к 2030 г. эпидемии ВИЧ-инфекции в мире, напомнила в своём докладе заместитель начальника Управления эпидемиологического надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ (Роспотребнадзор) Лариса Деметьева.

За всю историю эпидемии в мире выявлено около 78 млн ВИЧ-инфицированных, почти половина из них умерли. Но есть и достижения: внедрена поддерживающая терапия, которую получают заболевшие; снизилась смертность, а также заболеваемость детей, рождённых ВИЧ-инфицированными матерями, и т.д.

В прошлом году в Российской Федерации сделано немало принципиальных шагов, которые позволили наверстать некоторое отставание в ответе на эпидемию, наблюдавшееся в последние 5-6 лет, считает представитель ведомства. Состоялось заседание Правительственной комиссии по охране здоровья граждан под председательством премьер-министра РФ Дмитрия Медведева, на котором был поднят вопрос о профилактике распространения

ВИЧ-инфекции. Разработана национальная стратегия по борьбе с ней. В плане реализации этой стратегии есть место и анти-СПИД деятельности РПЦ, некоммерческим организациям (НКО).

В своём послании Федеральному собранию РФ 3 декабря 2015 г. Президент России Владимир Путин подчеркнул, что НКО принадлежит особая роль в решении социальных значимых проблем в нашей стране. Планируется специальная программа президентских грантов для поддержки НКО, работающих в малых городах и сёлах; вводится правовой статус «некоммерческая организация – исполнитель общепользовательных услуг», которым

полового пути передачи ВИЧ-инфекции, который доминирует в 60% субъектов РФ. Сохраняется динамика увеличения числа новых случаев ВИЧ-инфекции в группе населения 30-50 лет. Доля вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции выросла в ней с 12,3% в 2000 г. до 62,3% в 2014 г.

В 2015 г. более 40 тыс. ВИЧ-инфицированных лечились от туберкулёза. Хотя в целом заболеваемость и снижается, в популяции ВИЧ-инфицированных он остаётся основной причиной смерти как в России, так и в других странах.

Возрастает число больных ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в стационарном лечении по поводу

систем, в России производится порядка тысячи наименований для разных заболеваний, в том числе для ВИЧ-инфекции, поэтому недостатка тест-систем Россия не испытывает.

Сёстры милосердия и волонтеры – на переднем крае

Игумен Антоний (Кадышев), аспирант Общецерковной аспирантуры имени святых равноапостольных Кирилла и Мефодия, выступил с докладом «Связь психофизиологического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов

в основном, экономисты и педагоги, а также врачи, медсёстры, юристы, программисты, менеджеры. Об этой службе они узнают через интернет (57%), от знакомых (29%), по ТВ (5%), радио (4%). Среди добровольцев есть и ЛЖВС.

В 2015 г. добровольцы отработали 5400 часов, что в денежном эквиваленте составило 777 600 руб. (один час работы оценивается в 144 руб.).

С участием добровольцев служба паллиативной помощи за прошлый год оказала помощь 2440 людям. Из них 700 пациентов получили медико-социальную помощь, 31 находится на постоянном сопровождении (в течение нескольких лет),

Медицина и религия

Помогает духовное попечение В память о жертвах СПИДа



Во время работы «круглого стола»

предоставляется ряд льгот и преференций. Предложено поэтапно направлять некоммерческим организациям до 10% средств региональных и муниципальных социальных программ, чтобы НКО могли участвовать в оказании социальных услуг, которые финансируются за счёт бюджетов.

ВИЧ-инфекция пока не сдаётся

В России в январе этого года зарегистрирован миллионный ВИЧ-инфицированный, хотя в 2015 г. прирост новых случаев заболевания снизился по сравнению с предыдущими годами и составил 10,5% (в 2013 и 2014 гг. – по 12%). Если ещё полгода назад более половины носителей ВИЧ-инфекции проживало в 24 субъектах РФ, то сегодня – в 26 субъектах. Высокий уровень поражённости (выше, чем в целом по стране) зарегистрирован в городах Североуральск (4,9% от проживающего населения), Кировоград (3,7%), Орск (2,8%), Иркутск (2,8%), Тольятти (2,5%), Норильск (2,1%), Саянск (2,1%), Прокопьевск (1,7%), Гатчина (1,5%), Самара (1,5%), Кемерово (1,4%), Магнитогорск (1,4%). Десять территорий находятся в группе особого риска – здесь 1-1,5% населения поражены заболеванием.

За последние 3 года в 1,4 раза увеличилась численность ВИЧ-инфицированных женщин (более чем на 100 тыс. человек): их доля составляет 37% (364 тыс. человек). Эта проблема характерна также для стран Центральной Азии. Одной из причин роста является увеличение числа случаев половой передачи вируса (до 49%), что, в свою очередь, объясняется низкой информированностью населения о заболевании. Продолжается рост

ВИЧ-инфекции. За период с 2008 по 2014 г. в 1,7 раза увеличилось число госпитализаций взрослых и детей (с 32 853 до 57 402). По данным формы государственной статистики до 2013 г., в 70-80% случаев госпитализировались ВИЧ-инфицированные дети с рождения до 7 лет. С 2014 г. увеличивается доля госпитализаций подростков 8-14 лет до 51,7%.

В отличие от стран Западной Европы, где основной группой риска являются молодые люди 20-30 лет, в России пик заболеваемости и смертности сместился в группу 30-39. Более 70% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), – люди трудоустраиваемые, не относящиеся к маргинальным группам.

Пока не снижается смертность среди ЛЖВС – в 2015 г. она составила 27 тыс. человек. А всего за годы эпидемии по разным причинам смертность – 212 тыс.: около 1/3 погибают по причинам, связанным с болезнью; остальные – в криминальных разборках, от передозировки наркотиков, сердечно-сосудистых заболеваний и пр.

В 2015 г. было много сделано для профилактики ВИЧ-инфекции. Изменились подходы к обследованию: если раньше обследование назначал доктор, то сегодня проводятся акции на улицах, в учебных заведениях, на предприятиях. Благодаря этому о своём диагнозе узнают люди, у которых заболевание протекает пока бессимптомно и которые иначе сами не стали бы проходить тестирование.

Сегодня 230 тыс. ЛЖВС получают антиретровирусную терапию, в 2015 г. более 45 тыс. новых пациентов стали получать лечение. В этой связи важным вопросом остаётся необходимость импортозамещения лекарств, которые закупаются за рубежом. Что касается тест-

инфекционной клинической больницы (ИКБ) № 2 Москвы и их воцерковлённости». Результаты исследования, проводившегося с использованием опросов среди пациентов (220 человек) и персонала больницы, архивных и статистических материалов ИКБ и др. материалов, показали, что духовное попечение Церкви помогает человеку в его усилиях по мобилизации жизненных ресурсов в борьбе с недугом. В докладе были приведены статистические материалы, результаты опросов, научно обоснованные заключения.

Участники исследования выразили пожелание создать на базе ИКБ № 2 реабилитационный центр для ВИЧ-инфицированных больных, а также полноценное хосписное отделение с возможностью духовного окормления больных.

Старшая медицинская сестра патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества, руководитель Ресурсного центра паллиативной помощи Ольга Егорова выступила с докладом о привлечении добровольцев к работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. Одно из направлений работы волонтерской службы «Милосердие», созданной в Москве в 2006 г., – помощь ВИЧ-инфицированным и паллиативная помощь ВИЧ-инфицированным пациентам в ИКБ № 2. Сегодня в базе данных службы – 3400 человек. Выразили желание помогать людям с ВИЧ-инфекцией 160 добровольцев. 1-12 человек в год приходят работать в службу паллиативной помощи ЛЖВС. Как правило, они работают 3-4 года. Сегодня в службе – 30 человек: это 6 сестёр милосердия и 24 добровольца. Среди добровольцев – 80% женщин, средний возраст – 39 лет, добровольцы 26-35 лет составляют 60%. По профессии это,

1609 – кормятся священником, 350 пациентам помогли 2-3 раза.

Все добровольцы проходят обучение: вводный инструктаж, собеседования со священником, курсы по основам ухода и паллиативной помощи. Для них важна духовная поддержка – еженедельно совершаются для них молебны и последующие встречи со священником. Ежемесячно совершается литургия для добровольцев всех направлений.

Модель сестринско-добровольческого сотрудничества на базе ИКБ № 2 внедряется в епархии: в 50 регионах РФ проведены семинары и конференции, обучено 1200 добровольцев, приходских социальных работников и сестёр милосердия. Одной из задач этих встреч было привлечение главных врачей и их заместителей в региональных центрах по профилактике и борьбе со СПИДом к этой работе и налаживание их сотрудничества с церковными добровольческими службами.

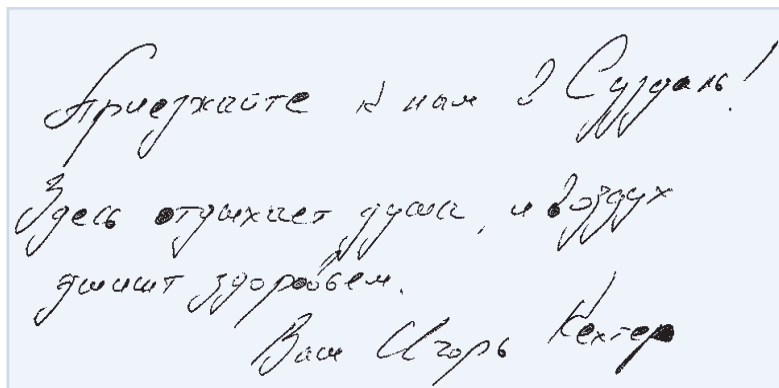
Епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон в своём выступлении на правительственной комиссии по охране здоровья в октябре 2015 г. отметил, что сёстры милосердия и добровольцы трудятся в государственных медучреждениях, оказывая помощь ВИЧ-инфицированным. Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев поблагодарил религиозные и общественные организации и отметил, что органам государственной власти необходимо использовать лучший опыт социально ориентированных НКО и волонтеров в этой сфере и выстраивать с ними дальнейшее взаимодействие.

Участники «круглого стола» из Брянска, Санкт-Петербурга, Липецка, Магнитогорска, Челябинска, Нижнего Новгорода и Москвы, которые ведут занятия по программам первичной профилактики рискованного поведения детей и молодёжи «Ладья», «Дорога к Дому» и «Живая Вода», рассказали об опыте своей работы. Епископ Каменский и Алапаевский Мефодий предложил шире распространять эти программы в епархиях РПЦ, в частности, направить циркулярное письмо правящим архиереям с информацией о программах и рекомендацией использовать в своих епархиях.

«Круглый стол» был проведён в рамках проекта-победителя конкурса «Православная инициатива».

**Подготовил
Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель МГ.**

Крылатые пушкинские строки: «Здесь русский дух, здесь Русью пахнет...» без преувеличений можно считать «визитной карточкой» Суздаля. Белокаменные соборы и монастыри, древние памятники, шагнувшие в наше время сквозь глубину веков, музеи и разнообразие экспозиции привлекают тысячи гостей из России и зарубежья. Город-заповедник входит в Золотое кольцо России, а ЮНЕСКО включила его наиболее выдающиеся памятники в объекты Всемирного наследия. Вот уже более двух лет главой Суздаля является Игорь Кехтер, немало сделавший для его развития и уверенно смотрящий в будущее. С ним и состоялся обстоятельный разговор специально для читателей «Медицинской газеты».



Игорь КЕХТЕР:

— Осмелюсь сказать читателям уважаемой «Медицинской газеты», что как все медики дают клятву Гипократа, так и я сразу после избрания мэром принял присягу. Ведь и мэром должен следовать принципами врача: не навреди, спаси, помоги, будь полезен людям.

— Общеизвестно, что в Суздале проводятся представительные съезды и конференции, как всероссийского, так и международного уровня по самым различным вопросам науки, политики, культуры, экономики, в том числе и медицины. Лично я могу припомнить свыше десятка таких мероприятий, только по своей специальности — судебной медицине. Участвуете ли вы, Игорь Эрикович, в их работе?

— Наш город привлекателен для организаторов форумов такого рода во многих аспектах. Так, туристический комплекс, функционирующий ещё с 70-х годов прошлого столетия, может принять несколько сот гостей, есть ряд комфортабельных гостиниц, построенных за последние годы. Вне заседаний на досуге гостей со всего мира привлекают как исторические достопримечательности Суздаля, так и возможность познакомиться с чисто русским бытом, традициями нашего народа. На мероприятиях такого рода приходится бывать как мне, так и представителям горадминистрации. Вот только в этом году состоятся научные конференции по

проблемам СПИДа и медицинской генетике, международная конференция «Физика и радиоэлектроника в медицине», всероссийские конгрессы ринологов и сурдологов, ряд семинаров для молодых учёных-медиков, многие из которых стали традиционными и проводятся почти ежегодно. А совсем недавно, в конце апреля, в Суздале состоялось представительное совещание по горячим проблемам скорой медицинской помощи с участием губернатора области С.Орловой, директора НИИ им. Н.В.Склифосовского М.Хубутя, ряда известных учёных и практических врачей.

— Ваша мама тоже была медиком. Стало быть, вы с детства «наш человек». Как это сказалось на вашей биографии, здоровье, образе жизни, которому в Суздале уделяется немало внимания, взаимоотношениях с городской медициной?

— Моя мама, Лидия Ивановна, с юности работала медсестрой в хирургии, её старшая сестра стала врачом, а третья сестра тоже пошла в медицину. Естественно, я всегда находился под их чуткой опекой. В армии, да и потом

много занимался спортом, горным туризмом, боксом, лыжами, велосипедом. В Суздале вместе с депутатским корпусом, энтузиастами мы активно внедряем здоровый образ жизни. В городском парке по инициативе губернатора области открыта достаточно протяжённая велосодорожка, вскоре будут ещё две, там же есть площадка с современными тренажёрами, готовится спорткомплекс с искусственным покрытием. Радуюсь, глядя, как приобщаются к спорту дети, раньше у них были лишь горки, качели да песок. Если обратиться к городской медицине, то у неё немало проблем. Наша районная больница была построена свыше 30 лет назад и, понятно, нуждается в модернизации. Предстоит её капитальный ремонт, предполагается возведение ещё одного лечебного корпуса с хирургическо-травматологическим блоком, оснащение новейшим оборудованием, открытие современного городского травматологического пункта. Возможно, город мог бы в чём-то помочь своей больнице, но финансирование её целиком зависит от областного Департамента здравоохранения. Примечательно, что главный врач

больницы Анатолий Фёдорович Пташук, опытный медик-руководитель, поработавший как на региональном уровне, так и в Москве, тоже является депутатом.

Не без удовлетворения отмечу, что недавно на сессии горсовета было решено установить в Васильевском монастыре мемориальную доску в память о первом земском враче Суздаля Д.Моренкове, работавшем здесь в 1812-1830 гг.

— Вы являетесь знатоком нашей национальной гордости — русской бани. В Суздале было проведено три «банных» фестиваля. Известно, что ваша супруга Людмила Константиновна имеет солидную профессиональную подготовку по культуре парения, была судьёй на банных фестивалях. Давайте поговорим и об этом.

— В моей родной сибирской деревне баня имела в каждом доме, впервые в парилке я побывал с отцом. Русская баня, как и русский балет и хоккей — наш национальный бренд. К нам в бани приезжали и приезжают отовсюду: вся Россия, страны бывшего СССР, США, Германия, Голландия,

скандинавские страны. На втором фестивале в дискуссии о благотворном влиянии русской бани на здоровье человека рассказывали медики. Их доклады вызвали большой интерес. Замечу, что тема медицины и бани требует отдельного разговора, можно только отметить, что в соревновании с азартной русской баней финская сауна, простите, «отдыхает».

— В Суздале проводятся разного рода событийные мероприятия, вызывающие большой интерес не только в России, но и за рубежом. Назову ежегодные праздники Огурца и Лаптя, кинофестивали... А вот что касается конкретно здоровья?

— Сейчас мы начинаем реализацию проекта по бренд-стратегии

города Суздаля. Его реализация тесно связана с ростом и развитием сферы туризма. Неотъемлемой составляющей любого путешествия к нам является национальная кухня. Пора нам перестать есть заморские гамбургеры и суши. Русская еда куда вкуснее и полезнее, она тоже составляющая здорового образа жизни.

В заключение, с вашего позволения, скажу уважаемым читателям «МГ», что недавно Суздаль стал победителем Всероссийского конкурса на звание «Самое благоустроенное городское поселение России», в котором участвовало 114 муниципальных образований. Церемония награждения состоялась в Доме приёмов Правительства РФ с участием его главы Дмитрия Медведева, и наш Суздаль получил сразу две награды: за сохранение историко-культурного наследия и значительный вклад в благоустройство города, в том числе создание инфраструктуры для здорового образа жизни...

Беседу вёл
Марк ФУРМАН,
внешт. корр. «МГ».

Владимирская область.

Умные мысли

- Стихи были бы гениальными. Если бы после прочтения автором со сцены их не напечатали в газете.
- Гонорар за текст — в кассе. За подтекст — в подворотне.
- Язык — центр мира болтуна.
- Памятник передвигался по своему городу только с водителем. Чтобы не разминуться с туристами.
- Жена спортсмена постоянно скандалила: «Семейный долг когда будешь отдавать? И чтобы без допинга!»
- Купил себе «умный телефон». Теперь эта штука сама перезванивается с «коллегами-интеллектуалами». На все мои попытки позвонить грубо отвечает: «О чём тебе, тупому, болтать!»
- Книгу выбросили в продажу. Следственные органы ведут расследование — кто это тут разбросался?
- Хозяин дома показал хорошую «самотранспортальность»: от дивана к холодильнику.
- Лично я побывал во многих деревнях. Везде растут только одни грабли.
- На чужих ошибках надо учиться оперативно. Пока эту учёбу не объявили платной.
- Закрывал глаза на всё телевизионное.
- Слово — первично. Физическое действие — последующее.
- Сизиф достиг очередного «периодического успеха...»

О творчестве и творцах

- Писатель выбыл в люди. Никто из родственников пока не пострадал.
- Живой вес писателя зависит от веса его рукописи в литературе.
- Сберкнижка — удостоверение наличности.
- Фальшивомонетчик отвечает за каждую свою бумажку. Иначе...
- В молодую жену все соседи влюбляются с первого взгляда.
- Первым изобретением бога был вечный двигатель. Построил, пробездельничал полдня и заявил сам себе: «Не буду плодить лодырей». Вечный двигатель был запрещён навечно.
- Книга учит всех, у кого есть средства — покупать книги. Остальная нищета пусть обучается в интернете.
- Облака отогнали от Москвы. Но они запомнили всех разгоняющих. И координаты их загородных владений.

- Война полов начинается объятиями и кончается объятиями.
- Гимн старшего поколения: «А пенсия меня найдёт?»
- «Потребительскую корзину» не успевают пересмотреть — сразу съедают.
- На меня села муха. И равновесие в природе было нарушено.
- В деревне осталась одна хата, теперь она всегда с краю.
- Чёрные дни становятся десятилетиями...
- Если семья артисту не помощник, она ему — соперник.
- Бывают времена, когда не хочется смотреть ни на часы, ни на календарь.
- Не умеешь плакать, умывайся потом.
- Вся земля — товар. Где ходить будем?
- Потребовал поставить ему бюст. Но его потребности снизили и поставили ему клизму.
- Грибник грибника проклинает из-под куста.

Московская область.

Виктор МАКЕЕВ

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии — А.ИВАНОВ.

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, Москва 129110.

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Заказ № 16-04-00286
Тираж 28 977 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

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

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