

Медицинская

17 мая 2017 г.
среда
№ 34 (7752)

Газета®

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

События

Наши медики возвращаются домой!

Они выполнили свои задачи в Сирии



В 76-ю гвардейскую десантно-штурмовую Черниговскую Краснознамённую, ордена Суворова дивизию вернулся 35-й отдельный медицинский отряд Воздушно-десантных войск России. Почти за 4 месяца, выполняя гуманитарные задачи в Сирийской Арабской Республике, более 100 военных врачей помогли 15 тыс. человек.

В соединении на базе военного госпиталя военнотружеников в торжественной обстановке встретили командование дивизии, сослуживцы, родные и близкие. Командир отряда Эдгар Бегашвили рассказал, что приходилось работать в разных условиях: медицинскую помощь оказывали и в городах, и в деревнях, и на дорогах. «Все действовали грамотно и бесстраш-

Будни военного госпиталя

но, особенно женщины. Работали с автоматом, в бронжилетах и касках. Сейчас сложно сосчитать, скольким людям, в том числе детям, мы помогли и скольких спасли. Но запомнились эпизоды, когда перед тобой женщина или ребёнок, которые не говорят по-русски, но язык боли понятен. Мы чувствовали это и старались помочь», – рассказал военный врач.

Отдельный медицинский отряд ВДВ России был отправлен на авиабазу «Хмеймим» в Сирию для оказания медицинской помощи жителям, пострадавшим от обстрелов и насилия со стороны боевиков террористических организаций. Силы отряда были нацелены и на оказание помощи

больным. Специалисты проводили многочисленные осмотры и консультации пациентов. Всего врачи помогли сирийцам в более 100 населённых пунктах.

В составе отряда работу осуществляли приёмно-сортировочное, хирургическое, акушерско-гинекологическое, терапевтическое, педиатрическое и психологическое отделения. Диагностика проводилась при помощи портативных аппаратов УЗИ, ЭКГ, рентгенооборудования, аппаратуры для исследования органов зрения и лаборатории крови.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!



Михаил ПИМКИН,
исполняющий обязанности главного
врача Забайкальского краевого
онкологического диспансера:

Онкологические заболевания всё чаще перемещаются в разряд излечиваемых.

Стр. 4



Сергей РЕМИЗОВ,
председатель Профсоюза работников
здравоохранения Москвы:

Мы постараемся так построить свою деятельность, чтобы каждый работник понимал, что профсоюз использует все средства для его социально-экономической защиты.

Стр. 10-11

Юрий ВАСЮК,
заведующий кафедрой клинической
функциональной диагностики МГМСУ
им. А.И.Евдокимова, профессор:

В настоящее время ожирение расценивается как хроническое многофакторное гетерогенное заболевание.

Стр. 12



Перемены

Для ветеранов — лучшая техника

В отделение реабилитации госпиталя для ветеранов войн в Приморском крае поступило новое оборудование. Закупается оно в рамках программы, которая рассчитана на 3 года, сообщили в администрации региона. Поэтапное обновление медицинской техники единственной на Дальнем Востоке здравницы для ветеранов – поручение губернатора Владимира Миклушевского.

По словам руководителя госпиталя Валерия Приходько, за последние 3 года с появлением пристройки к основному корпусу госпиталя улучшились условия нахождения пациентов в ЛПУ.

В прошлом году в госпитале для ветеранов войн во Владивостоке открылось современное отделение реабилитации. Средства на это, почти 20 млн руб., были направлены из регионального бюджета.

Уже в ближайшее время в госпитале начнётся установка нового оборудования.

Довольны новым поступлением и сами специалисты. Так, например, для реабилитации ветеранов здесь есть специальная техника с биологической обратной связью. Пациент видит каж-

дое движение своего тела и свои ошибки. За тренировками следят сразу два врача.

Всего в новом отделении более 10 аппаратов. Тренажёр «мастер-баланс» создан для диагностики, лечения и реабилитации пациен-

тов с вестибулярными расстройствами. Этот аппарат помогает восстановиться после инсульта. Также в отделении есть залы для проведения массажа, кабинеты иглорефлексотерапии и психотерапии.

С подключением нового оборудования спектр услуг, оказываемых ветеранам, станет ещё шире.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Проекты

Лизинг будет доступнее

Правительство России вносит в Госдуму РФ законопроект об освобождении от выплаты НДС операций по реализации некоторых видов услуг, связанных с медицинской техникой.

– В соответствии с действующей редакцией статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации от обложения налогом на добавленную стоимость освобождена реализация важнейших и жизненно необходимых медицинских

изделий по перечню, утверждаемому Правительством РФ, – так прокомментировал председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев готовящуюся законодательную инициативу. – Такой перечень утверждён постановлением Правительства № 1042 от 30.09.2015. При этом операции по передаче таких медицинских изделий по договорам финансовой аренды (лизинга) с последующим выкупом облагаются НДС в общеустановленном порядке.

Чтобы выравнять условия налогообложения законопроект предлагается освободить от обложения НДС операции по реализации услуг по передаче важнейших и жизненно необходимых медицинских изделий, имеющих соответствующее регистрационное удостоверение, по договорам финансовой аренды (лизинга) с правом выкупа.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | Хирургические аспираторы



- Низкий уровень шума, высокий уровень разряжения
- Широкий модельный ряд отсасывателей для различных нужд
- Безопасность, надежность и долговечность в работе
- Не требует постоянного технического обслуживания

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Медицина против химической войны

В музее истории Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова и отечественной медицины открылась экспозиция «Медицина против химической войны». В ней представлены фотографии, подборки фактов о химическом оружии и его применении, а также различные модели противогазов, защитных костюмов и других средств, помогающих уберечься от отравляющих веществ. Столь интересный и разнообразный материал удалось собрать участниками студенческого научного кружка кафедры медицины катастроф лечебного факультета под руководством М.Костюченко.

Первыми посетителями экспозиции стали проректор по связям с общественностью и воспитательной работе М.Лалабекова, заведующий кафедрой медицины катастроф И.Левчук с сотрудниками кафедры, а также студенты медико-биологического факультета университета.

Старший преподаватель кафедры медицины катастроф В.Аникеенко рассказал присутствующим о видах и действии химического оружия и разработке средств защиты. Ведущую роль в этом сыграл выдающийся учёный Н.Зелинский, создавший первый эффективный противогаз, где в качестве абсорбента использовался активированный уголь.

Ирина ОБУХОВА.

Москва.

Зарплата растёт

В Московской области с 1 сентября 2017 г. средняя заработная плата врача вырастет до 88,6 тыс. руб. Об этом заявил министр здравоохранения Подмосковья Дмитрий Марков на встрече с руководителями лечебных учреждений региона.

«По поручению губернатора Московской области Андрея Воробьёва с 1 мая повышается зарплата врачам до 83 тыс. руб., а с сентября – 88,6 тыс. Среднему медицинскому персоналу – до 46 тыс. с мая и 55 тыс. – с 1 сентября», – такие цифры назвал министр.

Также, по его словам, с 1 мая зарплата младшего медицинского персонала составляет 43 тыс. руб., а с 1 сентября увеличится до 47 тыс.

Алексей ПИМШИН.

Московская область.

Мошенники активизировались

В контакт-центр территориального фонда ОМС Челябинской области стало поступать всё больше обращений, связанных с жалобами на частные медицинские центры, которые путём обмана под предлогом прохождения бесплатных обследований склоняют доверчивых граждан к подписанию кредитных договоров на оказание медицинских услуг с очень высокими процентными ставками.

В этой связи ТФОМС Челябинской области просит граждан быть бдительными и не поддаваться на уловки мошенников.

Диспансеризация и профосмотры, которые включены в программу государственных гарантий, действительно проводятся населению по полису ОМС бесплатно, но исключительно в государственных или муниципальных (ведомственных) поликлиниках по месту жительства! Пригласить на прохождение диспансеризации могут только сотрудники поликлиники, где вы прикреплены для оказания первичной медико-санитарной помощи, или специалисты страховой медицинской организации, в которой вы застрахованы по ОМС.

Частные медицинские центры на территории Челябинской области в проведении диспансеризации и медосмотров по программе обязательного медицинского страхования не участвуют!

«Мы обеспокоены участвовавшими случаями мошенничества, когда под предлогом государственной программы диспансеризации населения, проводимой на абсолютно бесплатной для граждан основе, мошенники навязывают жителям медицинские услуги и кредитные обязательства», – говорит директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская.

Дина КРАВЧЕНКО.

Челябинск.

Дети, за которых все в ответе

Ведущие российские врачи разного профиля обследовали и проконсультировали воспитанников Красно-Дубравского дома-интерната для детей с ограниченными возможностями «Журавушка» Орехово-Зуевского района Подмосковья.

Проект «Дети, за которых все в ответе», в рамках которого прошла эта акция, создала и ведёт Общественная палата РФ. «Мы привозим самых лучших врачей страны к воспитанникам учреждений, где есть дети со сложными случаями, требующими дополнительных консультаций федеральных специалистов. В «Журавушку» с нами приехали невролог и нейрохирург, эпилептолог, а также волонтеры», – рассказала модератор мероприятия, член комиссии Общественной палаты РФ по поддержке семьи, детей и материнства президент межрегиональной общественной организации «Наши дети» Юлия Зимова.

По её словам, в акции приняли участие волонтеры, которые «готовы вести обследованных детей дальше». «В ближайшие дни планируется провести аналогичные консультации ещё в двух учреждениях Орехово-Зуево. Всего будет осмотрены порядка 50 детей, примерно каждый десятый из них имеет сложное заболевание – эпилепсия, гидроцефалия, спинномозговая грыжа и др. – и действительно нуждается в консультации федеральных специалистов», – отметила Ю.Зимова.

Проект «Дети, за которых все в ответе» реализуется Общественной палатой недавно, специалисты уже проверили несколько сотен детей. Врачи побывали в Екатеринбурге, Свердловской области и других регионах.

Константин ШАРЬИН.

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

Конкурсы

Мастерицы и красавицы
Выбрали лучших медсестёр

Конкурс «Лучшая медицинская сестра» стал одной из добрых традиций в Астраханском областном онкологическом диспансере. В этом году профессиональное состязание было посвящено 300-летию Астраханской области.

Первая часть конкурса представляла собой тестовые задания. Медицинские сёстры должны были ответить на ряд вопросов, касающихся специальности.

Для выполнения основной программы конкурса участникам потребовались также и творческие способности. Медицинские сёстры должны были представить оригинальную «визитную карточку». Сотрудники подготовили вокальные и хореографические номера, декламировали стихи, разыгрывали миниатюры. Проявить свои теоретические знания и практические навыки им предстояло в решении ситуационных задач и выполнении медицинских манипуляций. Потребовалось показать все умения в измерении артериального давления и наложении повязок, надевании противочумного костюма.

Выступления участниц оценивало компетентное жюри, возглавил которое главный врач диспансера Сергей Джувалыков. Самый высокий балл по результатам всех испытаний набрала палатная меди-



Татьяна Баныкина не только лучшая медсестра, но и очень симпатичная девушка

цинская сестра маммологического отделения Татьяна Баныкина. Ещё 10 участниц названы победительницами в отдельных номинациях. Все конкурсанты награждены почетными дипломами и памятным подарками.

Своё признание специалистам выразила и председатель региональной Ассоциации медицинских сестёр Валентина Анопко. Она вручила благодарственные письма.

Одним из главных событий конкурса стала церемония посвящения в профессию: 10 молодых специалистов произнесли торжественную клятву и зажгли символический огонь как знак готовности служить людям и сохранять верность выбранному пути.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Тенденции

«Газели» начнут бегать
по далёким горам

Теперь жители сельской глубинки станут ближе к медикам



Они уже готовы к выезду

Руководители центральных районных больниц 8 районов Республики Северная Осетия – Алания в торжественной обстановке получили автомобили «газель». Это не автомобили скорой помощи, хотя и выделены в рамках проекта повышения доступности медицинской помощи городскому и сельскому населению республики согласно программе «Развитие здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания» на 2014-2020 гг.

Новенькие «газели» предназначены для перевозки пациентов, нуждающихся в консультативной медицинской помощи из районов республики в медицинские организации Владикавказа, чтобы обеспечить жителям районов возможность консультации у специалистов, отсутствующих в медицинских организациях по месту жительства. Теперь жители сельской глубинки смогут пройти необходимое обследование и проконсультироваться у специалистов городских и республиканских медицинских организаций более оперативно.

Каждому району выделено по одной машине, а в Моздокский район из-за удалённости территории – две.

Проект задуман как поэтапный. Сначала – консультирование пациентов из сельских населённых пунктов в районных поликлиниках. Такая процедура будет проводиться 3 раза в неделю. А также по закреплённому графику, о котором проинформируют население районов, 2 раза в неделю из всех районов республики будет совершаться выезд в медицинские учреждения Владикавказа. Всё это рассчитано на повышение доступности медицинской помощи сельским жителям.

Жители районов будут проинформированы о расписании движения «газелей», кроме того, на каждой машине разместят номер телефона водителя, что позволит пациенту позвонить и уточнить местоположение автомобиля в случае опоздания.

Поскольку в автомобиле регламентированное количество посадочных мест (12), будет соблюдаться строгая очерёдность, которую в зависимости от состо-

яния здоровья пациентов будут регулировать ответственные лица районной поликлиники. За сутки до выезда в город будет составляться список пассажиров «медицинской» маршрутки с учётом сопровождающих для пожилых людей и детей.

Предполагается, что за год в рамках этой программы будут перевезены 25 тыс. пациентов

Как уже говорилось выше, цель программы – повышение доступности плановой консультативной и лечебно-диагностической помощи, поэтому включение в список тяжёлых больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, не предусмотрено.

Программа действует и «в обратную сторону»: по субботам на этих же автомобилях выездные бригады врачей ЛПУ Владикавказа будут доставляться в отдалённые амбулатории для оказания консультативной медицинской помощи жителям сельской глубинки.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика
Северная Осетия – Алания.

Перспективы

В защиту новорождённых

Представитель в Совете Федерации от законодательного органа государственной власти Санкт-Петербурга Андрей Кутепов работает над законопроектом, направленным на обеспечение права ребёнка на жизнь в случае, если он нежелателен, а его мать, находящаяся в тяжёлой жизненной ситуации, хочет остаться неизвестной.

Главной задачей сенатор видит сохранение права ребёнка на жизнь, закреплённого в статье 6 Конвенции ООН о правах ребёнка, которая вступила в силу для России 15 сентября 1990 г.

В последние годы увеличилось количество случаев, когда новорождённых детей отчаявшиеся матери оставляли прямо на улице или в подъездах.

Напомним, сейчас по закону, если женщина хочет отказаться от ребёнка, она может прийти в родильный дом, в приёмном отделении написать заявление на отказ. Тогда социальные службы возьмут этого малыша и будут искать ему новую семью. Между тем в реальности далеко не все матери, решившие отказаться от младенца, официально оставляют его в роддоме. Каждый год около 6 тыс. матерей отказываются от своих новорождённых детей. Но помимо этого есть ещё процент рожениц, которые боятся идти в больницу из-за лишних вопросов, которые задают врачи при отказе от ребёнка. При этом таким мамам не безразличны судьбы их детей, и именно поэтому они

оставляют младенцев в общественных местах в надежде на то, что кто-нибудь найдёт их и позаботится. Зачастую помощь не успеваает вовремя.

Причины, побудившие женщину оставить ребёнка, могут быть самыми разными. По статистике, подавляющее большинство матерей-отказниц можно отнести к малообеспеченным семьям. Однако материальные проблемы являются основной причиной отказа лишь в 20% случаев. Причём обычно речь идёт не только о низком достатке, но и об отсутствии жилья. Ещё 20% занимают женщины, ведущие асоциальный образ жизни. Остальные 60% случаев делятся на несколько категорий. Первая группа: одна из наиболее распространённых причин отказа — нарушение отношений с близкими из-за появления ребёнка. Вторая: ребёнок нежеланный. Третья: тяжёлые потрясения, которые могут быть вызваны разрывом отношений с отцом ребёнка или разводом, либо с трагедией в семье. Четвёртая: ограниченные возможности ребёнка, заболевания или врождённые пороки.

— Важно обеспечить баланс между сохранением жизни ребёнка и анонимностью женщины, передающей его социальным службам. Создание мест, где женщина может в условиях полной анонимности передать своего ребёнка без угрозы для его здоровья и жизни, необходимо! — говорит сенатор. —

Поэтому помимо анонимности желательно обеспечить этим женщинам своевременную социальную и психологическую поддержку.

С 2012 г. места анонимного оставления ребёнка есть при медучреждениях и религиозных организациях Краснодарского, Пермского, Камчатского, Ставропольского краёв, Владимирской, Калининградской, Курской, Ленинградской, Московской, Псковской, Свердловской областей. Они обеспечивают полную анонимность для матери, но не оставляют ребёнку возможности узнать о своих родных. Поэтому важно ввести в обиход информационные листы, куда мать может внести свои данные. Информация может быть предоставлена ребёнку по требованию при согласии биологической матери.

Андрей Кутепов ставит во главу угла жизнь детей, их возможности и социализацию в обществе. Сенатор продолжит дело своего коллеги и земляка Вадима Тюльпанова в рамках работы проекта «Единая семья», созданного в 2009 г. при содействии Правительства Санкт-Петербурга и направленного на возрождение общественных традиций милосердия и попечения детей, оказавшихся в тяжёлой жизненной ситуации, детей-сирот, детей с инвалидностью и неизлечимыми заболеваниями.

Дмитрий МАХНАЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Решения

ПЭТ-диагностика утверждает себя

Вице-губернатор Приморского края Павел Серебряков провёл рабочее совещание по вопросам увеличения количества проводимых ПЭТ-исследований в медицинском центре Дальневосточного федерального университета. По словам заместителя главы региона, вопросы ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний — в числе приоритетных приморского здравоохранения.

— ПЭТ-КТ даёт новые возможности для диагностирования и контроля в онкологии, а значит, необходимо увеличение количества проводимых исследований в сутки с учётом имеющихся возможностей, — подчеркнул вице-губернатор.

По словам главного врача медицинского центра ДВФУ Олега Пака, увеличить количество исследований реально.

— Учитывая, что сегодня из Хабаровска можно поставлять радиофармпрепараты два раза в сутки, то увеличение количества

проводимых ПЭТ-процедур можно довести до 1700, — сообщил руководитель клиники.

Сегодня в медцентре ДВФУ готовы обучить дополнительных специалистов, которые смогут работать посменно с уже имеющимися радиологами.

— Для подготовки специалистов необходимо 3-4 месяца. После этого мы сможем наращивать плотность исследований, — отметил О.Пак.

В свою очередь, Павел Серебряков дал поручение рассчитать увеличение проводимых ПЭТ-исследований почти в 2 раза — до 3 тыс. в год. Как планировалось ранее, в 2017 г. 1,5 тыс. приморских пациентов смогут бесплатно пройти процедуру в медцентре ДВФУ, ещё 470 человек будут направлены для этого в Хабаровск.

— Ядерная медицина позволяет оказывать диагностическую и лечебную помощь пациентам с онкологическими заболеваниями на самом высоком технологическом уровне, — подчеркнул заместитель главы региона. — Пока ведётся работа по созданию

Центра ядерной медицины в крае, мы должны не стоять на месте, а развивать это направление.

ПЭТ-диагностику пациентам оплачивает территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края. Каждое исследование обходится территориальному фонду ОМС более чем в 50 тыс. руб.

ПЭТ-КТ исследование — эффективный и современный метод диагностики онкологических заболеваний, сочетающий позитронно-эмиссионную и компьютерную томографию. Метод способен выявлять раковые опухоли на самых ранних стадиях их развития. С помощью процедуры можно проверить уровень распространения рака и сопоставить его лечению на клеточном уровне и обнаружить изменения, которые не выявляются при использовании иных методик.

Никита САВЕЛЬЕВ.

МИА Сити!

Владивосток.

Ситуация

Обращаться к врачам стали реже?

Число обращений граждан РФ в медицинские учреждения заметно сократилось. Об этом свидетельствует опрос, проведённый ВЦИОМ по заказу комитета по здравоохранению одной из общероссийских общественных организаций малого и среднего предпринимательства.

В исследовании приняли участие 1600 респондентов из 46 субъектов РФ. Как выяснилось, в течение 2016-2017 гг. 64% опрошенных обращались за помощью в государственные медицинские учреждения по полису ОМС, 42% — в платные отделения государственных объектов здравоохранения, 32% участников опроса были пациентами частных медицинских учреждений, более 80% из них удовлетворены качеством оказанной медпомощи.

Большинство респондентов существенно выше оценили качество медицинской помощи в платных отделениях государственного учреждения здравоохранения — 74%, чем при получении бесплатной медицинской помощи — 55%.

Около 40% опрошенных выбрали бы для лечения частную клинику при условии возможности получения в ней медицинской помощи по полису ОМС.

Как показал опрос, жители Москвы и Санкт-Петербурга реже пользуются медицинской помощью в рамках ОМС, чем жители других регионов, а при принятии решения об обращении за платными медицинскими услугами предпочитают частные медучреждения.

«Реже всех обращаются за медицинской помощью по полису ОМС жители Дальневосточного и Северо-Кавказского федеральных округов (около 40%), что свидетельствует о существующих территориальных неравенствах в доступности бесплатной медицинской помощи», — рассказал президент Ассоциации частных клиник Москвы и Центрального федерального округа А.Грот.

По оценке директора Департамента инфраструктурного развития и государственно-частного партнёрства Минздрава России Андрея Казутина, доля частных компаний, участвующих в территориальных программах ОМС, в 2016 г. увеличилась до 27%.

В ходе опроса выяснилось, что граждане РФ готовы официально доплачивать за медицинскую помощь более высокого качества — их количество выросло и составило около 25%. Средняя сумма доплаты увеличилась на 40% по сравнению с показателями последних 2 лет и составила 3 тыс. руб. в месяц.

«По сравнению с данными опросов 2014 и 2015 гг. количество обращений граждан и в государственные, и в частные клиники заметно сократилось, что, очевидно, обусловлено экономическим кризисом, снижением государственного финансирования здравоохранения и спадом доходов населения», — прокомментировал А.Грот.

Иван САВРАНОВ.

МИА Сити!

Угроза

Вспышка ВИЧ



Резкое увеличение ВИЧ-инфицированных в 2017 г. отмечается на Сахалине и Курилах. Врачи островного региона еженедельно выявляют до 10 новых носителей смертельного вируса. Это вдвое больше прошлогоднего показателя.

«Претерпел изменения и «портрет» инфицированных. Если раньше в большинстве случаев инфекция передавалась половым путём, то сейчас до 70% от всех выявляемых — потребители наркотиков. Пока нельзя полностью освободиться от этого вируса, но современная антивирусная терапия позволяет свести его влияние на организм к минимуму, если человек получает лечение и находится на постоянном диспансерном наблюдении. При этом и сам человек перестаёт быть очагом инфекции», — рассказала заместитель главного врача Сахалинского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом Марина Мокиенко.

К сожалению, отмечают медработники, многие заболевшие опасной инфекцией на Сахалине сознательно отказываются от терапии. В основном это лица, ведущие асоциальный образ жизни и употребляющие наркотические средства.

В этой связи представители центра совместно с волонтерами существенно усилили разъяснительную и профилактическую работу. Проводятся различные акции, конференции, встречи с трудовыми коллективами, во время которых даётся информация о ВИЧ-инфекции, способах заражения ею и возможности профилактики. Всех желающих приглашают также пройти добровольное бесплатное тестирование на наличие вируса. Сделать это можно во всех государственных медицинских учреждениях Сахалинской области, включая областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

На приобретение медикаментов для ВИЧ-инфицированных ежегодно в регионе выделяются финансовые средства — дополнительно к поставкам за счёт федерального бюджета. На 2017 г. из региональной казны было выделено около 30 млн руб. Это позволило своевременно закупить необходимые диагностические наборы и лекарственные препараты.

Всего, начиная с 1993 г., в Сахалинской области выявлено 1300 случаев ВИЧ-инфекции.

Николай ИГНАТОВ.

Южно-Сахалинск.

Радиологи были «самоделкинскими»

Людмила **КОНИВЕЦ**, заведующая радиотерапевтическим отделением:

– В онкологический диспансер я пришла после окончания Читинского медицинского училища в 1974 г. из принципа: «Кто, если не я?». Кроме меня и ещё двух выпускников нашего фельдшерского отделения, других добровольцев, которые сделали шаг вперёд, прослышав, что учреждение онкологического профиля испытывает кадровые трудности, не нашлось.

Начинала я медицинской сестрой химиотерапевтического отделения. Для многих наших больных диспансер был вторым домом, ведь отдельные повторные курсы введения химиопрепарата проводятся на протяжении нескольких лет. Медицинские сотрудники никогда не скупилась на тёплые, ободряющие слова, и пациенты им платили искренней благодарностью. Конечно, слово лечило, но главную роль играли химиопрепараты. Я видела, как часто болезнь отступала. И поэтому мне и дальше хотелось работать в онкологии, но только в ином качестве. Поступила в медицинский институт, днём училась, а с наступлением вечера бежала в диспансер, превращалась из студентки в сестричку химиотерапевтического отделения. Так продолжалось все годы обучения в вузе.

Когда, наконец, выучилась, свободных врачебных ставок в родном отделении не оказалось. Главный врач Геннадий Данилов предложил потрудиться в отделении радиологии. Возглавляла его тогда Валентина Милосердова (мне крупно повезло с учителями). Она руководила коллективом неравнодушных людей, настоящих энтузиастов, охваченных одним желанием – достичь максимально возможного эффекта от лучевого лечения злокачественных опухолей той или другой локализации. Валентину Михайловну сменил Александр Баскаков – молодой, достаточно энергичный и инициативный доктор. У нас было принято стремиться к усовершенствованию в своей специальности и овладевать смежными. Наши врачи были в состоянии осуществить лор-осмотр или эндоскопическое исследование. Сами мы проводили биопсию.

На вооружении тогда была техника по современным меркам, наверное, примитивная – аппараты «Агат-С», «Луч-1». Я застала и ручные укладки, которые выполнялись источниками излучения низкой активности, чаще всего при проблемах в гинекологической сфере, прямой кишке. Лучевая нагрузка складывалась колоссальная, подрывалось здоровье врачей, сестринского персонала, но никто не роптал. Рядом с нами работали радиологи-гинекологи Егоровы – супруги Иван Иванович и Марина Сосланбековна. Они творчески подходили к техническому обеспечению лечебного процесса, порою сами заказывали приспособления для внутривидеостенного лечения мастерам Читинского машиностроительного завода, а по получении изделия самостоятельно производили настройку.

Самоделные устройства для того, чтобы локально подвести к опухоли большую дозу ионизирующего излучения, применялись при целом ряде злокачественных новообразований. Помню пациентку из Кыринского района с раком слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти. После прохождения стандартного лучевого облучения сохранялась язвенная опухоль, и со временем это могло привести к рецидиву заболевания. Решено было провести сочетанное лечение с использованием аппликационного метода, когда радиоактивный источник прикладывается непосредственно к новообразованию. Иван Иванович при моём участии изготовил «пенал» из быстротвердеющей пластмассы с желобками, мы поместили в него источник из-

История этого диспансера началась в 1947 г. с небольшого стационара на 30 хирургических коек. Его руководителем был назначен видный хирург-онколог Григорий Аксман – основатель онкологической службы в Забайкалье, который ещё в годы Великой Отечественной войны занимался лечением раковых больных и вёл приём в организованном при областной поликлинике онкопункте. В 1950-е годы вместе с ним работали опытные врачи, прошедшие школу практической хирургии в эвакогоспиталях, – К. Корнакова и З. Чикарева. Через 3 года после открытия учреждению выделили бывшее помещение областной поликлиники, где организовали амбулаторный приём, который был многопрофильным и осуществлялся врачами разных специальностей по принципу чередования; расширился стационар. В 1965 г. ознаменовался сдачей в эксплуатацию типового радиологического корпуса, в 1967 г. – вводом лечебного корпуса с радиологическим и химиотерапевтическим отделениями. Дальнейшему укреплению онкологической службы

способствовали создание областной цитологической лаборатории, развёртывание кабинетов ультразвуковой диагностики и амбулаторной химиотерапии, второго по счёту хирургического отделения с операционным блоком на 2 зала, отделения анестезиологии и реанимации. Немаловажным событием явилось открытие общежития для приезжих больных, позднее реконструированного в структурное подразделение диспансера. Сегодня большая часть отделений онкологического диспансера располагаются в новом 6-этажном корпусе, открывшем с 2012 г. для забайкальских специалистов новые возможности внедрения в практику как отечественных разработок, так и мировых технологий диагностики и лечения онкологической патологии.

Специальный корреспондент «МГ» Владимир **КЛЫШНИКОВ** попросил рассказать о вчерашнем и нынешнем времени учреждения юбиляра представителей двух поколений медицинских работников диспансера.

Вехи

Среди неравнодушных людей...

Забайкальскому краевому онкологическому диспансеру в Чите исполняется 70 лет



Ларингэктомия – операция высокой сложности по полному удалению гортани и голосовых связок

лучения, после чего на несколько часов ввели приспособление в полость рта больной. И добились полной регрессии опухоли!

В отсутствие возможности прицельного планирования лучевой терапии мои старшие товарищи с юмором называли нашу медицину третьей по точности после метеорологии и астрологии. Шутка безвозвратно устарела: с вводом в наш диспансер уникального комплекса радиологического оборудования стала реальностью моя и коллег давняя мечта: высокая точность наведения лечебного пучка, визуальный и дозиметрический контроль каждой фракции облучения, максимальное соответствие облучаемого объёма размеру патологического образования.

Сфера интересов чрезвычайно обширна

Михаил ПИМКИН, исполняющий обязанности главного врача:

– Вспоминаю, когда с запуском нового корпуса по улице Ленинградской на современных площадях развернулись 5 отделений: онкогинекологическое, маммологическое, торакоабдоминальной хирургии, онкоурологическое, реанимации, хирургическое отделение опухолей головы и шеи. Это было что-то! Ведь дефицит коечного фонда остался в прошлом, а в Чите появилась возможность обеспечить два важнейших для лечения онкологических больных условия – доступность специализированной помощи и её концентрацию в одном месте. Изменилась к лучшему инфраструктура лечебного процесса и в других отделениях диспансера: химиотерапии гемобластозов, химиотерапии солидных опухолей, радиологическом отделении.

Сфера сегодняшних научно-практических интересов наших сотрудников весьма обширна: внедряются передовые технологии комбинированного и комплексного лечения при онкологических заболеваниях, влияющие на возможность безрецидивного течения и показатель пятилетней выживаемости, значительно выросло количество эндовидеохирургических операций.

Хирурги-онкологи урологического отделения специализируются на органосохраняющих операциях на почке и мочевом пузыре, которые осуществляются при помощи эндоскопической видеостойки. Да будет известно, что в Забайкалье только наши «спецы» выполняют биполярные трансуретральные резекции мочевого пузыря, более

того – могут с полным основанием утверждать, что поставили их на поток. Освоены и радикальные простатэктомии, лапароскопические удаления почек, надпочечников.

Самое глобальное из новых подразделений диспансера – отделение торакоабдоминальной хирургии, где специализируются на лечении патологии лёгких, пищевода и органов брюшной полости. Новшеством стали операционные пособия на печени, позволяющие продлить жизнь пациентам с отдалёнными метастазами в этом жизненно важном органе до нескольких лет. Можно говорить о полученных хороших результатах после хирургического лечения патологии лёгких, операций на пищеводе, на поджелудочной железе, считающимися одними из наиболее сложных вмешательств, эндовидеоопераций на толстой и сигмовидной кишке, резекций прямой кишки.

В числе новых подразделений – отделение патологии молочной железы, с открытием которого выросло число пролеченных женщин, количество органосохраняющих операций на молочной железе (радикальных секторальных резекций) и сократились очереди на оперативное лечение с доброкачественной и неопухолевой патологией. Осваиваемым направлением для врачей отделения стали пластические операции после мастэктомии или резекции с замещением лоскутами из кожи и мышц пациентки в целях замещения косметического дефекта.

Кстати, с гинекологией связано ещё одно достижение забайкальских онкологов – на всей огромной территории Сибири и Дальнего

Востока только у нас проводится абдоминальная трахелэктомия, после которой пациентка сохраняет способность выносить и родить ребёнка. Случаи благополучного родоразрешения после такой операции не единичны!

В 2012 г. впервые заработало и отделение патологии органов головы и шеи, специализирующееся на новообразованиях ротовой полости, полости носа и пазух – раньше такие вмешательства проводились большей частью за пределами края. С тех пор вошли в повседневную практику операции на щитовидной железе, гортани, лор-органах. В числе успешно проведённых вмешательств – удаление гортани, резекции челюсти, замещение титановыми пластинами костей лицевого скелета, замещение дефектов мягких тканей лица после хирургического вмешательства.

Несколько лет назад наш регион впервые стал участником Национальной онкологической программы, на выделенные средства состоялось техническое переоснащение радиологического отделения. Были запущены новые каньоны и отремонтированы старые для размещения радиологического оборудования. Приобретённый комплекс позволил проводить лучевую терапию на уровне лучших российских и мировых стандартов. Наконец, в рамках участия в упомянутой программе на площадях диспансера смонтировали специализированный 16-срезовый компьютерный томограф с расширенной апертурой гентри, предназначенный для проведения разметки перед лучевой терапией, топометрии опухоли, подсчёта правильно выбранной дозы излучения. Кроме того, в арсенале имеются диагностический компьютерный томограф на 64 среза и высокоинформативный комплекс эндоскопического оборудования.

Два года назад в состав учреждения вошла клиника детской онкологии на 30 коек. Аналогов имеющемуся в клинике детской онкологии сепаратору клеток крови, предназначенному для проведения аутологичной трансплантации гемопозитических стволовых клеток периферической крови, нет во всём Забайкалье.

Наш коллектив насчитывает более 100 врачей и свыше 200 медицинских сестёр. Полагаю, что исключительно благодаря их глубоким знаниям и большому опыту, а ещё плотному взаимодействию с учёными Читинской медакадемии последние годы онкологические заболевания у забайкальцев всё чаще перемещаются в разряд излечиваемых...



Административный обход в хирургическом отделении опухолей молочной железы (крайний справа – и.о. главного врача М. Пимкин)

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.
Чита.

Деловые встречи

Эта масштабная акция проводится уже второй раз и привлекает к себе всё большее внимание как медиков, так и общественности. Ведь главная задача её – сформировать у российских женщин потребность заботиться о себе и своём здоровье и, соответственно, о необходимости регулярного посещения специалиста. Это вопрос не только репродуктивного будущего, но и общей культуры, да и в целом свидетельство зрелости общества.

типичным сценарием поведения, как и год назад, является ожидание. Опрос показал, что 59% женщин идут к врачу спустя некоторое время (если симптомы не проходят сами), ещё 14% могут ждать довольно долго и обратиться за помощью к специалисту, только если ситуация заметно ухудшится.

«У нас в стране, в отличие от западных, пока ещё отсутствует система репродуктивного просвещения, у женщин не сформирована культура заботы о своём здоровье, – комментирует за-

Ещё одним аспектом исследования стала доступность квалифицированных специалистов: 47% опрошенных считают, что у них в городе недостаточно таких врачей. Этот показатель, возможно, является своеобразным социальным запросом на качество получаемой медицинской помощи и конструктивный диалог с врачом.

«Сегодня мы уже живём в той реальности, когда женщина не просто слепо следует рекомендациям, она принимает непосредственное участие в вопросе

О чём рассказали герберы

Этот цветок выбран символом социального проекта «Неделя женского здоровья»

Если в прошлом году принять участие в «Неделе женского здоровья» могли только москвички, то нынче аудитория расширилась: мероприятия проходили в 3 российских городах-миллионниках: Москве, Санкт-Петербурге и Екатеринбурге.

Главной темой проекта стало обеспечение доверительного диалога между врачом и пациентом.

Для того, чтобы определить, по какому принципу россиянки выбирают гинеколога, а также получить статистически обоснованные ответы на многие другие вопросы, ВЦИОМ был проведён опрос женщин репродуктивного возраста «Индекс женского здоровья».

Оказалось, что важнейшим фактором предпочтения одного специалиста другому является уровень его квалификации. Но, похоже, найти такого гинеколога непросто, поэтому к одному и тому же специалисту обращаются только 32% опрошенных. Около половины ощущают нехватку профессионалов в своём городе/населённом пункте.

Несмотря на то, что, как и в 2016 г., основной причиной обращения к гинекологу остаются профилактические осмотры (49%) и большинство женщин делает это достаточно регулярно (74% – ежегодно), в случае появления тревожных симптомов наиболее

ведущий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом неонатологии Российского университета дружбы народов, доктор медицинских наук, профессор Виктор Радзинский. – Ментальность многих россиянок такова, что им кажется: проще сделать аборт, чем обсуждать методы контрацепции с гинекологом. Более того, если женщина не посещает специалиста раз в год или хотя бы раз в 2 года, мы не можем своевременно диагностировать многие заболевания. Например, иногда мы сталкиваемся с настолько запущенными формами злокачественных новообразований, которые свидетельствуют: пациентка не была у гинеколога более 5-7 лет. Это касается, например, рака шейки матки – заболевания, которое современная медицина может предотвратить, если выявить нетипичные изменения клеток своевременно».

Среди факторов, которые определяют выбор пациенткой специалиста и медицинского учреждения, важными также являются комфортные условия приёма (4,78 балла из 5 – опрос проводился по пятибалльной системе), а также наличие необходимого оборудования (4,75 балла). Примечательно, что отсутствие очередей и простота записи на приём имеют наименьшее значение: 4,21 и 4,17 балла соответственно.

выбора методов диагностики и лечения. Благодаря развитию интернета она знает достаточно много о заболеваниях и иногда способна загнать в угол своего гинеколога. Поэтому для обеспечения эффективного диалога врачи не должны отставать от пациентов, им необходимо постоянно развиваться и получать новые знания. Кроме того, чтобы женщины были привержены терапии, гинекологи должны объяснять логику своего назначения, вовлекать пациенток в обсуждение. Увы, пока далеко не все к этому готовы», – добавляет В.Радзинский.

Что же касается символа данного проекта, то его организаторы стали инициаторами открытия уникальной выставки гербер в Ботаническом саду Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, именуемом «Аптекарский огород». Она прошла в рамках «Недели женского здоровья» и была приурочена к 280-летию первого описания этого растения.

Посетившим её удалось не только увидеть более 130 видов и сортов гербер, но и получить информацию о важности заботы о репродуктивном здоровье.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Акцентны

Кабинеты памяти приходят на помощь

В научно-образовательной конференции «Школа когнитивных расстройств», которая прошла недавно в Москве, приняли участие учёные, неврологи и психотерапевты, преподаватели медицинских вузов и представители ведущих клиник России. Здесь был представлен разбор клинических случаев, а также проанализирована работа кабинета памяти одной из известных столичных клиник.

По оценкам ВОЗ, в настоящее время во всём мире насчитывается 47,5 млн человек с деменцией. Ежегодное число новых случаев во всём мире приближается к 7,7 млн. Ожидается, что к 2030 г. число людей с деменцией составит 75,6 млн, а к 2050 г. – 135,5 млн.

Высокая распространённость деменции объясняет большой интерес учёных во всём мире к причинам возникновения этой патологии, возможностям её ранней диагностики и лечения с целью сохранения профессиональной, социальной и семейной адаптации пациентов.

Особое значение имеет новое направление в неврологии – создание кабинетов памяти.

Ведущий научный сотрудник Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова, невролог, доктор медицинских наук, профессор Максим Замерград рассказал, какие обследования помогут отличить инсульт от вестибулопатии, каковы симптомы острого и хронического головокружения сосудистой этиологии.

Продолжением темы стало выступление доцента кафедры неврологии и нейрохирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова кандидата медицинских наук Ивана Щукина. В его докладе «Сосудистые когнитивные расстройства: практические рекомендации ведения пациентов» были подробно рассмотрены вопросы хронической ишемии мозга и дисциркуляторной энцефалопатии, методы исследования когнитивных функций и лечение когнитивных нарушений с позиции доказательной медицины.

Дифференциальной диагностике депрессии и тревоги в практике невролога было посвящено выступление профессора кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктора медицинских наук Елены Акарачковой. Она рассмотрела

особенности диагностики и лечения пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, сделала обобщённый портрет больного с депрессией, отметила связь тревоги и депрессии с другими заболеваниями.

По её словам, мы имеем дело с феноменом «айсберга»: только 25% пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами обращаются к психиатру, остальные лечатся преимущественно у неврологов, кардиологов и терапевтов.

Врач кабинета памяти кандидат медицинских наук Светлана Попова проанализировала итоги 2016 г. За консультацией сюда обратились 80 пациентов.

«Работа кабинета направлена на раннее выявление когнитивных расстройств, определение степени выраженности диагностированных ранее когнитивных нарушений, а также возможных причин, вызывающих или усиливающих нарушения памяти, – сообщила она. – Мы занимаемся медикаментозной коррекцией выявленной патологии, работаем с родственниками пациента».

Здесь проводятся нейропсихологические тесты в соответствии с диагностическими критериями, признанными во всём мире, по методике Мини-Ког, Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montréal Cognitive Assessment), и краткой шкале оценки психического статуса.

Кроме того, почти всем обратившимся дополнительно проведены инструментальные и лабораторные исследования, включающие МРТ головного мозга, УЗИ МАГ, анализ крови на гормоны щитовидной железы и липидный профиль; по показаниям – сканиграфия и ПЭТ/КТ головного мозга.

«На основании результатов обследования определяется степень нарушения когнитивных функций и даются лечебные рекомендации с учётом сопутствующей патологии и особенностей типа личности, – отметила С.Попова. – Расположение кабинета памяти в многопрофильной клинике позволяет проводить диагностику и получать консультации смежных специалистов в короткий срок».

Работа подобных кабинетов расширяет возможности ранней диагностики, даёт шанс своевременно начать лечение когнитивных нарушений, замедлить их прогрессирование и развитие деменции.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сити!

Акци

В Омске подвели итоги Всероссийской донорской акции «АвтоМотоДонор», которая проводилась в рамках Программы развития массового добровольного донорства крови и её компонентов.

Ежегодная донорская акция «АвтоМотоДонор» собирает под флагами Службы крови всех участников дорожного движения от водителей-дальнобойщиков до простых пешеходов, поскольку каждый из них может внести свой вклад в помощь пациентам, нуждающимся в донорской крови.

Идея акции родилась не случайно: на российских дорогах ежедневно происходят сотни происшествий и ДТП, и водители всех категорий, как никто другой, знают о том, что для выздоровления многим пострадавшим требуется переливание крови. Разумеется, в больничных стационарах всегда имеется необходимый запас крови, которой делаются «регулярные» доноры. Однако в ходе акции,

Водитель стал донором



Сотрудники Госавтоинспекции знают цену донорской крови

с 24 по 27 апреля, каждый омский автолюбитель/участник дорожного движения (байкеры, водители малолитражек, грузовиков и спорткаров), а также велосипедисты, роллеры и простые пешеходы могли сдать кровь в Центре крови. Жители сельских районов приходили «делиться» своей кровью в центральные районные больницы, имеющие отделения переливания крови.

В акции «АвтоМотоДонор», общили в пресс-службе ГИБДД УМВД России по Омской области, приняли активное участие и сотрудники Госавтоинспекции, которые по долгу службы чаще других становятся свидетелями ситуаций, когда донорская кровь является единственной возможностью для сохранения жизни и здоровья. Им хорошо известно,

что порой бывает дорога каждая минута, каждый литр крови, и лишней она никогда не бывает. К страхам дорог присоединились будущие водители – курсанты омских автошкол, представители автомобильных общественных организаций и омского мотодвижения, а также рядовые граждане, неравнодушные к проблеме травматизма на дорогах.

По данным областного Министерства здравоохранения, в рамках донорской акции кровь сдали 178 участников дорожного движения. Это позволило пополнить региональный донорский банк 80 л крови. Для Службы крови важно, чтобы через полгода доноры повторно пришли на кроводачу или сдали кровь на анализы. Это необходимо для подтверждения безопасности ранее заготовленных компонентов крови и выдачи их в лечебные учреждения.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Официально

Результаты выполнения Майских указов Президента РФ

Правительственная отчётность: цифры и факты

Отчёт о ходе выполнения Указа Президента Российской Федерации № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012 г. публикуется на сайте Правительства РФ.

За 12 месяцев 2016 г. смертность в Российской Федерации снизилась по сравнению с аналогичным периодом 2015 г.: от болезней системы кровообращения – на 2,8% (614,1 на 100 тыс. населения); от новообразований – на 0,8% (201,6 на 100 тыс. населения); от туберкулёза – на 16,7% (7,5 на 100 тыс. населения); от дорожно-транспортных происшествий – на 10,7% (10,8 на 100 тыс. населения); младенческая смертность – на 7,7% (6,0 на 1000 родившихся живыми).

Приказом Минздрава России № 66 от 13.02.2013 утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. (далее – Стратегия) и план её реализации. Минздрав России ежегодно направляет в Правительство РФ информацию о мониторинге реализации Стратегии. В рамках реализации Стратегии в 2016 г. в том числе достигнуты следующие показатели: удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах для медицинского применения, обеспечение которых осуществляется за счёт средств федерального бюджета, – 99,5% (плановый показатель – 95,5%), за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации – 97,96% (плановый показатель – 95,5%); доля медицинских и фармацевтических работников, повысивших квалификацию по вопросам рациональной лекарственной терапии, основанной на принципах доказательной медицины, – 30,65% (плановый показатель – 30,7%); показатель охвата профилактическими прививками составил более 95% (плановый показатель – 95%).

Постановлением Правительства РФ № 368 от 31.03.2017 в государственную программу внесены изменения, предусматривающие увеличение объёма бюджетных ассигнований на реализацию государственной программы на 16,1 млрд руб. (с 92,2 млрд до 108,3 млрд).

В основу мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями положен принцип расширения сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров.

В 2012 г. функционировали 84 региональных сосудистых центра и 202 первичных сосудистых отделений. К 2016 г. их число выросло до 134 и 459 соответственно. Таким образом, с 2012 г. число региональных сосудистых центров выросло на 59,5%, а первичных сосудистых отделений – в 2,3 раза.

По данным Минздрава России, за январь – декабрь 2016 г. по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. доля больных, которым выполнен тромболитический при остром коронарном синдроме и ишемическом инсульте, выросла на 25,5 и 8% соответственно, применение ангиопластики коронарных артерий при остром коронарном синдроме увеличилось на 11,3%.

С 2013 г. во всех субъектах Федерации проводится широкомасштабная диспансеризация взрослого населения. По состоянию на 31



декабря 2016 г. диспансеризацию прошли 22 млн человек.

В ходе обследования граждан в 2016 г. сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 7,2 млн человек, в том числе впервые выявлено более 1 млн случаев сердечно-сосудистых заболеваний. В 2016 г. по сравнению с 2015 г. с 52,0 до 53,7% увеличилась доля больных с выявленными на ранних стадиях (I-II стадии) злокачественными новообразованиями. Одногодичная летальность снизилась в 2016 г. с 23,6 до 23,2%; с 2010 г. – на 18,9%. Пятилетняя выживаемость в 2016 г. выросла с 52,9 до 53,3%; с 2010 г. – на 4,5%.

В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом, в 2016 г. 85 субъектам Федерации предоставлены иные межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулёзных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, определение чувствительности микобактерии туберкулёза и мониторинга лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя на общую сумму 3 131 603,1 тыс. руб. Кроме того, бюджетам 19 субъектов Федерации перечислены субсидии на оснащение противотуберкулёзных учреждений оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на общую сумму 990 000 тыс. руб.

Реализация указанных мероприятий направлена на улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу в Российской Федерации благодаря активному раннему выявлению больных туберкулёзом и обеспечению для них полноценного курса лечения.

В Российской Федерации за последние 8 лет заболеваемость туберкулёзом сократилась более чем на 30%. На протяжении последних 10 лет число новых случаев туберкулёза в мире снижалось в среднем на 5,2% в год (в РФ на 5,8%).

В 2016 г. Минздравом России проведена работа по разработке и внедрению Федерального регистра лиц, больных туберкулёзом, осуществлена пилотная апробация указанного регистра в 15 субъектах Федерации. В настоящее время завершается внедрение Федерального регистра лиц, больных туберкулёзом, во всех субъектах Федерации.

С 2012 по 2016 г. отмечено снижение смертности от туберкулёза на 26,4% – с 12,5 до 9,2 на 100 тыс.

населения. По оперативным данным Росстата, за январь – декабрь 2016 г. снижение смертности от туберкулёза отмечается в 74 субъектах Федерации.

По данным Минздрава России, в 2016 г. охват тестированием лекарственной чувствительности микобактерии туберкулёза у больных с впервые выявленным туберкулёзом (бактериовыделителей) составил 95,8%, в том числе 91,4% больных обследованы молекулярно-генетическими методами исследований.

Создана система этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП) в зависимости от степени тяжести полученных травм, позволяющая обеспечить оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП квалифицированными специалистами на месте ДТП, во время доставки пострадавших в медицинские организации и в медицинских организациях, согласно зонам ответственности медицинских организаций, расположенных вдоль автомобильных дорог общего пользования с твёрдым покрытием.

Общее количество травмоцентров в 2016 г. составило 1524 (169 – I уровень, 462 – II и 893 – III).

По информации Минздрава России, распространённость табакокурения среди взрослого населения снизилась до 32% в 2016 г. Для обеспечения дальнейших высоких темпов сокращения потребления табака Минздравом России разработан проект концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017–2022 гг. и дальнейшую перспективу, которая в том числе ставит своей целью борьбу с потреблением электронных систем доставки никотина (электронных сигарет).

Минздрав России обеспечивал реализацию Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г. и иных стратегических документов, направленных на противодействие употреблению алкогольной продукции. В рамках указанной деятельности, а также в соответствии с пунктом 17 Плана мероприятий («дорожной картой») по стабилизации ситуации и развитию конкуренции на алкогольном рынке, утверждённого распоряжением Правительства РФ № 2413-р от 26.11.2015, издан приказ Минздрава России № 448н «Об утверждении Концепции по информированию населения Российской Федерации о вреде злоупотребления алкоголем» от 30 июня

2016 г. Данная концепция определяет цели и задачи государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации, представляет собой систему направлений по развитию информирования и оповещения населения о вреде, причиняемом алкоголем здоровью, семейному благополучию и духовным ценностям человека.

Минздравом России подготовлен проект Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний. Наличие стратегического документа, направленного на решение указанных задач, подтверждает обязательность и приоритетность мер формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний.

В течение 2016 г. в рамках федеральной коммуникационной кампании по профилактике ВИЧ-инфекции в 10 регионах с наивысшими показателями заболеваемости и поражённости населения ВИЧ-инфекцией Минздравом России проведены двухнедельные акции по тестированию на ВИЧ-инфекцию, охватившие 23 тыс. человек.

В 2016 г. продолжалась реализация кадровых программ, предусматривающих меры, направленные на повышение квалификации медицинских работников, подготовку кадров по наиболее дефицитным специальностям, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, повышение престижа медицинской профессии, расширение социальной поддержки.

По данным Минздрава России, в 2016 г. в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, работали 544 458 врачей и 1 291 948 средних медицинских работников.

По сравнению с 2015 г. численность врачей увеличилась на 854 человека (0,2%), обеспеченность врачами выросла на 0,1% (с 37,1 до 37,2 на 10 тыс. населения).

Показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в 2016 г. составил 1 : 2,4, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Принимаемые субъектами Российской Федерации меры по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров по отдельным специальностям за счёт реализации мер социальной поддержки позволили в 2016 г. закрепить положительную динамику численности врачей по таким дефицитным специальностям, как «Анестезиология-реаниматология» (+761 человек, или 2,5%), «Рентгенология» (+329 человек, или 2,0%), «Патологическая анатомия» (+46 человек, или 1,5%), «Онкология» (+248 человек, или 3,7%).

В 2016 г. продолжилась реализация программы «Земский доктор», в рамках которой медицинские работники в возрасте до 50 лет, прибывшие на работу в сельский населённый пункт (рабочий посёлок, посёлок городского типа) при условии обязанности медицинского работника работать в течение 5 лет по основному месту работы, полу-

чают единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. в соответствии со статьёй 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В целом с 2012 по 2016 г. число участников программы составило 23 950 человек.

Особенность реализации программы «Земский доктор» в 2016 г. – увеличение возраста участников программы до 50 лет (до 35 лет в 2012–2014 гг.; до 45 лет – в 2015 г.; до 50 лет – в 2016–2017 гг.), территориально программа распространилась также и на посёлки городского типа, уровень софинансирования фондом обязательного медицинского страхования повышен с 50 до 60%, что снизило нагрузку на бюджеты субъектов Федерации, осуществляющих софинансирование программы.

В 2016 г. уровень реализации программы составил 92,3%, принято 4922 человека, при этом в 51 субъекте Федерации отмечен уровень реализации 100% (в 2015 г. – 42 региона).

Реализация указанной программы позволила сохранить тенденцию к увеличению численности врачей, работающих в сельской местности. В 2016 г. по сравнению с 2015 г. она увеличилась на 1421 врача (2,6%).

В 2016 г. в 21 субъекте Федерации реализовывалась программа «Земский фельдшер»: осуществлялись единовременные выплаты средним медицинским работникам, переехавшим на работу в сельскую местность (от 100 тыс. до 1 млн руб.).

Ещё в 9 субъектах Федерации разработаны программы единовременных выплат для фельдшеров со сроком начала реализации с 2017 г.

В 2016 г. Минздравом России продолжена работа по наращиванию объёмов подготовки кадров. За последние 3 года объёмы увеличились на 6,8%. Динамика увеличения объёмов целевой подготовки, механизма, хорошо зарекомендовавшего себя в качестве одной из мер привлечения и закрепления молодых специалистов, за этот же период составила 6,8 и 13,4% по программам специалитета и на последипломном уровне соответственно.

Созданная телекоммуникационная инфраструктура портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования предоставляет врачам выбора образовательных программ, форм обучения, включая стажировку, и образовательных технологий по наиболее актуальным вопросам профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний. На портале зарегистрированы личные кабинеты 349 организаций, содержатся записи более 131 тыс. врачей и размещено более 11 тыс. программ, позволяющих непрерывно поддерживать и совершенствовать уровень своей квалификации.

По состоянию на 1 января 2017 г. на эффективный контракт переведены 82,8% работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В 2016 г. с учётом рекомендаций Минздрава России органы исполнительной власти субъектов Федерации в сфере охраны здоровья продолжили работу по совершенствованию системы оплаты труда, ориентированной на увеличение доли выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60%.

История создания картины «Демон» известного русского художника Михаила Врубеля тесно связана с окрестностями нынешнего городка на Брянщине под забавным названием Сельцо. Расскажем об этом подробнее...

В старой усадьбе

Летом 1900 г. М.Врубель отдыхал со своей женой певицей Надеждой Забелой в тогдашнем Брянском уезде Орловской губернии в селе Хотылёво, где находилось имение князей Тенишевых. Именно здесь, вдохновлённый поэмой М.Лермонтова, художник задумал изобразить «душу человека, постоянно разрывающуюся между силами добра и зла». И вот, делая наброски к картине, задумал написать портрет жены. И когда до завершения работы оставалось всего чуть-чуть, Михаил Александрович прочитал книгу о культуре древних греков, посвящённую богу лесов Пану. Это повествование настолько увлекло художника, что, подойдя утром к холсту, он поверх почти готового портрета супруги изобразил козлоногого Пана с его волшебной свирелью. Единственным напоминанием о первоначальном замысле художника остался лишь пейзаж за спиной у божества, который открывался с террасы княжеского дома в Хотылёве.

Сознаюсь, ещё в школьные годы я пытался разыскать это место, часто посещая окрестности Сельца. Ничего, конечно, не нашёл, тем более что от бывшего роскошного имения остались одни развалины. Усадьба была практически разрушена в годы Великой Отечественной войны, а церковь Преображения Господня в советские времена превратили в общежитие... Так что о бывшей красоте великолепного комплекса можно нынче судить только по картинам и зарисовкам И.Репина, которые хранятся в Третьяковской галерее. Илья Ефимович также нередко гостил в Хотылёве, бывал тут, к слову, и Николай Рерих.

Теперь, как говорится, сам бог велел хотя бы несколько слов сказать о хозяйке имения. Известная меценатка, коллекционер произведений древнерусского и народного искусства, она создала настоящий музей в своём Смоленском имении Талашкине. Год назад мне посчастливилось увидеть некоторые экспонаты из личной коллекции княгини в Смоленском государственном музее-заповеднике. То была выставка под названием «Мир эмалей», а Мария Клавдиевна, оказывается, даже защитила в своё время диссертацию на тему: «Эмаль и инкрустация». К сожалению, судьба этой незаурядной женщины сложилась драматично. Октябрьский переворот заставил её эмигрировать из родной страны, и уже в эмиграции княгиня написала мемуары «Впечатления моей жизни», которые были изданы в Париже в 1933 г., уже после смерти Марии Клавдиевны.

Ратные дела Сельца

В архивах мне удалось разыскать историю создания самого молодого нынче городка на Брянщине, который получил этот статус только в 1990 г. На рубеже XIX и XX веков здесь возникла желез-



Всё, что осталось от дома Тенишевых в Хотылёве

Справедливости ради отметим, что завод стал градообразующим предприятием. Заводчане строили жилые дома, детские сады, благоустраивали посёлок. Появилась и большая медико-санитарная часть предприятия, бурно шло строительство лечебных корпусов и поликлиники. Отметим, что материальная база медсанчасти была одной из лучших в области. И работали там опыт-

время битвы на Орловско-Курской дуге. Она участвовала потом в освобождении Варшавы, была награждена орденом Красной Звезды и боевыми медалями.

Эстафету фронтовых докторов удачно перенял Виктор Конохов. Благодаря его врачебному мастерству были спасены сотни человеческих жизней, хирург награждён орденом «Знак Почёта», стал заслуженным врачом РСФСР. И теперь на стене хирургического отделения Сельцовской больницы установлена мемориальная доска в его честь.

Нынче же, по словам главного врача Андрея Губаля, настоящими

«Город детей – город семей», в котором Сельцо заняло первое место среди малых городов России.

– Уже пятый год подряд мы входим в тройку лучших муниципальных образований по финансово-хозяйственной деятельности, – рассказал корреспонденту «МГ» глава администрации города Виктор Мамошин. – 2016 г. завершили успешно, без кредиторской задолженности...

Как известно, у каждого города есть своё лицо. Есть оно и у Сельца. Здесь полностью завершено переселение людей из ветхого жилья, решена проблема газо- и теплоснабжения, практически нет очередности в детских дошкольных учреждениях. А на северной окраине города расположен парк с тенистыми аллеями среди высоких хвойных деревьев. Здесь одни чудесные светильники чего стоят: у одного подставка в виде гармониста, у другого – скрипача... По периметру парка расположены спортивные сооружения: Дом спорта, городской бассейн, стадион... Недаром же третий год подряд женская гандбольная команда стала чемпионом России среди команд высшей лиги.

Что же касается детей, то в Сельце сумели создать эффективную систему межведомственного взаимодействия, которая позволяет комплексно и оперативно решать проблемы семей и детей, которые оказались в непростой жизненной ситуации.

«Дорога к дому», «Семейные реликвии», «Мы – вместе» – эти и другие программы предоставляют всем желающим возможность развивать свои способности, находить формы укрепления и сохранения семейных ценностей и традиций.

Разумеется, корреспонденту «МГ» показали всё, чем в городе можно законно гордиться при создании полноценных семей. Так, в Сельцовской городской больнице проводится большая работа по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, также по диспансерному наблюдению за детьми до года. Здесь успешно реализуется стандарт диспансерного наблюдения за ребёнком в течение первого года жизни. Детей с выявленной патологией ставят на учёт в детской консультации. Проводится также систематическая работа по укреплению и охране репродуктивного здоровья населения, врачи женской консультации работают над повышением качества перинатальной помощи.

...Согласен, «все мы родом из детства». Но только детство это не всегда и не везде умеют правильно организовать. У взрослых и детей в маленьком Сельце это получается. Уже начали реализовывать и ещё одну общую мечту. Опросили горожан: «С чем ассоциируется у вас родной город?» Большинство ответило: «Сосны». Так и возникла идея создать резиденцию «Сосновика» для организации совместного отдыха детей и взрослых, проведения семейных праздников. А «Сосновичок» станет своеобразной эмблемой этого малого города. Словом, так держать и в будущем...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото автора.

Малые города России

В тени старых сосен

Здесь бережно хранят прошлое, уверенно строят будущее

нодородная станция, неподалёку от которой находилась небольшая церквушка, а привокзальный перрон служил единственным местом встреч и прогулок местных жителей. Лесопильный же завод, небольшая лечебница и пекарня были заложены гораздо позже, уже в начале прошлого века. Вообще же, судя по архивным источникам, посёлок начал очень быстро расти в «год великого перелома», когда из деревень переселяли крестьян, недовольных сплошной коллективизацией. В том 1929 г. начал курсировать поезд от Бежицы до Сельца, а в следующем году появилось железнодорожное сообщение между Брянском и Жуковкой. (К слову, поезд этот, вагоны которого отапливались железными печками-«буржуйками», ходил аж до середины прошлого века, пока не построили электрифицированную железнодорожную ветку).

А в 1935 г. неподалёку от посёлка началось строительство крупного завода оборонного назначения, которое завершилось через 4 года. Тогда завод № 113 начал выпускать артиллерийские снаряды. В цехах предприятия работали свыше тысячи человек, а население Сельца в 1940 г. превысило 8 тыс. И только в годы третьей пятилетки возник настоящий промышленный посёлок, а в лесу возвели капитальные складские помещения для боеприпасов. По лесным дебрям и болотам проложили шоссе и железную дорогу, в посёлке появились электричество и радио. Когда же пришла пора разоружаться, именно на этом предприятии применили первую в мире установку по утилизации снарядов.



ные специалисты, прошедшие позже суровую школу Великой Отечественной войны.

Не боги, но профессионалы

Уже в сентябре 1943 г., сразу после освобождения посёлка, взамен разрушенной развернули временную больницу, которую возглавил фельдшер Михаил Краснолобов. Занимались в основном лечением раненых. А уже в октябре 1946 г. создали стационар на 25 коек, вскоре больные начали принимать хирург, терапевт, невропатолог и стоматолог. Работали, понятно, не считаясь со временем. И только в 1955 г. сдали эксплуатацию больницу со стационаром на 95 койко-мест. Чуть позже построили родильное и детское отделения. Настоящий класс работы показывали бывшие фронтовики. Так, хирургическое отделение возглавила Мира Самарина, работавшая в военном госпитале во

профессионалами стали заведующий хирургическим отделением Константин Гришков, Яков Доброславский и другие. Здесь успешно освоили операции грыжесечения с использованием сетчатых имплантатов, оперируют по поводу желчекаменной болезни и т.д. Так что пациентам не надо теперь ездить оперироваться в Брянск.

«А если бы ещё эндоскопическое оборудование, – мечтательно произносят сельцовские доктора. – То...»

Разумеется, они не боги. Но что настоящие профессионалы – это точно. Недаром же власти города решили ежегодно выделять врачам по квартире.

«Здесь будет город-сад»

С конца прошлого года Сельцо, пожалуй, стал самым известным городом на Брянщине. В декабре 2016 г. в Совете Федерации РФ состоялось награждение победителей Всероссийского конкурса

Перспективы

В Астраханской области создадут центр специализированной стоматологической помощи детям.

С такой инициативой выступил на заседании общественного совета главный стоматолог Министерства здравоохранения региона, главный врач областного клинического стоматологического центра Сергей Исенов. Он представил общественникам подробную информацию о совершенствовании оказания стоматологической помощи детскому населению Астраханской области.

Расширить детскую службу

В регионе на сегодняшний день лечение детей проводится на базе детского подразделения областного стоматологического центра. С.Исенов предложил расширить детскую службу, увеличив объёмы оказания специализированной стоматологической помощи.

В ведении Министерства здравоохранения Астраханской области есть здание, в котором можно

создать стоматологический центр для детей. Здание площадью 2800 м², требует капитального ремонта.

Для создания нового стоматологического центра предстоит реорганизовать стоматологические поликлиники № 1 и № 2 под руководством областного стоматологического центра. «Объединение поликлиник позволит консолидиро-

вать бюджет 3 медицинских учреждений, которые будут направлены на ремонт и создание в регионе единственного детского стоматологического центра, – рассказал С.Исенов. – Здесь будут созданы новые рабочие места – как минимум будут взяты в штат 20 врачей и 15 медицинских сестёр. Будут открыты высокотехнологичные ортодонтическое, хирургическое

и терапевтическое отделения. Порядка 150 м² будут выделены только под анестезиологическое отделение, оборудованное специальной техникой для лечения детей под наркозом».

Данный проект нашёл положительные отклики членов общественного совета, которые в конце заседания проголосовали за создание нового стоматологического центра для детей.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 32 (2062)

(Окончание. Начало в № 30 от 28.04.2017.)

Основным показанием для назначения НК является низкий уровень ХС ЛПНП и гипертриглицеридемия. Для получения гиполлипидемического эффекта требуются большие дозы (до 4-6 г в сутки), в то время как для профилактики и лечения авитаминоза никотиновая кислота назначается в дозах 1-5 мг в день. Ниацин (никотиновая кислота замедленного высвобождения) принимается в суточной дозе 1-2 г в 2-3 приёма. Аципимокс принимается в дозах 750-1200 мг в сутки, эндурацин – 500-1500 мг в сутки. Тредатив (никотиновая кислота 1000 мг + ларопипрант 20 мг) – 1 раз в сутки.

При лечении НК основной проблемой является плохая переносимость и многочисленные и довольно выраженные побочные эффекты: покраснение, сухость и зуд кожи, акантоз, гастрит, гепатит, повышение мочевого кислоты, подагра, гипергликемия, гипотензия и синкопы (редко), наджелудочковые нарушения ритма сердца (редко); токсическая амблиопия (редко).

Эзетимиб является первым представителем нового класса препаратов **ингибиторов кишечной абсорбции холестерина**. Считается, что выраженный тормозящий эффект эзетимиба на абсорбцию холестерина и растительных стеролов происходит за счёт блокирования переносчика экзогенного холестерина, локализованного на щётчатой каёмке эпителия тонкой кишки. При этом влияния на интестинальную абсорбцию жирорастворимых витаминов и других питательных веществ не происходит. Эффект эзетимиба заключается в выраженном ингибировании абсорбции пищевого и билиарного ХС через ворсинчатый эпителий тонкого кишечника, что уменьшает перенос экзогенного холестерина в печень, тем самым увеличивая утилизацию холестерина из плазмы крови.

В минимальной дозе 5 мг в сутки эзетимиб снижает уровень ХС ЛПНП на 16%, в обычной терапевтической дозе 10 мг в сутки – на 18%. При монотерапии эзетрол оказывает минимальный эффект на уровень ТГ (снижение на 6-8%) и на уровень ХС ЛПВП (повышение 2-4%). Основная сфера клинического применения эзетимиба – это комбинированная терапия с начальными и средними дозами оригинальных и генерических статинов у больных с ИБС и ГЛП с высокими уровнями ХС ЛПНП, а также у лиц очень высокого риска осложнений атеросклероза, требующих максимального снижения уровня ХС ЛПНП до 1,8 ммоль/л и более.

Антиагрегантная терапия

У пациентов с МС снижается активность фибринолитической системы, что связано с повышением концентрации и активности ингибитора тканевого активатора плазминогена 1 (ИАП-1). Как показали результаты ряда исследований, к повышению продукции ИАП-1 приводят ИР, ГИ, гипергликемия, ожирение, гипертриглицеридемия, ФНО-α и трансформирующий фактор роста-β, вырабатываемые адипоцитами висцеральной жировой ткани. Эти изменения определяют необходимость назначения антиагрегантной терапии больным с МС и контролируемой АГ (АД < 140/90 мм рт.ст.).

Тактика лечения артериальной гипертензии у больных с метаболическим синдромом

Основная цель лечения АГ заключается в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Для достижения этой цели необходимо не только снижать АД до целевых значений, но и осуществлять коррекцию всех имеющихся модифицируемых факторов риска.

Перед назначением антигипертензивной терапии следует определить степень АГ и величину общего сердечно-сосудистого риска. Основным показанием к назначению антигипертензивной терапии служит степень сердечно-сосудистого риска (см. табл. 5).

Пациенты с 3 и более ФР, независимо от степени АГ, относятся к категории пациентов высокого и очень высокого дополнительного риска, у таких больных антигипертензивную терапию следует начать безотлагательно наряду с немедикаментозными методами лечения, при этом АД необходимо снизить до 140/90 мм рт.ст., однако делать

это следует постепенно, в несколько этапов, при условии хорошей переносимости антигипертензивной терапии. Необходимо учитывать, что именно у этой категории пациентов достичь целевых значений АД бывает особенно трудно.

К **антигипертензивным препаратам**, применяемым для лечения больных с АГ и метаболическими нарушениями, предъявляются особые требования: они должны эффективно снижать АД на протяжении суток, не оказывать неблагоприятного влияния на углеводный, липидный, пуриновый обмены, обладать органопротективным действием, снижать риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Современные рекомендации по лечению АГ исходят из принципа равенства всех

стенки, антипролиферативном и антиатерогенном действии. В крупных клинических исследованиях (PHYLLIS, SECURE) установлено, что терапия иАПФ может уменьшить толщину комплекса интима-медиа сонной артерии у пациентов с бессимптомным или манифестированным атеросклерозом.

Важное преимущество иАПФ – способность предотвращать развитие сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого и очень высокого риска, в том числе у больных АГ с МС и СД 2-го типа. В исследованиях SOLVD, EUROPA, PROGRESS, FACET, ADVANCE показано, что лечение иАПФ снижает риск развития повторного мозгового инсульта, ишемических событий, госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН и других сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них.

Выделяют 3 группы иАПФ в зависимости от химической структуры: содержащие SH-группу (каптоприл, зифеноприл), карбоксильную группу (эналаприл, квинаприл, рамиприл, периндоприл, трандолаприл, спираприл, цилазаприл, лизиноприл), фосфинильную группу (фозиноприл). Поскольку при АГ и метаболических нарушениях часто имеет место увеличение объёма жировой

тканей, липофильные БРА улучшают чувствительность тканей к инсулину, углеводный и липидный обмены благодаря взаимодействию с PPARγ-рецепторами.

В исследовании ALPIN длительная терапия кандесартаном больных АГ снижала частоту случаев вновь развившегося МС и СД 2-го типа. Значимое снижение риска развития СД 2-го типа при терапии сартанами установлено также в исследованиях LIVE, VALUE, CHARM.

БРА так же, как и иАПФ, обладают выраженным кардио- и нефропротективным действием: предотвращают ГЛЖ, увеличивают продолжительность периода удержания синусового ритма при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий, уменьшают степень МАУ и протеинурии, замедляют прогрессирование сердечной и почечной недостаточности. При длительном приёме БРА (телмисартан) уменьшают толщину комплекса интима-медиа сонных артерий и объём крупных атеросклеротических бляшек (MORE).

Длительное лечение сартанами (ирбесартан, телмисартан, кандесартан) приводит к уменьшению риска развития неблагоприятных исходов, таких как терминальная

Ведение больных с метаболическим синдромом

Клинические рекомендации Минздрава России

Стратификация риска у больных АГ*

Таблица 5

| Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания | Артериальное давление (мм рт.ст.) | | |
|---|--|--|--|
| | АГ 1-й степени САД 140-159 или ДАД 90-99 | АГ 2-й степени САД 160-179 или ДАД 100-109 | АГ 3-й степени САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110 |
| Других факторов риска нет | Низкий риск | Средний риск | Высокий риск |
| 1-2 фактора риска | Средний риск | Высокий риск | Высокий риск |
| 3 и более факторов риска | Высокий риск | Высокий риск | Высокий риск |
| Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД | Высокий риск | Высокий риск | Очень высокий риск |
| ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥ 4 ст. или СД с ПОМ или факторами риска | Очень высокий риск | Очень высокий риск | Очень высокий риск |

* Точность определения общего сердечно-сосудистого риска напрямую зависит от того, насколько полно проведено клинико-инструментальное и биохимическое обследование больного. Без данных УЗИ сердца и сосудов для диагностики гипертрофии левого желудочка и утолщения стенки (или наличия бляшки) сонных артерий до 50% больных АГ могут быть ошибочно отнесены к категории низкого или среднего риска вместо высокого или очень высокого

групп антигипертензивных препаратов при условии адекватного снижения АД, а выбор средства рекомендуют делать, исходя из дополнительных показаний к назначению конкретной группы препаратов.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ).

В лечении АГ у больных с метаболическими нарушениями основное место принадлежит иАПФ ввиду их положительного влияния на ключевые звенья патогенеза заболевания. Представители данной группы лекарственных средств снижают активность РААС как в плазме, так и в тканях, замедляют инактивацию брадикинина и уменьшают активность симпатической нервной системы.

Несомненное достоинство препаратов этой группы – отсутствие негативного влияния на углеводный, липидный и пуриновый обмены. В крупных многоцентровых исследованиях SOLVD, ASCOT, HOPE выявлено значимое снижение числа новых случаев СД среди больных, длительно получавших иАПФ. Имеются работы, в том числе выполненные в отделе системных гипертензий Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова, указывающие на то, что иАПФ повышают чувствительность тканей к инсулину и улучшают углеводный обмен.

Указанные препараты обладают органопротективным эффектом: уменьшают гипертрофию миокарда левого желудочка, замедляют ремоделирование и фиброз миокарда, снижают МАУ, протеинурию, предотвращают нефроангиосклероз и ХПН. Высокая эффективность иАПФ в замедлении прогрессирования заболевания почек и снижении риска сердечно-сосудистых осложнений показана в исследованиях AIRE, REIN, PROGRESS, ADVANCE. Антипротективный эффект иАПФ заключается в улучшении функции эндотелия сосудистой

ткани, то выбор конкретного иАПФ должен учитывать его липофильность, потому как более высокий уровень липофильности определяет более значительную тканевую аффинность препарата (т.е. способность оказывать влияние на активность АПФ не только в плазме крови, но и непосредственно в тканях). Высокой липофильностью обладают активные метаболиты фозиноприла, квинаприла, трандолаприла, рамиприла и периндоприла; умеренной – эналаприла, мозексиприла и каптоприла; лизиноприл относится к гидрофильным соединениям. Большинство иАПФ элиминируются почками, только 4 препарата (зофеноприл, фозиноприл, трандолаприл, спираприл) имеют двойной путь выведения – через печень и почки.

Среди побочных эффектов иАПФ наиболее часто встречается сухой кашель, ангионевротический отёк. Другое негативное свойство иАПФ, регистрируемое у части больных, – «ускользание» гипотензивного эффекта при длительном лечении.

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II. Эффект блокаторов рецепторов к ангиотензину II (БРА) или антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА) – сартанов также связан с подавлением активности РААС, но при этом они не влияют на систему брадикинина. По антигипертензивной эффективности иАПФ и БРА равнозначны, но последние имеют лучший профиль переносимости, так как не вызывают кашель, ангионевротический отёк. БРА обеспечивают более высокую приверженность к терапии среди больных с АГ из-за лучшего профиля переносимости, отсутствия «ускользания» гипотензивного эффекта.

БРА не оказывают влияния на липидный и пуриновый обмены, за исключением лозартана, для которого доказана возможность снижения уровня мочевого кислоты, кроме

почечная недостаточность, частота госпитализаций по поводу ХСН, смерть (IRMA-7, IDNT-8, CHARM-9, VALUE, ONTARGET). Зарегистрировано значимое снижение частоты развития сердечно-сосудистых осложнений при лечении БРА больных АГ с СД 2-го типа (LIFE, IDNT, RENAAL). Проведённые исследования показали примерно равнозначную эффективность БРА и иАПФ в снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений, но лучшую переносимость сартанов.

Блокаторы кальциевых каналов (БКК). Антагонисты кальция (АК) обладают выраженным вазодилатирующим действием в результате инактивации потенциал-зависимых кальциевых каналов и блокирования поступления потоков кальция в гладкомышечные клетки сосудов. В зависимости от химической структуры выделяют 3 группы антагонистов кальция: дигидропиридины (нифедипин, амлодипин, фелодипин и др.), фенилалкиламины (верапамил) и бензодиазепины (дилтиазем). Недигидропиридиновые антагонисты кальция обладают отрицательным ино- и дромоторным действием. Дигидропиридиновые антагонисты кальция оказывают выраженное вазодилатирующее действие на периферические артерии, не влияют на проводящую систему сердца, практически не снижают сократительную способность миокарда.

Для лечения АГ у больных с МС, а также с СД 2-го типа применяют как недигидропиридиновые (верапамил, дилтиазем), так и дигидропиридиновые АК пролонгированного действия. АК не оказывают отрицательного влияния на липидный, углеводный и пуриновый обмены. Снижение числа новых случаев СД 2-го типа при длительной терапии АК в сочетании с иАПФ установлено в исследованиях ASCOT (амлодипин + периндоприл), INVEST (верапамил и трандолаприл). В плане предупреждения развития новых случаев СД 2-го типа АК занимают промежуточное положение между иАПФ (БРА) и селективными бета-блокаторами.

АК обладают антиангинальным действием: снижают частоту, продолжительность и выраженность эпизодов ишемии миокарда (CAPE), а потому применяются у больных, имеющих сочетание АГ и ИБС.

АК вызывают регрессию гипертрофии миокарда ЛЖ, обладают антиатерогенным действием, уменьшают эксцессию альбумина с мочой, причём нефропротективный эффект АК у больных АГ с диабетической нефропатией столь же выражен, как и у иАПФ.

Снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности при длительной терапии антагонистами кальция показано в исследованиях INVEST, INSIGHT, HOT, STOP-2, NORDIL.

Диуретики воздействуют на основные механизмы повышения АД у больных с МС – задержку натрия и жидкости, поэтому терапию диуретиками у этой категории больных считают патогенетически обоснованной. В настоящее время использование тиазидных диуретиков в режиме монотерапии при АГ с метаболическими нарушениями

считается нецелесообразным, поскольку они оказывают целый ряд неблагоприятных воздействий: гипокалиемию, гипергликемию, при длительном применении в больших дозах могут индуцировать СД, негативно влияют на липидный и пуриновый обмены. Длительная терапия гидрохлортиазидом сопровождается повышением содержания в крови атерогенных фракций липидов и мочевой кислоты. На степень выраженности нарушений углеводного и липидного обменов при применении данного класса мочегонных препаратов влияют также длительность их применения и возраст больных.

Петлевые диуретики (фуросемид, этакриновая кислота и т.д.) также могут вызывать нарушение толерантности к глюкозе, глюкозурию и развитие некетонемической комы.

Для лечения АГ у больных с МС предпочтительнее отдаётся метаболически нейтральному тиазидоподобному диуретику пролонгированного действия – индапамид-ретарду. Особенности индапамид-ретарда заключаются в том, что этот препарат обладает двойным действием. С одной стороны, он обеспечивает некоторое увеличение диуреза, устраняя избыточное содержание натрия в сосудистой стенке, с другой стороны, у него имеется первичный вазодилатирующий эффект, обусловленный регуляцией входа кальция в гладкомышечные клетки и влиянием на синтез простагландинов. Исследование МИНОТАВР продемонстрировало, что индапамид-ретард не только эффективно снижает АД, не вызывая гипокалиемию, но также оказывает положительное влияние на углеводный, липидный и пуриновый обмены, причём метаболическая нейтральность препарата сохраняется после 12 месяцев лечения.

Исследования LIVE и NESTOR показали, что индапамид обладает кардио- и нефропротективными свойствами: уменьшает массу миокарда левого желудочка и снижает МАУ.

Исследования, проведённые в последнее время, свидетельствуют об эффективности калийсберегающих диуретиков (спиронолактон и эплеренон) в лечении АГ у больных с метаболическими нарушениями, особенно при развитии рефрактерной АГ. В двойном слепом плацебоконтролируемом мультицентровом исследовании ASPIRANT (Addition of Spironolactone in Patients with resistant arterial hypertension) 25 мг спиронолактона добавляли к трёхкомпонентной антигипертензивной терапии, включающей диуретик (в среднем больные получали 4-5 препаратов), что привело к достоверному снижению САД по сравнению с плацебо.

На диастолическое АД спиронолактон влиял незначительно. Добавление спиронолактона к терапии сопровождалось небольшим, но достоверным увеличением калия и креатинина сыворотки крови без неблагоприятных клинических последствий при хорошей переносимости, число побочных эффектов было сопоставимо с плацебо. Примечательно, что чем больше была выраженность абдоминального ожирения (окружность талии), тем лучше был ответ на терапию, включающую спиронолактон.

Однако известны неблагоприятные побочные эффекты, связанные с блокадой спиронолактоном андрогенных рецепторов, и др. Появившиеся в последнее время новые селективные антагонисты альдостерона, в частности эплеренон, лишены таких побочных эффектов, но вместе с этим уступают спиронолактону по антигипертензивной эффективности и длительности действия.

Бета-блокаторы. Применение бета-блокаторов для лечения АГ у больных с МС патогенетически обосновано, так как эти препараты ингибируют повышенную активность СНС и уменьшают тахикардию, которая имеется у трети пациентов. Бета-блокаторы урежают ЧСС, уменьшают выраженность гипертрофии миокарда левого желудочка, обладают антиаритмическим действием. Препараты этой группы не влияют на электролитный состав крови. По предотвращению риска развития сердечно-сосудистых осложнений бета-блокаторы не уступают иАПФ и АК (Stop-Hypertension-2; UKPDS; MAPHY).

Современные высокоселективные β₁-адреноблокаторы – небиволол, бисопролол, метопролол суцинат и др., – в отличие от неселективных представителей этой группы не оказывают выраженного негативного влияния на углеводный, липидный, пуриновый обмены, не вызывают прибавку веса и не усиливают инсулинорезистентность. бета-блокаторы со свойствами вазодилаторов (карведилол, небиволол) способны снижать содержание в крови глюкозы и атерогенных фракций липидов, повышать чувствительность тканей к инсулину. Как показано в исследовании SENIOR, длительное лечение небивололом приводит к значимому уменьшению числа новых случаев СД 2-го типа.

Установлена высокая эффективность и безопасность высокоселективных бета-блокаторов в лечении АГ у больных с СД 2-го типа (UKPDS, VIP). Применение этих препаратов сопровождалось значимым снижением частоты сердечно-сосудистых осложнений и смертности при отсутствии неблагоприятного влияния на метаболизм глюкозы и липидов.

Агонисты имидазолиновых рецепторов. Агонисты I₂-имидазолиновых рецепторов – моксонидин и рилменидин – стимулируют имидазолиновые рецепторы, расположенные в вентролатеральном отделе продолговатого мозга.

Моксонидин уменьшает активность СНС и тем самым приводит к снижению АД. Мона-терапия моксонидином в дозе 0,2-0,4 мг в сутки позволяет достичь целевых значений АД у 52% больных. Высокая гипотензивная эффективность моксонидина в виде монотерапии и в составе комбинированной антигипертензивной терапии у больных АГ с метаболическим синдромом или СД 2-го типа показана в исследовании CAMUS.

Важным достоинством моксонидина является положительное влияние на углеводный и липидный обмены. Моксонидин повышает чувствительность тканей к инсулину за счёт улучшения инсулинозависимого механизма транспорта глюкозы в клетки, снижает уровень инсулина, лептина и глюкозы в крови, уменьшает содержание триглицеридов и свободных жирных кислот, повышает уровень ХС ЛПВП. У пациентов с избыточной массой тела приём моксонидина приводит к снижению веса (MERSY). Согласно данным US Physicians Health Study, терапия моксонидином больных АГ с избыточным весом или СД 2-го типа позволяет снизить индекс массы тела на 1 ед., что уменьшает относительный риск развития инсульта на 6%.

Моксонидин обладает органопротективным действием: уменьшает гипертрофию миокарда левого желудочка, улучшает диастолическую функцию сердца, когнитивные функции мозга, снижает МАУ.

Моксонидин целесообразно широко использовать для лечения АГ у больных с МС или с СД 2-го типа. Препарат можно применять в виде монотерапии, а также в составе комбинированного лечения в сочетании с иАПФ, БРА, антагонистами кальция, диуретиками.

Прямые ингибиторы ренина. В клинической практике применяется лишь один препарат из этой группы – алискирен. Алискирен снижает активность ренина плазмы, которая повышена у значительного числа больных АГ: при ожирении, МС, СД 2-го типа, ХПН, у женщин в постменопаузе. К повышению активности ренина плазмы предрасполагает терапия иАПФ и диуретиками. Алискирен ингибирует также тканевые рецепторы ренина в почках, эндотелии, ренальных и коронарных артериях. Ингибирование плазменной активности ренина и рецепторов ренина в тканях у больных АГ представляется важным, так как в многоцентровых исследованиях были получены данные о негативном влиянии увеличенной активности ренина на риск развития сердечно-сосудистых осложнений: ИМ, сердечной смерти, прогрессирования ХСН (SAVE, Val-HeFT, ACC, ESC).

Антигипертензивный эффект алискирена сопоставим с эффектами иАПФ и БРА. Препарат оказывает органопротективное действие: уменьшает гипертрофию миокарда левого желудочка (ALLAY), уменьшает МАУ и предотвращает снижение скорости клубочковой фильтрации. Нефро- и кардиопротективные свойства алискирена сопоставимы с эффектом иАПФ. В исследовании AVOID длительная терапия алискиреном больных АГ с СД 2-го типа, осложнённым протеинурией, приводила к существенной регрессии альбуминурии и замедлению снижения скорости клубочковой фильтрации, причём эффект препарата не зависел от уровня АД. Алискирен не вызывает эффекта «ускользания» антигипертензивного действия.

Алискирен снижает инсулинорезистентность, с чем, вероятно, связана его высокая эффективность у больных АГ с ожирением. У пациентов с ожирением III степени целевой уровень АД достигается при применении алискирена в сочетании с гидрохлортиазидом гораздо чаще, чем при использовании ирбесартана с гидрохлортиазидом, либо амлодипина с гидрохлортиазидом.

Однако в исследовании ALTITUDE не получено данных о снижении числа сердечно-сосудистых и почечных осложнений при длительной терапии алискиреном в сочетании с иАПФ или БРА у больных АГ с СД 2-го типа. Кроме того, у больных очень высокого риска с АГ в сочетании с СД 2-го типа и почечной недостаточностью, включённых в данное исследование, добавление к стандартной терапии (иАПФ, БРА) алискирена через 18-24 месяца привело к повышению случаев нефатального инсульта, гиперкалиемии и

гипотонии, в связи с чем исследование было приостановлено.

Препарат противопоказан при тяжёлой печёночной и почечной недостаточности, реноваскулярной гипертензии. При совместном применении алискирена с ингибиторами циклооксигеназы-2 возможно ухудшение функции почек.

Однако, несмотря на полученные данные по безопасности алискирена, большинством исследований показано, что данный препарат способен эффективно снижать АД, предотвращать поражение органов-мишеней и может применяться у больных АГ и ожирением при избегании его комбинации с иАПФ и БРА.

Альфа-адреноблокаторы. Альфа-адреноблокаторы (доксазозин, празозин) применяют в лечении АГ у больных с МС, как правило, в составе комбинированной терапии третьим или четвёртым препаратом. Альфа-адреноблокаторы улучшают углеводный и липидный обмены, повышают чувствительность тканей к инсулину, улучшают почечную гемодинамику. Ввиду того что эти препараты вызывают постуральную гипотензию, их с осторожностью применяют у пациентов с диабетической нейропатией.

Комбинированная антигипертензивная терапия. Традиционный подход к лечению АГ заключается в назначении на первом этапе монотерапии. Однако течение АГ у больных с метаболическими нарушениями отличается рефрактерностью к проводимой терапии, поэтому достичь целевых значений АД у этих пациентов при монотерапии часто не представляется возможным. Кроме того, преобладающее число больных АГ, имеющих МС, относится к группе лиц с высоким и очень высоким дополнительным риском развития сердечно-сосудистых осложнений. В этой связи у этих пациентов лечение следует начинать сразу с комбинированной терапии, которая воздействует на разные звенья патогенеза АГ и потому более эффективна, позволяет использовать меньшие дозы лекарственных средств для достижения целевого АД, уменьшает побочные эффекты некоторых препаратов.

К рациональным комбинациям препаратов у больных АГ с метаболическими нарушениями или с СД 2-го типа относят: комбинации ингибитора АПФ – АК – диуретика, АРА – АК – диуретика, ингибитора АПФ – агониста I₂-имидазолиновых рецепторов – диуретика, ингибитора АПФ – селективного β-блокатора – диуретика. Следует отметить, что у данных пациентов из всех вышеперечисленных комбинаций наиболее предпочтительными являются комбинации иАПФ или АРА с антагонистами кальция, так как они обладают наиболее выраженным положительным влиянием на состояние углеводного и липидного обменов у данной категории больных. Однако многие пациенты требуют комбинации из 3 и более препаратов. В первую очередь к комбинации иАПФ или АРА с АК необходимо добавление диуретического препарата, возможно антагониста альдостерона, а в последующем – бета-адреноблокаторов, агонистов I₂-имидазолиновых рецепторов или α-адреноблокаторов.

Следует избегать комбинации неселективных представителей группы бета-блокаторов с тиазидными диуретиками при лечении больных с МС или СД 2-го типа, так как оба препарата при длительном применении оказывают неблагоприятное влияние на углеводный и липидный обмены.

Алгоритм лечения больных с МС

Учитывая всё вышеописанное, можно предложить следующую схему ведения и лечения больных с МС. Выбор тактики ведения больных с МС должен быть индивидуальным в зависимости от степени ожирения, наличия или отсутствия АГ и других проявлений МС. У больных с АГ необходимо оценить степень сердечно-сосудистого риска, которая будет служить основанием для выбора тактики лечения.

У больных с МС и нормальным уровнем АД лечение должно включать немедикаментозные мероприятия, а при наличии показаний – медикаментозное лечение ожирения и коррекцию метаболических нарушений. Кроме того, необходимо регулярно контролировать уровень АД.

У пациентов с МС и АГ необходимо незамедлительное назначение антигипертензивных препаратов на фоне терапии, направленной на устранение таких симптомов, как абдоминальное ожирение, ИР, гипергликемия, дислипидемия, которые являются и самостоятельными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений. Пациентам с МС и выраженной ДЛП и при наличии показаний необходимо при соединении гиполлипидемической терапии наряду с гипотензивной терапией. У таких пациентов, как правило, определяется высокий сердечно-сосудистый риск, поэтому гипотензивную терапию необходимо назначать незамедлительно.

Заключение

Представленные в настоящих рекомендациях алгоритмы диагностики и лечения МС и его отдельных компонентов позволяют оптимизировать тактику ведения пациентов, представляющих значительную часть общей популяции больных ССЗ. Своевременная диагностика и коррекция отдельных компонентов МС предотвратит развитие и прогрессирование тяжёлых кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений.

Так, снижение веса у больных с МС вызывает снижение АД, а иногда даже его нормализацию. Нормализация нарушений углеводного обмена может приводить к улучшению показателей липидного спектра и также к снижению АД. Гиполипидемическая терапия, в свою очередь, может способствовать повышению чувствительности тканей к инсулину и улучшению показателей углеводного обмена. Грамотно подобранная антигипертензивная терапия может сопровождаться улучшением показателей углеводного, липидного обменов и повышать чувствительность тканей к инсулину.

Таким образом, настоящие рекомендации представляют практическому врачу возможность на современном уровне, используя знания по первичной и вторичной профилактике, снизить риск развития ССЗ, СД 2-го типа и их осложнений, а также улучшить качество и продолжительность жизни больных.

Под редакцией
президента Российского
кардиологического общества
академика РАН Евгения ШЛЯХТО.

Список сокращений

АГ – артериальная гипертония
АД – артериальное давление
ГБ – гипертоническая болезнь
ГИ – гиперинсулинемия
ДАД – диастолическое артериальное давление
иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
ИМТ – индекс массы тела
ИР – инсулинорезистентность
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности
МС – метаболический синдром
НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе
ОБ – окружность бёдер
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОТ – окружность талии
ПН ЖК – полиненасыщенные жирные кислоты
ПОМ – поражение органов-мишеней
САД – систолическое артериальное давление
СД – сахарный диабет
СЖК – свободные жирные кислоты
СМАД – суточное мониторирование АД
СОАС – синдром обструктивного апноэ во время сна
СНС – симпатическая нервная система
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ТГ – триглицериды
ФР – факторы риска
ХС – холестерин
ЦВБ – цереброваскулярная болезнь
NO – оксид азота

Для региональной общественной организации прошедший год был насыщенным. Того требует профсоюзная работа, обеспечивая надежды и чаяния работников здравоохранения и являясь их опорой в трудовых буднях. Положительные результаты этих усилий были приведены на заседании совета, собравшего большую аудиторию профсоюзных активистов. Доклад её председателя Сергея Ремизова впервые был представлен в форме видеофильма.

Ключевые задачи

Московский профсоюз объединяет 135 103 работника здравоохранения. В этом числе 14 756 студентов вузов и 35 пенсионеров. В сентябре 2016 г. на президиуме была принята комплексная программа до 2020 г. по увеличению его численности. Сегодня в большинстве территориальных и первичных организаций охват профсоюзным членством составляет более 50%, что особенно важно для укрепления позиций и авторитета профсоюза в гражданском обществе. В числе его приоритетных задач остаётся совершенствование и дальнейшее развитие системы социального партнёрства. Заключённое двухстороннее соглашение между Профсоюзом работников здравоохранения Москвы и столичным Департаментом здравоохранения на 2016-2018 гг. усиливает контроль за соблюдением трудовых прав работников отрасли. Благодаря социальному партнёрству активно ведётся обучение сотрудников кадровых служб медицинских учреждений.

Уровень эффективности профсоюзной работы в медицинских коллективах во многом зависит от профессионализма и личной ответственности лидеров, кадров и актива. И поэтому аппарат профсоюза активно работает на этих направлениях. Так, впервые в Сочи был проведён семинар-тренинг «Командообразование», на котором специалисты постигли ключевые навыки командной работы, проблемы лидерства, учились формированию доверия и чувства сплочённости участников команды, чтобы более уверенно и профессионально вести диалог с властью и социальными партнёрами.

Из значимых мероприятий был отмечен форум «Те, кому не всё равно» – обсуждение проектов нормативно-правовых актов и государственных программ. А 25 января 2017 г. состоялась первая научно-практическая конференция «Правовое обеспечение деятельности работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы», организованная московским профсоюзом при поддержке столичного Департамента здравоохранения.

В отчётном периоде (апрель 2016 г. – апрель 2017 г.) для выявления и устранения нарушений действующего трудового законодательства отдел охраны труда профсоюза провёл контрольные проверки в 30 организациях здравоохранения города. По их результатам выявлено 467 нарушений. Все они были устранены. Профсоюз вёл контроль за соблюдением законодательства и в отношении оплаты труда работников. В 2016 г. восстановлены денежные выплаты на сумму более 1 млн 318 тыс. руб., в том числе 1 млн 029 тыс. руб. за стаж непрерывной работы.

В федеральных учреждениях здравоохранения столицы совместно с центральным комитетом Профсоюза работников здравоохранения РФ проводилась оценка условий труда. Для профсоюза было важно макси-

мально объективное решение вопроса о предоставлении компенсации за работу во вредных и опасных условиях труда. На деле же происходит сужение области оценки напряжённости и тяжести трудового процесса, особенно выведение из этого ряда биологического фактора. Информация направлена в Профсоюз работников здравоохранения РФ для дальнейшей её актуализации.

Московский профсоюз осуществляет представительство в Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской думы.

ных направлений деятельности профсоюза, о чём говорит участие молодёжи в акциях, слётах и форумах Московской федерации профсоюзов, Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Сегодня профсоюз активно использует современные средства коммуникации – сайт, социальные сети, сотрудничает со средствами массовой информации, в том числе с «Медицинской газетой».

Диалог – решение

Из отчётного доклада мы привели только часть примеров ре-

себя: повышается оплата труда, улучшаются условия работы, точнее соблюдается трудовое законодательство. А руководством к действию является двухстороннее отраслевое соглашение, подчеркнула З.Драчева.

В округе велась эффективная работа по заключению коллективных договоров. Положительную роль здесь играла позиция руководителей учреждений здравоохранения. Зинаида Сергеевна привела пример социального партнёрства, когда на личном приёме у главного врача присутствует председатель первичной

должным образом организована работа уполномоченных по охране труда. Поэтому он предложил профсоюзу подумать над повышением их статуса. А ресурс у института уполномоченных огромен.

Председательствующий на совете С.Ремизов подтвердил, что оставаться одной из крупнейших и авторитетных организаций среди других региональных профсоюзов России помогла и целенаправленная работа уполномоченных по охране труда. На совете наградили лучших за победу в городском смотре-кон-

Итоги и прогнозы

Сила — в единстве действий

Реальную защиту столичных медиков обеспечивает Профсоюз работников здравоохранения Москвы



В президиуме совета

В прошлом году по инициативе столичного Департамента здравоохранения и московского профсоюза была создана онлайн-приёмная уполномоченного по защите прав медицинских работников, рассмотревшая 14 обращений. Примером их эффективного взаимодействия является создание отраслевой комиссии, на которой профсоюзные представители поднимали вопросы качества расследования несчастных случаев в учреждениях здравоохранения, вносили предложения в аналитические материалы по результатам совместных проверок. Особо следует отметить сотрудничество между профсоюзом и столичным объединением врачей.

Эффективные действия, прозвучавшие в докладе, – это совместный труд профработников и актива. А по делам и поощрению. В 2016 г. 36 организаций отрасли отмечены президиумом Профсоюза работников здравоохранения Москвы за развитие системы социального партнёрства, совместную работу по подготовке и заключению коллективных договоров, успешное решение социально-экономических вопросов, защиту трудовых прав медиков. Молодёжная политика оставалась одним из приоритет-

зультативной работы профсоюза, но и по ним можно сделать вывод: в целом выстроена работоспособная общественная структура, которая успешно реализует кадровую, информационную, финансовую политику, последовательно и планомерно защищает права медицинских работников на труд и достойную его оплату. Профсоюзный «авангард» не является пассивным наблюдателем происходящего в отрасли. Профработники стоят на страже интересов медиков, занимаются правозащитной деятельностью, добиваются создания здоровых и безопасных условий труда и отдыха, проводят огромную мотивационную работу по укреплению и росту профсоюзных рядов.

Зинаида Драчева, председатель территориальной организации профсоюза учреждений здравоохранения Центрального административного округа Москвы рассказала о новых подходах в реализации механизма социального партнёрства. Мотивация профсоюзного членства – это комплекс мер, где важной составляющей является повышение авторитета и влияния профсоюза в коллективе. Этого можно достигнуть только конкретными делами. Они говорят сами за

профсоюзной организации, и они вместе решают производственные проблемы. Но самым проблемным вопросом остаётся специальная оценка условий труда.

Эту тему продолжил председатель территориальной организации профсоюза учреждений здравоохранения Юго-Западного административного округа Валерий Чернов. По его мнению, большими правами в этом отношении наделены уполномоченные по охране труда. В городе их насчитывается более 3 тыс., 15% от этого числа – в ЮЗАО. По существу, это целый институт, входящий в систему социального партнёрства, и у него широкое поле деятельности. Не случайно, напомнил В.Чернов, «наш социальный партнёр, Департамент здравоохранения, рекомендует предусматривать в коллективных договорах дополнительные гарантии контрольной деятельности уполномоченных по охране труда, предоставлять им не менее 3 дней ежегодного оплачиваемого отпуска к основному». В 2016 г. ими проведено 506 проверок, выявлены недостатки, большинство которых были устранены. К сожалению, признал В.Чернов, не во всех учреждениях

курсе. Назовём их имена. Первое место заняла Надежда Евсеева, городская клиническая больница им. Ф.И.Иноземцева, второе – Татьяна Коляда, городская поликлиника № 107, третье поделили Татьяна Манглер, городская клиническая больница № 68 и Алла Егорова, Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Благодарность за участие выражена Татьяне Акининой, городская клиническая больница им. В.В.Вересаева и Ольге Куликовой, Научный центр неврологии.

– Мы и дальше будем поощрять активных, инициативных, потому что уровень эффективности профсоюзной работы во многом определяют они. И мы целенаправленно работаем в этом направлении: обучаем вновь избранных руководителей первичных организаций, специалистов аппарата, молодёжный актив, на который делаем ставку, на его энергию и инициативу, – заключил Сергей Викторович.

К словам С.Ремизова добавим, что журналисты не раз видели в деле эту сплочённую команду. Это профессионалы, связанные высокой мерой ответственности за благополучие столичных медиков. Да и сам председатель всегда энергично, открыто и убедительно отстаивает свою точку зрения.

Председатель территориальной организации профсоюза учреждений здравоохранения Северо-Западного административного округа Владимир Черемнев рассказал, почему медики вступают в профсоюз. Чтобы он оставался привлекательным во всех отношениях, надо создавать материальную и моральную заинтересованность для вступления в его ряды, быть всегда чувствительными, восприимчивыми к проблемам работников, быть готовыми пойти, если надо, на компромисс в интересах медиков. Большую роль здесь играет и информированность, что может профсоюз в принципе. Эту информацию можно донести на конференциях, через газеты, общение в соцсетях, оформить стенды. Нужно и дальше поднимать имидж профсоюза, формировать благоприятный психологический

климат в коллективе. Один из таких рычагов – участие в заключении коллективных договоров, в которых чётко прописываются права и обязанности работника и работодателя, тем самым повышая мотивацию вступления в общественную организацию. В прошлом году профсоюзом был запущен проект «Отдых в России», предоставляющий скидки в виде «профсоюзного сертификата». Но этого мало, считает В.Черемнев, надо изыскивать средства, чтобы сделать путёвки дешевле, закупать часть санаторных, так как среди медиков тоже большая заболеваемость.

В.Черемнев затронул вопрос и о летнем оздоровительном отдыхе детей медицинских работников. Путёвки дорогие, но всем доступны. Та дотация, которую даёт Московская феде-

ходится на контроле у уполномоченных лечебного учреждения. Профсоюзная организация выдаёт бесплатные подарки и билеты детям на новогодний праздник, а также идущим в первый класс. Ко дню медицинского работника организуются экскурсии на теплоходе по Москве-реке. Вместе с администрацией профсоюзная организация проводит конкурс на лучшую медицинскую сестру. В этом году утверждена дорожная карта мероприятий по увеличению членства в профсоюзе.

Опыт, о котором рассказала Н.Захарова, достоин повторения. А мотивация профсоюзного членства, отметил председательствующий, остаётся стратегической задачей профсоюза. Сейчас много радикальных элементов, стремящихся ослабить профсоюзные ряды, расшатать

Боевой настрой профсоюза отметила и заместитель председателя Московской федерации профсоюзов Наталья Свиридова.

– То, что вы продемонстрировали в видеофильме, это только макушка айсберга большой работы, которую вы проводите на местах. Профсоюз работников здравоохранения Москвы нашёл действенные формы: смотры, конкурсы, различные культурные, спортивные и другие массовые мероприятия. У вас сильный лидер. Это к вам относится, Сергей Викторович. Вы не боитесь отстаивать свою позицию, выходить с инициативой. Желая достигнуть поставленных целей.

Н.Свиридова коснулась и большой темы – летнего отдыха детей, признав, что проблема есть и надо её решать – и со стоимостью путёвок, и с подбором и

«Круглый стол»

Как здоровье, молодёжь?

Этот вопрос очень актуален сегодня

Молодёжная общественная палата России иницирует проведение в стране Всероссийского дня здоровья молодёжи. Это предложение внесено в ходе дискуссии за «круглым столом» на тему «Здоровье молодёжи: социальные и медицинские аспекты», который провела при поддержке Комитета Госдумы РФ по труду и социальной политике Комиссия по охране здоровья палаты.

«Такая просьба от Молодёжной общественной палаты: мы как общественная организация хотим иницировать создание Всероссийского дня здоровья молодёжи по европейскому опыту. И стараться в этот день с помощью средств массовой информации и медийных личностей пропагандировать здоровый образ жизни», – заявила председатель комиссии Стелла Узденова.

Участники дискуссии обсудили такие темы, как «омоложение» заболеваний, состояние здоровья современной молодёжи в нашей стране, факторы, влияющие на здоровье молодёжи, меры по предотвращению проблем в этой области. Среди выступивших экспертов – член комитета Совета Федерации по социальной политике Татьяна Кусайко, декан факультета практической психологии Московского социально-педагогического института Наталья Матвеева, заведующая Центром профилактики зависимого поведения (филиалом) Московского научно-практического центра наркологии Елена Деменко, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов доктор медицинских наук Саид Семьятов и другие.

«Сегодняшняя тема как нельзя актуальна для нашего сотрудничества с Министерством здравоохранения РФ и другими министерствами, поскольку эта проблема является действительно межсекторальной», – подчеркнула координатор по неинфекционным заболеваниям Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации Елена Юрасова.

«В Московском городском университете управления правительства Москвы надеются на реализацию нашего проекта по созданию на ВДНХ инновационного образовательного музейно-выставочного комплекса «Здоровый город», – сказал начальник Управления развития отраслевых образовательных программ этого вуза Константин Царанов. – Это конкретный механизм реализации воспитания у школьников здорового образа жизни. На конкурсе инноваторов Москвы в 2015 г. проект занял первое место. К большому сожалению, он пока не был реализован, но надежда у нас сохраняется».

По мнению К.Царанова, посещение школьниками такого выставочного комплекса может заменить занятия такими дисциплинами, как физическая культура, ОБЖ и биология.

«Этот центр, мы предполагаем, должен располагаться на ВДНХ. Согласно расписанию, ученики

3-х, 7-х и 10-х классов будут приезжать сюда на занятия по 6 часов в 3 смены. Соответственно, медицинские знания, которые сейчас рассыпаны по предметам (основы безопасности и жизнедеятельности, биология, физическая культура) – все эти школьные часы выносятся, и дети в специализированном центре получают эти знания», – пояснил представитель университета управления.

По его словам, в едином центре, пропускная способность которого может составить несколько миллионов человек, проще собрать квалифицированных педагогов, кроме того, создастся альтернативная для занятий обстановка – там смонтируют и тренажёры, и медицинское оборудование. Планируется также, что в павильоне будут интерактивные залы, посвящённые медицине будущего, современной операционной, лаборатории, аптеке, диагностическому центру, «скорой помощи». Будет в центре и своя «комната страха» с экспонатами, иллюстрирующими вред курения и употребления наркотиков.

Молодёжью Федеральная служба государственной статистики признаёт граждан РФ от 15 до 29 лет. Таковых, согласно изданному Росстатом и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) статистическому сборнику «Молодёжь в России. 2010», насчитывалось у нас в стране 33 млн человек. Доля её в трудоспособном населении – 35%. Больше всего молодёжи в республиках северо-восточного Кавказа: Ингушетии, Чечне и Дагестане – примерно 30% населения, в остальных регионах колеблется в районе 21%.

Установленным фактом можно считать ухудшение здоровья каждого последующего поколения относительно предыдущего, что обусловлено, по мнению ряда экспертов, наличием строгой корреляции между снижением здоровья женщин (прежде всего беременных) и увеличением вероятности рождения уже больных детей. Негативные тенденции отслеживаются уже не первый год, и в настоящее время проблемы здоровья перемещаются из группы престарелого населения в группы детей и молодёжи, и состояние здоровья современной молодёжи вызывает серьёзную тревогу. К примеру, в Москве обучаются около миллиона студентов, 30% которых имеют различные отклонения в состоянии здоровья. На первом месте среди недугов стоит нейроциркуляторная дистония (37,5%), на втором – вегетососудистая дистония (20%), на третьем – заболевания желудочно-кишечного тракта (21,66%).

Очевидно, что здоровье россиян в подростковом возрасте является «платформой», которая в итоге и будет формировать дальнейший уровень здоровья нации. И хотя молодёжь в России мало интересуется проблемами своего здоровья, благополучие общества и среды обитания, с годами понимание того, что среди проблем молодёжи одна из самых существенных – это здоровье, растёт.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сито!



Лучших уполномоченных по охране труда поздравляет С.Ремизов

рация профсоюза, недостаточна. Владимир Алексеевич назвал её «копеечной». Спортивные секции в городе тоже платные, а потому большинству детей недоступны. Эти проблемы надо ставить во весь рост перед правительством Москвы.

Причастность к общему делу

Председателю первичной организации профсоюза ГКБ им. Ф.И.Иноземцева Надежде Захаровой было о чём рассказать на совете коллегам. Уже 25 лет она возглавляет в больнице общественную организацию. Тема её выступления – рост профсоюзных рядов и система мотивации членства. До 1990-х годов членами профсоюза ГКБ являлись 90% работающих. В связи с закрытием родильного дома на капитальный ремонт их число убавилось на 220 человек. Это была объективная причина. Чтобы сохранить численность, здесь используется коллективный договор. Сейчас он заключён на 3 года и закрепит правовую основу взаимоотношений работодателя и работников. По нему предусматриваются дополнительные отпуска работающим во вредных условиях, повышаются оклады от 15 до 30% в зависимости от вредности труда. Занятым оказанием экстренной медицинской помощи за работу в ночное время предусмотрена доплата от 50 до 100% тарифной ставки за каждый час работы. Есть стимулирующие выплаты за напряжённость труда. Охрана труда больницы постоянно на-

его изнутри. Сергей Викторович призвал конструктивно взаимодействовать с работодателями в вопросах обеспечения трудовых и социально-экономических прав и интересов медиков, больше внимания уделять работе с молодёжью, прививать чувство причастности к общему делу, чувство солидарности, являющееся стержнем профсоюзного движения.

Совет признал работу президиума Профсоюза работников здравоохранения Москвы удовлетворительной.

«Успех будет за вами»

Положительные результаты профсоюзной работы в медицинских коллективах отметила на заседании совета руководитель регионального исполкома Общероссийского народного фронта в Москве Евгения Осипова.

– Вы реально помогаете работникам, защищая их права, ведёте диалог с руководителями здравоохранения и добиваетесь решений по жизненно важным вопросам. Благодаря этому растут ваши ряды. Это очень важно, – сказала Евгения Васильевна. – На встрече с общественностью Президент РФ В.Путин пожелал нам здоровья. Быть общественным деятелем непросто, это большая ответственность. Поэтому хочу пожелать, чтобы у вас хватило сил и дальше продолжать эту нелёгкую деятельность и созидание в интересах медиков. Будем активно взаимодействовать, так как перед нами стоят общие задачи.

оплатой медиков, кто согласится поработать в оздоровительных лагерях. Наталья Анатольевна выразила желание на любом уровне и серьёзно поговорить, как разрешить эту ситуацию.

И в конце выступления она произнесла слова, которые вызвали аплодисменты в зале: «В любом начинании успех будет за вами». Светлана Браун, начальник Управления по связям с общественностью Департамента здравоохранения Москвы, назвала главным в работе профсоюза – быть достойным представителем работников здравоохранения.

– Ваше неравнодушие помогло выстоять медикам в трудное время. Москва всегда выступала за объединение усилий в интересах медиков. Эти задачи остаются главными для департамента и профсоюза и сегодня. Они стремятся выступать равноправными партнёрами, помогая друг другу в решении общих задач. Такое же взаимодействие в лечебных учреждениях руководителей и профсоюзных организаций.

* * *

В заключение Сергей Ремизов заверил, что профсоюз постарается так построить свою деятельность, чтобы каждый работник понимал, что у него есть общественная организация, которая не только знает его проблемы, но и использует все средства для его социально-экономической защиты.

Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональной политики «МГ».

Москва.

Ожирение – метаболическое нарушение, приобретающее характер эпидемии. Всемирная организация здравоохранения объявила ожирение одним из наиболее распространённых среди взрослого населения хронических заболеваний, которое перестает быть просто проблемой, связанной с неправильным питанием. В 2014 г. у 1,9 млрд человек старше 18 лет по всему миру была выявлена избыточная масса тела, из них у 600 млн – ожирение.

По данным ВОЗ, в Европе в позапрошлом году ожирение было выявлено у 21,5% мужчин и 24,5% женщин.

Клинико-социальная катастрофа

По данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, в России отмечается увеличение распространённости ожирения, диагностированного как по индексу массы тела (ИМТ), так и по окружности талии (ОТ). Установлено, что в возрасте 35-44 лет ожирением страдают 26,6% мужчин и 24,5% женщин, в возрасте 45-54 года – 31,7% мужчин и 40,9% женщин, в возрасте 55-64 года – 35,7% мужчин и 52,1% женщин.

Ожирение повышает риск развития артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета 2-го типа, дислипидемии, ишемической болезни сердца (ИБС), инсульта, желчекаменной болезни, остеоартрита, синдрома обструктивного апноэ сна и некоторых онкологических заболеваний. Наряду с этим ожирение ассоциировано с повышенным риском сердечно-сосудистой и общей смертности.

По мнению Американской ассоциации клинических эндокринологов, ранее используемое определение ожирения, основанное на антропометрических измерениях, не учитывало наличие и тяжесть ассоциированных с ним заболеваний, не оценивало кардиометаболический риск. В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое многофакторное гетерогенное заболевание, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, как правило, имеющее высокий кардиометаболический риск, специфические осложнения и ассоциированные с ним сопутствующие заболевания.

Для более полной диагностики ожирения рекомендуется использовать алгоритм из 4 действий:

1. Определение ИМТ и ОТ с учётом этнических особенностей.

2. Выявление заболеваний, ассоциированных с ожирением.

3. Оценка степени тяжести ассоциированных заболеваний и кардиометаболического риска (КМР).

4. Определение дальнейшей тактики ведения пациента с учётом степени ожирения, сопутствующей патологии и КМР.

Повышение ИМТ свидетельствует о наличии избыточной массы тела (25-29,9 кг/м²) или ожирения (≥ 30 кг/м²). Измерение ОТ является дополнительным критерием, характеризующим распределение жировой ткани. Повышение ОТ (> 102 см у мужчин и > 88 см у женщин), а также увеличение ОТ/ОБ ($> 0,9$ у мужчин и $> 0,85$ у женщин) и ОТ/рост $\geq 0,5$ характерно для абдоминального ожирения, что ассоциируется с накоплением жировой ткани во внутренних органах.

Также в ряде исследований была доказана более высокая прогностическая ценность маркеров абдоминального ожирения, по сравнению с ИМТ. Например, в исследовании S.Sharma и соавт. длительное наблюдение за 7057 пациентами старше 65 лет с ИБС показало, что увеличение ОТ и ОТ/ОБ сопровождается значительным повышением сердечно-сосудистой смертности.

Ожирение ассоциировано с целым рядом заболеваний. В настоящее время неизвестно, являются ли эти заболевания осложнениями ожирения или их течение взаимно усугубляется.

При выявлении ассоциированных с ожирением заболеваний

пациентов составили контрольную группу и соблюдали рекомендации эндокринологов. Период наблюдения составил около 10 лет. Было показано, что снижение веса на 7-10% от исходного уровня сопровождается достоверным уменьшением уровня гликированного гемоглобина на 0,6-1%, существенным увеличением числа пациентов с более лёгким течением СД, более длительной ремиссией заболевания.

При выявлении ассоциированных с ожирением заболеваний

доказано, что снижение веса на 7-10% от исходного уровня сопровождается достоверным уменьшением уровня гликированного гемоглобина на 0,6-1%, существенным увеличением числа пациентов с более лёгким течением СД, более длительной ремиссией заболевания.

Согласно шкале, 0-я степень КМР выявляется у пациентов с ожирением без факторов риска СД 2-го типа, без признаков инсулинорезистентности. КМР 1-й степени определяется при наличии 1-2 факторов риска СД без нарушений углеводного обмена. При наличии 3 и более факторов риска СД или начальных наруше-

Trondelag Health Study) наблюдались 27 196 пациентов с нормальным весом и ожирением без сердечно-сосудистых заболеваний. В течение 12 лет острый инфаркт миокарда развился у 2,5 тыс. участников исследования, сердечная недостаточность – у 1201 участника. Риск развития острого инфаркта миокарда был существенно ниже у пациентов с МЗО по сравнению с другим фенотипом и не отличался от пациентов с нормальным весом без метаболических нарушений.

Слово о болезни

Плата за «перевес»

Современные аспекты диагностики ожирения



К ассоциированным с ожирением заболеваниям относятся: нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2-го типа, дислипидемия, АГ, неалкогольная жировая болезнь печени, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром обструктивного апноэ сна, синдром поликистозных яичников, остеоартрит, стрессовое недержание мочи, ограничение подвижности, психоэмоциональное расстройство.

Вездесущая патология

В последнее время сочетание ожирения и АГ находится в центре внимания организаторов здравоохранения. Это обусловлено повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смертностью в сравнении с общей популяцией. Необходимо понимать, что ожирение является как независимым фактором риска, так и возможным пусковым механизмом АГ. По данным систематического обзора L.Aucott и др., при снижении массы тела на 4-11 кг систолическое АД снижается на 6-13 мм рт.ст., диастолическое АД – на 2-7 мм рт.ст., что подтверждается результатами 16 клинических исследований с участием 4,9 тыс. пациентов в возрасте 18-65 лет и периодом наблюдения более 2 лет.

По данным ВОЗ, избыточная масса тела и ожирение определяют до 44-57% всех случаев СД 2-го типа. В исследовании Look AHEAD trial участвовали 5145 пациентов с ожирением и СД 2-го типа, из них 2,5 тыс. эффективно снижали вес с помощью диеты и физических нагрузок, 2,6 тыс.

необходимо оценить их степень тяжести, после чего определяется стадия ожирения. Ожирение 0-й стадии ставится при наличии избыточной массы тела или ожирения с ИМТ ≥ 25 кг/м² без ассоциированных заболеваний. Для ожирения 1-й стадии характерно повышение ИМТ ≥ 25 кг/м² и наличие 1 и более ассоциированных заболеваний лёгкой или средней степени тяжести. При ожирении 2-й стадии ИМТ ≥ 25 кг/м², также выявляются ассоциированные заболевания тяжёлой степени. Для определения степени тяжести сопутствующей патологии оценивается стадия заболевания, наличие или отсутствие факторов риска, уровень биохимических показателей крови.

Например, для нарушений углеводного обмена средней степени тяжести характерно наличие факторов риска СД 2-го типа, а при тяжёлой степени – наличие самого СД 2-го типа. При ассоциированной с ожирением АГ средней степени тяжести других факторов риска не выявляется, тяжёлая степень выставляется при наличии других факторов риска или неконтролируемой АГ. Степень тяжести дислипидемии определяется по уровню триглицеридов и ЛПВП.

Стратификация риска

Для более точного определения стадии ожирения рекомендуется оценивать КМР. Специальная шкала оценки (Cardiometabolic Disease Staging – CMDS) разработана на основе эпидемиологических и физиологических данных и валидирована в двух крупномасштабных исследова-

ниях углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, нарушенная гликемия натощак) ставится КМР 2-й степени. При наличии 3 и более факторов риска и начальных нарушений углеводного обмена определяется 3-я степень КМР. КМР 4-й степени ставится при наличии СД 2-го типа или сердечно-сосудистого заболевания.

В исследовании CARDIA участвовали 3315 пациентов с ожирением в возрасте 18-30 лет. Количество пациентов с впервые выявленным СД 2-го типа возрастало пропорционально степени КМР: 1,8, 5,9, 18,2, 41,8% соответственно. Также пропорционально степени КМР увеличивалась сердечно-сосудистая смертность больных с ожирением, включённых в исследование NHANES III: 0,7, 2,8, 4,6, 4,9, 14,3 на 1000 человек соответственно.

В настоящее время для ожирения 0-й стадии с минимальным КМР используется термин «метаболически здоровое ожирение». Эту группу составляют пациенты более молодого возраста, преимущественно с периферическим распределением жировой ткани, без ассоциированных заболеваний, с нормальной чувствительностью к инсулину, липидным профилем и печёночными ферментами. Данные о распространённости метаболически здорового ожирения (МЗО) противоречивы, эта группа пациентов составляет приблизительно 10-30% от всех больных с ожирением.

Учитывая гетерогенность пациентов с ожирением, целесообразным считается выделение фенотипов заболевания, таких как метаболически здоровое и метаболически активное ожирение. Пациенты с МЗО имеют низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, лечение ожирения не оказывает положительного влияния на их прогноз, что, возможно, объясняет недостаточную эффективность комплексной терапии данного заболевания в общей популяции.

В проспективном когортном исследовании HUNT (Nord-

Риск развития сердечной недостаточности не различался между исследуемыми фенотипами ожирения.

Определение стадии, фенотипа ожирения и степени КМР необходимо для подбора эффективной терапии. В настоящее время считается, что ожирение 0-й стадии с минимальным КМР, относящееся к метаболически здоровому фенотипу, не требует серьёзного лечения. Пациенту может быть рекомендовано изменение образа жизни, направленное на увеличение физической активности и незначительную коррекцию питания с целью профилактики метаболических нарушений.

Пациентам с ожирением 1-й стадии рекомендовано снижение веса на 3-10% от исходного с помощью низкокалорийной диеты и физических нагрузок. При ожирении 2-й стадии рекомендуется снижение веса на 10% и более, также рассматривается вопрос о целесообразности бариатрической хирургии.

Цель – ранняя диагностика

Таким образом, увеличение распространённости ожирения среди взрослого населения требует более тщательного подхода к диагностике заболевания. Как показывают результаты исследований, прогностическая ценность ИМТ уступает таким антропометрическим показателям, как ОТ, ОТ/ОБ, ОТ/рост.

Определение стадии ожирения с учётом ассоциированных патологических состояний, оценка КМР обеспечивает более дифференцированный подход к диагностике и лечению заболевания. Выделение фенотипов ожирения, в частности МЗО, возможно, объясняет недостаточную эффективность терапии заболевания в общей популяции.

Елена ШУПЕНИНА,
кандидат медицинских наук,
доцент,

Елена НЕСТЕРОВА,
кандидат медицинских наук,
доцент,

Елена ЮЩУК,
доктор медицинских наук,
профессор,

Юрий ВАСЮК,
доктор медицинских наук,
профессор, заведующий кафедрой.

Кафедра клинической функциональной диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Современные технологии

Продление жизни

Нейрохирурги признают, что с глиобластомой (очень «злой» опухолью из клеток мозговой глии) пациенты живут не более года.

Однако врачи Ракового института в городе Дарем смогли продлить этот срок до фантастических 5 лет, но лишь 4 из 11 пациентов. Они использовали темозоломид (temozolomide) производства Индии и Израиля, представляющий собой смесь силикона и желатина, двуокиси титана, широко используемой в солнечных батареях, и винной кислоты, а также крахмала и лактозы со стеариновой кислотой, индигокармина и пропиленгликоля с изопранолом. Наряду с ним использована и экспериментальная вакцина, которая «промотирует сильный кооперативный эффект». Вакцина нацелена на активацию макрофагов различных тканей, или дендритные клетки, которые «реагируют» на вторжение цитомегаловируса (заражение которым приводит к увеличению размеров клетки, откуда его название). Преимуществом вакцины является то, что вирусные протеины буквально «усеивают» поверхность опухолевых клеток, но отсутствуют на здоровых. Дендритные клетки активируют Т-лимфоциты, «истощающиеся» при росте опухоли, хотя и отвечают на иммуностимуляторы. Сочетание последних с вакциной и темозоломидом дало поразительный эффект, выразившийся в трёхкратном увеличении времени «возврата» опухоли с 8 до 25 месяцев. В университетах штата Вирджиния и английского Бирмингема обнаружили новый класс иммунных Т-клеток, которые реагируют на поверхность раковых клеток, усеянную белками с повышенным содержанием фосфора (фосфорилированными), регулирующими клеточное деление, что можно будет использовать для нацеливания противоопухолевых Т-лимфоцитов.

Последние «присматривают» за развитием стволовых клеток (например, в волосяных луковицах-фолликулах), статус которых поддерживается протеинами с характерными названиями DND – Dead eND («тупик») – и трансформирующий фактор роста TGF (Transforming Growth Factor), му-

тации которого приводят к трансформации клеток и их жизненного цикла, приводящей к нежелательному росту. Стив Розенберг из Национального института здоровья (Бетезда) ещё в 80-х годах пытался сдерживать с помощью иммунных клеток-киллеров, активированных стимулирующими белками лимфокинами (ЛАК). Их заменили потом туморо-инфильтрирующими лимфоцитами, но затем молекулярные онкологи открыли иммунное «истощение», в результате которого Т-лимфоциты становятся нефункциональными (затрагиваются также макрофаги и дендритные клетки). Поэтому для «оживления» иммунитета предложены ГМ-белки химерных рецепторов, реагирующих на антигены опухоли (CAR – Chimeric Antigen Receptor), в разработке которых принял участие и Розенберг. Они неплохо зарекомендовали себя при лечении взрослых с одной из форм лейкемии, устойчивой к химиотерапии, но, к сожалению, два участника испытаний погибли от мозгового отёка (отёк «преследовал» Розенберга с его первыми ЛАК). Т-лимфоциты с CAR хорошо зарекомендовали себя у мышей с моделью острой лейкемии.

Причина аномалии клеток «запрятана» глубоко в их ядрах с генами, активность которых регулируется белком когезином, осуществляющим «когезию»-соединение функциональных участков ДНК. Нейробиологи знают, что нарушение адгезии в мозгу приводит к дисфункции нейросетей. Сотрудники Осацкого университета показали, что когезин играет важную роль в эмбриональном развитии мозга у мышей и поддержании статуса нервных стволовых клеток (у людей мутация гена ведут к обеспокоенности и нарушениям развития нейронов). Изменение ген-регуляции приводит к нейрональным дефектам и возможно к развитию мозговых опухолей.

Специалисты Центра раковых исследований в Сизтле создали наночастицы, проявляющие «хоуминг» (homing) по отношению к противоопухолевым Т-лимфоцитам. Наночастицы, «оснащённые» молекулами связи с белковыми рецепторами Т-клеток (CAR), способны проникать в иммунную клетку (интернализуют-

ся), после чего попадают в ядро, где оболочка частиц распадается, и переносимые в них гены интегрируются в клеточную ДНК (не-что подобное происходит с ВИЧ, который интегрирует свой геном в клеточный, для чего у вируса есть специальный фермент интеграз).

Использование наночастиц в качестве переносчика ускоряет и удешевляет процесс «оснащения» истощённых Т-лимфоцитов новыми рецепторами, осуществляя клеточную модификацию in vivo, то есть в организме! Опробование технологии у мышей с моделью лейкемии приводило к репрограммированию Т-клеток в течение 24-46 часов, а химеричные рецепторы сохранялись на клеточной поверхности неделями. Авторы опробовали также наночастицы, переносящие химиотерапевтик паклитаксел (paclitaxel). Можно добавить, что оболочка наночастицы, состоящая из полимолочной кислоты, распадается под действием клеточных ферментов, не позволяя накапливаться им в печени и селезёнке, костном мозге и почках.

А в Университете Вашингтона в городе Сент-Луис для доставки лекарств предложили золотые наночастицы, которые в течение 30-60 минут попадают в мозг, минуя кровоток, так как, подобно кокаину, поступают туда по обонятельному, или ольфакторному нерву. Тем самым снимается проблема преодоления гематоэнцефалического барьера, защищающего мозг от попадания в него посторонних веществ, а также вирусов и бактерий. Использование отростков ольфакторных нейронов позволило золотым наночастицам достигнуть коры с использованием всего лишь 2 «пересадок» в виде вставочных или промежуточных нервных клеток. Поступление золота в нейроны коры отразилось изменением их электрической активности (электрофизиологических ответов). Для более точного «наведения» частиц был опробован фокусируемый ультразвук, который уже используется при лечении мозговых опухолей.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам The Scientist, Nature Nanotechnology, Scientific Reports.

Мнение

Некоторые виды плесени обладают способностью производить вещество, которое стимулирует регенерацию аксонов в организме человека, сообщили учёные из Университета МакГилла (Канада). Это открытие может привести к появлению лекарств, исправляющих повреждения в центральной нервной системе на тканевом уровне.

Заветная регенерация

Аксон, как известно, представляет собой в некотором роде биологическую «нить», которая проводит электрические сигналы между нервными клетками в головном и спинном мозге. Повреждения аксона приводит к потере связей в нервной системе, в результате чего та перестаёт функционировать. Такие повреждения возникают при черепно-мозговой травме, инсульте, травме спинного мозга и приводят к инвалидизации пациента.

В частности, именно обрыв аксонов при переломе позвоночника приводит к параличу рук и ног. К сожалению, повреждённые аксоны не восстанавливаются, а в случае черепно-мозговой травмы продолжают разрушаться долгие годы после происшествия. Повреждение аксонов может возникнуть и при различных заболеваниях нервной системы, таких как рассеянный склероз и нейродегенеративные патологии.

Учёным уже была известна группа белков 14-3-3, которая обладает

способностью защищать нервные клетки от гибели, однако учёные искали способ заставить этот белок инициировать регенерацию аксонов. В ходе поисков учёные обратили внимание на небольшую молекулу под названием фусикоссин-А, которая является продуктом жизнедеятельности примитивных грибов. Как выяснилось, эта молекула обладает способностью стабилизировать вза-

имодействие между белками 14-3-3 и другими протеинами, однако необходимо было выяснить, происходит ли подобное взаимодействие в организме животных и восстановит ли фусикоссин-А аксоны человека.

Исследователи проверили эту идею, перенесли молекулу фусикосина-А на механически повреждённые нервные тяжи. По словам одного из авторов работы, доктора Эндрю Каплана, уже на следующий день «аксоны росли как сорняки».

Таким образом, утверждают учёные, появилась реальная надежда на то, что такие патологии, как рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера и другие нейродегенеративные заболевания, станут излечимыми. Теперь исследователи намерены сосредоточиться на раскрытии глубинных механизмов, с помощью которых фусикоссин-А стимулирует восстановление аксонов.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Medical Xpress.

Угроза

Ген внезапной смерти

Объединённая группа исследователей из Канады, Южной Африки и Италии обнаружила ген, который способен провоцировать внезапную смерть среди молодых людей и спортсменов.

Ген под названием CDH2 отвечает за производство белка N-кадгерина, ключевого элемента нормального сцепления между клетками сердечной ткани. Его неправильная работа может стать причиной аритмогенной кардиомиопатии правого желудочка – генетического заболевания, которое приводит к сердечной-сосудистой катастрофе и может стать причиной неожиданной остановки сердца внешне здоровых молодых людей.

Как пояснили учёные, в случае мутации гена CDH2 сердечная ткань заменяется жировой и фиброзной. Этот процесс способствует развитию тахикардии и фибрилляции

желудочков, которые вызывают потерю сознания и остановку сердца. В случае фибрилляции желудочков смерть наступает в течение нескольких минут.

Открытие, информация о котором опубликована в канадском журнале «Кардиоваскулярная генетика», поможет выявить риск внезапной смерти детей в семье, где уже наблюдались подобные случаи. По мнению специалистов, для членов таких семей необходимо организовать особый режим профилактики ССЗ.

В настоящее время ранняя диагностика подобных патологий становится особенно актуальной, так как, по словам представителей Фонда инфаркта и инсульта Канады, в стране ежегодно фиксируется примерно 40 тыс. остановок сердца.

Герман АКОДИС.

По информации Daily Mail.

Однако

Международная группа исследователей из Высшей школы экономики (Франция) и Университета Индианы (США) выяснила, какие механизмы могут работать при формировании алкогольной зависимости. Оказывается, она может быть связана с дисбалансом в мозгу «гормона радости» дофамина.

Дофамин играет ключевую роль в системе внутренних подкреплений мозга (не так давно трое учёных из Великобритании получили миллион евро за научную работу в этой сфере – они обнаружили, что дофаминергические нейроны работают и при оценке рисков и принятии решений). Дофаминергические нейроны действуют следующим образом: если реальный результат каких-то действий соответствует ожиданиям человека или их превосходит – дофамин «вознаграждает» его положительными эмоциями, стимулируя «центр удовлетворения», если же результат хуже, чем ожидалось, – эмоции становятся отрицательными, так

Дофаминовый дисбаланс

как реальный стимул куда меньше ожидаемого.

Таким образом, поддерживается нужная схема поведения, причём создают её два режима работы дофаминергических нейронов. В одном режиме нейроны определяют, важно ли произошедшее событие, и если важно – то происходит выделение дофамина. Во втором нейроны оценивают, насколько итоговый результат действий человека похож на ожидаемый и «выдают» положительное подкрепление в пропорциональном количестве. Разницу между ожидаемым и получаемым результатами учёные назвали обучающим сигналом.

С помощью модели дофаминергического нейрона специалисты продемонстрировали, что в зависимости от получаемых сигналов нейроны могут переходить из одного режима работы в другой,

причём влияют не только прямые сигналы, но и косвенные – от тормозных (ГАМКергических) нейронов. Такие косвенные сигналы могут объединяться в единый сигнал, который может парадоксальным образом не только снижать активность работы дофаминергических нейронов, но и значительно её повысить, провоцируя производство дофамина, а значит, и положительного подкрепления.

Эксперименты показали, что алкоголь может нарушать работу дофаминергических нейронов, отключая режим, в котором формируется обучающий сигнал. Всего у человека, который не имеет страсти к алкоголю, дофаминергических нейронов около 20 тыс., одни из них передают бинарный сигнал «важно/неважно», другие – обучающий. Алкоголь мешает работе последних, и человек уже не может определить, корректно

ли он себя ведёт, так как баланс сигналов, необходимый для понимания, нарушается.

Вне зависимости от того, как соотносится ожидаемый результат действий человека с реальным, мозг транслирует только одно – событие важное, необходим выброс дофамина. Таким образом, употребление алкоголя может ввести человека в «замкнутый круг» положительного подкрепления – что бы человек ни делал, мозг считает, что всё нормально, и поведение его носителя не меняется. Учёные заявили: если удастся найти способ сохранить баланс нейронов, работающих в разных режимах, то на его основе, возможно, будет создано лекарство от алкоголизма.

Именно дофамин может стать причиной того, что некоторые спортсмены, закончив карьеру, становятся алкоголе- или нарко-

зависимыми. Об этом рассказал австралийский тренер по плаванию Брайан Саттон. Он заявил, что причины формирования их зависимости могут быть не психологическими, а биологическими, и добавил, что во время активных тренировок и участия в соревнованиях различного масштаба спортсмены привыкают к постоянному положительному подкреплению, которое обеспечивает им дофамин. После «ухода на пенсию» им не хватает этого подкрепления, и они обращаются к алкоголю или наркотикам как к лёгкому способу его получить.

Б.Саттон подчеркнул: спортсмены нуждаются в поддержке после того, как уходят из «большого спорта», и необходимо говорить им о том, что успех на дорожке бассейна не равен успеху в жизни. По словам тренера, пригодился бы курс обучения, в ходе которого им должны рассказывать, что ждёт их дальше и как избежать проблем.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Science Daily.

Идеи

В 2010 г. на острове Святой Иван (Болгария) была найдена небольшая шкатулка с 5 фрагментами костей. Обнаружил её археолог Казимир Попконстантинов, который вёл раскопки в церкви, построенной в VI веке на остатках базилики V века. Специалист пробрался к месту, где должен был быть алтарь, отвалил каменную плиту и под ней нашёл сделанный из белого мрамора

ларец. Он сразу понял, что это такое – в V веке в церквях, расположенных в этой части Европы, в такие ларцы помещали реликвии, имевшие отношение к святым. Археолог продолжил раскопки и нашёл в метре от первой шкатулки вторую, поменьше, на которой была надпись «Да сохранил тебя Господь, служитель Фома. Святому Иоанну». Именно в ней содержались кости.

«Божественная» ДНК?

Эта надпись навела К.Попконстантинова на мысль, что его находка может быть намного важнее, чем кажется на первый взгляд. Возможно, 5 костных фрагментов – это останки Иоанна Крестителя, ближайшего сподвижника Иисуса Христа. Иоанн, известный ещё под именем Предтеча, был не только учеником Христа, но и его двоюродным братом – таким образом, у них могла быть общая ДНК. Благодаря достижениям современной науки в настоящее время можно извлечь из древних костей и других останков ДНК и провести её анализ. Подобные процедуры уже не раз производились, и они помогают учёным прояснить картину тех или иных исторических событий.

Однако «простого» выделения ДНК в данном случае было бы недостаточно. Для того чтобы точно сказать, что да, именно эти останки действительно принадлежат Иоанну Крестителю, необходимо сравнить их ДНК с ДНК других останков святого. Поэтому секвенирование генома

в данном случае не помогло бы – в мире достаточно много мощей, которые могли принадлежать двоюродному брату Иисуса Христа, но нет точной информации о том, какие именно части тела из, например, хранящихся в разных местах 12 голов, 11 указательных пальцев и девяти рук на самом деле имеют отношение к Иоанну Предтече.

Вторая проблема при анализе древних останков – это загрязнение их чужой ДНК. В идеальной ситуации никто не должен их касаться, чтобы не оставить на них следы своей ДНК – но за пять веков, прошедших между смертью человека, которому принадлежали кости, и тем, как шкатулка была похоронена в церкви, таких контактов могло быть очень много. Есть несколько путей снизить вероятность ошибки в такой ситуации – во-первых, технологии позволяют отличить древнюю ДНК от современной, а во-вторых, если известно, кто мог прикасаться к останкам, можно взять ДНК у них на анализ, чтобы также от-

личить ДНК самой реликвии от «новой» ДНК.

Радиоуглеродный анализ показал, что человек, кости которого лежали в реликвии, жил около 2 тыс. лет назад и был родом из восточной Европы. К сожалению, позже появилась информация о том, что найденная ДНК принадлежит человеку, который доставал кости из шкатулки, то есть произошло загрязнение. Оставшихся фрагментов слишком мало, чтобы полноценно провести анализ и выявить, к кому они могли относиться. Однако учёные надеются, что в будущем технологии будут совершенствоваться и станет возможным выделить чистую ДНК именно нужного предмета без более поздних загрязнений.

К примеру, на Туринской плащанице, в которую, по преданиям, завернули Иисуса Христа после распятия, найдены следы ДНК нескольких людей. Может быть, кто-то из них окажется тем же человеком, кости которого были найдены на острове Святой Иван.

Эксперименты

От улыбки станет...

В 1924 г. в Университете Миннесоты (США) был проведён довольно неприятный эксперимент. Студент по имени Кэрри Лэндис пригласил группу добровольцев поучаствовать в серии опытов по изучению их эмоций. Чтобы люди, среди которых был даже 13-летний школьник, чувствовали себя непринуждённо, К.Лэндис спрятал лабораторное оборудование, завесил стены тканью и разместил на них картины. Целью эксперимента было выяснить, вызывают ли определённые ощущения, такие как шок или боль, одно и те же выражение на лице.

Студент усадил участников опытов в комфортабельные кресла, нарисовал на лицах людей по несколько линий, чтобы было удобнее отслеживать гримасы, и затем в течение 3 часов всех их периодически фотографировали, пока Лэндис предлагал им смотреть на различные неприятные и/или причудливые вещи, а также участвовать в различных действиях. Студент поджигал пептарды под креслами участников, бил их током, когда они шарили руками в корзине с лягушками, а апофеозом эксперимента стало его предложение отрубить голову живой белой крысе. Нельзя назвать методы Лэндиса этичными, но результат эксперимента был неожиданным. Даже в самые отвратительные моменты люди

не плакали и не злились – они улыбались.

В наши дни призыв улыбаться звучит на каждом углу. Люди, которые улыбаются, кажутся более привлекательными и дружелюбными, однако на самом деле только 6 типов улыбки из 19, которые насчитали учёные, имеют хотя бы какое-то отношение к счастью. Люди улыбаются, когда им больно, страшно, некомфортно, когда они чувствуют себя несчастными, потерянными, ощущают гнев, недоверчивость или смущение. При этом счастливая улыбка – это «самонаграда» организма в ситуациях, когда человеку удалось сделать что-то полезное для выживания, а вот иные её виды – это скорее сигнал для окружающих. По словам Паулы Ниденталь, психолога из Университета Висконсина-Мэдисона (США), в некоторых случаях с помощью улыбки люди показывают себе подобным, что они не хотят причинить кому-либо вред, а в других ситуациях улыбка – это неагрессивная демонстрация превосходства.

Первые шаги в расшифровке улыбки как выражения различных эмоций сделал Гийом Дюшен – французский невролог, интересовавшийся применением электричества для медицинских целей. Выясняя, как должны двигаться мышцы лица, он применял электроды для их стимуляции и изучал выражения лица, которые получались в итоге. Поскольку процедура была болезненной,

долгое время Г.Дюшен практиковал её на трупах, но затем в одной из парижских больниц он нашёл своего собственного «подопытного кролика» – мужчину, лицо которого не было чувствительно к боли. Всего невролог зафиксировал 60 выражений лица и выявил для каждого из этих выражений мышцы, участвовавшие в его создании, в том числе обнаружил, что выражение счастья создаётся всего двумя мышцами.

Учёные до сих пор задаются вопросом, являются ли выражения лица продуктом культуры, или же они инстинктивны и универсальны? У обезьян, например у бонобо, улыбка означает страх и нервозность, а отнюдь не положительные эмоции. Чарльз Дарвин считал, что выражение лица имеет логичное объяснение – например поднятые в удивлении брови позволяют увеличить поле зрения, а улыбка у тех же обезьян может показывать, что они не имеют дурных намерений по отношению к окружающим, так как позволяет увидеть, что их зубы сомкнуты – то есть они не собираются никого кусать.

Однажды Дарвин провёл небольшой эксперимент – он взял несколько фотографий из коллекции Дюшена и показал их 20 своим гостям. Все они единогласно выбрали те снимки, где были показаны выражения страха, счастья, грусти и удивления, что позволило учёному предположить, что эти выражения лица универсальны.

Взгляд

В профилактических целях

В США стремительно растёт число женщин, которые с диагнозом инвазивный рак молочной железы прибегают к хирургическому удалению второй, здоровой железы. Эта операция получила название контралатеральная профилактическая мастэктомия. Об этом свидетельствуют результаты исследования, проведённого Американским онкологическим обществом (ACS) совместно с двумя институтами и Женской больницей Бригхэма в Бостоне.

Рак молочной железы занимает второе место по степени распространённости среди женщин в США – 29% от числа всех видов рака, говорится в исследовании, результаты которого опубликованы в журнале JAMA. За последнее десятилетие увеличилось число женщин, прибегающих к профилактической мастэктомии, несмотря на недостаточность доказательств о том, что этот метод помогает женщинам выжить, отмечают в ACS.

При этом отмечается, что уровень смертности от рака молочной железы, несмотря на степень его распространённости, снижается с каждым годом. ACS связывает это с различными достижениями в сфере медицины и информационной кампанией, призывающей женщин регулярно

обследоваться, чтобы как можно раньше выявить рак.

Ретроспективное исследование проводилось среди 1,2 млн женщин в возрасте от 20 лет, которым диагностировали инвазивный односторонний рак молочной железы на ранней стадии и которые прибегли к удалению здоровой груди в период с 1 января 2004 г. по 31 декабря 2012 г. в 45 штатах и округе Колумбия (США).

Исследователи отмечают, что хирурги и другие специалисты в области здравоохранения должны рассказывать своим пациентам о пользе, вреде и стоимости контралатеральной профилактической мастэктомии, чтобы помочь им принять обоснованное решение о выборе методов лечения.

Санитарная зона

Инвестировать надо в экологию



Ежегодно во всём мире загрязнение окружающей среды, в том числе неочищенная вода, пассивное курение, загрязнение воздуха снаружи и внутри помещений, отсутствие средств санитарии и ненадлежащая гигиена, уносит жизни около 1,7 млн детей младше 5 лет, говорится в сообщении Всемирной организации здравоохранения.

В докладе ВОЗ выделено пять основных причин гибели детей до 5 лет, связанных с негативным воздействием окружающей среды. Первое место занимают респираторные инфекции, от которых умирают 570 тыс. детей, в том числе из-за пневмонии. Диарея, спровоцированная употреблением загрязнённой воды, антисанитарией и отсутствием гигиены, уносит жизни более 360 тыс. детей каждый год.

Сообщается, что 270 тыс. младенцев умирают в течение первого месяца жизни по причинам, которые можно предотвратить, обеспечив доступ к чистой воде и улучшив санитарные и гигиенические нормы в учреждениях, а также снизив уровень загрязнения воздуха. Ещё 200 тыс. детей по-

гибают от малярии и столько же от различных травм, связанных с плохим состоянием окружающей среды.

«Загрязнённая окружающая среда представляет смертельную угрозу, особенно для жизни и здоровья маленьких детей, чьи развивающиеся органы и иммунная система делают их особенно уязвимыми перед грязным воздухом и водой», – заявила на этот счёт генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен.

В свою очередь, директор Департамента ВОЗ по общественному здравоохранению, экологическим и социальным детерминантам здоровья доктор Мария Нейра отмечает, что «инвестирование в устранение экологических рисков для здоровья, например улучшение качества воды или использование более экологически чистых видов топлива, способствовало бы положительному изменению ситуации».

Подготовил
Марк ВИНТЕР.

По материалам
Science Alert, BBC, dailymail.co.uk,
ABC News, who.int.

Недавно исполнилось 90 лет со дня рождения основателя Сибирской школы фтизиатров члена-корреспондента РАМН Игоря УРСОВА. К огромному сожалению, самого Игоря Григорьевича уже давно нет с нами, но профильная научная школа, которую он создал фактически с нуля, продолжает быть сильной и плодотворно работающей.

Своими воспоминаниями об этом удивительном человеке с корреспондентом «МГ» поделился его ученик, коллега и друг, проработавший рядом с И.Урсовым 40 лет, профессор Новосибирского государственного медицинского университета Владимир КОНОНЕНКО:

– Вряд ли можно оспаривать утверждение, что именно благодаря интеллекту этого учёного и его удивительной способности организовывать коллег на решение той или иной задачи удалось на многие годы затормозить распространение туберкулёзной инфекции в сибирских регионах, которые традиционно были крайне неблагополучными в этом отношении. Безусловно, мы ещё очень и очень далеки от того, чтобы заявить: с туберкулёзом в Сибири покончено. Но в том, что ситуация нормализовалась и уже не выглядит катастрофической, а напротив, есть повод для оптимизма, огромная заслуга профессора И.Урсова.

Как многие люди его поколения, И.Урсов оказался в наших краях не по зову сердца, а по велению власти. Нет-нет, речь не идёт о наказании врача и учёного Сибирью за какие-либо профессиональные либо политические ошибки. Как раз наоборот: ему было поручено возглавить «сибирский противотуберкулёзный фронт» после того, как он на примере Подмосковья показал, что борьба с туберкулёзом может быть успешной. Но об этом чуть позже.

А пока... 20 января 1927 г. в семье Натальи Петровны и Григория Ивановича Урсовых – жителей села Калашниково Калининской области – родился сын, наречённый Игорем. Природа щедро наградила его не только привлекательной богатырской внешностью и прекрасным голосом, но также трудолюбием, умением достигать поставленной цели и способностью сопереживать чужой боли. При таком наборе положительных качеств Игорь мог стать и артистом, и врачом. Но он не выбрал ни тот, ни другой путь, а, окончив школу с золотой медалью, поступил в Московский энергетический институт. Однако уже через 1,5 года учёбы наступило разочарование в выбранной профессии: оказалось, что механизмы интересовали его значительно меньше, чем живые люди.

По совету старшей сестры, которая в то время училась «на врача», Игорь Урсов в 1947 г. стал студентом Кубанского медицинского института, а оканчивал курс обучения уже в Первом Московском ордена Ленина медицинском институте. Прилежное отношение к учёбе, особый интерес к хирургии, ночные дежурства в хирургическом отделении подготовили будущего врача к самостоятельной работе. Туберкулёз начали преподавать на 4-м курсе, лекции читал заведующий кафедрой Г.Рубинштейн, лауреат Сталинской премии. В 1951 г. его сменил на посту заведующий кафедрой директор Московского НИИ туберкулёза Ф.Шебанов – профессор, видный учёный, при этом простой в общении, душевный человек. Через много лет в разговорах с нами Игорь Григорьевич признавался, что именно профессор Шебанов

сыграл решающую роль в выборе им фтизиатрии как врачебной специальности и направления научных исследований.

Окончив институт, Игорь Урсов по распределению был направлен в Пензенскую область, в Зубриловский противотуберкулёзный санаторий. Единственного врача сразу избрали депутатом сельского Совета.

В 1956 г. Игорь Урсов возвращается в Подмосковье и получает назначение сразу на две должности – главного врача Клинского туберкулёзного диспансера и заведующего Клинским райздравотделом. Коллеги, видя в нём большого организаторский потенциал, избирают молодого специалиста председателем

энергичный, обаятельный, доброжелательный, физически хорошо сложенный молодой мужчина, который к тому времени уже имел имя как в научной среде, так и в среде организаторов советского здравоохранения. Игорь Григорьевич деликатно расспросил меня о моей семье, о службе в армии, учёбе в институте, поинтересовался моими профессиональными планами и... сразу предложил заняться наукой, сказал, что тема моего будущего исследования уже давно у него в портфеле – «Эффективность внутривенной химиотерапии больных туберкулёзом лёгких».



усовершенствования врачей НГМИ Игорь Урсов завершал так: «В существующих условиях фтизиатрическая наука не может предложить иного экономичного и результативного способа преодоления глубокого кризиса рутинной химиотерапии, чем применение разработанного и с успехом апробированного в течение более 30 лет сибирскими учёными метода бактерицидной терапии в режиме лечения два раза в неделю».

В 1980 г. в жизни профессора И.Урсова начался новый этап: ему предложили возглавить Новосибирский государственный медицинский институт. Следующие 16 лет жизни Игоря Григорьевича будут связаны с

Имена и судьбы

Рыцарь фтизиатрии

Усилиями этого врача и учёного был преодолен глубокий кризис рутинной химиотерапии

Московского областного общества фтизиатров, председателем ревизионной комиссии Всесоюзного общества фтизиатров.

Результаты работы Урсова и его коллег в Клинском районе можно назвать колоссальными: заболеваемость туберкулёзом стала ниже, чем в высококорректируемых странах Запада. В 1962 г. Клинский тубдиспансер получил премию Совета Министров СССР за снижение показателя заболеваемости. А главный врач учреждения И.Урсов через 2 года защитил кандидатскую диссертацию «Флюорографическое обследование на туберкулёз населения города Клина и Клинского района Московской области», в которой яснее ясного показал: чтобы справиться с распространением особо опасной инфекции, научные идеи должны подкрепляться правильными организационными решениями. Забегая вперёд, скажу, что, развивая эту мысль и доказывая её опытом своей работы, в 1973 г. Урсов защитил докторскую диссертацию «Организационные и эпидемиологические основы проблемы ликвидации туберкулёза».

Кстати, опыт был самый что ни на есть реальный. В 1968 г. Игорю Урсову, тогда ещё молодому учёному, но уже признанному организатору противотуберкулёзной службы и к тому же коммунисту, предложили возглавить Новосибирский институт туберкулёза. На протяжении 12 лет, в течение которых профессор Урсов был директором НИИТ и заведовал созданной им кафедрой туберкулёза на факультете усовершенствования врачей Новосибирского медицинского института, число молодых сибирских учёных, интересующихся фтизиатрией, постоянно прибавлялось. Он умел увлекать людей своими идеями, показывал перспективы научного поиска даже в такой, казалось бы, беспросветной теме, как туберкулёзная инфекция.

Вот конкретный пример. Через год после того, как Игорь Григорьевич вступил в должность руководителя Новосибирского НИИ туберкулёза, на работу в институт пришли устраиваться два субординатора – мой однокурсник Юрий Курунов и я. Директор пригласил нас к себе в кабинет для личной беседы. Яркое впечатление о той встрече у меня сохранилось до сих пор. Нас встретил

Проблема повышения эффективности лечения больных туберкулёзом была и продолжает оставаться главной в тематике фундаментальных и прикладных исследований Сибирской научной школы фтизиатров, созданной профессором Урсовым. Игорь Григорьевич предложил оригинальную тактику лечения больных туберкулёзом внутривенно капельно изониазидом, стрептомицином и ПАСК с интервалом внутривенных вливаний через 2 суток (3 раза в неделю) без приёма антибактериальных препаратов в промежутках внутривенных лечебных процедур. Предложенный режим внутривенной капельной интермиттирующей химиотерапии был обоснован нашим клиническим опытом и на VIII съезде фтизиатров России в 1972 г. рекомендован как базовый метод лечения больных туберкулёзом. А в 1975 г. я защитил кандидатскую диссертацию, в которой научно обосновал данный подход.

Как полагают большинство исследователей, недостаточная эффективность длительной ежедневной общепринятой химиотерапии, вероятно, связана с тем, что действие антимикобактериальных препаратов эффективно лишь в отношении активно размножающейся части популяции микобактерий, в то время как остальная её часть получает дополнительный стимул к переходу в латентное состояние и оказывается резистентной к действию лекарств. В подобной ситуации насыщение организма высокими дозами химиопрепаратов приводит в основном к токсическому действию. При внутривенном же интермиттирующем лечении реально создать в очаге поражения высокую концентрацию туберкулостатиков, подавляющую активно размножающийся пул микобактерий и почти не влияющую на покоящуюся часть популяции возбудителя болезни. Эта часть популяции МБТ получает возможность перейти в фазу активного метаболизма и, таким образом, как предполагается, может элиминироваться при следующем сеансе лечения. В эксперименте был разработан оптимальный режим внутривенной химиотерапии. Проведённое мною и Ю.Куруновым исследование на модели генерализованного экспериментального тубер-

кулёза у кроликов подтвердило гениальную догадку И.Урсова о том, что данный путь повышения эффективности лечения туберкулёза – верный.

Более трёх десятков лет применяется так называемый бактерицидный метод И.Урсова. Изначально он оказался высокоэффективным для лечения пациентов с открытыми формами туберкулёза. В последующем метод внутривенной интермиттирующей капельной терапии был дополнен ранним 3-6 месячным искусственным пневмотораксом, и этот вариант также получил научное обоснование. Затем сибирские учёные последовательно выполнили ещё ряд исследований и доказали результативность интермиттирующей внутривенной терапии в комплексном лечении туберкулёза лёгких у детей и подростков, эффективность раннего пневмоперитонеума в сочетании с внутривенной химиотерапией, эффективность внутривенного введения изониазида и ПАСК два раза в неделю, возможности комбинированной внутривенной химиотерапии два раза в неделю при сопутствующей патологии и у пожилых, а также роль внутривенной интермиттирующей терапии в хирургическом лечении больных туберкулёзом лёгких.

Результаты внедрения режима бактерицидной терапии в учреждениях противотуберкулёзной службы Сибири были впечатляющими. Это позволило Министерству здравоохранения РСФСР в 1979 г. утвердить методические рекомендации «Интермиттирующая внутривенная химиотерапия впервые выявленных больных деструктивным туберкулёзом лёгких» для областей Западной Сибири. Тем самым была подведена черта под длительными научными баталиями между Сибирской школой фтизиатров, возглавляемой директором НИИТ фтизиатром И.Урсовым, и директором Московского НИИ туберкулёза патофизиологом И.Бондаревым, который, в свою очередь, предлагал методику внутривенной струйной ежедневной изониазидотерапии, при которой у пациентов наблюдались частые побочные реакции даже под прикрытием антидота.

Лекцию «Бактерицидная терапия больных туберкулёзом лёгких» для врачей на кафедре туберкулёза факультета

этим вузом и этой должностью. И здесь он вновь показал свой талант организатора. Ректор Урсов предъявлял высокие требования к уровню преподавания и квалификации преподавателей. Он сумел добиться того, что укрепил связи мединститута с институтами Сибирского отделения медицинских наук РАМН, научно-исследовательскими институтами Минздрава РСФСР, учреждениями здравоохранения. Результаты не замедлили сказаться: в 1984 г. НГМИ был награждён орденом Трудового Красного Знамени.

Он погрузился в дела и заботы вуза, но продолжал оставаться фтизиатром, остро переживал, когда в 90-е годы из-за социально-экономических проблем, возникших в стране, ситуация с заболеваемостью туберкулёзом снова стала ухудшаться. О гражданской позиции члена-корреспондента РАМН Игоря Урсова свидетельствует его выступление на VI Национальном конгрессе по болезням органов дыхания: «Отказ государства от участия в охране здоровья своих граждан наиболее пагубно проявился в России в небывалом росте социальных болезней и особенно туберкулёза. В 1995 г. в Западной Сибири соотношение индекса излеченных и умерших от туберкулёза достигло 1,2 : 1. Риск смерти больного туберкулёзом лёгких вырос почти в 3 раза».

А ведь совсем недавно, в конце 80-х годов, нам всем казалось, что долгожданная, полная и окончательная победа над этим тяжёлым недугом уже близка... Понадобилось ещё почти 20 лет неимоверных усилий, чтобы кривая эпидемии туберкулёза снова пошла вниз.

Игорь Урсов очень много сделал для науки и практического здравоохранения. И не только как учёный и врач, но и как глава большой врачебной династии из 10 человек, среди которых 6 докторов медицинских наук. Большинство из них, как и Игорь Григорьевич, выбрали своей специальностью инфекционные болезни вообще и туберкулёз в частности, чтобы не прерывать дело, начатое их отцом и дедом. Это не просто романтики, а настоящие рыцари российской фтизиатрии.

Подготовила Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Один сравнительно молодой человек Владислав Мельпоминский в свободное от нелёгкой работы время написал повесть. А в соседях у него проживал сравнительно немолодой творческий работник с трудно произносимым именем Ардальтальон. То ли критик, то ли редактор, а может, кто-то ещё.

В общем, решился Мельпоминский отнести своё новорождённое детище этому соседу. На суд.

...Во второй раз Владислав появился у редакторско-критического соседа лишь через пару недель. Из скромности. К тому же повесть была весьма толстой.

Творческий сосед торжественно взял в руки почему-то лежащую на подоконнике рукопись, нафаршированную разноцветными закладками.

Сердце начинающего (а если точнее, то уже недавно начавшего) автора начало ускоренное поступательное движение куда-то в район желудка, а потом в нижние отделы брюшной полости: в левую и почему-то сразу же в правую подвздошные области.

«Это же он меня сейчас в пух и в прах! – ахнул мысленно Мельпоминский. – В порошок даже...»

Однако критик улыбнулся приветливо. «Если говорить честно...» – начал он.

«Говорите...» – пересохшими губами одобрил это решение соседа молодой автор.

«Так вот, если говорить честно и где-то даже откровенно, кое-что в вашем творении меня заинтересовало, – сообщил сосед Ардальтальон. – Ну вот, например, – он вытащил одну из закладок. – Здесь вы повествуете о том, что одна из ваших героинь Милиция Прокофьевна от можжащих суточных болеей прикладывала к коленям листья герани и пила отвар листьев брусники, сорванных ещё до восхода солнца. По совету охотника Кромехуткина. Это как? Это действительно может помочь? От суставов?».

«Помогает... обычно...» – промямлил молодой автор.

«А Земфира Нурмагометовна потчует простуженную коллегу Сонечку горьким каштановым мёдом. Это как? Это толковое, надёжное средство?» – продолжил вопрошать критик.

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСАНДРОВСКИЙ

Начинающий доктор и писатель



«Вообще-то, да. Безотказное. Почти... – оживился Мельпоминский. – Не хуже малины или липового цвета, собранного на зорьке».

Критик вытащил ещё одну закладку: «А здесь вот народный целитель Еремей Спиридонович ставит охотоведу Григорию Митрофановичу, долго боровшемуся с ледяной стихией, горчицники с горчичным маслом на пятки. Но вы забыли написать, а сколько минут их нельзя снимать? Для полного лечебного эффекта?»

«Это я мигом исправлю, – взволнованно засуетился начинающий автор. – На двенадцать с половиной минут с момента начала действия».

«С половиной?... С момента начала?... – ещё раз уточнил критический сосед. – Не маловато?»

«В самый раз... на первый раз», – убеждённо заявил Мельпоминский.

«Ну, хорошо... А вот насчёт цветков бузины, голубчик, что-то не того...»

«А чего?» – не понял автор.

«А того, что попробовал я эту самую бузину на днях от насморка. На Леокадии Филаретовне, на супруге моей. Так она сначала стала бузить, а потом у неё после этой пробы голос сел».

«Сел?... – удивился молодой автор. – Это куда?»

«Это не на своё место», – уточнил критический сосед.

«Вообще-то...» – начал было оправдываться Мельпоминский.

«Нет-нет, здесь вы явно недоработали, друг мой! Средство-то это явно могучее – целую неделю супруга молчала. Целых семь дней! Но длительность его позитивного

воздействия вами недостаточно обрисована. Вот сколько она ещё промолчит?» – с надеждой поинтересовался критик.

«Так ведь я...» – хотел было объяснить молодой автор своё право на художественный вымысел, но вновь был перебит.

«Вы, дружок мой, ещё и вот этот рецепт проверьте и уточните, – вытащив следующую закладку, предложил критик. – Что-то вы здесь напутали с ингридиентами. Главному действующему юридическому лицу вы мышьяк со стрихнином прописали. Я чуть было этот состав на теще не попробовал! Но потом вспомнил, что это же – яды жуткие! А вы пишете, что хорошо стимулируют».

«Безотказно», – чуть было не произнёс начинающий автор, но осёкся, не успев разъяснить своему заинтересованному собе-

седнику, что стрихнин с мышьяком – это «дуплекс», а просто пообещал: «Ладно, хорошо, это можно и выбросить. Это не так уж и важно для развития основной сюжетной линии».

«Зачем же выбрасывать, дорогой мой? – удивился сосед Ардальтальон. – А ежели рецепт толковый? Вы уж лучше ещё раз проверьте. Может, он ещё и хорошо успокаивает? Тем более что мышьяк... и стрихнин... И, вообще, не забывайте, что в настоящей литературе главное – это правда жизни!»

«Не забуду», – твёрдо пообещал молодой автор.

А критик уже вытащил из рукописи следующую закладку и сообщил: «А вот чесночная настойка – это здорово придумано! Пятипроцентная на ректификате. На спирте. Я её на себе испытовал. Отлично действует! Почти безотказно! От хрипов и вообще...»

«Так, значит?...» – обрадовался начинающий, а точнее, уже начавший автор.

«Значит, что в этом вашем творении, в этом вашем детище есть немало интересного! И полезно! – одобрительно загромычал критик, явно уже полностью избавившийся от хрипов. – Неплохая вещьца получилась! Особенно местами. Там, где у вас речь идёт о местном лечении»

Молодой автор Мельпоминский заел от радостного смущения: «Нет, не зря, выходит, что не зря прошли все эти бессонные ночи на дежурствах...»

«Да, вот ещё что, дорогуша, с вашими-то способностями, с вашими талантами, с вашей смелостью и эрудицией... – продолжал меж тем изрыгать хвалебные слова критик, – с вашим знанием материала вам во врачеватели прямая дорога, в народные и даже в международные целители, дорогой вы мой!»

И, расплёскивая высокие чувства, он обнял Владислава Мельпоминского, обдав всего его чесночным ароматом, а потом, трижды расцеловав, спросил: «Кстати, а кто вы, так сказать, по жизни, кем вы по профессии своей будете?»

«Не знаю, кем я буду, а пока что – терапевт...» – выдохнул Мельпоминский.

Москва.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|--|--------------------------|-----------------------|--------------------|-------------|--|--------------|-------------------------|-------------------|-------------|----------------|--|
| Соболь, кунница | | | | Знамя | Твердая стих. форма | СКАНВОРД | | | | | | | | | | Плод. дерево | Жен. орган цветка | Брат Иакова | | |
| Изгиб позвоночника | Дезло- ратадин | | "Северная страна", актриса | | | Арипи- празол | | | | | | | | | Музей, Париж | Озеро, Эфиопия | Остров, Япония | | Азерб. поэт | |
| Старин. ружье | | | | Архит. украшение | Врач ... Брайт | Лекар. растение | Автор романа "Химе- ра" | Берто- луччи, фильм | | Поэма Евту- шенко | | Страна света | | | | | | | Англ. гуманист | |
| "Давид и ...", Рембрандт | Древне- греч. фило- соф | | Звание в рос. ВМФ | | | | | | | Физиолог ... Марсель Бак | | | | | | Река, Баренц. море | | | | |
| | | | Але- бастр | Рос. иллюзи- онист | | Копье | Пяти- книжие | Мясное блюдо | | | | Муз. интер- вал | Бута- мират | | | | | | | |
| | Место скре- щения | Родст- венник вороны | | | Самп- рас | | Кувшин с кры- шкой | Ольга | | | Вредно ... здо- ровья | Клин, удерж- жание | | | | "Мания вели- чия", реж. | | | | |
| | | | Звезда, Касси- опей | | | Электр. сопро- тивле- ние | Агент 007 | | | | | | | | | | | | | |
| Примат, Мада- гаскар | | Доброй Надеж- ды | | | Успоко- ительное | | | | | | | | | | | | | | | |
| Автор Валерий Шаршуков | | | Хирург ... Боров- ский | "... на охоте", Чехов | | | Сани- тарка | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Т Р Е С К Н | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | И Е А В Е Н Ю | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | З Е Н К Е Р | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | О И Л О П А Т О Н | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Т У Й Я | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Г А Р Т | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | И З В О З | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Н Д А Ч Е | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | А Т Ц Е Н Т Р | | | | | | | | | | |

И Ш К И В Г П
Т А А Л
Л Е М М А
А Д Е Н О М А
Б Ы К А Ф Е Р А
М И А
Д И А Н А

Ответы на сканворд, опубликованный в № 31 от 03.05.2017.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-04-00376 Тираж 23 942 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета». Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.