

Медицинская

27 февраля 2015 г.
пятница
№ 14 (7536)

Газета®

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

Ориентиры

Формула спасения жизни

Что говорит опыт московской скорпомощной больницы, накопленный за столетие



Современные корпуса, в которых ни на одну минуту не прекращается сражение за жизни, время от времени нарушающие больничную тишину зависший над посадочной площадкой вертолёт или сирена «скорой» – это только некоторые штрихи к «портрету» многопрофильной скорпомощной клинической больницы № 36, раскинувшейся на огромной площади в Восточном округе Москвы.

Уже 117 лет она служит людям. Нынешние сотрудники могут гордиться

Оперирует заведующий отделением сосудистой хирургии Симон Папоян

уровнем оснащения лечебного учреждения. Это – 1000 коек, ежегодно лечение получают более 70 тыс. пациентов, выполняется 25 тыс. оперативных вмешательств. Инфраструктура включает широкий спектр отделений различного профиля. Среди специалистов – 7 докторов, 63 кандидата медицинских наук, 3 заслуженных врача РФ, более 200 специалистов высшей категории.

К сильным сторонам больницы нужно отнести ожоговый и регио-

нальный сосудистый центры, отделение нейрореабилитации, центр сочетанной травмы, готовящийся к открытию после капитального ремонта роддом. Веление времени – создание научно-образовательного центра для тесного взаимодействия учёных и специалистов больницы. И её возможности далеко не исчерпаны. Коллектив профессионалов способен на большее.

(Окончание – на стр. 5.)

Александр МИТИЧКИН,
главный врач московской ГКБ № 36:

...Теперь абсолютно все амбулаторные центры столицы имеют возможность направлять к нам своих пациентов на консультацию.

Стр. 5.



Андрей ШМИЛОВИЧ,
врач-психиатр:

...Психическая болезнь снижает риск преступления, поэтому бояться надо здоровых, а не больных.

Стр. 7.



Михаил ЛИЧИНИЦЕР,
академик РАН:

Назрела необходимость создать национальный противораковый центр.

Стр. 11.



Инициатива

Цель – оставить в деле

Гильдия производителей медицинских товаров и услуг Московской торгово-промышленной палаты (МТПП) выступила с инициативой о создании специальной программы по профессиональной переподготовке медицинских работников.

По оценкам экспертов, профессиональная адаптация одного медицинского работника в среднем обходится работодателю в 100 тыс. руб. В этой связи в ходе расширенного заседания, посвящённого вопросам развития рынка труда столицы, было предложено создать специальную программу по профессиональной переподготовке.

Программа по переобучению и разработка единого профессионального стандарта для медработников должна включать в себя требования к персоналу, оценку его компетенций, определение зоны его профессионального развития, формирование планов обучения и критерии эффективности его работы, – заявил председатель гильдии производителей медицинских товаров и услуг МТПП Олег Рукодайный. – Данная система работает в частном секторе столичного сегмента отрасли, однако и там не всё идеально. Но в то же время в частном здравоохранении существуют внутренний контроль и мониторинг, которые мы проводим не для того, чтобы наказывать наших сотрудников, а для того, чтобы понимать, где у нас ошибки, и таким образом исключать какой-то процент претензий на качество сервиса, – добавил он.

По мнению «частников», в государственных больницах и поликлиниках пациентов,

прежде всего, не устраивает уровень сервиса. Из этого вытекает, что за платными услугами, существующими в госучреждениях, пациенты стремятся в коммерческие клиники, а частные медицинские центры неохотно берут на работу медперсонал из государственных медицинских учреждений вследствие ряда причин.

За годы работы в государственном медицинском учреждении отношение медика к пациентам сложно изменить, и требуется профессиональная переориентация. Руководители частных клиник готовы принимать полноценное участие в профессиональной переподготовке уволенных медиков и ориентировать их под работу в частном секторе отрасли.

Единовременное, чего требуют «частники», – частичного софинансирования проекта по переподготовке медицинских работников со стороны столичных властей, так как в настоящее время, по их мнению, бизнес не может в одиночку нести финансовое бремя образовательных мероприятий.

Как известно, в общей сложности в рамках реформы столичной системы здравоохранения на середину февраля 2015 г. было сокращено свыше 8 тыс. медиков, 25% из которых – врачи.

Столичное правительство пообещало уволенным медработникам предоставить возможность пройти переподготовку по направлениям, учитывающим потребности организаций государственной системы здравоохранения Москвы в квалифицированных медицинских кадрах.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ»,
Москва.

Особый случай

В экстренном порядке

В Челябинской областной детской клинической больнице проведена очень редкая и сложная операция по устранению врождённого порока – артериовенозной фистулы: аномального отхождения артерии от брюшной аорты, впадающей в селезёночную вену.

По словам заместителя главного врача Челябинской ОДКБ, главного детского хирурга Минздрава области, заслуженного врача РФ Николая Ростовцева, такие патологии крайне

редко встречаются в практике любого хирурга. За свою долгую практику Николай Михайлович проводит подобную в четвёртый раз.

16-летняя Даша из Троицкого района поступила в больницу с подозрением на порок сердца, но всестороннее обследование показало у неё серьёзную сосудистую патологию. Артериовенозная фистула – патологическое сообщение между артерией и веной, по которому движется кровь, минуя капиллярную сеть.

– Мы прооперировали девочку в экстренном порядке, не дожидаясь очереди на высокотехнологичную медицинскую операцию в Москве, – рассказал Н.Ростовцев. – Нельзя было ждать возможных осложнений, ведь, например, у Даши печень совсем не снабжалась венозной кровью.

Сейчас состояние девочки стабильное, она успешно идёт на поправку.

Мария ХВОРОСТОВА,
корр. «МГ».

Челябинск.

Новости

Встреча с главой МККК

Президент России Владимир Путин принял в загородной резиденции Ново-Огарёво президента Международного комитета Красного Креста (МККК) Петера Маурера.

«У нас с Россией сложились замечательные взаимоотношения, и они продолжают уже на протяжении более 150 лет. Россия была и является весьма ценным партнёром, – ответил Петер Маурер. – Мы стояли бок о бок по мере того, как развивалось международное гуманитарное право на протяжении последних 150 лет. И раз уж вы упомянули XIX век, то необходимо напомнить о Петербургской декларации, которая стала важным шагом в направлении развития этого права».

Последние два года стали особенно ценным временем для активизации нашего сотрудничества в операциях по всему миру, в частности на европейском континенте. Последние годы – 2013-й, 2014-й – были очень сложными для Международного комитета Красного Креста, поскольку мы наблюдали нарастание конфликтов по всему миру – и по количеству, и по степени насилия. Многие конфликты переросли из национальных в региональные, что поставило перед организацией задачу должным образом отвечать чаяниям и нуждам людей».

Валентин МАЛОВ.

Совершенствовать
лабораторную диагностику

В Благовещенске на базе Амурской областной детской клинической больницы прошла областная научная-практическая конференция по методам исследования гомеостаза. Участие в ней приняли врачи-лаборанты медицинских организаций областного центра и городов и районов Приамурья.

Как рассказала главный специалист по лабораторной диагностике Минздрава области О.Зиновьева, конференция явилась продолжением начатой ещё в минувшем году работы по совершенствованию диагностики аутоиммунных и инфекционных заболеваний.

Участие в работе конференции принял ведущий специалист лаборатории стандартизации методов контроля препаратов плазмы Гематологического научного центра Минздрава России кандидат медицинских наук Сергей Бабенко. Одной из тем выступления Сергея Витальевича были исследования гомеостаза с использованием тест-систем и реагентов. Другой докладчик из Москвы В.Худрин, специалист по продукции межрегиональной благотворительной общественной организации инвалидов «Общество больных гемофилией», провёл для участников конференции мастер-класс по методам лабораторных исследований и контролю их качества.

Николай ИГНАТОВ.

Благовещенск.

Технологии, без которых не обойтись

Сразу 3 новых отделения появились в структуре Новосибирской районной больницы № 1. Каждое из них очень востребовано здравоохранением региона, и помощь здесь смогут получать жители всех районов области, причём по полисам ОМС.

Во вновь открытом межрайонном детском ЛОР-отделении уже начали выполнять видеозондоскопические операции маленьким пациентам. Создание этого подразделения позволяет значительно повысить доступность хирургической оториноларингологической помощи детям и подросткам.

В межрайонном отделении реабилитации пациентов с патологией центральной нервной системы будут проходить восстановительное лечение люди, перенёвшие инсульт. В штате отделения есть специалисты всех необходимых профилей. Рассчитанное на 30 коек, это первое в Новосибирской области реабилитационное отделение для постинсультных больных.

Так же первым стало и отделение паллиативной помощи. Знакомая с новыми структурными подразделениями НРБ № 1, министр здравоохранения Новосибирской области Олег Ивановский подчеркнул, что в эпоху высокотехнологичной медицины нельзя забывать и о других, не самых «высоких», но весьма востребованных видах помощи.

Елена БУШ.

Новосибирск.

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

Начало

Катамнез
для самых маленьких

Под опекой докторов – «особые» дети со всего Алтайского края

С первых дней февраля в поликлинике Алтайской краевой клинической детской больницы начал работать реорганизованный кабинет катамнеза наблюдения за детьми. Его пациенты – дети с низкой массой тела, а также травмированные при родах и перенёвшие критические состояния. Пока под опеку врачей кабинета катамнеза наблюдения попадают малыши в возрасте до 3 лет, в планах – увеличить этот срок до 7.

По словам заместителя главного врача по поликлинической работе Алтайской краевой клинической детской больницы Виталия Миллера, специалисты кабинета катамнеза сотрудничают со многими другими врачами. Например, с офтальмологом, сурдологом, неврологом, гастроэнтерологом, кардиологом.

– У таких деток часто развиваются тугоухость и ретинопатия, что может привести к слепоте, плюс у каждого в той или иной степени наблюдается патология нервной системы, – отмечает заведующая кабинетом катамнеза наблюдения за детьми Мария Шкурат. Сотрудники кабинета не только принимают в поликлинике «особых» пациентов со всего края, но и выезжают в районы, проводят осмотры, консультируют, при необходимости дают направления к узким специалистам.

Сегодня в регистре кабинета – около 500 малышей в возрасте до 3 лет.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.



«Особым» детям – особое внимание

Из первых уст

Они сделали собственный выбор

Согласно экспертному мнению заместителя московского мэра по социальным вопросам Леонида Печатникова, суициды среди столичных жителей, страдающих онкологическими заболеваниями, не связаны с отсутствием или дефицитом обезболивающих препаратов в городе.

– В феврале этого года в Москве покончили с собой 70 человек, из которых 10 страдали онкологическими заболеваниями, однако лишь 7 из них знали о своём диагнозе, у

остальных он был поставлен только после судебно-медицинского исследования, – подчеркнул заместитель мэра. – Из 10 онкобольных только 5 наблюдались в городской системе здравоохранения, остальные – в ведомственных медучреждениях. У одного человека из тех, кто проходил лечение в городской системе здравоохранения, была опухоль мозга. В этом случае бороться с головной болью действительно очень сложно, полностью избавиться от неё можно только за счёт препаратов, которые отключают сознание. Кроме того, ещё 4

получали полноценное обезболивание, но у каждого из них была сопутствующая патология головного мозга: у 3 – метастазы опухоли в головной мозг, а у четвёртого наблюдалась старческая атрофия головного мозга. Связывать самоубийства этих людей с болевым синдромом напрямую нельзя, поскольку поражение головного мозга может вызывать расстройство психики, – резюмировал Л.Печатников.

Марк ВИНТЕР,
МИА Cito!

Москва.

Перемены

Важное событие в госпитале для ветеранов войн Санкт-Петербурга, чей средний возраст составляет 82 года, состоялось на днях.

В многопрофильном специализированном лечебно-профилактическом учреждении с мощностью 1036 коек, которые ежегодно «пропускают» 27 тыс. инвалидов и участников Великой Отечественной войны, локальных военных конфликтов и жителей блокадного Ленинграда, открылись после планового капитального ремонта два отделения – эндокринологии и лучевой диагностики.

Торжественная церемония возвращения в строй «прихорюшившихся» клинического и вспо-

Возвратились в строй

могательного подразделений госпиталя прошла с участием вице-губернатора Ольги Казанской, председателя Комитета по здравоохранению Валерия Колабутина, заместителя председателя Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов Ирины Соколовой, депутатов Законодательного Собрания Санкт-Петербурга и руководителей общественных ветеранских организаций.

– Благодаря новому оборудованию медицинская помощь станет

эффективнее и быстрее, – сказала О.Казанская во время осмотра высокотехнологичной «начинки» отделения лучевой диагностики, в том числе компьютерного томографа, установленного здесь в декабре минувшего года.

В мае 2014 г. госпиталь посетил губернатор Георгий Полтавченко, тогда и состоялось решение о выделении целевой субсидии в размере без малого 37 млн руб. на приобретение и установку КТ. Одновременно были перечислены немалые деньги на капитальный

ремонт эндокринологического отделения. Преобразившиеся стены обставили новой медицинской мебелью. Появились одноместные палаты повышенной комфортности. Открылась оборудованная комната для занятий в школе диабета.

Ближайшие планы администрации учреждения во главе с полковником медицинской службы запаса, профессором Максимом Кабановым очерчены приобретением магнитно-резонансного томографа, расшире-

нием площадей неврологического отделения, а также утверждением проектно-сметной документации на строительство здания реабилитационного подразделения. Хотя здесь думают больше всего о своих особых пациентах, и меньше всего – о репутационных победах или издержках. В недавнем исследовании мнения петербуржцев по поводу качества и доступности медицинской помощи, который проводил медицинский информационно-аналитический центр Комитета по здравоохранению, госпиталь для ветеранов войн занял первое место.

Владимир КЛЬШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

В центре внимания

Антикризисный курс: итоги и перспективы

Депутаты фракции «Единая Россия» встретились в Государственной Думе с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

Министр пояснила собравшимся, что оптимизация, происходящая сегодня в здравоохранении страны, не является самоцелью, «это одно из средств достижения лучшего качества в медицине». И она должна улучшить её доступность. «Оптимизация проводится нами в течение нескольких лет. Есть регионы, в которых сокращений вообще нет. Но есть и такие, где инфраструктура избыточна, и сокращение не приводит к снижению объёмов медицинской помощи. В частности, это касается избыточного числа коек в больницах, которые просто простаивают, а также дорогого диагностического оборудования», — пояснила министр.

При этом Минздрав России проводит мониторинг результатов оптимизации. По её словам, в дальнейшем министерство планирует начать уделять больше внимания разъяснительной работе, связанной с оптимизацией.

Были вопросы министру, касающиеся и повышения стоимости лекарственных препаратов. Вероника Игоревна считает, что за последние годы в стране выработан механизм контроля цен на наиболее значимые для населения, жизненно важные и необходимые препараты.

В 2014 г., по словам министра, были пересмотрены критерии формирования перечня таких препаратов. Перечень расширился на 50 позиций и на сегодняшний

день составляет 680 названий. Между тем чисто торговых наименований составляет более 22 тыс. препаратов. Это огромный объём гарантий государства.

Также для того, чтобы не пропустить критических изменений в цене на лекарственные препараты, с декабря 2014 г. министерство еженедельно осуществляет контроль за 150 препаратами из Перечня ЖНВЛП. «Более 6,5 тыс. респондентов заводят информацию в электронную базу», — отметила глава Минздрава.

За январь повышение розничных цен составило 3,4%. При этом больше всего повысилась стоимость лекарств дешёвого сегмента — до 50 руб. за упаковку. Закупочные цены выросли в среднем на 4%.

«Сам механизм формирования перечня жизненно важных лекарств защищает население», — подчеркнула В.Скворцова.

Также она отметила, что министерством осуществлялся контроль не только за ценами, но и за ассортиментом лекарственных средств. На сегодняшний день ведомство считает правильным сохранить регулирование нижнего сегмента и провести разовую индексацию цен до уровня минимальной рентабельности. Соответствующий законопроект будет в ближайшее время рассмотрен.

Кроме того, она заявила, что в 2014 г. Минздрав осуществил закупку лекарств, чтобы «сделать запасы на большую перспективу».

По словам В.Скворцовой, под особым контролем находится и оказание высокотехнологичной медицинской помощи детям, в 2013 г. ее получили 77 тыс. че-

ловек, а в прошлом году — более 102 тыс.

Кроме того, Минздрав России ежегодно пересматривает перечень тех методов, которые подразумеваются при оказании высокотехнологичной помощи. Это касается точных технологий и определённых видов трансплантологии.

«Государство планирует только наращивать объёмы помощи детям, — заверила В.Скворцова. — Это приоритетно и первостепенно. Дети идут вне взрослой очереди».

Также она сообщила, что 1,5-2 года назад при Минздраве России был создан благотворительный совет, в состав которого вошли 26 организаций. Это было сделано для того, чтобы не дублировать возможности государства, а помогать там, где помощь действительно нужна.

«Самое главное — не собирать деньги на то, что государство уже оплачивает», — заметила министр.

Она сообщила, что в программе ОМС предлагается создавать страховой резерв на эти цели: 16 млрд руб. — на лекарства для льготных категорий, из них 4 млрд — федеральные льготные категории, а более 12 млрд — дотации регионам для выполнения собственных полномочий лекарственного обеспечения. Прежде всего это касается детей до 3 лет и людей, страдающих хроническими заболеваниями.

«В Госдуму будет представлен законопроект о внесении изменений в бюджет, — заявила министр. — Надеемся, что он будет поддержан».

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Акценты

КТ и МРТ для 10 тысяч пациентов

Вступил в силу приказ Минздрава Кабардино-Балкарской Республики, согласно которому в 2015 г. 10 тыс. больных, находящихся на амбулаторном лечении, смогут бесплатно пройти компьютерную и магнитно-резонансную томографию за счёт средств территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В рамках системы ОМС Минздрава республики подписаны соглашения на проведение обследований с двумя частными медицинскими компаниями, которые входят в перечень организаций, работающих в системе ОМС на территории Кабардино-Балкарии.

В программу включены детские и взрослые поликлиники, поликлиники центральных районных больниц муниципальных образований республики. Направления на бесплатное проведение обследований будут выдаваться по медицинским показаниям врачебными комиссиями, в которые входят заместители главных врачей по лечебной части, заведующие структурными подразделениями лечебных учреждений. На обследования в первую очередь будут направляться пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями.

Комментируя нововведение, заместитель председателя правительства республики — министр здравоохранения Ирма Шетова подчеркнула: «Качественная диагностика сегодня немыслима без современного медицинского оборудования. ...Все пациенты, находящиеся на стационарном лечении, при наличии медицинских показаний проходят обследования бесплатно. Только в РКБ и ГКБ № 1 в 2014 г. обследовано около 5 тыс. пациентов. Теперь эта возможность есть и у больных с тяжёлыми хроническими заболеваниями, находящихся под наблюдением специалистов поликлинического звена. Данное направление заложено в Государственной программе развития здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики до 2020 г.»

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Нальчик.

Санитарная зона

Подозрение на сибирскую язву



В Джалал-Абадской области Киргизии 7 жителей села Кок-Таш госпитализированы с подозрением на сибирскую язву. Об этом сообщило государственное информационное агентство «Кабар».

«По уточнённым данным, они употребляли мясо животного, зарезанного 24 января. Мясо было роздано жителям 36 домов. На

данный момент оно направлено в ветеринарную лабораторию Ноокенского района. По результатам анализа будет дана дополнительная информация», — говорится в сообщении.

До получения результатов утверждать, что это именно сибирская язва, преждевременно.

Олег ТРОПОЛЬСКИЙ,
МИА Сити!

Кыргызская Республика.

Решение

«Сборная команда» наркологов

В рамках VI съезда Российской наркологической лиги, в котором приняли участие главные наркологи субъектов Федерации, а также ведущие учёные-клиницисты, было принято решение о создании Ассоциации наркологов России.

«Ассоциация будет решать вопросы аттестации и повышения квалификации специалистов, курировать территориальные программы государственного обеспечения

наркологической помощи, взаимодействовать с Министерством здравоохранения РФ и участвовать в принятии профильных ведомственных решений», — заявил в ходе

мероприятия главный нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы Евгений Брюн. — Также ассоциация станет площадкой, на которой все российские наркологи будут делиться опытом лечения больных».

Яков ЯНОВСКИЙ,
МИА Сити!

Москва.

100 строк на размышление

Подход к образовательному процессу во многих медицинских вузах страны весьма формален, чем отталкивает и разочаровывает будущих специалистов, уповаящих на педагогов в аспекте введения в будущую профессию.

Рано или поздно большинство студентов-медиков с грустью осознаёт, что в подавляющем большинстве случаев рассчитывать приходится исключительно на себя. Если вуз оправдает своё предназначение на 50% — уже великолепно. Руководством того или иного медреса активно пропагандируется введение в учебный процесс огромного количества педагогических новшеств: от интерактивных интернет-конференций до симуляционных занятий на манекенах вместо реальных пациентов. На деле же всё до боли банально — заполняется куча бумаг, практически не имеющих отноше-

Торжество формализма

ния к происходящему. Однако они являются прекрасным отчётным инструментом при министерских и прочих проверках. Вот и получается, что приехала комиссия, ознакомилась с документами — и всё. Галочка поставлена. Можно продолжать в том же духе.

К большому сожалению, заведующим кафедрами всё равно, чем занимается профессорско-преподавательский состав. Их интересует лишь формальный отчёт по научно-исследовательской и педагогической работе, предоставленный на обозрение проверяющим, которых, в свою очередь, интересует то же самое. Конечно же, исключения бывают, но картина в общем и целом от этого не особо меняется. В такой системе очень сложно оставить-

ся равнодушным педагогом. Так или иначе, но за несколько лет даже самый вдохновенный преподаватель превращается в «семинародателя» или «лекционачитывателя». Результат всего этого мы наблюдаем при обращении к тому или иному специалисту за медицинской помощью.

Как известно, основным показателем эффективности в медицинском вузе является клиническое мышление, а не набор заученных знаний вне практического применения, а также не алгоритм выученных практических навыков безо всякого осмысления. Такое невозможно узнать из учебника. Такое невозможно проверить в ходе тестирования, по результатам которого делается вывод о компетентности будущего врача. Однако

умение правильно применять свои знания на практике — и есть залог успешной и эффективной работы каждого специалиста.

Казалось бы, избавлением от «шероховатостей» вузовского образования должно послужить последипломное обучение в ординатуре по той или иной клинической специализации. А вот и нет. Как правило, ординаторы являются «писарями» при старших коллегам, усердно и кропотливо заполняя истории болезней, в то время как опытные специалисты не считают нужным помогать своим молодым коллегам в познании будущей профессии — им просто-напросто невыгодно возвращать себе конкурентов, а иногда и вовсе лень. Нравится это или нет, но 95% процесса становления хорошего

специалиста жидется исключительно на самостоятельной работе с учебной литературой, а также дотошных и настойчивых «присаиваниях» к старшим коллегам — мол, научите меня, пожалуйста.

К сожалению, на сегодняшний день в нашей стране оценка качества медицинской и образовательной деятельности, по большому счёту, сводится к оценке ведения документации. Мы лидируем по умению грамотно отчитываться, и контролирующие органы, как бы это грустно ни звучало, ориентированы, прежде всего, на формальный бумажный отчёт без всякого вникания в суть того или иного процесса.

Справедливости ради необходимо сказать, что таким образом дела обстоят не только в здравоохранении и образовании, что, конечно же, ни коем образом не оправдывает нашу систему...

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Главная тема

Цены на лекарства контролирует Президент

Они будут регулярно пересматриваться с учётом инфляции

Президент РФ Владимир Путин поручил правительству до 20 марта провести мониторинг розничных цен на лекарства и потребовал в последующем ежемесячного отчёта по этому вопросу.

«Правительству Российской Федерации обеспечить: мониторинг розничных цен на лекарственные препараты, входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и лекарственные препараты, не входящие в указанный перечень», – прописано в списке поручений главы государства по итогам совещания с членами кабинета министров.

Вместе с региональными властями Президент поручил правительству до 15 апреля рассмотреть вопрос «о целесообразности создания государственных (муниципальных) аптечных организаций в целях обеспечения доступности для населения лекарственных препаратов, в том числе низкого ценового сегмента и сильно действующих обезболивающих препаратов». К середине апреля должен быть представлен

и механизм поддержки таких организаций.

Ещё одно поручение кабинету министров – издать до 15 марта правовые акты, предусматривающие создание национальных научно-практических медицинских центров. К этому же сроку предстоит передать Минздраву России федеральные государственные бюджетные учреждения, находящихся в ведении Федерального агентства научных организаций (ФАНО).

Минздраву предстоит вплотную заняться контролем качества лекарственных препаратов. Президент потребовал разработать и внедрить автоматизированную систему мониторинга движения лекарств от производителя до потребителя с использованием маркировки (кодификации) и идентификации упаковок. Как отмечается в распоряжении, адресованном главе Минздрава России Веронике Скворцовой, такая система должна обеспечить эффективный контроль качества лекарственных препаратов, находящихся в обращении, и борьбу с фальсификацией. Об исполнении этого пункта мини-

стерству предстоит доложить к 1 декабря 2015 г.

Как известно, 20 февраля Госдума РФ приняла в первом чтении и в целом два антикризисных закона, один из которых разрешает правительству устанавливать особенности госрегулирования предельных отпускных цен на ЖНВЛП в зависимости от экономических и социальных критериев. Речь идёт об изменении условий, порядка и стоимости производства лекарств, использовании новых форм, методов и способов госрегулирования цен на них, в том числе на основе референтного ценообразования, изменения порядка оказания медицинской помощи. Этим же законом переносится дата вступления в силу норм о порядке индексации зарегистрированных предельных отпускных цен на лекарства, включённые в перечень ЖНВЛП, с 1 июля 2015 г. на 1 марта.

Напомню, что ранее председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев заявил: цены на лекарства, по экспертным оценкам, вырастут в целом по России в 2015 г. на 20%. При этом премьер-

министр констатировал, что рост цен отчасти связан с колебанием валютного курса, а отчасти – «просто со спекуляцией».

Кстати, второй принятый Госдумой РФ закон предусматривает госрегулирование цен на медицинские изделия, которые имплантируются в организм человека в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Как считают разработчики закона, он позволит в условиях усиления внешнеэкономической неопределённости поддержать цены на рынке медизделий и ограничит спекуляцию.

Дело в том, что, согласно закону, предельные отпускные цены производителей на медизделия будут рассчитываться в соответствии с методикой, утверждённой федеральным правительством. При этом зарегистрированные цены будут пересматриваться с учётом инфляции.

Проекты обоих законов были внесены в Госдуму РФ членами её Комитета по охране здоровья.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель МГ

Деловые встречи

Аншлаг на семинаре в Белгороде

Акушерам-гинекологам здесь было о чём поговорить

Обильным на практические советы и рекомендации оказался образовательный семинар «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины», состоявшийся в Белгороде. Мероприятие проходило в порядке реализации объёмной федеральной информационно-образовательной программы Российского университета дружбы народов, стартовавшей в рамках Национального проекта «Образование».



Перед участниками семинара выступает профессор РУДН Марина Хамошина

Перед профессиональной аудиторией, в состав которой входили акушеры-гинекологи и неонатологи из лечебных учреждений не только Белгорода, но и Орла, Курска, Брянска и из других провинциальных роддомов, с докладами выступили представители кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН доктора медицинских наук Игорь Костин, Марина Хамошина, Алина Соловьёва, кандидат меди-

цинских наук Ирина Шестакова. Семинар завершился предметным разговором по проблемам заместительной гормональной терапии, эндометриоза, аномальных маточных кровотечений, акушерских аспектов перинатальной потери.

Комментируя по просьбе «МГ» итоги дискуссии, координатор семинара, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии Белгородской областной

больницы Святителя Иоасафа, кандидат медицинских наук Олег Головченко заметил, что аншлаг на семинаре был обеспечен не только актуальностью рассматриваемых вопросов и высоким уровнем компетентности авторитетных докладчиков, но и стремлением коллег из провинции постоянно повышать своё профессиональное мастерство и, соответственно, качество оказываемой ими медицинской помощи.

Белгород сейчас живёт ожиданием сдачи в эксплуатацию нового перинатального центра, открытие которого запланировано на август. Работы на объекте

идут по графику, так что новоселье состоится в назначенный срок. Проведение только что состоявшегося семинара по проекту «Репродуктивный потенциал России» оказалось добрым подспорьем в ходе интенсивной собственно медицинской подготовки к предстоящему открытию перинатального центра.

А следующий этап проекта московские учёные проведут уже в Новосибирске.

Владимир КОРОЛЁВ,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные корреспонденты «МГ».
Белгород.



Есть что обсудить призёрам конкурса «МГ» «Лучший врач года» Татьяне Степаненко из Белгорода (слева) и Ольге Пехото из Орла с Олегом Головченко

Решения

26 государственных аптек, объединяющие более 100 структурных подразделений, составили новое государственное предприятие «Аптеки Удмуртии».

Аптеки объединяются

Перед ними открываются новые перспективы

В ближайшие несколько лет новому государственному аптечному предприятию предстоит активно развиваться. Сейчас доля государственных аптек на республиканском рынке составляет не более 28%, объём реализации фармацевтической продукции – не более десятой части от общего количества. Объединение аптек позволит централизовать закупку лекарственных средств, снизить цены, что сделает лекарства доступнее для населения и позволит более пристально следить за их качеством.

В 2015 г. товарооборот государственных аптек должен увеличиться до 900 млн руб., по данным на конец декабря, он составлял 790 млн руб. Сейчас многие граждане, имеющие право на получение льготных лекарств, предпочитают монетизацию, в том числе из-за не всегда доступного лекарственного обеспечения. Сумма отпуска лекарств по программам льготного лекарственного обеспечения должна увеличиться до 430 млн руб. В прошлом году она составляла 305 млн руб.

В городах и районах Удмуртии на 20% должно увеличиться количество структурных подразделений государственных аптек за счёт открытия компактных, до 20 м², аптечных киосков в государственных поликлиниках на территории всей республики.

Сегодня здесь работают 611 фельдшерско-акушерских пунктов, большинство из них обладают лицензией на фармацевтическую деятельность. В них должен быть необходимый набор лекарств по приемлемым ценам, которые отпускает фельдшер, в том числе по заявкам жителей. При этом стоимость лекарств должна быть не выше, чем в районном центре.

Только государственные аптеки обеспечивают население сильнодействующими обезболивающими наркотическими препаратами и их прекурсорами, а также изготовленными вручную лекарствами по рецептам. Кстати, изготовление экстремальных лекарств в республике планируют развивать. Для этого в базовых аптеках обновят производственное оборудование. Централизация производства позволит внедрять современные технологии и повысить контроль за лекарствами, производимыми вручную. Директором объединённого государственного унитарного предприятия стала Юлия Мордвина, пройдя конкурсный отбор. До недавнего времени она возглавляла аптеку в городе Сарапуле – это аптечное предприятие имело самые высокие экономические показатели среди государственных аптек.

В 2015 г. в «Аптеки Удмуртии» войдут ещё 5 государственных аптек, объединяющих 22 структуры.

В перспективе – создание сайта, где в режиме реального времени можно будет видеть ассортимент лекарств и их аналогов с указанием стоимости, а также сделать заказ.

Марина ЦВЕТУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

С главным врачом московской городской клинической больницы № 36 профессором Александром МИТИЧКИНЫМ беседует корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА.

– Александр Евгеньевич, сегодня ГKB-36 – одно из старейших и в то же время одно из самых современных лечебных учреждений в системе здравоохранения. Есть ли какие-то свидетельства, которые перекинули бы мостик из дня вчерашнего в сегодняшний? Потому что всё, что делалось потом более чем за столетие, – у всех на виду: больница представлена 9 современными корпусами.

– Обратите внимание вот на этот документ из Центрального исторического архива Москвы. В нём написано, что в мае 1898 г. земскому врачу Измайловской лечебницы (так тогда она называлась) Ксенофонту Языкову решением земской управы выделено жалование в размере 80 руб. Что касается других фактов, музей мы только создаём, и в нём достойное место займут материалы о большом пути, пройденном больницей. Но на некоторых его «отрезках» стоит остановиться, так как они в большей степени повлияли на её развитие.

– Этапными были 70-е годы, когда было построено 4 больничных корпуса и развёрнуты терапевтические службы в полном объёме.

Значимым для развития стал 2004 г. Тогда при активной поддержке мэрии, столичного Департамента здравоохранения произошло расширение возможностей больницы, в состав которой вошёл хирургический комплекс из построенных 3 корпусов, ещё один с ожоговым отделением. Ожоговый центр возглавляет Юрий Тюриков. Его история берёт начало с конца 40-х годов минувшего столетия и связана с Центральным институтом гематологии и переливания крови (ныне Российский гематологический научный центр). Именно тогда его специалисты занялись разработкой проблем лечения термических поражений. Сегодня ожоговый центр – клиническая база кафедры термических поражений, ран и раневой инфекции Российской медицинской академии последипломного образования. Её руководитель – профессор Андрей Алексеев. Нужно отметить, что в Москве два ведущих ожоговых центра – в нашей больнице и в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. Если говорить о нашем, то к нам доставляли пострадавших при терактах в Московском метрополитене, на рок-концерте в Тушино, в аэропорту Домодедово, на Черкизовском рынке, при пожаре в Пермском ночном клубе «Хромая лошадь», из Волгограда – после трагических событий на вокзале. Более 70% ожоговых больных в Москве лечится в ожоговом центре ГKB-36. Чтобы ускорить их доставку, задействуются вертолёты МЧС, на территории больницы оборудована вертолётная площадка, что говорит о том, что мы являемся очень востребованным учреждением в системе медицины катастроф.

Следующий, третий этап развития больницы связан с осуществлением программы модернизации. 1 млрд руб. был выделен на современное высокотехнологичное оборудование (753 единицы) и столько же – на капитальный ремонт отделений. Это позволило сделать качественный скачок в оказании медицинской помощи.

– В принципе, на такой результат и была рассчитана

санкционированная правительство модернизация здравоохранения страны. А вот какова результативность на примере отдельно взятого крупного учреждения – в этом отношении, думаю, ваша больница показательна?

– Важно понимать, что нельзя просто так вкладывать средства. Необходима была идея, которая позволила бы скоординировать

помощи и нашего сосудистого центра осуществляется по специальной программе, которая позволяет информировать наших специалистов о диагнозе и времени прибытия в больницу. А здесь больного уже ждёт специализированная бригада, которая примет его «из рук в руки» и немедленно возьмётся за его спасение.

В РСЦ мы создали новое, очень

числе и частные. Но ни одна из последних не занимается проблемными больными, перенёвшими серьёзные заболевания, и они нуждаются в специализированной помощи, в том числе офтальмологов. У нас проводятся операции при рубцовых поражениях века, заболеваниях стекловидного тела, сетчатки. Кроме того, выполняются малоинвазивные вмешательства переднего и заднего отрезка глазного яблока. Само

отделение, а Департамент здравоохранения принял решение включить КДО в третий уровень оказания медицинской помощи. И теперь абсолютно все амбулаторные центры столицы имеют возможность при необходимости направлять к нам своих пациентов на консультацию. Консультативное отделение включено в единую информационную систему, а потому не сложно выбрать для пациента время посещения.

Ориентиры

Формула спасения жизни



востребованное отделение – нейрореабилитации головного мозга. Это достаточно новое для нас направление. Для его освоения привлекли кафедру РМАПО под руководством профессора Николая Древалю. Сейчас ежедневно идут операции, и с хорошими результатами. Хочу отметить, что в центре работают высококвалифицированные специалисты, доктора и кандидаты медицинских наук, врачи высшей квалификационной категории, прошедшие специализацию в ведущих отечественных и зарубежных клиниках. Руководит РСЦ имеющий большой опыт кандидат медицинских наук Дмитрий Семенов.

– Какие ещё ключевые направления деятельности вашего лечебного учреждения обеспечивают своевременную и качественную медицинскую помощь?

– В составе больницы всегда было и есть акушерско-гинекологическое отделение – роддом. Сейчас в этом корпусе завершаются серьёзные ремонтные работы, в апреле – открытие. Что было и что стало там – две большие разницы, как говорят в Одессе. Теперь это будет современный акушерско-гинекологический центр с первым этапом выхаживания новорождённых, в том числе с экстремально низкой массой тела.

Более 60 лет существует эндокринное отделение. Потребность в этой службе очень высокая, это мы ощущаем по потоку больных. Пришлось на это ориентироваться. Мы как бы заново вдохнули в неё жизнь, создав там центр эндокринной хирургии, куда направляются пациенты не только на лечение, но и для получения консультаций. Ведёт его кандидат медицинских наук Игорь Пантелеев.

В центре идут операции на щитовидной железе. Прошли первые эндоскопические. Ранее подобные вмешательства осуществлялись мини-инвазивным доступом. В результате на шее оставался рубец. Сейчас с использованием новейшего инструментария хирурги идут другим «путём» – через подмышечную впадину. Для проведения операции используется одноразовый ультразвуковой скальпель, окружающие ткани не повреждаются. Операция достаточно сложная, но она освоена и, можно сказать, поставлена на поток.

В больнице с 1 октября 2013 г. открылся офтальмологический центр, который включает в себя амбулаторное подразделение, дневной стационар, хирургический блок и реабилитацию. В последнее время в стране виден колоссальный бум развития офтальмологической службы, открываются клиники, в том

оперативное пособие занимает в стационаре не более 3 дней, дальше – восстановление и реабилитация.

Возвращаясь к основной деятельности, чрезвычайно важно сказать об оказании скорой помощи. В этом плане мы развиваемся как центр сочетанной травмы. Это и переломы костей, и эндопротезирование суставов, и черепно-мозговые травмы и их последствия, и заболевания позвоночника, травмы и гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и лор-органов. Высокий профессионализм врачей, широкие диагностические возможности и современное оснащение отделений и операционных позволяют оказывать помощь нашим пациентам на уровне мировых стандартов.

– Как следует из вашего рассказа, в «тридцать шестой» есть всё необходимое для оказания медицинской помощи на достойном уровне: достаточная материальная база, профессиональный коллектив и, разумеется, поддержка столичного Департамента здравоохранения. Остальное должно зависеть от умения и энергии руководителя и ещё, добавим немаловажное качество, – инициативы. Что, на ваш взгляд, в сегодняшних условиях может помочь лечебному учреждению продвигаться дальше?

– Мы почувствовали, что развитие современной клиники невозможно без поддержки научной школы. На базе нашей больницы работают 14 кафедр медицинских университетов и академии. Поэтому было решено создать единый блок науки и практики.

При поддержке опять же столичного Департамента здравоохранения определили в больнице свободные аудитории и создали научно-образовательный центр. Это как бы объединило базирующиеся у нас кафедры вместе, которые в дальнейшем сообщают будут работать над повышением знаний московских специалистов, внедрением новых методик. В центре налажена интернет-связь, где будут проходить видеоконференции. Кроме того, все больничные подразделения имеют выход на единую информационную базу больницы, откуда можно получить все необходимые диагностические снимки и клинические исследования. Ректор Российской медицинской академии последипломного образования Л.Машетова, побывав в центре, высоко оценила его возможности, и уже в марте совместно со специалистами академии начинаем здесь цикл лекций по экстренной медицине для врачей Москвы.

Я считаю, что и современные амбулаторно-поликлинические центры не должны быть оторваны от ведущих клиник, которые могут им дать что-то новое для практической работы. Исходя из этих потребностей, мы создали консультативно-диагностическое

– А что завтра, Александр Евгеньевич?

– К тому, что уже назвал, добавлю, что после капитального ремонта в этом году открываем терапевтический корпус, где будут созданы отделения реабилитации по профилям нейрохирургии и травматологии-ортопедии. Потому что испытываем определённые трудности при проведении II этапа реабилитации. В этом корпусе будут располагаться терапия и кардиология, потому что больных нельзя оставлять без общей терапевтической помощи. По моему мнению, больница должна развиваться, подпитываться новыми разработками.

– И напоследок, не могу не задать вопрос. Считается, что признак по-настоящему успешного руководителя – добиваться поставленной цели. А медицина была вашей целью? Вы 3 года руководите больницей, и за это время здесь произошли существенные изменения. Откуда идёт чутьё, что надо делать сегодня?

– Прежде всего скажу, что я из медицинской семьи. Мама 40 лет заведовала отделением анестезиологии в одной из больниц Ленинграда, и я с детства прикасался к медицине. Поэтому, естественно, был ориентирован на медицину. Окончил в 1983 г. 1-й Ленинградский институт им. Н.И.Пирогова, работал хирургом в ленинградских больницах. Чувство неудовлетворённости заставило заняться наукой, защитил кандидатскую, а потом докторскую диссертацию. В 2003 г. был приглашён заместителем главного врача по хирургии дорожной клинической больницы им. Н.Н.Семашко в Москве, а через 3 года стал её директором. Это был интересный и напряжённый этап реорганизации медицинской помощи в лечебных учреждениях РЖД. И опыт, что я получил там как руководитель, очень помогает в решении многих вопросов, когда стал главным врачом ГKB-36. В сущности, мы идём тем же путём. Достаточно сказать, что за 3 последних года мы сократили средний койко-день с 14 до 7 дней, и во многом благодаря оказанию высокотехнологичной помощи. Наши расходы по ВМП полностью компенсируются за счёт средств бюджета и в рамках ОМС по 8 профилям. Количество коек сократилось, а число пролеченного населения только увеличилось. Сейчас мы создаём отделение скорой помощи. Там уже есть 15 коек, где пациенты могут наблюдаться до 2 суток. Потому что не каждый обратившийся за помощью пациент нуждается в госпитализации. Это намного улучшит оказание первичной помощи. А основная идея новшества – скорая помощь тоже должна быть на современном уровне.

Конференции

Тонкости хирургии грыж

В Москве прошла 6-я Международная конференция по герниологии

Данное мероприятие наряду с прослушиванием серии научных докладов позволило участникам получить уникальную возможность понаблюдать за работой ведущих специалистов из разных стран мира, среди которых основатель и действующий президент Швейцарской ассоциации хирургии грыж Ян Куклета, а также президент Международной ассоциации эндоскопической герниологии Райнхард Биттнер.

Одной из центральных тем, обсуждаемых на конференции, стали инновационные методы лечения послеоперационных грыж. По статистике, эта патология характерна для 20% пациентов, перенёвших какие-либо хирургические вмешательства по вопросам заболеваний органов брюшной полости. Примечательно, что у половины больных грыжи появляются уже в течение первого года после операции, а у остальных – в течение 5 последующих лет.

К факторам, провоцирующим формирование грыж, эксперты относят: воспаление раны, слабость мышц брюшной стенки, неверное наложение шва. Кроме того, сам пациент может усугубить собственное состояние, например, если он не носит специальный бандаж, не соблюдает диету или слишком быстро возвращается к активным физическим нагрузкам.

К сожалению, избавиться от данной патологии возможно только хирургическим путём. Зачастую несвоевременно принятые меры становятся причиной осложнений, например, застоя каловых масс в грыжевом мешке (копростаз) или беззачастого ущемления внутренних органов.

На сегодняшний день наиболее эффективным методом устранения подвздошной грыжи является лапароскопическая герниопластика. В ходе этого малотравматичного вмешательства в брюшную полость устанавливается специальная поддерживающая сетка, укрепляющая переднюю брюшную стенку, наряду с этим предотвращающая рецидив заболевания. Применение этой техники предполагает стягивание грыжевого дефекта специальным швом. По мнению ряда европейских специалистов, данный способ позволяет достичь лучшего косметического эффекта, а также избежать появления у пациента так называемой мнимой грыжи при натуживании.

В ходе мастер-класса Я.Куклета провёл эту операцию в режиме реального времени и прокомментировал все тонкости её выполнения. «Данная малоинвазивная процедура проводится всего через 3 прокола и помогает практически полностью избежать послеоперационных рубцов. Среди преимуществ технологии – снижение

риска возникновения инфекций и скорейшее возвращение человека к работе и активной жизни. Такие операции оптимальны для спортсменов, молодых пациентов, а также подходят людям, у которых нет противопоказаний к общей анестезии и размер грыжевых ворот не превышает 5-7 см», – отметил эксперт.

«Успешное развитие системы здравоохранения и повышение уровня оказания медицинской помощи невозможно без постоянного обмена опытом как на национальном, так и на международном уровне. Особое внимание стоит уделять непрерывному обучению и повышению компетенции специалистов. Приятно, что сегодня у нас есть возможность обменяться опытом и знаниями с коллегами из других европейских стран и расширить арсенал практических навыков», – подчеркнул, в свою очередь, Р.Биттнер.

Следует заметить, что аудитория мероприятия составила около полусотни отечественных хирургов. С научными же докладами выступили ведущие эксперты с мировым именем. Хирурги, принявшие участие в мероприятии, также смогли понаблюдать за ходом ряда показательных операций и узнать об особенностях выбора сопутствующих расходных материалов.

Марк ВИНТЕР,
МИА Сито!

Москва.

Профилактика

В Челябинском окружном онкологическом диспансере прошла вторая «Онкологическая среда» для представителей средств массовой информации. Первое мероприятие состоялось в октябре прошлого года и было призвано ознакомить журналистов, а через них и население области с радионуклидными и компьютерными технологиями диагностики опухолей. Сегодняшняя «онкосреда» была посвящена работе торакального и абдоминального отделений диспансера.

После этого в запущенном состоянии люди попадают к онкологам, когда можно только облегчить некоторые симптомы болезни. Решение этих проблем – одна из просветительских целей «онкологических сред».

В отделении абдоминаль-

Уроки больничной койки

Когда рак лёгкого возвращает к «Повести временных лет»

– Цель проекта – рассказать о сегодняшних возможностях онкологической службы Челябинской области, о современных методиках диагностики, лечения и реабилитации, реальном положении дел в этой сфере. Про нашу службу говорят давно, но многое, увы, остаётся за кадром. Хотелось, чтобы люди лучше представляли себе, как здесь всё устроено, – отметил главный онколог Минздрава Челябинской области, главный врач окружного онкологического диспансера Андрей Важенин.

История изучения и лечения рака лёгкого – многовековая. В «Повести временных лет» описывается «резание желвы» в 1076 г. у сына Ярослава Мудрого – Святослава Киевского. Предположительно вмешательство выполнено по поводу метастазов рака лёгкого в лимфатические узлы шеи. В XXI веке эта болезнь уже, конечно, очень знакомая, и медики накопили богатый опыт работы с такими пациентами.

В отделении торакальной онкологии окружного онкологического диспансера на 60 коек ежегодно выполняется около 500 операций на органах грудной клетки. Здесь занимаются планированием и проведением комбинированного и комплексного

лучевого, лекарственного) больных с онкологическими заболеваниями органов грудной клетки, с обязательным участием радиолога и химиотерапевта.

Особую группу составляют пациенты с осложнённым течением опухолевого процесса: распад в опухоли, опухолевые пневмониты, гнойные эндобронхиты, опухолевый стеноз пищевода.

Наиболее частая патология, с которой больные поступают в отделение, – рак лёгкого. Проводятся радикальные операции по удалению части лёгкого с реконструкцией бронхов или лёгкого. Тактика лечения и объём оперативного вмешательства определяются характером и распространением опухоли.

– Более половины пациентов поступают в отделение с III и IV стадиями злокачественных новообразований, что обусловлено поздним выявлением заболевания, – говорит Андрей Важенин. – Опухоли лёгких длительное время протекают бессимптомно, выявить их можно при флюорографических осмотрах, к сожалению, которых многие, к сожалению, относятся легкомысленно. Кроме того, значительная часть больных обращается к шарлатанам, обещающим быстрое и гарантированное избавление от рака.

ной онкологии на 60 коек оказывается специализированная медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями органов брюшной полости, кожи, костей и мягких тканей. Приоритетным направлением является планирование и проведение комбинированного и комплексного лечения с участием радиолога и химиотерапевта.

Спектр проводимых в отделении хирургических вмешательств достаточно широк, ежегодно через него проходит около 1600 больных, в том числе 550 при злокачественных новообразованиях ободочной кишки, 400 – прямой кишки, 240 – желудка и 95 – поджелудочной железы.

В течение последних 2 лет в отделении используются методики лапароскопических операций на ободочной, сигмовидной и прямой кишках, что значительно сокращает сроки реабилитации больных.

Отделение является не только хирургическим, но и онкологическим, что позволяет прооперированным пациентам в дальнейшем получать химиотерапевтическое лечение здесь же, на больничной койке.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Наши коллеги

Встать на оборону Родины Николаю Пампутису пришлось в 19 лет. Что же чувствовал он в таком юном возрасте? – спросила его корреспондент «МГ» накануне славного праздника – Дня защитника Отечества.

– Тогда всё было понятно: фашисты наступают, их надо остановить и прогнать, – говорит сегодня ветеран.

Его путь по военным дорогам начался в октябре 1941 г. в составе сапёрной армии. Короткий курс молодого бойца – и потекли суровые будни: Ленинградский фронт, в 1942 г. – Сталинград. Здесь солдат был тяжело ранен в ногу, потерял много крови. После выздоровления вернулся в строй.

Незабываемое впечатление осталось у Николая от Белгородско-Харьковской наступательной операции, в результате которой был освобождён город Грайворон. Там на одном километре размещалось более 300 орудий, 3 часа шла арт-подготовка.

«После этого мы дошли до Полтавы и не потеряли, кажется, ни одного бойца», – вспоминает Николай Петрович.

Но до Дня победы, который сапёр встретил в мае 1945-го в Дрездене, ещё предстояло форсировать Днепр, освобождать Польшу.

Увиденное на войне помогло с выбором профессии. Николай Пампутис передумал становиться инженером и подал документы в Ярославский медицинский институт. Фронтвика приняли сразу. Затем были годы учёбы, работа

Врач и солдат

Так можно охарактеризовать ярославского медика с удивительной судьбой



главным врачом Тутаевской ЦРБ, приглашение в аспирантуру родного вуза.

Здесь он вновь встал на защиту – теперь общественного порядка. В течение 3 лет являлся командиром студенческих дружин. Собрать ребят, поставить задачу, проверить, как справляются с ней дружинники – на это уходило многие вечера молодого аспиранта. Однако ему такая работа нравилась. «Я по своей натуре общественник», – утверждает профессор Пампутис.

В конце 50-х годов в Ленинском районе Ярославля активно строился и заселялся новый микрорайон – «Пятёрка». При этом там отсутствовали дороги, поэтому не могла

проехать «скорая помощь», не было лечебных учреждений. Облздравотдел решил создать поликлинику на общественных началах. Здесь бесплатно консультировали более 40 врачей разных специальностей, в их числе профессора и преподаватели медицинского института. Работала процедурная, где пациентам оказывалась необходимая помощь. Принимать в этом медицинском учреждении врачи считали для себя честью. Почти 30 лет, до закрытия в 90-е годы, руководил ею Николай Пампутис.

На всё хватало времени у энергичного профессора – он организовал кафедру хирургии педиатрического факультета и возглавлял её почти 30 лет, многие годы был председателем партийной организации факультета. На этих постах неизменно помогал своим подчинённым, защищал их.

Не оставил общественную работу и выйдя на заслуженный отдых – продолжал консультировать на созданной им кафедре, возглавил совет ветеранов вуза. Именно благодаря заботам профессора Пампутиса пожилым сотрудникам стали уделять больше внимания. Только 2 года назад, отметил 90 лет,

он передал дела более молодым коллегам.

И сегодня Николай Петрович не сидит без дела. Как говорится, с головой окунулся в семью. А она немаленькая: у него 4 детей, 7 внуков, 3 правнука. И всем требуются внимание, совет, подсказка.

По стопам отца пошли 3 детей профессора Пампутиса – сын Анатолий около 20 лет руководил Тутаевской ЦРБ, как когда-то его отец. Сын Сергей и дочь Елена – доценты Ярославского медицинского университета. Старшие внуки выбрали другие профессии. Зато дочь Сергея Даша с 8-го класса решила стать доктором, и в этом году будет поступать в медицинский университет.

Большая общественная работа, которую профессор-фронтвик вёл в течение всей жизни, отмечена почётными наградами, и они заняли достойное место рядом с боевыми орденами Красной Звезды, Отечественной войны и медалями «За боевые заслуги», «За оборону Сталинграда», «За Победу над Германией», полученными в годы Великой Отечественной войны.

В чём секрет активного долголетия защитника Отечества Николая Пампутиса? «Не останавливаться на достигнутом, всё время развиваться, идти вперёд. Помогать тем, кто рядом», – отвечает он и цитирует Расула Гамзатова: «Люди, я прошу вас, ради Бога, не стесняйтесь доброты своей».

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Фото автора.

«В психиатрической больнице есть главный врач и много сумасшедших. В течение недели каждый сумасшедший 1 раз в день кусал кого-то (возможно, и себя). В конце недели оказалось, что у каждого из больных по 2 укуса, а у главного врача – 100 укусов. Сколько сумасшедших в больнице?» Это не анекдот, а типовое задание на Всероссийской олимпиаде по математике для 8-классников. Насмешливое, а порой унижительное, неприязненное и агрессивное отношение общества к «инаким» людям, страдающим психическими заболеваниями, уходит корнями в далёкое прошлое. Об общественных стереотипах, психопрофилактике, болезнях, о которых предпочитают молчать, и о том, что такое стигма и как с ней бороться, наш разговор с доктором медицинских наук, психиатром, доцентом кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского университета им. Н.И.Пирогова Андреем ШМИЛОВИЧЕМ.

– Что нам говорит статистика – сколько людей в нашей стране страдают психическими заболеваниями?

– Во всём мире проблемы психического здоровья населения имеют стратегическое государственное значение. Масштаб проблемы огромен: в России в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается 15-20% населения. Реально обращались за помощью в 2014 г. 7,9 млн (около 5,5% населения). Инвалидность по психическому заболеванию занимает первое место среди всех других нетрудоспособных. Людей, имеющих эту инвалидность, в разы больше, чем инвалидов по сердечно-сосудистым заболеваниям и заболеваниям опорно-двигательной системы. И это, в подавляющем большинстве, люди трудоспособного возраста.

Сегодня психиатрия по уровню финансового обеспечения, к сожалению, находится на «обочине» по сравнению с другими медицинскими дисциплинами. «Слабым звеном» этой области были и остаются критерии диагностики, определения границ нормы и патологии. Это, в свою очередь, нередко является поводом для злоупотреблений как в одну, так и в другую сторону. В психиатрии, в отличие от той же кардиологии, нельзя сделать кардиограмму и на основании неё поставить диагноз «инфаркт миокарда».

– Но есть многочисленные опросники...

– Да, сегодня в психиатрии существует множество опросников и тестов, но их достоверность и объективность достаточно сомнительная. Приведу пример из личной практики. Как-то на приёме один из моих пациентов поделился: «В моём опроснике был вопрос «слышите ли вы какие-то голоса?», и вы представляете, именно в этот момент «голоса» попросили меня ответить «нет».

Да, существуют современные методы диагностики, новые перспективные направления в области нейровизуализации, исследования с радиоизотопами, дающие как морфологические, так и функциональные подтверждения той или иной психической патологии. Но все эти методы пока далеки от повсеместного использования в практической медицине. По этой причине во многих случаях психиатрический диагноз остаётся под вопросом.

Когда организаторы здравоохранения видят пессимистические цифры статистики по психическим заболеваниям, они задаются резонным вопросом: а на что мы тратим деньги в психиатрии и насколько оправдано финансирование этого направления? Ведь здесь не применяются высокие технологии, высокоточное

которыми мы подавляем свою ненормальность, заглушаем её и выходим на «поле жизни» в том поведенческом стереотипе, который считается нормальным. Когда эти тормозные механизмы дают сбой, человек начинает вести себя неправильно. И каждый человек боится, что эти его «внутренние проблемы», которые он держит в глубочайшем секрете даже от самого себя, могут как-то проявиться.

Как известно, страх порождает агрессию или противодействие тому, чего, собственно, мы и боимся, это своеобразный ме-

критики к болезни – одна из важнейших, если не самая важная задача современной психиатрии. Если пациент не будет лечиться, то он с огромной долей вероятности вновь попадёт в больницу. Степень риска регоспитализации в таких случаях составляет около 80%. По данным разных исследований, трое из четырёх пациентов после выписки из стационара в течение года вновь госпитализируются.

Предотвратить повторную госпитализацию с экономической точки зрения более оправдано, чем продолжать лечить паци-

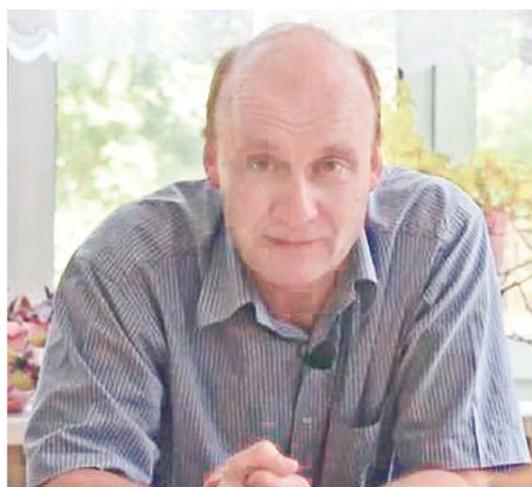
больного, используются в переносном смысле, как метафора, а часто и как ругательство: «больной», «псих», «сумасшедший» и т.д., а психиатрическую больницу иначе как «психушка» некоторые издания и не называют.

В итоге у людей создаётся ощущение, что психически больные – это опасная категория людей, которых нужно изолировать. На самом же деле статистика указывает как раз на обратное. Среди пациентов психиатрических больниц, да и вообще среди душевнобольных удельный вес людей, совершивших обще-

Авторитетное мнение

Лабиринты разума

Как побороть в обществе предубеждения по отношению к психически больным?



ханизм защиты. Соответственно, человек психически здоровый, увидев такую «ненормальность», старается от неё дистанцироваться. И не надо людям в этом обвинять. Но при этом не надо насмехаться и унижать психически больных. Необходимо научиться сопереживать и стараться хоть чем-то им по-

мочь. А вот это пока плохо получается.

– Считается, что больные шизофренией изначально некомплаентны. Существует замкнутый круг – они отказываются от лекарств, неизбежно наступает обострение болезни, потом госпитализация и стигма. Почему они отказываются лечиться?

– Если мы возьмём область психиатрии, изучающую так называемые эндогенные заболевания, в частности шизофрению, то, действительно, среди этих больных очень высокий уровень некомплаентности. По разным оценкам, двое из трёх пациентов после выписки из стационара или посещения психиатра перестают лечиться или лечатся вне соответствия с предписаниями врача.

Существует огромное число факторов некомплаенса, всего их больше 200. Среди них на первом месте – восприятие пациентом компетентности врача. На втором – психопатологические причины. Психический больной в большинстве случаев не критичен к своему заболеванию. Он никогда не скажет врачу: «Я болен, у меня бред и галлюцинации». Конечно, такие случаи бывают, но это крайне редкая история. К стати, отсутствие критики является одним из диагностических критериев болезни.

В этой ситуации формирование критики у больного ложится на плечи психиатров и требует от них достаточно широкомасштабных действий. Не только лекарственных терапии, но и психотерапевтической, семейной коррекции и т.д.

Формирование комплаенса и

ентов, которые как мельница вращаются между домом и больницей и практически по 2-3 раза в год госпитализируются в стационар. Это абсолютно нерентабельно.

– Я вас правильно поняла – большая часть психических больных должны лечиться амбулаторно?

– Такой подход сегодня используется во многих западных странах. Он, безусловно, имеет колоссальные социальные преимущества, прежде всего в отношении преодоления явления «госпитализма». Известно, что примерно каждый третий пациент проходит лечение в психиатрическом стационаре без медицинских показаний. Да, эти люди страдают психическим заболеванием, но находятся в состоянии ремиссии, и им не требуется стационарный вид медицинской помощи, а вполне достаточно амбулаторного наблюдения.

– Возможно, это связано с той же стигмой? Эти люди чувствуют себя незащищёнными вне больничных стен...

– Стигматизированные пациенты испытывают серьёзный хронический стресс. Он лишает их веры в выздоровление, не даёт им никаких оптимистичных перспектив. Это лишний повод опустить руки и перестать надеяться на что-либо. И очень часто мы видим вполне перспективных с медицинской точки зрения молодых пациентов, перенёвших 1-2 приступа болезни, которые вполне могли бы восстановиться, продолжить обучение в институте, создать семью, воспитать детей. Но они находятся под гнётом искажённого предубеждениями социума представления о своей болезни и неверия в благоприятный исход и отказываются от медицинской помощи. К сожалению, с такими пациентами не проводится необходимая в данной ситуации психотерапевтическая, психокоррекционная работа, для этого просто нет возможностей.

– Какие вы видите возможности преодоления стигмы?

– Таких направлений очень много. В первую очередь средства массовой информации должны работать в содружестве с психиатрами. Общая нетерпимость современного общества к душевно больным способствует тому, что слова, относящиеся к описанию диагноза и состояния

степенно опасное деяние меньше, чем в популяции психически здоровых. Психическая болезнь снижает риск преступления, поэтому бояться надо здоровых, а не больных.

Пациентов надо обеспечивать социальной поддержкой, устанавливать для них определённые скидки, льготы, организовывать особые условия труда и др. Очень большое значение играет психопрофилактика, но, к сожалению, сегодня она фактически сведена к нулю. В этом направлении мы очень сильно отстали от наших западных коллег.

В 2014 г. региональная общественная организация «Клуб психиатров» под патронатом правительства Москвы и с помощью некоторых благотворительных фондов в третий раз провела Фестиваль творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны». На этот раз в нём приняли участие более 6 тыс. инвалидов из 21 региона России, к нам приезжали участники из 15 стран мира. Мы получили великолепные отзывы, был потрясающий резонанс за рубежом... Удручает только то, что антистигматизационное мероприятие подобного масштаба было проведено исключительно силами благотворительных организаций и на пожертвования отдельных людей. Конечно, ещё очень важна инициатива со стороны врачей-психиатров. Надо совершенствовать систему контактов и взаимоотношений между рядовыми врачами и руководителями психиатрической службы.

Справедливости ради необходимо указать на то, что далеко не всё так плохо, есть и определённая положительная динамика. Действительно, сегодня мы можем говорить о том, что в последние годы произошёл позитивный сдвиг в некоторых эпидемиологических показателях в психиатрии – снижается заболеваемость, число госпитализаций. Общая картина отличается в зависимости от региона, и пока ещё очень многое зависит от локальных моментов. Но, несмотря на кризис и трудности, которые испытывает медицина в целом, отечественная психиатрия продолжает двигаться вперёд и развиваться. Мы обречены на то, чтобы быть оптимистами.

Беседа велась
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 13 (1865)

Болезнь Вильсона – наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, вызванное мутацией в гене АТР7В и характеризующееся нарушенной билиарной экскрецией меди и избыточным её накоплением в организме, преимущественно в печени и головном мозгу.

Этиология

Болезнь Вильсона опосредуется геном, расположенным на 13-й хромосоме и кодирующим АТФ-азу Р-типа, которая функционирует как трансмембранный транспортёр меди в гепатоцитах. Заболевание проявляется при гомозиготном или компаунд-гетерозиготном (различные мутации на каждой из хромосом) носительстве мутаций гена и распространено с частотой 1 на 30-100 тыс. населения.

Число носителей АТР7В-мутации (гетерозиготы, имеющие мутацию на одной хромосоме) составляет 1 на 90-150 человек. Заболевание у них не развивается, хотя выявляются субклинические изменения метаболизма меди.

Патогенез

Медь является важным кофактором для многих белков и ферментов. Обычная диета обеспечивает поступление 2-5 мг меди в день, тогда как необходимое её количество составляет 0,9 мг в день, поэтому большая часть меди экскретируется. Медь абсорбируется в проксимальном отделе тонкой кишки, попадает в гепатоциты, где включается в клеточный метаболизм, входит в состав церулоплазмينا, переходит в эндогенные хелаты или выводится с желчью.

В патогенезе заболевания ведущую роль играет нарушение баланса между поступлением и экскрецией меди. В то время как интестинальная абсорбция металла не изменена, экскреция меди с желчью снижается из-за дефицита или отсутствия АТФ-азы Р-типа. Также нарушается включение меди в апоцерулоплазмин, что характеризуется низким содержанием церулоплазмينا в крови.

Когда концентрация меди в клетке превышает допустимые значения, развивается поражение печени. Выступая как прооксидант, медь катализирует образование свободных радикалов и запускает процесс перекисного окисления липидов, что приводит к нарушению функции плазматической мембраны и митохондрий, способствует выходу лизосомальных ферментов в клетку, нарушению функционирования ДНК и белков, снижению содержания глутатиона и витамина Е.

Когда гепатоциты уже не способны аккумулялировать медь, повышается её концентрация в крови, она выводится почками или откладывается в других тканях.

Недостаточная экскреция меди при болезни Вильсона приводит к накоплению её в органах и системах в определённой последовательности. После рождения ребёнка с дефектным геном медь первоначально накапливается в печени, затем аккумулялируется в других органах и системах, прежде всего в центральной нервной системе.

Клиника

Средний возраст возникновения симптомов колеблется между 5 и 35 годами.

Поражение печени

Поражение печени при болезни Вильсона протекает в виде острого или хронического гепатита, цирроза печени и фульминантной печёночной недостаточности. Разброс симптомов варьируется от бессимптомных форм до обнаружения признаков цирроза печени и его осложнений.

Острый гепатит: начинается остро с появления желтухи, астенического синдрома, анорексии, абдоминального дискомфорта, которые самостоятельно разрешаются, после чего наступает временное улучшение. При биохимическом исследовании определяются отклонения в печёночных функциональных тестах, которые сохраняются после «выздоровления».

Хронический гепатит: представляет наиболее частую манифестацию болезни

и характеризуется всеми клиническими и биохимическими признаками заболевания. Появляются неврологическая и психическая симптоматика, гемолитическая анемия, обнаруживается кольцо Кайзера – Флейшера. Особенностью заболевания является диссоциация между умеренным повышением уровня аминотрансфераз и

выраженными некрозами в печени.

Фульминантная печёночная недостаточность: является неблагоприятным в прогностическом отношении проявлением болезни. Без хирургической коррекции смертность составляет 95%. Большинство пациентов имеют характерный комплекс симптомов: соотношение женщины/мужчины 2-4 : 1, относительно умеренное повышение аминотрансфераз, нормальные или субнормальные уровни щелочной фосфатазы, Кумбс-негативная гемолитическая анемия, коагулопатия, не реагирующая на парентеральное введение витамина К, быстро прогрессирующая почечная недостаточность.

Цирроз печени: длительное время протекает бессимптомно. Клинические и биохимические проявления цирроза и его осложнений не отличаются от таковых при циррозе печени другой этиологии.

Неврологические проявления
Болезнь Вильсона способна манифестировать различным спектром неврологических и психиатрических нарушений, которые могут быть небольшой выраженности и исчезать на многие годы, или, наоборот, быстро развиваются и приводят к инвалидности.

Наблюдаются три главные неврологические проблемы, связанные с нарушением двигательной функции, – дистония, нарушения координации и тремор. Симптомы начинаются незаметно с появления одного симптома, далее присоединяются дизартрия, дисфагия, неуклюжесть, тремор кистей, повышенная саливация, нарушения походки и маскообразное лицо.

Дистония может вовлекать любую часть тела, приводя к гротескным положениям конечностей, шеи и туловища. Ригидность с явными признаками паркинсонизма, сгибательные контрактуры, большие эпилептические припадки и мышечная спастичность встречаются реже, в основном на поздних стадиях заболевания.

Психические изменения
Психические изменения развиваются практически у всех больных с неврологической симптоматикой. В детском возрасте вначале наблюдаются уменьшенная школьная работоспособность и способность к обучению. Позднее присоединяются изменения личности, импульсивность, лабильность настроения, повышенная эмоциональность, сексуальный эксгибиционизм и гиперсексуальность, неадекватное, в ряде случаев антисоциальное поведение, тревожность, депрессия, которая может приводить к суицидальным попыткам. Эти симптомы маскируются поведенческими проблемами, ассоциированными с пубертатным периодом. У пожилых пациентов могут встречаться психотические нарушения, напоминающие паранойю, шизофрению или депрессию.

Офтальмологические симптомы
Кольцо Кайзера – Флейшера: представляет золотисто-коричневое или зеленоватое окрашивание, обусловленное отложением меди на внутренней поверхности роговицы в десцеметовой мембране. Оно может определяться при обычном осмотре, однако наиболее точным методом диагностики является исследование в щелевой лампе.

Подсолнечная катаракта: представляет зелёный или золотистый диск в передней капсуле хрусталика с радиальными «лепестками» из задней капсулы, не вызывающий нарушений зрения.

Гематологические проявления

Преходящие эпизоды желтухи при болезни Вильсона могут быть обусловлены неиммунной гемолитической анемией. В её основе лежит значительное поступление меди из печени, которая, попадая в эритроциты, выступает как прооксидант.

Из других гематологических нарушений следует отметить коагулопатию в результате сниженного синтеза факторов свёртывания крови, а также лейкопению и тромбоцитопению как проявления гиперспленизма.

Патология почек

К нарушениям функции почек, ассоциированным с болезнью Вильсона, относятся снижение клубочковой фильтрации, проксимальные тубулярные дефекты, свя-

Зирроз печени и гемолиз создают предпосылки для развития холелитиаза. По составу камни чаще всего пигментные или холестериновые.

Изменения эндокринной системы

Характерны отсроченное половое созревание, гинекомастия, аменорея, нарушения менструального цикла, бесплодие, высокая частота самопроизвольных абортов. Описаны случаи гипопаратиреоза, нарушения толерантности к глюкозе, гигантизма.

Дерматологические изменения

Достаточно редкими, но характерными симптомами являются голубые лунки у ногтевого ложа, возможные гиперпигментация кожи и чёрный акантоз.

Болезнь Вильсона

занные с токсическим действием меди на почечные тубулярные клетки. Дистальный ренальный тубулярный ацидоз предрасполагает к возникновению нефролитиаза.

Изменения костно-суставной системы

У половины пациентов при рентгенологическом исследовании наблюдается остеопения, обусловленная ренальными тубулярными дефектами. Она обычно протекает бессимптомно, хотя у некоторых больных развиваются патологические переломы.

Остеоартрит с вовлечением крупных суставов, суставов запястья и позвоночника встречается у 25-50% пациентов. При рентгенологическом исследовании определяются остеофиты, краевой остеосклероз и подхрящевые псевдокисты.

Патология сердечно-сосудистой системы

Изменения на ЭКГ в виде гипертрофии левого или обоих желудочков, синдрома ранней реполяризации, изменений сегмента ST и зубца T, аритмий обнаруживаются у трети больных. У 19% пациентов наблюдается ортостатическая гипотензия.

Изменения желчевыделительной системы

Скрининг

Скрининг на болезнь Вильсона необходимо проводить у пациентов в возрасте от 3 до 40 лет, имеющих следующие признаки и симптомы:

- необъяснимое увеличение уровня аминотрансфераз;
- неуточнённая этиология фульминантной печёночной недостаточности, хронического гепатита, цирроза печени;
- неврологические изменения неустановленной этиологии: изменения поведения, некоординированность движений, тремор, дискинезия;
- психические симптомы в комбинации с неврологическими изменениями или признаками патологии печени;
- кольцо Кайзера – Флейшера;
- необъяснимая Кумбс-отрицательная гемолитическая анемия;
- семейный анамнез по болезни Вильсона.

Семейный скрининг. Родственники первой степени родства вновь выявленного пациента должны быть скринированы на наличие у них болезни Вильсона. Риск сибса быть гомозиготой и иметь болезнь составляет 25%. Среди потомства риск

Диагностическая шкала болезни Вильсона (Лейпцигская шкала)

Параметры шкалы	Баллы
Типичные клинические симптомы и проявления	
Кольца Кайзера – Флейшера имеются	2
отсутствуют	0
Неврологические симптомы¹	
тяжёлые	2
минимальные	1
отсутствуют	0
Сывороточный церулоплазмин	
нормальный (> 0,2 г/л)	0
0,1-0,2 г/л	1
< 0,2 г/л	2
Кумбс-негативная гемолитическая анемия	
имеется	1
отсутствует	0
Другие тесты	
Определение меди в печени (в отсутствие холестаза)	
> 5 x ВЛН (> 4 мкмоль/г)	2
0,8-4 мкмоль/г	1
нормальный (< 0,8 мкмоль/г)	-1
Роданин-позитивные гранулы ²	1
Уровень меди в моче (в отсутствие острого гепатита)	
Нормальный	0
1-2 x ВЛН	1
> 2 x ВЛН	2
нормальный, но > 5 x ВЛН после D-пенициллина	2
Анализ мутаций	
мутация на обеих хромосомах (гомозигота или компаунд-гетерозигота)	4
мутация на одной хромосоме	1
мутации отсутствуют	0

¹ – или типичные нарушения согласно данным МРТ головного мозга;

² – если недоступно количественное определение меди в печени; ВЛН – верхний лимит нормы.

родиться гомозиготой снижается до 0,5%. Обследование должно включать: выявление в анамнезе эпизодов желтухи, заболеваний печени, неврологическое и физикальное обследование, определение в крови уровня меди, церулоплазмينا, аминотрансфераз, альбумина, билирубина, исследование щелевой лампой на кольца Кайзера – Флейшера, определение суточной экскреции меди с мочой. Лица без колец Кайзера – Флейшера, но имеющие субнормальные величины церулоплазмينا в крови и патологические «печёночные тесты», должны быть подвергнуты биопсии печени. Молекулярный анализ мутаций гена АТР7В может использоваться в случаях его доступности.

Диагностика

Методы, используемые для постановки диагноза, включают выявление колец Кайзера – Флейшера, определение уровня церулоплазмينا в крови, суточной экскреции меди с мочой, содержания несвязанной с церулоплазмином сывороточной меди, оценку включения изотопа меди в церулоплазмин, биопсию печени, генетическое исследование. Должен использоваться комплекс исследований, так как одного высокоспецифичного и высокочувствительного теста нет (за исключением полного секвенирования патологического гена АТР7В).

В 2001 г. разработана диагностическая шкала, обладающая хорошей диагностической точностью (см. табл.). При наличии 2 баллов и менее диагноз болезни Вильсона маловероятен, при наличии 3 баллов диагноз возможен, но требуется дальнейшее обследование, комбинация 4 и более баллов является свидетельством установленного диагноза.

Общий анализ крови: в случаях гиперспленизма на фоне портальной гипертензии отмечаются тромбоцитопения и/или лейкопения; другим гематологическим проявлением может быть гемолитическая анемия.

Биохимические тесты печени: активность аминотрансфераз в крови повышена при болезни Вильсона, однако степень их увеличения минимальная и не отражает тяжесть поражения печени.

Кольца Кайзера – Флейшера выявляются у 95-99% пациентов с неврологической/психиатрической формой болезни; при печёночном варианте заболевания или бессимптомном течении они обнаруживаются в 30-50% случаев, поэтому их отсутствие не исключает диагноз.

Церулоплазмин является переносчиком меди в организме и относится к острофазовым белкам воспаления. Нормальная концентрация церулоплазмينا в крови составляет 200-400 мг/л с нижним лимитом нормы 150-200 мг/л. При болезни Вильсона его содержание в крови обычно составляет менее 100 мг/л. Нормальные показатели протеина не исключают диагноз и могут объясняться увеличением его синтеза при выраженном воспалении в печени.

Несвязанная с церулоплазмином медь крови. Количество меди в крови при болезни Вильсона не изменено или снижено в пропорции к степени уменьшения церулоплазмينا. Нормальное или повышенное содержание меди в крови указывает на повышение концентрации, не связанной с церулоплазмином меди (нецерулоплазминовая или «свободная» медь). Она определяется как разность между уровнем общей меди в крови и церулоплазминовой медью.

В норме общая концентрация меди в плазме колеблется от 800 до 1200 мкг/л, доля «свободной» меди составляет 10% и не превышает 150 мкг/л. У большинства пациентов показатели «свободной» меди выше 200-250 мкг/л и могут достигать 500 мкг/л и более.

Суточная экскреция меди с мочой используется для диагностики болезни Вильсона и мониторинга лечения. Нормальные значения экскреции меди с мочой составляют менее 40-50 мкг/сут, у большинства пациентов с клиническими признаками болезни они превышают 100 мкг/сут.

Биопсия печени с определением концентрации меди в паренхиме: при обычном морфологическом исследовании специфические изменения не определяются. Гистохимическое исследование позволяет качественно определить содержание меди в печёночной ткани, однако оно не обладает достаточной чувствительностью. Визуализируются только лизосомальные депозиты меди (появляющиеся на поздних стадиях), поэтому отсутствие меди в тка-

ни печени не исключает диагноз болезни Вильсона.

Золотой стандарт диагноза – биопсия печени с количественным определением меди в печёночной ткани. Нормальное содержание меди в ткани печени не превышает 50-55 мкг/г сухого вещества и наличие меди менее 40-50 мкг/г сухого веса исключает диагноз болезни Вильсона. Концентрация меди в печени 250 мкг/г является лучшим доказательством заболевания.

Включение изотопа меди в церулоплазмин: выполняется для подтверждения диагноза в сложных диагностических случаях. Измеряется радиоактивность сыворотки через 1, 2, 4 и 48 часов после приёма изотопов меди. У здоровых определяется два пика концентрации меди в крови: первый наступает в течение 2 часов после приёма препарата, затем концентрация падает и нарастает с максимумом через 48 часов. При болезни Вильсона второй пик отсутствует вследствие нарушения включения меди в церулоплазмин и высвобождения белка в системный кровоток.

Радиологическая визуализация головного мозга. По данным компьютерной томографии головного мозга обнаруживается повышенная плотность базальных ганглиев, в случаях магнитно-резонансной томографии выявляется гиперинтенсивность в регионе базальных ганглиев в режиме T2. Магнитно-резонансная томография обладает большей чувствительностью в выявлении повреждений. Патологические отклонения также могут выявляться в стволе мозга и мозжечке, в среднем мозгу, белом веществе головного мозга.

Генетическое исследование. Молекулярно-генетический диагноз представляет трудности из-за более 500 возможных мутаций. Ограничивает использование анализа его высокая стоимость.

Лечение

Диета. Назначается диета, направленная на уменьшение поступления меди в организм:

- исключаются продукты с высоким содержанием меди (необработанная пшеница, арахис, орехи, бобы, горох, фасоль, грибы, ракообразные, моллюски, шоколад, печень, почки);

- используется деионизированная или дистиллированная вода, если питьевая вода содержит значительные количества меди (при наличии индивидуальных источников водоснабжения);

- не рекомендуется применение медных контейнеров или посуды для приготовления и хранения пищи и напитков.

Лекарственная терапия. Цель медикаментозного лечения – ликвидация симптомов и профилактика прогрессирования заболевания. Адекватность терапии оценивается по клиническому улучшению и нормализации биохимических показателей функции печени и метаболизма меди.

Медикаментозная терапия проводится на протяжении всей жизни с момента установления диагноза. Она служит залогом увеличения выживаемости, тогда как необоснованное прекращение лечения приводит к летальному исходу. Функция печени восстанавливается в течение года, неврологические и психиатрические симптомы улучшаются через 6-24 месяца терапии.

D-пеницилламин. Усиливает экскрецию меди с мочой путём образования в ней хелатных комплексов, а также переводит внутриклеточную медь в неактивное состояние. Препарат принимается натощак. Начальная доза составляет 250-500 мг/сут, разделённая на 4 приёма. Затем доза постепенно увеличивается до 1-2 г/сут. После улучшения, наступающего через несколько месяцев лечения, переходят на поддерживающую терапию (750-1500 мг/сут в 2-3 приёма). У детей доза составляет 20 мг/кг/сут.

Критерием эффективности терапии является динамика клинических и лабораторных показателей, а также суточной экскреции меди с мочой. Во время поддерживающей терапии экскреция меди с мочой колеблется в диапазоне 200-500 мкг/сут. Уровни менее 200 мкг/сут свидетельствуют об отсутствии приверженности к терапии либо о чрезмерной потере меди. В первом случае значения нецерулоплазминовой меди увеличены (более 150 мкг/л), а при чрезмерной терапии её показатели в крови крайне малы (менее 50 мкг/л).

Приём D-пеницилламина ассоциирован с побочными эффектами, которые делятся на ранние, возникающие во время начальной фазы лечения, и поздние, развиваю-

щиеся в ходе поддерживающей терапии. К ранним побочным эффектам относится появление или ухудшение неврологической симптоматики (в 10-50% случаев). У 20% больных развиваются лихорадка, кожный зуд, сыпь, лимфаденопатия, протеинурия, нейтропения, тромбоцитопения, в редких случаях наблюдается значительное угнетение кроветворения с развитием тотальной аплазии костного мозга.

Поздние побочные эффекты развиваются у 5-7% пациентов. К ним относятся кожные изменения, аутоиммунные синдромы. В качестве редкого осложнения возможно развитие синдрома Стивенса – Джонса.

Триентин. Применяется как альтернативный хелатирующий агент у пациентов, intolerантных к D-пеницилламину, либо у пациентов с потенциальной intolerантностью.

Начальная суточная доза препарата, которая принимается в 2-3 приёма, составляет 750-1500 мг. Поддерживающая доза не превышает 750-1000 мг в день. У детей триентин применяется в дозе 20 мг/кг/день в 2-3 приёма. Используется натощак.

Адекватность терапии при его применении контролируется, так же как и при использовании D-пеницилламина.

Триентин имеет небольшое количество побочных реакций. Возможно появление неврологических расстройств, однако их частота ниже, чем при использовании D-пеницилламина. Описаны случаи появления панцитопении, обратимой сидеробластной анемии, геморрагического гастрита, потери вкуса, сыпи.

Цинк. Блокирует кишечную абсорбцию меди и увеличивает синтез металлотионеина в эпителии тонкой кишки и гепатоцитах. Медь внутри эритроцитов, связываясь с металлотионеином, не попадает в порталную кровяную систему и выводится с калом после отмирания клеток. Гепатоцеллюлярный металлотионеин связывает медь гепатоцитов и переводит её в нетоксичное состояние.

Использование цинка целесообразно у бессимптомных больных и в качестве поддерживающей терапии у пациентов, предвзятых к лечению хелатирующими препаратами.

Ежедневные дозы сульфата, глюконата или ацетата цинка составляют 150 мг элементарного цинка в день, разделённых на 3 приёма. У детей с массой менее 50 кг препарат назначается по 25 мг элементарного цинка 3 раза в день. Соли цинка принимаются между приёмами пищи. Все соли цинка не различаются в эффективности.

Адекватность лечения цинком подтверждается измерением суточной экскреции меди с мочой, которая должна быть менее 75 мкг/сут. Дополнительно снижаются уровни не связанной с церулоплазмином меди в крови. Увеличение экскреции меди с мочой и концентрации «свободной» меди в крови означает несоблюдение рекомендаций по лечению.

Цинк относительно безопасен, из побочных эффектов наиболее частыми являются расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта в виде чувства жжения в эпигастрии, тошноты и головная боль. Описаны случаи повышения сывороточной липазы и/или амилазы. Неврологические расстройства на фоне применения цинка возникают нечасто.

Трансплантация печени. Показаниями к трансплантации печени при болезни Вильсона служат:

- фульминантная печёночная недостаточность;

- прогрессирование печёночной недостаточности на фоне декомпенсированного цирроза печени без успеха медикаментозной коррекции.

После пересадки печени у реципиента появляются нормальный фенотип донора с нормальным метаболизмом меди. Показатели однолетней выживаемости после трансплантации составляют около 79-87%.

Неврологическая форма болезни не является абсолютным показанием для трансплантации печени, так как процесс может быть стабилизирован медикаментозной терапией, исходы операции не всегда благоприятны, а пациенты могут иметь трудности в приверженности к лечению после трансплантации.

Мониторинг терапии

Целью мониторинга терапии является подтверждение клинического и биохимического улучшения, комплаенса и своевременного обнаружения побочных эффектов. Частота наблюдений должна составлять по меньшей мере 2 раза в год. Более частый

мониторинг требуется во время начальной фазы лечения, при появлении побочных эффектов и у некомплаентных пациентов.

Физикальное обследование должно включать поиск симптомов патологии печени и неврологическое обследование. Лабораторный мониторинг включает показатели билирубина и печёночных ферментов, тесты синтетической функции печени, маркёры метаболизма меди.

У всех пациентов, получающих хелаторы, необходим мониторинг лекарственной токсичности: общий анализ крови и мочи, биохимический профиль должны выполняться в первый месяц еженедельно, второй и третий месяцы один раз в 2 недели, затем (третий и четвёртый месяцы) ежемесячно, после чего – каждые 4-6 месяцев.

Назначение цинка не требует контроля анализов крови или мочи.

Если больному, принимающему хелатирующие препараты, предстоит оперативное вмешательство, дозу препарата в предоперационном и послеоперационном периодах необходимо снизить до 250-500 мг/сут, чтобы не препятствовать заживлению ран. После заживления послеоперационной раны доза увеличивается до поддерживающей. При использовании цинка терапия в предоперационном и послеоперационном периодах не меняется.

Ведение пациенток при беременности

Метаболизм меди должен быть оптимизирован до беременности. Несмотря на имеющиеся предупреждения относительно тератогенного эффекта D-пеницилламина, риск обострения заболевания и развития острой печёночной недостаточности на фоне отмены терапии перевешивает. Наоборот, применение хелаторов и солей цинка связано с положительными исходами беременности как для матери, так и для плода.

Рекомендуемые дозы D-пеницилламина или триентина во время беременности составляют 25-50% дозы до беременности. Если планируется кесарево сечение, то за 6 недель до него и на весь срок заживления послеоперационной раны доза D-пеницилламина снижается до 250 мг/сут. Поддерживающая терапия препаратами цинка во время беременности и после родов остаётся без изменений.

Кормление грудью на фоне терапии D-пеницилламином не рекомендуется, так как он выводится с молоком и может повредить новорождённому. Информация о безопасности триентина и цинка у кормящих матерей отсутствует.

Влияние контрацепции на течение болезни Вильсона не изучено. У здоровых женщин, принимающих контрацептивы, описано появление депозитов меди в роговице, а содержание меди в крови и её экскреция с мочой повышены. Многие внутриматочные спирали содержат медь. Поэтому только спермициды, барьерные контрацептивы и препараты прогестерона могут безопасно применяться при болезни Вильсона.

Прогноз

Прогноз при болезни Вильсона в отсутствие лечения неблагоприятный. Большинство пациентов умирает от печёночных причин, небольшая часть летальных исходов связана с неврологическими осложнениями. С открытием хелатирующей терапии и трансплантации печени выживаемость возросла. У большинства больных с отсутствием или компенсированным циррозом функция печени нормализуется через 1-2 года лечения. Пациенты с неврологической формой заболевания имеют лучший прогноз по сравнению с больными печёночной формой.

Прогностический индекс при острой печёночной недостаточности на фоне болезни Вильсона вычисляется как сумма баллов по трём показателям (билирубин, АсАТ, протромбиновое время). При наличии ≥ 10 баллов немедленно решается вопрос о трансплантации печени.

Согласно модифицированной шкале, включающей 5 показателей (билирубин, АсАТ, международное нормализованное отношение, лейкоциты, альбумин), наличие 11 и более баллов ассоциировано с высоким риском смерти пациента без трансплантации печени.

Павел КОРОЙ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Ставропольский государственный
медицинский университет.

Женщина 45 лет, филиппинка по происхождению, прежде здоровая, поступила в больницу по поводу эпизода головокружения, которое спонтанно прошло через 2 минуты. Любые другие симптомы больная отрицает. В прошлом у неё была гипертензия, диагноз которой был поставлен в 27 лет. Больная не курит, не употребляет алкоголь. Брат в 46 лет перенёс инсульт.

При обследовании – АД 160/100 мм рт.ст. на правой руке и 140/95 – на левой. Уровень глюкозы в крови 6,8 ммоль/л (норма 4-11). На обеих сонных артериях и левой ренальной артерии при аускультации определялся громкий шум. Пульс на правой лучевой артерии был сильнее, чем на левой, пальпировался на обеих нижних конечностях. Результаты других физикальных исследований были в норме.

В общем анализе крови отклонений не выявлено. В биохимическом анализе крови уровни мочевины и электролитов, показатели функции печени, щитовидной железы и тесты на тропонин и С-реактивный протеин также в норме. СОЭ слегка повышена – 22 мм рт.ст. (норма < 20). Результаты исследования на васкулит: антинуклеарные антитела, экстрагируемые нуклеарные антигены, двуцепочечная ДНК и антинейтрофильные цитоплазматические антитела – в норме. Тесты на тромбофилию: IgG антикардиолипина, антитромбин III, функция протеина С, свободный протеин S, мутация (20219) гена протромбина, фактор Leiden V и антитела к анти-2-гликопротеину 1 также были в норме. Уровни общего холестерина – 2,6 ммоль/л (норма < 5,5), липопротеина низкой плотности – 1,5 ммоль/л (норма < 3,5), липопротеина высокой плотности – 0,9 ммоль/л (норма > 1).

КТ головного мозга не выявила никаких особенностей. МРТ показала наличие супратенториального T2-взвешенного и FLAIR гиперинтенсивности белого вещества головного мозга, что позволяло предположить умеренную хроническую ишемическую болезнь малых сосудов. Дуплексное ультразвуковое сканирование каротидных и вертебральных сосудов подтвердило наличие высокой степени стеноза обеих внутренних и наружных сонных артерий. КТ-ангиография выявила выраженный для возраста больной атеросклероз и стеноз в правой внутренней сонной артерии и в дистальном отделе левой общей сонной артерии. При КТ-ангиографии торакальной аорты обнаружены аневризма нисходящего отдела аорты и тромбоз левой подключичной артерии. КТ-ангиография почечных сосудов выявила стеноз в начальном отделе левой почечной артерии (на снимке). Результаты ПЭТ всего тела не удалось интерпретировать из-за физиологического потребления контрастного вещества серым жиром, который ограничивает способность оценить наличие васкулита крупных сосудов.

Комбинация стеноза и аневризмы делает наиболее доказательным у обсуждаемой больной диагноз артериита Такаюсу (АТ). Данные об отсутствии активности болезни говорят в пользу поздней стадии АТ. У больных с фибромаскулярной дисплазией (ФМД) может быть схожая картина, но при этой болезни мало вероятно вовлечение в процесс нескольких сосудистых бассейнов (см. табл.).

АТ представляет собой воспалительную васопатию аорты и её главных ветвей. Предполагалось, что эта болезнь поражает только женщин азиатского происхождения, но было подтверждено, что болеть могут мужчины и женщины любой этнической группы, особенно во второй и третьей декаде жизни.

Патогенез АТ недостаточно изучен. Воспаление сосудов приводит к утолщению их стенок, фиброзу, стенозу и тромбозу. Панартериит с рубцеванием адвентиции и интимы сосудов распространяется в дистальном направлении от аорты к её ветвям, вызывая сужение и окклюзию. Воспаление может разрушить медиальный слой артерий и привести к развитию аневризмы. Вероятность летального исхода велика вследствие окклюзии сосуда и аневризмы.

АТ имеет три фазы развития. Клиническая картина зависит от степени дилатации артерий, их сужения и окклюзии. I фаза – воспалительный период, который характеризуется неспецифическими симптомами, такими как лихорадка и потеря массы тела. При II фазе – болезненность по ходу сосудов вследствие их воспаления. III фаза, поздняя, или «горячая» (burnt out) стадия, когда доминирует ишемия во многих органах. Этой фазы у обсуждаемой больной не было, она имела шансы выйти в ремиссию, тем не менее мог быть рецидив болезни.

ФМД – редкая болезнь, которая похожа на васкулит. Это и не воспалительная и не атеросклеротическая ангиопатия, которая в

Клинический разбор

Очень сходная картина

Васкулит или фибромаскулярная дисплазия?

Дифференциальная диагностика обсуждаемого случая

Заблевание	Признаки – за	Признаки – против
Острый синдром Такаюсу	Поражение многих сосудистых бассейнов Низкий уровень маркёров воспаления Отсутствие симптомов системного поражения Женский пол Наиболее вероятный возраст начала болезни < 40 лет	Нет общепринятых симптомов, которые указывали бы на активный артериит Такаюсу в анамнезе жизни
Активный синдром Такаюсу	Поражение многих сосудистых бассейнов Женский пол Наиболее вероятный возраст начала болезни < 40 лет	Отсутствуют текущие общепринятые симптомы
Фибромаскулярная дисплазия	Возраст начала симптомов 30-50 лет Женский пол	Диффузное поражение сосудов
Атеросклероз	Семейный анамнез инсульта Гипертензия в анамнезе жизни	Возраст < 45 лет Диффузное и тяжёлое поражение сосудов Малое количество кардиоваскулярных факторов риска
Гигантоклеточный артериит	Поражение крупных артерий	Возраст < 50 лет Нелокализованные головные боли Отсутствие болезненности над височной артерией или уменьшение пульсовой волны височной артерии СОЭ повышена незначительно

большинстве случаев имеет место у детей. Она наблюдается вблизи артериального русла.

Клиническая манифестация ФМД зависит от распространённости поражения артерий. Болезнь может вызвать стеноз, аневризму, расслоение стенки артерии, её окклюзию. Наиболее частые симптомы – головокружение, гипертензия и инсульт. У больных ФМД наиболее часто поражаются почечные и сонные артерии. В клинической картине болезни выделяют три подтипа в соответствии с тем, поражение какого слоя артерии имеет место.

Встречаются случаи, когда трудно дифференцировать ФМД и васкулит. ФМД – не воспалительное заболевание и обычно не

ассоциировано с анемией, тромбоцитопенией или повышением уровня реактантов острой фазы. Если гистологически не удастся доказать, имеет место ФМД или воспаление, различить эти болезни по данным ангиографии трудно, так как картина при обеих болезнях сходная.

Диагностическое подтверждение у обсуждаемой пациентки было получено при биопсии артерий. Риска осложнений процедуры не было. Получено достаточное количество васкулярных образцов. АТ оказалось предпочтительным диагнозом. Отсутствие облигатных признаков и низкий уровень маркёров воспаления свидетельствовали в пользу поздней фазы болезни, но полностью исключить наличие активности про-

цесса было нельзя. Отличия между этими состояниями представляются клинически важными, так как терапия разная.

Лечение АТ может представить трудности. Отсутствие золотого стандарта для определения уровня активности процесса часто приводит к тому, что диагноз подтверждается клиникой, результатами гистологии и визуальных методов исследования. Может быть недостаточная корреляция между результатами таких исследований, приводящая к неопределённости диагноза и результатов применяемой терапии.

Целью лечения АТ является минимизация долговременных побочных эффектов болезни и состояния артерий. При активной фазе АТ это достигается применением кортикостероидов и цитостатиков. Применение этих препаратов в поздней фазе АТ должно быть продолжительным. Недостаточный ответ на противовоспалительную терапию может вызвать сомнения относительно агрессивности иммуносупрессоров у больного. Однако больные, у которых предполагают позднюю фазу АТ, могут иметь гистологические признаки ещё текущего процесса. Хотя 10-летняя выживаемость низкая, развитие артериальной окклюзии при АТ бывает часто. Так как воспаление является фактором риска атеросклероза, следует обратить внимание на факторы кардиоваскулярного риска и применять в терапии антиагрегантные, противогипертензионные препараты и статины. Однако ингибитор АПФ требует пристального мониторинга при наличии стеноза почечных артерий. Стентирование и баллонная ангиопластика могут быть показаны для поддержания на должном уровне проходимости артерий.

АТ представляет много трудностей как для диагностики, так и для лечения. Применение супердиагностических техник, включая визуальные методики, могут помочь определить степень активности болезни и характер терапевтических интервенций.

Из приведённого описания АТ можно извлечь следующие уроки для практики:

*Фибромаскулярная болезнь может быть похожей на артериит Такаюсу.

*Различные факторы, такие как возраст, распространённость поражения сосудов и маркёры воспаления могут помочь провести дифференциальную диагностику между артериитом Такаюсу и другими болезнями.

*Больные, имеющие хороший прогноз, не должны иметь риск, связанный с лечением, когда вред превышает пользу.

*Вторичная профилактика и лечение кардиоваскулярных факторов риска являются жизненно важными для больных с артериитом Такаюсу.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам Medical Journal of Australia.



КТ-ангиография почечных артерий. Стеноз в самом начале левой почечной артерии (стрелка).

В связи с недавним Всемирным днём борьбы против рака в Москве состоялся «круглый стол» ведущих специалистов-онкологов. Во встрече приняли участие руководители Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина – директор академик РАН Михаил Давыдов, заместитель директора по научной работе академик РАН Михаил Личиницер, заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина академик РАН Владимир Поляков, главный врач Московской городской онкологической больницы № 62 Анатолий Махсон и заведующий химиотерапевтическим отделением больницы Даниил Строяковский. В центре внимания – одно из самых грозных заболеваний современной цивилизации, глобальные проблемы, связанные с недугом, работа медиков, нацеленная на его предотвращение, выявление и лечение.

эффективные препараты, которые могут спасти множество жизней. Таргетные препараты способны точно поразить опухоль, не задевая здоровых тканей. Но... имеют место неоправданно длительная их сертификация, регистрация, недоступность из-за высокой стоимости. В научно обоснованной практике существуют скрининговые программы, суть которых – обследование в определённых возрастных группах, наиболее подверженных заболеваниям, с целью выявления мутаций на мо-

высокотехнологичном лечении, многократно превышает достигнутый уровень. Между тем Минфин имеет планы снизить объём федеральных субвенций на здравоохранение на 10%. Намечено выравнивание расходов из фонда ОМС на регионы. В итоге, бьёт тревогу А.Махсон, здравоохранение Москвы потеряет 22 млрд руб. Перевод онкослужбы с бюджетного финансирования на ОМС чреват большими неприятностями.

Медучреждение и врач должны иметь возможность помочь

медицинские препараты, содержащие наркотические вещества, то они составят меньше 1% от этой величины. Нельзя, чтобы страдали больные.

У медиков на вооружении появляется всё больше современного дорогостоящего оборудования. Однако из-за нехватки средств на поддержку его постоянной готовности оно используется на 15-20%. Немало случаев, когда его приобретали, не уяснив технических условий эксплуатации. Не хватает специалистов – медицинских физиков,

В основе – поломка генома

Рак – это поломка генома, и ни один человек на планете не застрахован от подобного сбоя. По мнению учёных, появлению онкологического заболевания могут способствовать как внешние, так и внутренние причины.

– Поломка генома, приводящая к раку, рано или поздно возникает в любом организме, – поясняет академик М.Давыдов. – Вопрос только в том, в каком возрасте это произойдёт. Общеизвестно, что вероятность появления злокачественной опухоли увеличивается с годами. Рак – приобретённое заболевание. В зоне риска всё население, особенно люди старше 50 лет. Однако во многих случаях поломка случается настолько поздно, что смерть связана с какими-то другими причинами.

В странах, где достигнута большая продолжительность жизни, велика и статистика выявления злокачественных опухолей. На первом месте по смертности от онкологических болезней сегодня Япония. В 27 странах рак по опереваемости лидирует...

Учёные сегодня насчитывают более 100 видов рака. Если говорить о мужчинах, то для них причиной смерти чаще выступает (в порядке убывания) рак лёгких, желудка, печени, ободочной, прямой кишок и пищевода. У женщин – рак молочной железы, лёгких, желудка, прямой, ободочной кишок и шейки матки. Важнейшей – в 70% случаев – причиной развития рака лёгких в мире является употребление табака.

Пятая часть всех раковых заболеваний в мире развивается в результате хронической инфекции. Так, вирус папилломы человека вызывает рак шейки матки, а вирус гепатита В – рак печени.

Место для запятой

А между тем успехи медицины убедительно доказывают: при раннем выявлении и надлежащем лечении рак можно победить. По своему мастерству российские онкологи не уступают зарубежным коллегам. В недавнем прошлом в РОНЦ им. Н.Н.Блохина возвращали в строй 20-25% прибывших сюда пациентов, сегодня – 80%... Врачи спасают подавляющее число больных детей.

О чём говорит мировая статистика лечения онкологических заболеваний? По каким-то позициям мы впереди зарубежных коллег, но где-то отстаём. В США, по их данным, обеспечивается 95% выздоровления при раке молочной железы. У нас – 60%. Сказывается разное финансовое обеспечение.

Королева из сказки Маршала не знала, где поставить запятую во фразе: «Казнить нельзя по-

«Круглый стол»

Раковый диагноз — не приговор

И это не успокоительная фраза, а авторитетное мнение светил онкологии



миловать». Известная аксиома: в борьбе с раковым заболеванием решающим фактором выступает своевременное обнаружение недуга, продуманная терапия, использование современных препаратов... И вот тут-то нередко возникает вопрос, «где поставить запятую?»

Социально значимым заболеванием, к примеру, выступает рак молочной железы (РМЖ). Это самая распространённая форма злокачественного заболевания у женщин. Ему подвержены все возрастные группы. Но риск увеличивается для женщин старше 40. Ежегодно в мире выявляется более миллиона случаев РМЖ. И этот показатель продолжает расти. Здесь важны ранняя диагностика, эффективная система противораковой просветительской и воспитательной работы среди населения.

Однако и здесь должно присутствовать чувство меры, предупреждают специалисты. В прессе широко освещалась история американской кинозвезды Анжелины Джоли. У неё был констатирован высокий риск заболевания РМЖ, и она приняла решение провести профилактическое удаление молочных желез. Но в каждом случае требуется индивидуальное решение, совет опытных онкологов. Нужен деликатный, осторожный подход, в частности, анамнез по материнской линии... Важно не допустить панических настроений, неоправданных страхов, особенно среди молодёжи.

Специалисты утверждают: в мире появляются новые, очень

лекулярном уровне. Но это дорогостоящее удовольствие. У нас подобного пока нет. Расчёт – на региональные программы...

Кто будет платить?

– В недавнем прошлом, – говорит главный врач МГОБ № 62 А.Махсон, – действовал приказ министерства, по которому онкопатологией должны были заниматься только в специализированных учреждениях. Но его сменил другой приказ, согласно которому лечением рака может заниматься любая многопрофильная больница, было бы хирургическое отделение...

Специалисты в недоумении: к чему это может привести? Анализ результатов лечения больных в различных клиниках убеждает: показатели отличаются на 15-20% в пользу тех, кому медицинская помощь была оказана в онкологических больницах.

За последними новациями явно просматривается лоббирование коммерческих структур. Появился тезис: «Деньги идут за больным»... Когда на первом плане не больной, а деньги, которые будут заплачены за его лечение. И результат – рост рецидивов. А вот с ними иметь дело никто не желает: «Идите в специализированную клинику!»

Противостояние онкологическим заболеваниям требует огромных финансовых вложений. И справедливости ради следует сказать, что за последние годы финансирование этого направления существенно выросло, но реальная потребность в средствах, особенно при

сложному больному. К примеру, когда в 62-й больнице появляются пустые койки, там готовы принять иногородних больных. Но Московский фонд ОМС оплачивает в этом случае врачебную помощь, но не дорогостоящую химиотерапию. А регионы не в силах возместить расходы на химиопрепараты.

– Ныне объём страхового возмещения по ОМС, – уточняет М.Давыдов, – составляет 3,5% – 96 тыс. руб. Реально лечение пациента обходится в 1,5 млн руб. Медики теряют покой, выискивая источники финансирования, чтобы как-то выйти из положения. Стоимость препаратов нередко заоблачная: так, при миеломной болезни набор таблеток стоит 500 тыс. руб.! А на курс лечения требуется 3–4 таких упаковки...

...И другие проблемы

Отрасли не хватает около 3,5 тыс. онкологов. Среди действующих – много совместителей. Но дело не только в количестве, но и в качестве. В России специалистов «шлифуют» в процессе последипломной подготовки. За рубежом это делают на базе крупных специализированных центров... Мы как-то забываем, что онкология – самое сложное, по сравнению с другими медицинскими профессиями, занятие. Не случайно в передовых странах мира отрасль курирует президент либо кто-то из первых лиц государства.

В России ежегодно выявляется около полутора миллиона случаев раковых заболеваний, примерно 300 тыс. больных погибают. Главная причина – запущенность болезни. И это удручает!.. Изменить ситуацию можно, лишь организовав раннее выявление, первичную и вторичную профилактику, внедрив скрининговые нозологические программы, нацеленные на зоны риска.

Тревожной остаётся проблема с обезболивающими препаратами. Под лозунгом борьбы с наркотиками возникла ситуация, когда крайними оказываются больные, остро нуждающиеся в обезболивании. Это недопустимо. По официальным данным Комитета по обороту наркотиков, в стране задерживают до 100 т героина в год. Однако если взять морфий, пирамидон, другие

радиоинженеров, способных сопровождать его работу. Это всё равно что купить дорогостоящий лимузин и заправлять его сеном...

...За последнее время в противоборстве с раковыми заболеваниями сделано немало. В рамках программы модернизации фондооснащённость государственных медицинских организаций в регионах за 2011-2013 гг. повысилась в 2,5 раза. В РОНЦ им. Н.Н.Блохина завершается сооружение нового корпуса детской онкологии, рассчитанного на 250 коек. По плану его должны запустить в 2017 г. Многие из тех, кто стремился за границу, лечатся сегодня в России.

– Назрела необходимость, – считает академик М.Личиницер, – создать национальный противораковый центр, который помог бы обеспечить доступность современного лечения не только в Москве, Петербурге, но и повсюду в России. Весомым аргументом «за» стало недавнее посещение группой ведущих онкологов Москвы онкодиспансера в Тамбове. Они провели там мастер-классы, выполнив 14 показательных операций...

На встрече был поднят вопрос о введении в России «онкологической страховки», которая давала бы человеку возможность находить средства на лечение дорогостоящих заболеваний, не перекладывая всё на плечи государства и уж тем более на систему ОМС, которая явно не в состоянии справиться с подобной нагрузкой.

«В соответствии с действующей Конституцией РФ, – прозвучало на «круглом столе», – человек должен получить в государственном учреждении бесплатную медицинскую помощь. И не его забота, как она покрывается. Качество медицинской помощи не должно отличаться не только по технической оснащённости, но и профессионально. В советское время никого не спрашивали, есть у вас страховой полис или нет? Достаточно было предъявить паспорт. Используя сегодня частные страховые компании, строя новую модель здравоохранения, негоже забывать об опыте недавнего прошлого».

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Москва.

Проект «Качество жизни (Здоровье)» направлен на повышение квалификации медицинских работников. Об этом в ходе тематического совещания по внедрению передовых практик обучения заявила соруководитель данного проекта, член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева. Вот что она рассказала далее:

– Образование специалиста играет ключевую роль при обеспечении населения медицинской помощью. Медики должны постоянно совершенствоваться, использовать новые методы диагностики и лечения тех или иных заболеваний. Ассортимент лекарственных препаратов меняется, постоянно появляется новое оборудование. Соответственно, повышение квалификации медработника является необходимым. Базовое высшее образование не может учитывать всех изменений в подходах к оказанию медицинской помощи, а получить специальное образование не всегда возможно.

В ряде субъектов нашей страны с 2013 г. начал работу пилотный проект «Непрерывное образование», направленный на внедрение непрерывного повышения квалификации медработников. Проект реализуется по инициативе Национальной медицинской палаты в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Воронеже, Краснодаре, Ставрополе, Екатеринбурге, Тюмени, Хабаровске. Непрерывное образование организовано по трём специальностям: участковый педиатр, участковый терапевт и врач общей

Проекты

УЧИТЬСЯ, УЧИТЬСЯ И УЧИТЬСЯ

Этот девиз должен всегда сопровождать наших медиков



практики. Занятия проводятся дистанционно.

С первых дней реализации проекта «Качество жизни (Здоровье)» поддерживает «Непрерывное образование» и привлекает к участию в нём медиков, педагогов, профессоров. Достигнута договорённость с Минздравом о распространении проекта на все регионы РФ с 2016 г.

Ещё вчера специалист должен был повышать квалификацию каждые 5 лет. Итогом подтверждения квалификации становится сертификат на занятие определённым видом деятельности. В соответствии

с нашим подходом специалист будет повышать квалификацию постоянно. В связи с этим при прохождении сертификации будут учитываться все прослушанные лекции, онлайн- и видеоконференции, обучающие семинары, которые специалист посетил в течение 5 лет.

Учитывая дефицит медицинских кадров в сельской местности, отрываться надолго специалистов от рабочего места нельзя. Поэтому используются новейшие IT-технологии, позволяющие проводить онлайн-обучение специалистов. При этом врачу не надо ехать куда-то, а покидать своё рабочее место он будет только на время сдачи экзаменов.

Однако мы считаем, что самое главное для каждого специалиста – это самообразование. Не читая постоянно периодическую медицинскую литературу, электронные книги Национальной медицинской библиотеки, которые сегодня полностью переведены в электронную версию, врач не сможет повысить свою квалификацию. Каждый специалист должен постоянно знакомиться с новостями медицины.

Ещё одно направление работы проекта в рамках повышения квалификации специалистов – это проведение аттестации. Так, совместно с Минздравом была проведена аттестация профессорско-преподавательского состава медвузов. Сейчас проводится аттестация представителей средних специальных медицинских образовательных учреждений. Одной из проблем, выявленных в ходе аттестации, стал возрастной состав работников. К преподавательской деятельности необходимо привлекать молодых специалистов с учёными степенями.

Кроме того, мы считаем, что профессорско-преподавательский состав имеет полное право на ведение практической деятельности, то есть на приём пациентов. В этом направлении мы уже заручились договорённостью с Минздравом России. Этот вопрос мы намерены довести до окончательного положительного разрешения, – резюмировала депутат Госдумы РФ.

Подготовил
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

В Ярославле на базе Российского эндоскопического учебного центра состоялся 18-й Международный российско-японский семинар «Практические аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний и рака пищеварительной системы». Очно и в режиме онлайн в нём участвовали эндоскописты, онкологи, гастроэнтерологи, терапевты из разных российских регионов.

Разглядеть невидимое

Семинар был посвящён вопросам диагностики и лечения колоректального рака, поскольку в последнее время число его случаев неуклонно растёт. Идея раннего выявления опухоли, когда её размер не превышает 1 см, принадлежит одному из создателей и преподавателю курса, профессору Медицинского университета города Канадзава (Япония) Тору Ито. Выполнив щадящую операцию, удаётся сохранить пациенту здоровье и полноценную жизнь.

Японские специалисты достигли впечатляющих результатов – 100% пациентов переживают 5-летний рубеж. В России данные скромнее – всего 40%. Тем не менее регулярное посещение врачами курсов, где они обучаются диагностике и тактике ведения таких больных, уже дало результаты. Специалисты из Рыбинска, Ярославля, Пошехонья выявляют опухоли пищеварительной системы размером менее 5 мм. Двум таким пациентам операция была сделана в ходе семинара.

Как же удаётся обнаружить такую маленькую опухоль? Заместитель главного врача Пошехонской ЦРБ, эндоскопист Сергей Кайдалов рассказал, что с помощью современного оборудования, которое поступило в их больницу по программе модернизации здравоохранения, появилась возможность диагностировать предрак, то есть опухоль в самом начале развития. Кроме того, врачи из района могут в режиме онлайн получить консультацию любого специалиста областной клинической онкологической больницы.

– То, что врачи из муниципальных районов стали чаще выявлять предрак, – результат их обучения на курсах, – считает главный врач Ярославской ОКОБ Николай Ахапкин. Обнаружение опухоли до начала её роста позволяет сохранить человеку практически здоровый кишечник. Операция делается в Ярославле, людям не надо ехать в федеральные клиники. По предварительным итогам, за прошлый год в нашем регионе было впервые выявлено около 6 тыс. человек с новообразованиями, 50% из них – на ранних стадиях. Тем не менее половине пациентов диагноз ставится поздно, поэтому у врачей первичного звена должна быть онкологическая настороженность. Своевременное направление человека из группы риска на обследование сохраняет ему жизнь.

Сегодня ярославские специалисты разрабатывают математическую модель диагностики рака пищеварительной системы на ранних стадиях. Эту программу можно будет применить и в маммологии для обнаружения опухолей молочной железы размером менее 5 мм.

Как всегда, программа семинара была насыщенной – лекции японских и ярославских специалистов, «живые» демонстрации из операционных с комментариями хирургов. Состоялся традиционный практический курс обучения на «тренажёрах», изготовленных из органов животных. Успешное сотрудничество продолжится, договор об этом подписали ректор Ярославского государственного медицинского университета профессор Алексей Павлов и профессор Тору Ито.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Современные технологии

Новая российская вакцина от гриппа станет доступной уже в этом году

В НПО «Микроген» разработана новая высокоэффективная и безопасная вакцина последнего поколения для защиты от гриппа «Совигрипп».

Успешное освоение промышленного выпуска инактивированной субъединичной вакцины «Совигрипп» стало результатом начатой в 2013 г. работы по масштабированию производства препарата, ранее выпускавшегося только в экспериментальных объёмах.

Вакцина представляет собой поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидаза), выделенные из высокоочищенных вирионов вируса гриппа типов А и В.

Включение адьюванта в состав препарата значительно повышает эффективность вакцинации людей со слабой иммунной системой, в том числе групп риска.

Клинические испытания «Совигриппа» подтвердили его выраженную иммуногенную активность, хорошую переносимость, высокий уровень безопасности и стойкую профилактическую эффективность. У вакцины отсутствуют токсичность и пирогенность.

Препарат предназначен для активной ежегодной профилактической иммунизации против се-

зонного гриппа людей в возрасте от 18 до 60 лет.

Особенно вакцина рекомендована лицам, часто болеющим ОРВИ, страдающим болезнями и пороками развития сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, почеч, сахарным диабетом, хронической анемией, аллергопатологией (кроме аллергии к куриному белку), а также врождённым или приобретённым иммунодефицитом, в том числе инфицированным ВИЧ.

Иновационный препарат изготавливается в филиале НПО «Микроген» в Уфе «Иммунопрепарат» в соответствии с современными стандартами производства и качества. В этом году планируется выпустить 19 млн доз востребованной вакцины.

«Совигрипп» соответствует всем требованиям, предъявляемым к показателям иммуногенности инактивированных гриппозных сезонных вакцин Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

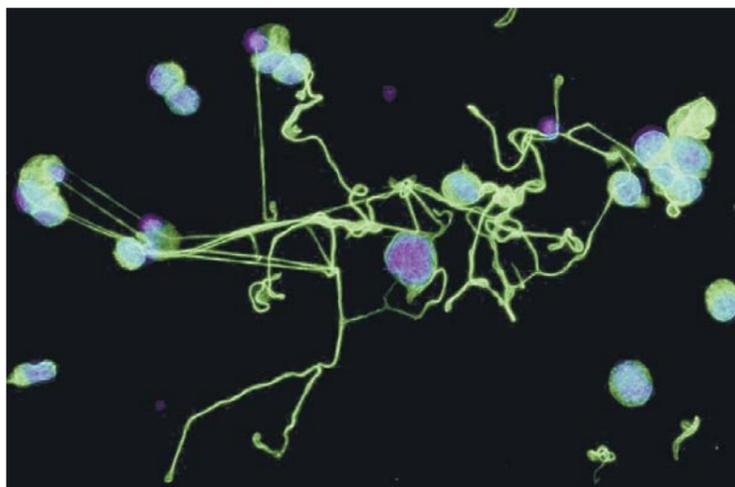
Выпуск новейшей отечественной вакцины способствует импортозамещению дорогостоящих зарубежных аналогов в соответствии с Федеральной целевой программой «ФАРМА-2020».



Гипотезы

Уроки мутаций

Виктор Лобаненков, учёный Института раковых исследований в Ла-Джолле (Калифорния, США), стал автором работы, в которой описываются хромосомные «перестройки» в ходе развития стволовых клеток, в том числе дающих нейроны, что приводит к формированию мутационного «ракового ландшафта».



Культура тромбоцитов

Несколько лет назад сотрудники Йельского университета сообщили о 3 пациентах с отсутствием извилин в затылочной коре. Нарушение развилось в результате делеции двух букв генетического кода в ДНК, кодирующей синтез белка ламинина (от lamina – слой, плёнка). Белок играет ключевую роль в развитии многослойной коры мозга.

Следующая новость пришла из Университета Аархуса (Дания). Там учёные описали семью, члены которой не могли нормально ходить вследствие неравного чувства равновесия. Болезнь случилась у детей, родившихся в «кузенном» браке – заключённом между двоюродными братом и сестрой. Столь близкое родство

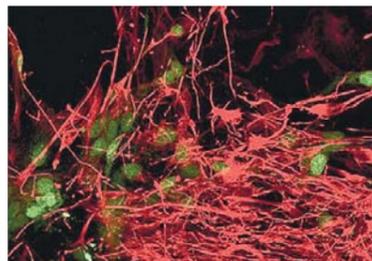
рошо взаимодействуют с клетками эндотелия, выстилающего сосуды изнутри, формируют агрегаты, которые затем образуют сгусток. Эти пластинки можно будет использовать не только для улучшения состояния раковых больных, но также при лечении ран, язв и ожогов, регенерации костей и даже зубов, а также в пластиче-

беспокойство. Мутации в гене другого рецептора (EGFR) хорошо знакомы врачам, имеющих дело с большими раком молочной железы. Ошибки в гене рецептора, как выяснили учёные Университета штата Пенсильвания, приводят к росту весьма «злых» опухолей мозга – глиобластом, поэтому в Филадельфии сумели «перенаправить» иммунные Т-лимфоциты для борьбы с опухолевыми клетками (Т-лимфоциты в первую очередь поражаются ВИЧ).

Наследуемые мутации передаются от родителей детям посредством герминативных клеток, из которых после созревания образуются спермии и яйцеклетки. Исследователи Кембриджа после обследования 24 097 родителей и их детей выявили, к своему удивлению, что количество мутаций у юношей в 6-7 раз выше, чем у девушек, что отражается затем на детях, особенно родившихся у отцов-тинейджеров, – аутизм, шизофрения и даже Spina bifida. Мутации в упоминавшемся выше гене PDGF приводят к микроцефалии. Сотрудники Королевского колледжа в Лондоне выяснили, что у будущих мальчиков и девочек уже в утробе матери различается присоединение к ДНК метильных групп (-CH₃), «отвечающих» за выключение генов развития (различие составляет 7% в полумиллионе ДНК-сайтов). Различие активности генов выявили и у людей с боковым амиотрофическим склерозом. Исследователи Колумбийского университета в Нью-Йорке сравнили геномы 2874 больных и 6405 здоровых людей, определив мутации в двух генах (TBK и OPTN). Фермент, кодируемый первым, «участвует» в воспалении и необходим для аутофагии нефункциональных клеток, а второй нужен для замыкания связей нервных клеток. Оба белка взаимодействуют друг с другом, а также с белком опухоленекротизирующего фактора (TNF).

Раковые гены в своей нормальной «ипостаси» работают в мозгу, но различно у человека и шимпанзе. В Даремском университете штата Северная Каролина выяснили, что разница объясняется нехваткой у шимпанзе всего лишь 16 букв генетического кода в одном из генов (HARE). Перенос гена человека мышам привёл к рождению мышат с большим мозгом и увеличению поверхности коры на 12%, в то время как ген шимпанзе ничего подобного не дал. Теперь учёные ждут, как изменится структура мозга «очеловеченных» мышей и их поведение.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам
Nature Genetics, PNAS.



Культура нейронов: слева – от больного амиотрофическим склерозом, справа – от здорового

родителей привело к объединению двух мутантных копий гена, отвечающего за синтез протеина, транспортирующего через клеточные оболочки молекулы жиров, необходимых для построения этих самых оболочек. Нарушение процесса ведёт к заболеваниям печени и мозга, и в частности болезни Альцгеймера.

Известно, что браки заключаются на небесах, а вот подготовка к ним в виде пубертата начинается в гипоталамусе, лежащем в глубине мозга и отвечающем за основные инстинкты. В некоторых его клетках, отвечающих за включение гипофиза, посылающего затем сигналы в половые железы – гонады, весьма активен ген с красивым названием KISS («поцелуй»). Он кодирует синтез небольшого белка, который онкологи назвали «метастином», поскольку он подавляет развитие опухолей. Включение KISS в мозгу стимулирует пубертат, а при мутациях его – раннее наступление или отсутствие полового созревания (гипогонадизм). Так как KISS действует на клетки через белковый рецептор, мутации в котором обнаруживаются при опухолях, мы наблюдаем своеобразный мостик между неврологией и онкологией.

Если человек получает химиотерапию, то одним из осложнений её является тромбоцитопения. Похоже, что специалисты университетов Павии (Италия) и Тафта (США) решили проблему получения необходимых количеств «своих» для пациента тромбоцитов, используя для их наработки пористый шёлк в виде 3D-окружения – «ниши» – для клеток костного мозга (процесс программируемый и автоматизируемый). Опыты показали, что «биоинженерные» пластинки хо-

ской хирургии для «ликвидации» шрамов и рубцов. Немаловажно и то, что пластинки будут давать протеиновые факторы роста, например VEGF и PDGF, которые необходимы для стимулирования роста нор-



Увеличенный мозг мышонка (синим показана активность гена человека)

мальных и опухолевых сосудов (ангиогенез). Но у этих белков в том же Йельском университете открыты и другие функции, поскольку выяснилось, что первый белок, синтезируемый клетками сосудистого эндотелия, необходим и для формирования новых нейронов, например в том же гипоталамусе, отвечающем за память. Мыши после выключения гена VEGF имеют меньше клеток в гиппокампе и проявляют большое

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Федорова»
Минздрава России объявляет конкурс
на замещение вакантных должностей:

- младшего научного сотрудника отдела хирургии хрусталика и интраокулярной коррекции
- научного сотрудника отдела трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отрезка глазного яблока
- научного сотрудника отдела витреоретинальной хирургии и диабета глаза (2 вакансии).

Дату и условия проведения конкурса

уточняйте на сайте www.mntk.ru

Справки по тел.: (499) 488-8922 (отдел управления персоналом), (499) 488-8524 (учёный секретарь).

ЗАО «Санаторий «Светлана»
(Саратовская обл., Вольский район)
приглашает на постоянную работу терапевта.

Наличие сертификата обязательно.

Предоставляется 1-комнатная благоустроенная квартира.

Тел. (84593) 53-255.

ПОМОГИТЕ ЭДИКУ!



Двухлетний Эдик Туниев из Москвы уже пережил операцию по трансплантации неродственной почки. Но пересаженный орган проработал всего один месяц. Малышу жизненно необходим автоматический перитонеальный диализ с использованием циклера. Такой аппарат, который ещё называют «искусственной почкой», сможет очищать кровь Эдика во время сна автоматически. Немаловажен и тот факт, что использовать циклер можно дома. Однако приобрести его родители малыша должны самостоятельно. А стоит аппарат 560 тыс. руб. Таких средств в многодетной семье Туниевых в наличии нет и взять их негде.

Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Эдику Туниеву, перечислить средства на его лечение.

Более подробная информация по тел.: (495) 225-13-16
или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Туниева Эдуарда принимаются во всех отделениях
Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство
«Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском
филиале ПАО РСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000272

БИК: 044583272

Назначение платежа: пожертвование
на лечение Туниева Эдуарда

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ



Исследования

Анорексия?
Есть антибиотик!

Французские учёные обнаружили: нарушение пищевого поведения (НПП), такие как анорексия и булимия, могут быть вызваны деятельностью некоторых кишечных бактерий, которые производят белок. Результаты исследования открывают возможность лечения НПП с помощью антибиотиков.

мон собственного организма за чужеродный агент и начать его атаковать, что может привести к нарушению нормального регулирования аппетита и возникновению симптомов, характерных для анорексии (ощущение сытости) и булимии (когда это ощущение не достигается).

Так, по статистике, в мире с серьёзными НПП сталкиваются около 5% женщин и 2% мужчин, а от менее выраженных проблем с питанием страдает 15-20% населения.

До последних лет медицина при лечении НПП была сосредоточена на устранении психологических причин таких заболеваний. Однако на их развитие оказывают влияние в равной степени как психологические, так и генетические факторы, поэтому новый подход обещает большую эффективность лечения.

Исследователи из Университета Руаны установили, что некоторые виды кишечных бактерий, например таких, как кишечная палочка (Escherichia coli), производят белок C1rB, с которым иммунная система организма борется антителами.

Этот белок по структуре подобен гормону меланотропину («гормон насыщения»), регулирующему аппетит. Таким образом, иммунная система может «принять» гор-

Изучение результатов анализов 60 человек показало, что люди с НПП действительно имеют более высокие уровни антител, атакующих белок C1rB, по сравнению со здоровыми людьми.

В настоящее время исследователи разрабатывают диагностический тест по анализу крови для выявления бактериального белка C1rB. Если попытка окажется успешной, это даст возможность лечить НПП, используя индивидуальный подход.

Также авторы работы отметили, что определённые антибиотики могут уничтожить бактерии, производящие белок C1rB и помочь пациентам вернуть нормальный аппетит. Если дальнейшие исследования подтвердят верность этой теории, это откроет перспективу терапии нарушенной пищевого поведения антибиотиками.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сито!

По материалам журнала
Translational Psychiatry.

В 2013 г. правительство США одобрило государственную программу, возможно, не менее амбициозную, чем программа «Аполлон», объявленная в 1961 г. президентом Дж. Кеннеди и поставившая целью осуществить высадку человека на Луне. Речь идёт о проекте BRAIN, или, как расшифровывается эта аббревиатура, Инициативе по исследованию головного мозга через передовые инновационные нейротехнологии.

Санкционированный специальной директивой президента Б. Обамы проект стоимостью 4,5 млрд долл. рассчитан на 12 лет и нацелен на решение задачи раскрыть полную структуру самого сложного материального объекта в природе, наделённость которым собственно и делает нас людьми. В числе прочего предстоит досконально выявить связи между функционированием мозга, генетикой и поведением человека, найти методы, которые помогли бы победить болезнь Альцгеймера, шизофрению, эпилепсию, аутизм и другие ментальные расстройства.

Назначенная одним из директоров программы по планированию Корнелия БАРГМАНН, нейробиолог из Университета им. Рокфеллера в Нью-Йорке, провела целый год, собирая команду экспертов для определения основных направлений исследований в рамках программы. В этом году, говорит она, начнётся предметная работа по её осуществлению. Наш корреспондент в Северной Америке обратился к К. Баргманн с просьбой поделиться подробностями.

– **Учитывая одобрение финансирования и запуск инициативы на самом «верху», правомерен вопрос о соотношении в ней политической и научной составляющих.**

– Не думаю, что поддержка

Наше интервью

Штурм вселенную мозга

Беседа корреспондента «МГ» с директором программы К. Баргманн

нейронауки входит или должна входить в число повседневных и даже долгосрочных приоритетов политики федеральной администрации. Но в научном сообществе созрело убеждение, что в XXI веке настало время приступить к полному раскрытию тайн головного мозга человека. Без содействия государства здесь трудно обойтись. Президент Обама прислушался к нам и поддержал проект.

– **До сих пор работа по проекту, как вы сказали, была в стадии подготовки. Что уже сделано в этом отношении?**

– Мы начали с формирования рабочих групп с участием буквально тысяч специалистов в разных областях и не только в области медицины, но и математики и информатики. Их опрашивали по самому широкому кругу вопросов, представляющихся актуальными. Они касались физиологии мозга, визуализации его деятельности, имеющихся у нас сегодня инструментов и методов его изучения. Мы как бы провели общий смотр сил и «амунициии» – чем мы уже располагаем, чего недостаёт, что и в какой последовательности вырисовывается на горизонте, что нужно, чтобы его приблизить?

– **И что установили, подводя итоги и заглянув вперёд?**

– В прошлом столетии нейронаука проделала большую работу по анализу отдельных групп

нейронов и связей между ними на уровне синапсов, а в последнее десятилетие достигла значительных успехов в наблюдениях за деятельностью мозга в целом. Но самое существенное лежит между этими двумя полюсами и включает триллионы возможных электрохимических соединений между миллиардами нейронов. И здесь кроется главная проблема. Отследить синхронную активность даже миллиона живых клеток имеющимися средствами невозможно. Нынешние технологии позволяют фиксировать сигналы максимум от нескольких тысяч. Это как если бы урбанисты-градостроители вели изучение Нью-Йорка только с помощью увеличительного стекла, с одной стороны, и фотоснимков, сделанных со спутника – с другой. А требуется взглянуть на предмет исследования в человеческом измерении, приближённом к реальности.

– **То есть, применительно к данному случаю, в промежуток от клетки до экрана компьютера?**

– Можно сказать и так. Чтобы изучать мозг в этом диапазоне, разрешающая способность микроскопии, функциональной магнитно-резонансной томографии и даже оптогенетики – несмотря на достигнутый здесь прогресс – должна быть в сто раз лучше. Ассигнования в рамках инициативы позволят

объединить усилия учёных-теоретиков и экспериментаторов из разных дисциплин, выходящих далеко за пределы собственно нейробиологии. Обработка терабайтов информации, поступающей от экспериментов, в свою очередь, потребует новых статистических моделей и новых путей, чтобы позволить тысячам лабораторий обмениваться информацией. Непосредственная цель сейчас – это интенсивно наращивать массив новых данных и сопутствующих им инструментов с тем, чтобы ими могли пользоваться все участники программы.

– **Когда, навскидку, можно ожидать получения первых результатов и каких именно?**

– Полагаю, в течение 2 лет инициатива BRAIN поможет дать ответ только на некоторые базовые вопросы. Например, впервые в истории установить перечень всех типов нейроклеток, присутствующих в мозгу. Для начала требуется увидеть целостную картину взаимодействий нейронов, из которых ariseкают мысли, эмоции и физические действия. По ходу дела будем учиться у самого мозга с тем, чтобы делать компьютеры возможно более подобными нейросетям, которые почти не нуждаются в получении энергии извне.

Подберёмся ли за это время к постижению глубинных основ мышления и креативности? Ду-

маю, всё-таки нет. Да мы и не можем ставить задачу таким образом. Хотя, возможно, какие-то вещи откроются нам попутно. Мы занимаемся фундаментальной наукой, а не прикладной инженерией, где вы точно представляете, в каком направлении хотите двигаться. В науке же вы зачастую не знаете, куда именно идёте, пока не окажетесь там.

– **Тем не менее налогоплательщиков, из кармана которых финансируется программа, не может не интересовать её прикладная сторона.**

– Разумеется. Скажу лишь, что в США больше 5 млн человек страдают нейродегенеративными заболеваниями в различных формах. Общие расходы, связанные с их лечением и содержанием, оцениваются в 200 млрд долл. в год. Представьте, что удастся подобрать ключи к преодолению этих недугов – именно на это, наряду с прочим, нацелена программа. А ведь есть ещё не менее грандиозные задачи по раскрытию в полном объёме и преумножению когнитивных возможностей мозга. Даже если они будут решены частично, уверена, затраты на проект более чем окупятся.

– **Помимо аналогий с программой «Аполлон» невольно приходит на ум сравнение с успешно завершённой 12 лет назад расшифровкой генома человека.**

– И та и другая аналогия по-своему уместна. Постигая тайны мозга, мы обращаемся к настоящей Вселенной внутри каждого из нас. А раскрытие генома человека уже обернулось приростом экономической активности в 140 долл. на каждый доллар, инвестированный в проект. В силу большей дерзости и масштабы инициативы BRAIN, думаю, отдача может быть ещё больше.

Беседу вёл Том ЗАЙЦЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

Исследования

Назад к прописям?

Неврологи – за детское письмо от руки

Дети по всему миру с лёгкостью печатают тексты на клавиатуре и водят пальцами по сенсорным экранам, отложив в сторону бумагу и авторучку. Отразится ли это каким-то образом на развитии и творческих способностях детей?

Новое исследование в области когнитивной неврологии, проведённое исследователем Университета Блумингтона в США Карин Джеймс, указывает на высокую вероятность негативного эффекта данного нововведения в школах.

Писать или печатать?

Для своего исследования профессор Джеймс выбрала детей, которые ещё не научились читать. Они могли различать буквы, но пока ещё не умели складывать из них слова. Детей разделили на две группы: одних учили писать буквы на бумаге, других – печатать на клавиатуре.

Исследователи в первую очередь смотрели на способность ребёнка запоминать буквы и параллельно при помощи компьютерной томографии наблюдали, как со временем меняется деятельность мозга, пока дети учат алфавит.

КТ проводилась до и после занятий, после чего сравнивались результаты двух групп – измеряли уровень потребления кислорода

мозгом. Было обнаружено, что мозг ведёт себя по-разному в зависимости от того, учили ли дети алфавит посредством письма от руки или печатанием на клавиатуре.

Деятельность мозга в первом случае была схожа с таковой у взрослых людей, которые умеют читать и писать, чего не наблюдалось во втором. Учёные обнаружили, что мозг устанавливает связь между процессом рукописания и способностью читать.

«Данные томографии показывают, что письмо подготавливает систему чтения, что упрощает процесс обучения чтению, когда дети переходят к данному этапу», – говорит профессор Джеймс.

Развитие мелкой моторики, необходимой для наработки навыка

письма, может принести пользу и в других сферах когнитивного развития, утверждает профессор Джеймс.

Компьютеры в школах

Результаты исследования могут оказать серьёзное влияние на образовательную политику. По словам Джеймс, некоторые страны поспешили ввести компьютеры в образовательную систему с начальных классов. Она считает, что это исследование может ограничить данную тенденцию.

Некоторые школы в США уже перевели уроки чистописания в разряд необязательных, поэтому многие учителя его больше не преподают. Компьютеры и печатание на клавиатуре используются практически для всех предметов, тогда как письмо отходит на второй план.

Одним из вариантов решения проблемы может быть использование стилуса для письма на планшетах в школах, что в некоторой степени симулирует рукописание.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Однако

Умеренность и аккуратность

Исследователи из США выявили, что у людей старше 60 лет, умеренно потребляющих алкоголь, лучше развита эпизодическая память, содержащая событийную информацию.

нейропсихологические характеристики.

Авторы исследования провели анализ на генетическую предрасположенность к болезни Альцгеймера (аллель гена APOEε4)



Учёные также выявили, что употребление алкогольной продукции в умеренных дозах позитивно влияет на гиппокамп – область головного мозга, отвечающую за формирование эмоций в переходе кратковременной памяти в долговременную.

В данном исследовании приняли участие более 600 человек. Они заполняли специально разработанный опросник, где нужно было указать количество потребляемого ими в среднем алкоголя. Кроме того, они прошли тест, по результатам которого были оценены их

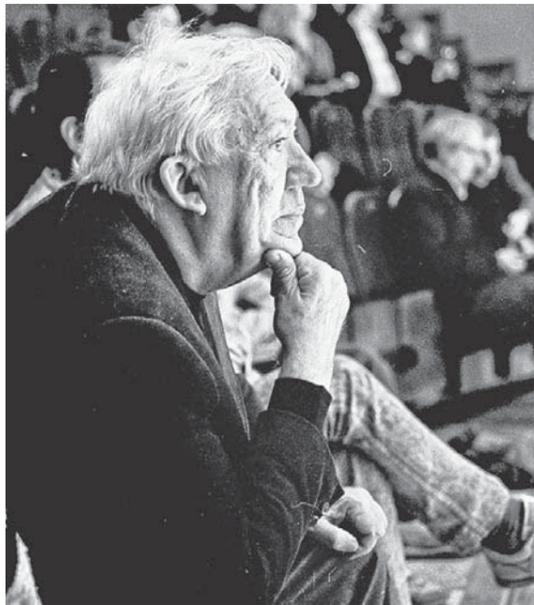
и MPT головного мозга каждого участника.

В итоге было выяснено, что умеренное потребление алкоголя людьми пожилого возраста связано с более развитой эпизодической памятью. Кроме того, умеренная доза алкоголя увеличивает высвобождение нейромедиаторов, участвующих в процессе обработки информации.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сито!

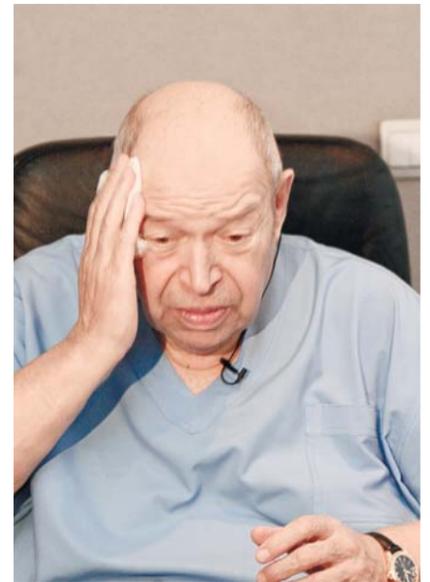
По материалам
American Journal of Alzheimer's
Disease and Other Dementias.



Мудрый клоун без грима (Юрий Никулин)



Здравствуй, жизнь!



В поте лица своего (академик РАН и РАМН Валерий Шумаков)



Сестра милосердия

Вернисаж

В погоне за временем

«Медицинскую газету» приветствовали в Орле

В Орловском краеведческом музее открылась персональная выставка работ фотокорреспондента «Медицинской газеты» Александра Худасова «Ловец времени». Орловчанам представлено 70 работ, во многом отражающих его четвертьвековой путь в нашем издании.

На открытии вернисажа выступили преподаватель факультета журналистики Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Дмитрий Линников, руководитель студии «Этюд» областного Дома

технического творчества молодёжи Игорь Сигалов, заведующий кафедрой «фото-видео» Орловского государственного института искусств Марат Рогозянский, орловский журналист, член Союза фотохудожников РФ, заслуженный работник культуры РФ Леонид Тучнин.

Все они отмечали высокий уровень профессионализма Александра Худасова, его великолепное композиционное чутьё, умение одним кадром показать характер героя, среди которых много выдающихся врачей, стремление работать в жанре фотоочерка.

Приятно было видеть на открытии выставки группу орловских медиков, от имени которых нашего коллегу приветствовала главный врач Орловского областного перинатального центра Ольга Пехото, победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач» 2003 г. в своей номинации.

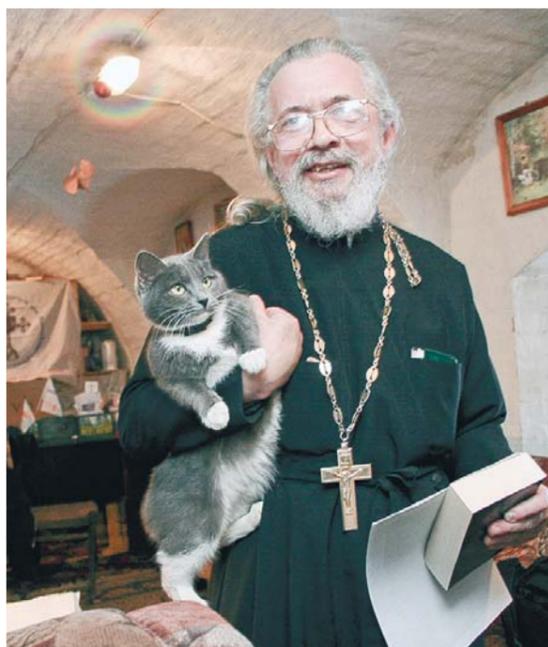
После открытия вернисажа Александр Худасов дал мастер-класс студентам отделений журналистики вузов Орла.

Владимир КОРОЛЁВ,
спец. корр. «МГ».

Орёл.



Робкий взгляд «из-за кулис»



Священник Анатолий Берестов (врач из Крутицкого подворья)



Корабли



К тысячной операции на аорте (кардиохирург Анатолий Малашенков)



Радость

Известный врач-педиатр, детский гематолог и детский онколог, профессор Василий Поляков принадлежит к числу медиков, пишущих не только истории болезни. Много лет он сотрудничает с «Медицинской газетой». В 2005 г. Василий Евгеньевич стал лауреатом литературной премии газеты.

Сегодня «МГ» публикует одну из глав подготовленной к печати книги члена Союза писателей России Василия Полякова под названием «Вирсавия. Роман Алексея Стрелкина» (в сокращённом варианте).

Рано утром в квартире профессора Ямщикова раздался телефонный звонок.

– Савелий, – услышал он в трубке встревоженный голос композитора Тулупова. – Прости, что рано. У меня беда. Дочка заболела. Всю ночь не спала, жаловалась, что болит живот. Утром рвота была.

– А стул был? – тут же поделовому заинтересовался Ямщиков.

– Какой стул? – не понял Тулупов. – Она лежит в кровати. А рядом с кроватью только тумбочка и небольшой пуфик.

«О-о!..» – подумал Ямщиков, а вслух переспросил:

– В туалет она ходила?

– Ты знаешь, не знаю. Её мама мне позвонила, но об этом ничего не говорила.

Ямщиков понял, что ситуация какая-то странная, но было не до расспросов.

– Станислав Никанорович, а мама девочки может перезвонить мне сама?

...Через несколько минут раздался новый звонок, и приятный женский голос извиняющимся тоном произнёс:

– Савелий Викентьевич, здравствуйте. Вас беспокоит мама дочери Тулупова. Он мне только что звонил и сказал, что вы очень опытный врач и можете помочь.

– Как вас зовут?

– Ирина Глебовна, но можно просто Ира.

– Сколько лет вашей дочери?

– Двенадцать.

...Из дальнейшей беседы Ямщиков узнал, что девочка стала жаловаться с вечера предыдущего дня. Ела за ужином плохо. Ночью дважды просыпалась, жаловалась, что болит живот. В ночное время стула не было, хотя в туалет ходила дважды. Вечером температуру не измеряли, а утром градусник показал 37,4. Она не кашляет, насморка нет, на головную боль не жалуется.

Ямщиков посоветовал обязательно вызвать врача из поликлиники. А для себя записал адрес Каминских. Как выяснилось, девочка носила фамилию матери. И в разговоре Ирина поделилась – видимо, решила, что нужно что-то пояснить, – что с Тулуповым они в браке не состоят и живут порознь. Станислав Никанорович большой музыкант, композитор, и постоянное присутствие в доме маленького ребёнка ему бы, конечно, мешало.

Пелёнки-распашонки – это не для его утончённой натуры, но он очень о них заботится и материально помогает.

Было очень удачно, что мама с девочкой жили у соседней станции метро, и Ямщикову не составило труда заехать к ним после работы.

Его беспокоило, что у девочки

На литературный конкурс

Дочка заболела...

(Глава из романа)



были боли в животе, запор, небольшой подъём температуры, но при этом отсутствовала головная боль. Заочно он ставил диагноз аппендицита, поэтому правильно сделал, что порекомендовал вызвать участкового.

День выдался напряжённым и хлопотным. Но в шесть вечера Ямщиков, наконец, снял телефонную трубку и позвонил Каминским. Ирина рассказала, что врач из поликлиники был – совсем молодой женщина. Определила кишечную инфекцию. Прислала медсестру, чтобы взять посев. Никакого лечения пока не назначили, но утром доктор обещала прийти вновь.

Информация Ямщикова вполне удовлетворила. Ситуация под контролем, и можно спокойно ехать домой. Но что-то не давало покоя, и он всё-таки вышел из вагона за одну станцию до своей...

...Когда дверь открылась, Ямщиков увидел прямо перед собой выражавшие удивление глаза молодой женщины.

– Я Савелий Викентьевич Ямщиков. Это вы мне утром звонили по поводу болезни дочери.

– Ой, доктор, простите. Проходите, проходите.

– Где можно вымыть руки? – спросил Ямщиков, раздевшись в небольшой прихожей.

– Пожалуйста, вот здесь ванная, рядом туалет, если нужно. Я сейчас принесу вам свежее полотенце.

Одного взгляда было достаточно, чтобы оценить хозяйку. Просторное, равномерно и нена-

зойливо освещённое помещение было не ванной, а хорошо продуманным семейным центром реабилитации. В нём царили чистота, уют и порядок.

Ямщиков вспомнил наставления преподавателя гигиены ещё в студенческие годы: «Если вы

на мать, девочка, улыбнувшись, своими симпатичными ямочками на щеках стала вылитой Ириной.

– Так что у тебя болит? – спросил Ямщиков.

– Живот немножко. Когда переворачиваюсь на левый бок.

Ямщиков был опытным врачом

и с любым ребёнком находил доверительную форму общения. Для этого нужно было относиться к нему, как к равному, чутко улавливать реакцию, хвалить за помощь и содействие, по возможности не делать ребёнку больно, заранее предупреждать о неприятном и возможной болезненности и убеждённо утверждать, что пациенту вполне по силам её перенести. Если ребёнок всё-таки проявлял недоверие, Ямщиков серьёзно убеждал, что это вполне нормальная реакция, что он тоже боится, когда попадает на приём к врачу. Последний аргумент, исходивший из уст такого большого дяди, вызывал либо удивление, либо смех и уже окончательно успокаивал. И ещё Ямщиков умел шутить – остроумно и парадоксально. А уж это окончательно покорило и детей, и их родителей.

Савелий Викентьевич сначала самым тщательным образом осмотрел больную. Ни асимметрии лица, ни припухлости век, или желтизны глазных яблок он не обнаружил. Губы, правда, были чуть суховаты. Кожа выглядела совсем свежей, чистой. Никаких намёков на сыпь, пятна, синяки, расчёсы, кровоизлияния, отёки опытные глаза профессионала не зафиксировали. Ямщиков, как хороший пианист, быстро и мягко прошёлся по всем группам лимфатических узлов. Они оказались мягкими, эластичными, безболезненными и не были увеличенными ни в одном из регионов.

– Теперь я тебя послушаю, – сказал Ямщиков. – Можно?

– Вы же всё равно будете слушать, зачем же вы спрашиваете? – недоумённо произнесла Илона.

– Меня в детстве мама учила, что в чужом доме ничего нельзя делать без разрешения.

Илона произвольно прыснула, но тут же сморщилась от боли и прижала рукой правую половину живота...

– Теперь лежи спокойно, ноги согни в коленях. Я немножко помну твой живот.

– А больно не будет? – выдавая простодушием страх, спросила Илона.

– Давай договоримся так. Если хоть чуть-чуть покажется больно, ты мне сразу же скажешь.

...Савелий Викентьевич положил ладони на живот девочки справа и слева от пупка и мягкими движениями начал слегка шевелить ими, как чашами аптекарских весов, которые непроизвольно то опускаются, то поднимаются, когда на них ещё не положили ни предмет взвешивания, ни маленькие аптекарские гирьки. Под своей левой рукой Ямщиков отчётливо ощутил некоторое напряжение. Так кожа барабана, настроенного на более высокий тон, бывает слегка более натянутой и более напряжённой, чем у барабана более низкого тона.

В медицине описано более ста симптомов напряжения брюшной стенки при остром аппендиците, каждый из которых носит фамилию описавшего его автора. Классическим является симптом Щёткина – Блюмберга, причём чем нежнее и аккуратнее он вызывается, тем точнее и правильнее его ощущает врач.

Савелий Викентьевич бросил взгляд на лицо Илоны и убедился, что она спокойна и не напугана. Можно было применить провоцирующий приём. Он соединил указательный, средний и безымянный палец правой руки, глубоко, но мягко нажал ими на правую подвздошную область и тут же резким движением поднял ладонь вверх, как это делают пианисты после эффектного финального аккорда.

– Ой! – вскрикнула Илона. – Так очень больно!

– Прости меня, пожалуйста, и не сердись. Я что-то, вероятно, не рассчитал, – с совершенно серьёзным лицом слукавил Ямщиков.

...Выйдя из комнаты, Ямщиков сказал Ирине:

– Ирина Глебовна, – он сознательно обратился к матери пациентки официально и строго. – У вашей дочери острый аппендицит.

– Аппендицит? Острый? – тревожно переспросила Ирина. – Откуда же он взялся?

– На этот вопрос вам никто не ответит. Наука пока ещё не может высказаться об этом определённо.

– Нужна операция? – с полным испугом выдохнула Ирина.

– Другого способа лечения нет.

...Когда Савелий собрался уходить, проходя по коридору мимо полуоткрытой двери в комнату, он увидел у окна Тулупова. Он стоял спиной, опустив голову, плечи его тряслись в беззвучном рыдании.

Ямщиков понял, что нужно незаметно уйти.

...Илону прооперировали. Но выздоровление было негладким. Случились осложнения. Намучились и девочка, и родители, и доктора.

...До сих пор перед глазами Ямщикова возникает фигура безмолвно рыдающего композитора. Наверное, это выплеснулась накопившаяся вина перед любимой женщиной, дочерью и невозможность повернуть события вспять.

Вот вам и пелёнки-распашонки...

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-01-00159
Тираж 31 185 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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