

Медицинская

24 августа 2016 г.

среда
№ 63 (7683)

Газета®

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

Современные технологии

Как ведут себя клетки опухоли?

Это объясняет генетическое исследование



Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И.Крыжановского получил аккредитацию на проведение молекулярно-генетической диагностики опухолей методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Клинико-диагностическая лаборатория диспансера стала первой из лабораторий в системе онкологической службы Сибири и Дальнего Востока, кому выдана аккредитация на данный вид деятельности.

С помощью метода ПЦР-диагностики можно определить, есть ли в ДНК пациента изменения, которые сопровождают рост опухолевых клеток. Генетическое исследование необходимо для определения тактики лечения больного после операции: если мы находим мутации, опухоль подлежит не стандартной химиоте-

рапии, а таргетной, которая будет действовать непосредственно на раковые клетки и не даст им размножаться дальше, – поясняет заведующий отделом прогностических и молекулярных методов диагностики Евгений Слепов.

Ранее материал для генетических исследований отправляли из Красноярска в Москву или Санкт-Петербург. Теперь же в краевом онкодиспансере могут выполнять такой анализ самостоятельно. Причём, подчёркивают красноярские специалисты, это новый этап в работе не только самого учреждения, но и онкологических клиник других субъектов РФ. Федеральный проект «Совершенствование системы молекулярно-генетической диагно-

стики онкологических заболеваний в Российской Федерации» предоставляет возможность онкологам любых регионов на безвозмездной основе обращаться в аккредитованные ПЦР-лаборатории для определения молекулярно-генетических изменений в опухоли.

Пока метод ПЦР-диагностики в Красноярском онкодиспансере используют только для лечения рака лёгкого, однако уже в ближайшем времени диапазон возможностей применения метода ПЦР к анализу генных мутаций будет расширен за счёт других локализаций опухоли.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.



Пётр ГЛЫБОЧКО,
ректор Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова,
член-корреспондент РАН:

Подготовка врача будущего – это не что иное, как формирование профессионала международного класса.

Стр. 5

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ,
член-корреспондент РАН:

Несправедливые различия в оплате труда медицинских работников удалось снизить.

Стр. 6-7



Сергей ГОТЬЕ,
главный трансплантолог
Минздрава России,
академик РАН:

Мы должны обеспечивать различными видами трансплантации в десять раз больше людей, чем сейчас.

Стр. 11

Перспективы

Здоровое соглашение

Между мэрией Магадана и Министерством здравоохранения и демографической политики региона заключено соглашение о сотрудничестве. Его главная цель – улучшение качества жизни горожан. Документ о взаимодействии в сфере здравоохранения подписали мэр областного центра Юрий Гришан и министр здравоохранения и демографической политики Магаданской области Ирина Ларина.

Наша совместная задача – сохранить жизнь и здоровье нашего населения ради будущих поколений, ради процветания этого сурового, но прекрасного края и его столицы – города Магадана, – подчеркнул Ю.Гришан. Цель подписания соглашения – достижение эффективных результатов, направленных на увеличение продолжительности жизни населения города, снижение общей заболеваемости и смертности, повышение рождаемости,

что в конечном итоге способствует сохранению здоровья и улучшению качества жизни магаданцев.

Мэр Магадана отметил, что муниципалитету предстоит продолжить работу по популяризации здорового образа жизни, повышению гражданской ответственности населения за состояние собственного здоровья.

Ещё одно соглашение заключено с Магаданской областной детской больницей, его подписали глава областного центра и главный врач учреждения Сергей Тимофеев. В рамках этого документа запланировано асфальтирование территории вокруг здания детского инфекционного стационара, обустройство подъездных путей для обеспечения беспрепятственного круглосуточного доступа машин скорой медицинской помощи и иного автомобильного транспорта.

Николай ИГНАТОВ,
МИА Сити!

Магадан.

В особых условиях

Крылатые «скорые» освоили Приморье

Почти 340 часов составил налёт медицинских вертолётов на санитарные задания в Приморском крае с начала года. Винтокрылые кареты скорой помощи региона задействованы как в эвакуации тяжелобольных пациентов, так и в транспортировке к месту оказания помощи врачами Центра медицины катастроф Приморья.

На сегодняшний день вертолётами санитарной авиации совершено 112 вылетов, эвакуировано 116 пациентов. Тогда как за весь прошлый год

на арендованном вертолёте специалисты Центра медицины катастроф налетали всего 98 часов.

На практике вертолёты оказались настолько востребованными, что почти всё время в небе, – отметили в Центре медицины катастроф Приморья. – Только с начала августа транспортированы 10 пациентов.

К слову, санитарная авиация работает в Приморском крае с февраля этого года. Два воздушных судна приобретены администрацией региона в рамках государственной программы.

По своим техническим характеристикам вертолёты прекрасно подходят для работы на территории сурового края. Они способны подниматься на высоту до 7 тыс. м, развивать скорость свыше 240 км/час, к тому же на одной заправке могут пролететь с одного конца региона на другой. Одно из главных преимуществ этих винтокрылых машин – «лыжные» шасси, позволяющие сесть практически на любую площадку.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

АРЕНДА

МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ И ТЕХНИКИ

МЕДИЦИНСКАЯ
МЕТРОЛОГИЯ

+7-495-609-66-89 | Info@medmetr.ru

Новости

Юбилейный травмоцентр

Уже 20-й по счёту травмоцентр открылся в кузбасском городе Осинники в рамках программы совершенствования неотложной помощи пострадавшим в ДТП.

Центр развёрнут на базе местной городской больницы. Здесь провели ремонт операционного блока с полной заменой электропроводки и вентиляции, оборудовали кабинет МСКТ и реконструировали травматологическое отделение. В общей сложности на строительство-монтажные работы и покупку оборудования направлено более 63 млн руб.

Немного ранее в Кемерово завершился капитальный ремонт травмоцентра первого уровня, действующего на базе ГКБ № 3, обеспечивающего оказание всего спектра медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами.

Сегодня в Кузбассе действуют 8 травмоцентров, расположенных вдоль федеральной трассы М-53 «Байкал» в северной части области. Ещё 12 оборудованы рядом с дорогами областного и межрегионального значения, которые пролегают в центральной и южной части региона. То есть их сеть покрывает практически всю территорию Кузбасса и позволяет оперативно оказывать помощь пострадавшим. В результате в 2015 г. смертность от дорожных аварий уменьшилась по сравнению с предыдущим годом на 15,7%.

Валентина АКИМОВА.

Кемеровская область.

Ликвидированы последствия падежа оленей

Специалисты войск радиационной, химической и биологической защиты Министерства обороны России уничтожили всех погибших от сибирской язвы на Ямале оленей, которые были обнаружены в тундре. Всего более 2,3 тыс. штук.

А сотрудники МЧС завершили работу по устранению последствий падежа животных, обеззаражены зоны карантина, для размещения оленеводов построены временные городки. Медицинские работники оказали необходимую помощь кочевым жителям ямальской тундры. Каждой семье, пострадавшей от падежа оленей, выделена гуманитарная помощь.

Ситуация на Ямале в настоящее время стабилизировалась: уже несколько дней сообщений о новых случаях заболевания нет. В целях профилактики вакцинировано более тысячи человек.

Игорь КОВРОВ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Больше знать о ВИЧ

В столице Южного Урала в городском парке имени Гагарина прошла массовая акция. Мероприятие под девизом «Здоровая молодёжь – здоровое будущее» организовали Минздрав Челябинской области и областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

В ходе акции работал мобильный пункт экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию. Каждый желающий мог бесплатно и конфиденциально сдать анализы и узнать результат обследования уже через 15-20 минут. Несмотря на жару, пройти тест на ВИЧ в этот день пожелали около 40 человек.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

События

В руках — ключи от «медицинского дома»

Новосёлов приветствовал сам губернатор Алтайского края

Завершилось строительство первой очереди многоквартирного «медицинского дома» в Барнауле. Ключи от новых квартир вручены медицинским работникам. Идея его строительства возникла в 2014 г., когда остро встал вопрос привлечения и закрепления в крае высококвалифицированных медицинских специалистов.

За счёт средств краевого бюджета (объём инвестиций превысил 274 млн руб.) построен 10-этажный дом на 160 квартир для сотрудников организаций, входящих в медицинский кластер, – краевой клинической больницы, Алтайского краевого клинического перинатального центра, Алтайского краевого онкологического диспансера, городской больницы № 5, Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн, Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования.

Ключи от квартир получили 80 медицинских семей. А значит, событие это знаменательное и очень радостное.

«Конечно, известно, что в последние годы государство системно уделяет большое внимание медицинской отрасли. Мы строим новые современные клиники, реконструируем и оснащаем действующие. Но все прекрасно понимают, что самые масштабные материальные ресурсные вложения не дадут эффекта, если это достояние не будет в руках высокопрофессиональных специалистов. Поэтому в Программе по развитию здравоохранения в Алтайском крае этой теме уделяется пристальное внимание, и так будет и впредь», – подчеркнул губернатор Алтайского края Александр Карлин.

«Мы вкладываем серьёзные средства в профессиональную подготовку сотрудников, в создание комфортных условий для их работы, а также в решение одного из самых значимых вопросов – обеспечение жильём медицинских работников», – акцентировал глава региона.

Особо губернатор отметил, что в новый дом заселяются «стратегически важные семьи» – молодые,



Губернатор от всей души поздравил новосёлов

с детьми, либо ожидающие прибавления.

«Многие переезжают из маленьких съёмных квартир в современные большие. Думаю, это укрепит ваш семейный очаг», – уверенно сказал он.

Также Александр Карлин подчеркнул, что дом для медицинских работников удачно входит в систему медицинских учреждений Нагорного медицинского кластера: дорога от дома до работы будет занимать совсем немного времени.

Одно-, двух- и трёхкомнатные

квартиры предоставили как служебное жильё врачам и средним медицинским работникам остродефицитных специальностей. Ключи из рук губернатора получили анестезиолог-реаниматолог, травматолог-ортопед, медсестра оперблока клинической больницы, челюстно-лицевой хирург горбольницы, заведующий хирургическим отделением по пересадке органов, врач-хирург и другие.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Работают мастера

После получения тяжёлой черепно-мозговой травмы в результате падения из окна полтора года назад у 7-летнего мальчика возник обширный дефект костей черепа. Для его устранения врачи использовали самую современную технологию – имплантат последнего поколения, который полностью имитирует кость человека.

После того, как в прошлом году в Германии ребёнку была проведена операция по устранению дефекта с использованием метода пластики расщеплённым лоскутом, когда в качестве имплантата используется собственная костная ткань пациента, спустя несколько месяцев родители заметили возникшую пульсацию в области установки имплантата. Обследование показало, что он практически полностью рассосался, и требовалось повторное хирургическое вмешательство.

Родители ребёнка начали искать возможность решить проблему в России и обратились в клинику

С новым черепом

Столичные нейрохирурги провели редкую операцию ребёнку

нейрохирургии Европейского медицинского центра, которой руководит известный нейрохирург – член-корреспондент РАН, член Королевского колледжа хирургов Англии Алексей Кривошапкин. За свою практику Алексей Леонидович провёл много сложнейших нейрохирургических операций.

«В детской нейрохирургической практике выбор оптимального метода пластики дефекта особенно важен», – отметил А. Кривошапкин. – Стандартные материалы, такие как метилметакрилат, который широко используется при закрытии дефектов черепа у взрослых пациентов, не подходят детям. Использование титановой пластины также неэффективно для



Профессор А. Кривошапкин

растущей кости, к тому же при обширных дефектах существует проблема переохлаждения или перегревания мозга».

Хирург пришёл к выводу, что наиболее оптимальным методом лечения в данной ситуации является проведение операции с использованием инновационного имплантата – биокерамического материала (пористого гидроксиапатита), который по своему химическому составу и структуре максимально приближен к кости человека. С течением времени имплантат заполняется клетками костной ткани, в результате чего происходит естественный рост и восстановление черепной коробки.

Примечательно, что имплантат изготавливается индивидуально для каждого пациента, строго по размерам дефекта – на основе трёхмерных изображений, полученных с помощью компьютерной томографии.

Количество операций, проведённых с помощью такой технологии к настоящему времени во всём мире, можно пересчитать по пальцам – они выполняются только в ведущих нейрохирургических клиниках мира. Опыт российских нейрохирургов в этой области также небогат: единственный случай подобного вмешательства в нашей стране состоялся в прошлом году, когда была проведена похожая операция взрослому пациенту.

«Помимо достижения косметического эффекта, мы надеемся, что в результате установки имплантата у мальчика сформируется собственная костная ткань, и он будет абсолютно здоров», – резюмировал профессор Кривошапкин.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Решения

Парк «скорой» пополнится

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение о приобретении 1347 автомобилей скорой помощи. На их закупку в 2016 г. выделено 3 млрд руб.

Бюджетные ассигнования направляются Минпромторгу России для организаций, определённых Минздравом России в субъектах Федерации в соответствии с их потребностями, а также для нужд

Федерального медико-биологического агентства, сообщается на сайте кабинета министров. Всего в регионы предусматривается отплатить 1317 единиц транспорта, 40 автомобилей будет предоставлено ФМБА.

Поставщиками автомобилей скорой медицинской помощи в 2016 г. определены российские производители: ООО «Автомобильный завод «ГАЗ», ООО «УАЗ», ООО «Форд Соллерс Холдинг».

Проект распоряжения подготовлен Минпромторгом России в соответствии с пунктом 12 программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 г. (утверждена распоряжением Правительства РФ №71-р от 23.01.2016). Принятые решения позволят обновить часть автопарка скорой помощи.

Иван МАЛОВ,
МИА Сити!

Профилактика

Обязательная вакцинация для профгрупп

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, курирующая социальные вопросы, предлагает ввести в субъектах Федерации обязательную вакцинацию для представителей профессиональных групп, которые могут служить источником инфекции для населения.

Напомнив о важности вакцинации, О.Голодец во время селекторного совещания с руководителями регионов призвала обратить внимание на наличие прививок у

представителей профгрупп, так как они «становятся источниками и переносчиками всех болезней, которые вообще существуют на территории России». «Все профессиональные группы должны быть привиты. Если люди работают с животными, они должны быть привиты против сибирской язвы. Мы работаем сейчас с ситуацией по сибирской язве – оказывается, там никто не привит», – отметила вице-премьер.

Особое внимание она обратила на педагогов, работающих с детьми. По словам О.Голодец,

зачастую у них нет прививок против самых распространённых детских болезней. «Это просто безобразие, что у нас есть, например, педагоги, воспитатели в детских садах, которые не вакцинированы против ветрянки и краснухи, которые болеют вместе с детьми и переносят эти болезни совершенно с драматическими результатами. Такого быть не должно», – заявила вице-премьер.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Сити!

Накануне

Фтизиатров объединит реформа

Во фтизиатрической службе Санкт-Петербурга намечаются организационные перемены. Десять противотуберкулёзных диспансеров, которые находятся в ведении администраций районов Санкт-Петербурга, будут переданы Комитету по здравоохранению города.

Как сообщила корреспонденту «Медицинской газеты» главный специалист комитета Евгения Семёнова, это решение принято с учётом всестороннего анализа и мнений представителей про-

фессионального фтизиатрического сообщества. Проект соответствующего постановления правительства Санкт-Петербурга подготовлен и вскоре поступит на утверждение губернатору Георгию Полтавченко.

Медицинские управленцы намерены путём формирования единой управленческой и финансово-экономической структуры амбулаторных противотуберкулёзных учреждений построить эффективную модель управления ресурсами фтизиатрической службы. Так как лабораторные и инструментальные диагностические исследования

будут централизованы, повысится качество оказываемых государственных услуг. После переподчинения диспансеров в них станет длиннее линейка стационарозамещающих технологий. Ещё одним итогом планируемой реформы, считают эксперты, явится создание единой информационной системы городской фтизиатрической службы, которая в настоящее время отсутствует. Ожидания связаны, в том числе, с разработкой электронного регистра больных туберкулёзом, состоящих на диспансерном учёте. А такой регистр необходим, чтобы гарантировать соблюдение преемственности в ведении пациентов на стационарном и амбулаторном этапах.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Тенденции

Цены на лекарства контролируются

Вопросы государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты обсудили специалисты Министерства здравоохранения Омской области, Росздравнадзора и региональной энергетической комиссии на очередном совещании.

Было сообщено, что за 6 месяцев 2016 г. в рамках контроля за соблюдением лицензионных требований и условий проведены проверки в 39 организациях розничной торговли.

По информации, предоставленной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, изменение цен на лекарственные препараты в Омской области соответствует динамике, сложившейся в Сибирском федеральном

округе и по России в целом. В июне розничные надбавки составляли 18,5%, что значительно ниже среднего по Сибирскому федеральному округу и по стране. Также отмечается снижение цен на лекарственные препараты на 1,7% по сравнению с ценами в декабре 2015 г.

На совещании было принято решение продолжать межведомственный информационный обмен и взаимодействие по вопросам государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты и контроля за соблюдением предельного уровня торговых надбавок.

Министерством проводится ряд мероприятий для повышения информированности населения региона о ценах на лекарственные препараты и их доступно-

сти. В частности, информация о предельных установленных отпускных ценах доступна во всех терминалах самостоятельной записи на приём к врачу в электронном виде, расположенных в поликлиниках области. Всего в медицинских учреждениях региона оборудовано 107 терминалов, в том числе на базе каждой центральной районной больницы. Кроме этого, на всех терминалах записи установлен электронный сервис «Аптека-справка», позволяющий жителям получать информацию о стоимости необходимого лекарственного препарата и его наличии в наиболее удобно расположенном аптечном пункте Омска.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проекты

Столичные власти разрабатывают городскую программу популяризации грудного вскармливания. Об этом сообщила главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова, профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Антонина Чубарова.

Грудному вскармливанию — больше внимания

«Мы проводим различные мероприятия по популяризации грудного вскармливания. Они ведутся по двум направлениям: среди врачей-специалистов и матерей детей, находящихся на лечении в стационарах», – сказала А.Чубарова.

К врачам прислушиваются, их рекомендации очень сильно влияют на пациентов.

«Дети, получавшие грудное вскармливание, даже недоношенные, для которых состав молока не всегда оптимален, имеют преимущество по интеллектуальному развитию в отдалённом прогнозе, и эта разница сохраняется как минимум до подросткового возраста. Также эти дети имеют оптимальный обмен веществ,

следовательно, у них меньше риск ожирения, гипертонии, инфарктов и инсультов уже во взрослом состоянии, меньше риск диабета 2-го типа, в целом кардиоваскулярной патологии», – резюмировала она.

В свою очередь, научный руководитель Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, главный диетолог Минздрава России, академик РАН Виктор Тутельян сообщил, что в прошлом году на грудном вскармливании в России находились лишь 40,1% детей до 1 года.

Валентин СТАРОСТИН,
МИА Сити!

Москва.

Однако

Простаивает дорогая медтехника



В Тверском областном клиническом онкологическом диспансере обнаружено много лет не работающее дорогостоящее высокотехнологичное медицинское оборудование. Это выявила проверка территориального органа Росздравнадзора по Тверской области, инициированная Общероссийским народным фронтом.

«Поводом для рассмотрения послужило обращение жительницы Твери. Пациентка рассказала о проблемах с медицинской помощью для онкологических больных, отсутствии медицинских препаратов и неработающем оборудовании. При этом оно было поставлено в диспансер ещё в 2012 г.», – говорит сопредседатель регионального штаба фронта Николай Красовский.

В ходе проверки было установлено, что в онкодиспансере не исправен магнитно-резонансный томограф, приобретённый за 61 млн руб. Компания, с которой был заключён контракт на ремонт оборудования, не приступала к работам. Согласно договору, фирма была обязана завершить восстановление оборудования до 30 июня 2016 г.

Также в надзорном органе обратили внимание на бездей-

ствующий линейный ускоритель, который используется для лечения практически всех локализаций онкологии. Из-за многочисленных дефектов аппарата в клинике до сих пор не применяются специальные методики диагностики и лечения. Как выяснили активисты народного фронта, оборудование не работало ни одного дня, до сих пор стоит ненастроенным и не может эксплуатироваться. Контракт на его поставку был полностью оплачен в декабре 2012 г. Возмущение общественников вызвало то обстоятельство, что иск в арбитражный суд по факту неработоспособного состояния линейного ускорителя поступил только апреле 2016 г. К тому времени уже вышел срок исковой давности, поэтому велик риск рассмотрения дела не в пользу медучреждения.

В ходе проверки Росздравнадзор выявил также нарушения доступности и качества медицинской помощи, случаи несвоевременного обеспечения граждан лекарственными препаратами. Министерству здравоохранения Тверской области выдано предписание об устранении выявленных недостатков.

Иван МЕЖГИРСКИЙ,
МИА Сити!

Мэр Москвы Сергей Собянин посетил инновационный центр «Сколково» и заложил капсулу в основание первого здания в Международном медицинском кластере (ММК) – диагностического корпуса. «Мы закладываем первый объект в новом кластере. Столица очень многое делает для развития регионального здравоохранения: строительство городских поликлиник, больниц, медицинских центров, оснащая их самым современным оборудованием. С другой же стороны, мы активно помогаем частным инвесторам, которые приходят в здравоохранение, предоставляя им соответствующие льготы, заключая концессионные соглашения. И у нас определилось ещё одно направление медицины, здравоохранения в Москве – это московский медицинский кластер», – сказал градоначальник.

Клинический пригород

Как известно, в прошлом году Государственная Дума РФ приняла закон, в котором утверждается создание медицинского кластера в «Сколково». Первой постройкой в кластере будет диагностический корпус. Наряду с этим планируется создание самых современных диагностических и образовательно-медицинских центров, где для проведения обследований и обучения персонала будет использоваться новейшее оборудование. А вести свою деятельность будут врачи из разных стран. Создание такого масштабного и уникального проекта даёт широкие возможности для диагностики и лечения жителей столицы.

Данные учреждения создаются на участке площадью 57,6 га, где в дальнейшем подразумевается построить ещё 15 клиник, профилем которых станет лечение тяжёлых и распространённых заболеваний. Диагностический корпус создавался с учётом новейших технологий в области строительства подобных центров, в частности онкологических. Закупаемая аппаратура соответствует всем мировым стандартам и демонстрирует предельно точные показатели.

В состав закупаемого оборудования войдут МРТ, КТ, маммограф, рентгеноаппарат, экспресс-лаборатория, эндоскопическое оборудование. В центре будут работать 133 человека, из которых 38 врачей. Специализироваться диагностическое отделение будет на проведении индивидуальных углублённых обследований состояния здоровья пациентов.

Применение всего спектра возможностей диагностического центра станет доступным для всех участников проекта, а комплекс офисных помещений с конференц-залом можно будет использовать с целью привлечения новых инвесторов.

Таким образом, кластер будет поделён на образовательную, исследовательскую и собственно клиническую части. Планируется, что здесь будут разрабатывать

лекарства и медицинские изделия, а также проводить клинические исследования новых врачебных практик. На территории ММК разместят 49 амбулаторных кабинетов, дневной стационар на 4 койки, экспресс-лабораторию, отделение лучевой диагностики, блок вспомогательных помещений.

Ввод корпуса в эксплуатацию планируется в IV квартале следую-

независимыми от иностранных лабораторий. Площадь нового корпуса составит 9,1 тыс. м², его строительство началось ещё в 2012 г. В настоящий момент идёт отделка помещений, монтаж медицинского оборудования и мебели, а также благоустройство территории.

Лекарственные средства здесь будут испытывать по международным стандартам. Это значит, что

смогут принимать на 70 тыс. детей в год больше.

Площадь 7-этажного здания составит 71,2 тыс. На сегодняшний момент готовы основные конструкции и стены, подведены инженерные коммуникации. В ближайшее время строители приступят к отделке помещений. Будет также установлено сложное медицинское оборудование. Корпус сдадут в

С ранних пелёнок

Новый перинатально-кардиологический корпус столичной ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохобова откроют уже в следующем году. Он станет одним из самых крупных перинатальных центров в Европе. Корпус будет оснащён современным диагностическим оборудованием: ингаляционными, хирургическими

В центре внимания

Этапы большого пути

Столичное здравоохранение выходит на мировой уровень



Мэр в «Сколково»

щего года, а пациентов он примет в I квартале 2018 г. В настоящее время ведутся монолитные работы.

На втором этапе строительства – терапевтический корпус, общая площадь которого составит 19 тыс. м². Его введут в эксплуатацию в IV квартале 2018 г., а приём первого пациента запланирован на II квартал 2019 г.

В этом корпусе разместят клинико-диагностическую лабораторию, стационар на 63 койки, операционный блок на 4 зала, отделения реанимации и интенсивной терапии на 9 коек, кратковременного пребывания пациентов на 36 мест и 4 койки, центральное стерилизационное отделение, отделение онкоурологии на 20 коек, онкогинекологии на 20 коек и многое другое. Стационарное лечение смогут получать пациенты старше 18 лет.

Исследования, исследования...

Первый в России объединённый центр испытаний новых лекарств создадут на базе НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. Это позволит отечественным фармацевтическим компаниям стать

сотрудники центра могут устанавливать безопасность препарата и его эффективность, изучать возможность расширения показаний для медицинского применения, выявлять ранее неизвестные побочные действия и многое другое.

Кроме того, в центре радиохирургии «Склифа» начали проводить сложные операции с помощью аппарата «Гамма-нож». Теперь стало возможным лечить доброкачественные и злокачественные опухоли мозга без вскрытия черепной коробки. Первые операции были проведены успешно, к тому же они не требуют госпитализации в стационар.

В помощь детям

К концу нынешнего года завершится строительство нового многопрофильного лечебного корпуса Морозовской больницы. Он станет одним из лучших в мире по оснащению оборудованием, технологиям лечения и условиям пребывания детей. Планируется, что к майским праздникам 2017 г. корпус будет готов принять первых пациентов. Благодаря новому зданию врачи

эксплуатацию в I квартале следующего года.

Приёмное и боксированное отделение разместятся на 1-м этаже. На 2-м расположат отделения экстренной абдоминальной и гнойной хирургии, оториноларингологии и эндокринологии. На 3-м решено разместить отделения функциональной диагностики, эндоскопии, травматологии и ортопедии, плановой хирургии и урологии. На 4-м будет отделение онкологии и гематологии с блоком интенсивной терапии, отделение офтальмологии и микрохирургии глаза. На 5-м – трансплантации костного мозга с блоком интенсивной терапии, кардиоревматологии и пульмонологии, нейрохирургии и нейроонкологии с блоком интенсивной терапии. На 6-м этаже – операционный блок, отделения анестезиологии и реанимации, лучевой диагностики, а также административно-хозяйственные помещения. На 7-м будут находиться отделение физиотерапии и лечебной физкультуры, клинико-диагностическая лаборатория, пищеблок со столовой. В палатах стационара установят тревожные кнопки.

и эндоскопическими аппаратами, аппаратами искусственной вентиляции лёгких и др.

Ультразвуковые сканеры позволят проводить диагностику кардиологических заболеваний у детей и матерей на ранних стадиях. Площадь корпуса составит 52 тыс. м². Здание в разных частях будет разной высоты – от 3 до 7 этажей. Здесь разместятся приёмные и выписные подразделения, педиатрический блок, акушерский стационар, консультативно-диагностические центры для женщин. Планируется, что в новом корпусе смогут получить необходимую помощь порядка 17 тыс. человек в год.

«Остров здоровых сосудов»

Весной этого года на базе городской больницы № 3 Зеленограда открылся региональный сосудистый центр. Там оказывают помощь людям с инфарктом миокарда, инсультами и прочими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Раньше этих людей приходилось везти из Зеленограда в Москву, но сейчас, с появлением центра, эта необходимость исчезла.

Здесь находятся отделения рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения, неотложной кардиологии, кардиореанимации, функциональной диагностики, неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, нейрохирургическое отделение и клинико-диагностическая лаборатория. Примечательно, что центр работает круглосуточно.

Во время операций осуществляется 3D-моделирование полостных структур организма, благодаря чему врач может выполнять самые сложные действия, требующие ювелирной точности, а специальный микроскоп даёт возможность проводить операции на тонких сосудах головного мозга. Снизить лучевую нагрузку для пациента позволяет специальная ангиографическая установка экспертного уровня.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Москва.

Инициатива

Минздрав России предлагает включить финансирование практической подготовки медицинских кадров в базовые нормативные затраты. Выделить средства на это дополнительное финансирование медвузов и медучилищ призвал правительством Общероссийский народный фронт (ОНФ).

Кабинет министров отчитался, как выполняется поручение Президента РФ, лидера ОНФ Владимира Путина по формированию госзадания для медицинских образовательных учреждений. Однако Минздрав предложил выделить дополнительное финансирование на оснащение медицинских вузов и училищ. Всего, по данным ведомства, на улучшение материально-технической учебной базы будущих медиков и повышение их практических навыков в 2017 г.

потребуется около 5,7 млрд руб.

На заседании рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», сопредседателями которой являются член центрального штаба, заместитель руководителя исполкома ОНФ Наталья Костенко и заместитель руководителя Минздрава России Игорь Каграманян, были озвучены эти предложения, которые направлены ранее в Минобрнауки России и ответа на которые до сих пор не получено. Речь идёт о включении не только финансирования практической

подготовки медицинских кадров в базовые нормативные затраты, но и ключевых образовательных специальностей, таких как клиническая медицина, наука о здоровье и профилактическая медицина, фармация, в другую группу, с большим финансированием.

Как считают в ведомстве, с учётом обучающихся 153,3 тыс. будущих медиков для преодоления существующего в стране дефицита кадров увеличивать количество целевых квот для медицинских вузов и училищ не надо, лучше сосредото-

читься на повышении качества образования и совершенствовании практических навыков студентов.

«На фоне увеличивающейся доступности информационных материалов и развития коммуникационных технологий необходимо наращивать удельный вес именно клинических практических и лабораторных занятий в учебной и производственной практике на всех уровнях медицинского образования, – сказал член центрального штаба ОНФ, ректор 1-го Санкт-Петербургского

государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Сергей Багненко. – ...Одновременно необходимо внести изменения в закон «Об образовании в РФ», где более точно детализировать обязанности будущих медиков по выполнению практической части программ и ответственность за их эффективное освоение. Всё это, уверен, поможет нам сделать качественный рывок в подготовке медицинских кадров».

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Третий образовательный день смены «Молодые учёные и преподаватели в области здравоохранения» этого форума был представлен обширным спектром общефорумных и профильных лекций и семинаров, посвящённых темам преподавания медицины и подготовки кадров в здравоохранении.

Начался он с панельной дискуссии «Подготовка преподавателей – фундамент медицинского образования». Спикерами встречи выступили первый заместитель Минздрава России Игорь Каграманян, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко и ректор Российской медицинской академии послепломного образования академик РАН Лариса Мошкетова.

В ходе своего выступления П.Глыбочко рассказал о концепции развития современного медицинского образования, которой придерживается Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. Он отметил, что при поступлении абитуриента в медицинские вузы студент должен быть профессионально ориентирован и не менять решение стать врачом уже после первого курса обучения.

«В нашем университете мы определили три пути развития: врач-исследователь, врач-преподаватель и врач-управленец. Для того чтобы подготовить хорошего преподавателя, нужно вкладывать средства и предоставлять, в том числе, возможность проходить стажировку за рубежом. Подготовка врача будущего – это не что иное, как формирование профессионала международного класса. В этом году мы открыли Международную школу персонализированной и трансляционной медицины. Этот проект мы видим как драйвер развития университета в новой модели медицинского образования. Создание данной школы определяется «дорожной картой» развития вуза на перспективу-2020 в рамках Проекта 5-100 по повышению конкурентоспособности ведущих российских университетов среди ведущих мировых научно-образовательных центров, единственным медицинским университетом-участником

Проекты

Готовим врача международного класса

Об этом было объявлено на Всероссийском молодёжном образовательном форуме «Территория смыслов»



Перед ними открываются весьма заманчивые перспективы

которого стал в октябре 2015 г. наш вуз», – обозначил П.Глыбочко.

Игорь Каграманян назвал блестящей идею Росмолодёжи организовать тематическую смену для молодых медиков в рамках форума «Территория смыслов»: «У вас есть всё, чтобы стать выдающимися специалистами по профилю оказания медицинской помощи. Обеспечение охраны здоровья населения – это, по сути, важнейшая государственная функция, которая возложена

на более чем двухмиллионную армию медицинских работников России».

Продолжением образовательной программы стали семинары по профилям. Семинар «Оценка качества образовательной деятельности как механизм управления качеством подготовки специалистов» стал темой встречи молодых медиков с первым проректором – проректором по инновационной политике и международной деятельности

Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Андреем Свиштуновым. Такие вопросы, как оценка работы преподавателей, системность обучения, новые образовательные подходы, вступительные экзамены, активно обсуждались участниками и экспертом. Особенно актуальной стала тема онлайн-курсов и вебинаров для студентов медицинских вузов. «Перспектива замены лекций вебинарами – сложный вопрос, но мы его решаем. 10% всех лекций мы уже выкладываем

на единый портал. Я считаю, что лекции в вузах должны быть более масштабными, раскрывать большой спектр вопросов, а не представлять собой простое зачитывание материала с целью его сдачи на практике», – поделился мнением А.Свиштунов.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова является профильным партнёром смены «Молодые учёные и преподаватели в области здравоохранения», собравшей около тысячи человек. Более 50 представителей университета приняли участие в форуме в качестве экспертов и участников.

Напомним, что на площадке форума «Территория смыслов» на Клязьме» состоялся учредительный съезд Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики», участие в котором приняли представители Волонтерского центра Первого МГМУ.

Учредителями движения выступили Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, председателем которого является Пётр Глыбочко, Совет проректоров по воспитательной работе высших образовательных организаций России и Ассоциация волонтерских центров. В ходе работы был выбран основной руководящий состав движения, сопредседателем общественного движения стала член совета Ассоциации волонтерских центров, директор волонтерского центра Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Кристина Ваулина.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Эхо трагедии

В Иркутской областной инфекционной больнице умер ещё один ребёнок из числа переведённых сюда воспитанников Черемховского психоневрологического интерната. Это уже четвёртая жертва кишечной инфекции, вспышка которой произошла в учреждении 24 июля.

Согласно информации территориального Управления Роспотребнадзора, по результатам проведённых бактериологических исследований у заболевших выделен возбудитель дизентерии. Предположительно распространение инфекции в интернате произошло контактно-бытовым путём в результате заноса инфекции. Проверка, которую незамедлительно начали специалисты Роспотребнадзора, выявила ряд грубых санитарных нарушений: несвоевременное проведение полного комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, приём детей в интернат без бактериологического обследования на кишечную группу, нарушение питьевого режима, нарушение дезинфекционного режима. А самое интересное, сообщают в контрольном ведомстве, проверка обнаружила «факт применения лекарственных препаратов, которые обычно используются для лечения острых кишечных инфекций, что свидетельствует о сокрытии администрацией интерната

Жертвы кишечной инфекции

Их становится всё больше...

случаев заболеваемости среди воспитанников и персонала».

О масштабе ЧП говорит то, что из 99 воспитанников интерната в Иркутской областной инфекционной больнице находятся уже 28 человек. В Минздраве Приангарья связывают особенности течения дизентерии у воспитанников интерната с их изначальным состоянием здоровья: здесь находятся дети с тяжёлыми врождёнными неврологическими патологиями и грубыми поражениями ЦНС и, как следствие, ослабленным иммунным статусом. Поэтому инфекция, с которой мог бы справиться организм здорового ребёнка, в данном случае оказалась смертельно опасной.

Изначально больных детей пытались лечить в Черемховской городской больнице № 1, однако затем особо тяжёлых спешно начали переводить в Иркутскую инфекционную больницу. Как сообщают в Министерстве здравоохранения Иркутской области, решение об этом было принято после того, как в Черемхово прибыл полномочный представитель Президента РФ

в Сибирском федеральном округе Сергей Меняйло и губернатор Иркутской области Сергей Левченко с большой свитой чиновников.

И у полпреда с губернатором, и у регионального Минздрава, и у Роспотребнадзора есть большие

претензии к администрации Черемховского психоневрологического интерната и Черемховской больницы № 1. Руководители обоих учреждений уже отстранены от работы, а материалы переданы в следственные органы.

Полномочный представитель Президента РФ дал поручение проверить все подобные социальные учреждения Иркутской области.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Кстати

Министр взяла под личный контроль

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, по поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой специалисты Росздравнадзора продолжают проверку отравления детей в Черемховском психоневрологическом интернате. По данному факту совместно с экспертами НИИ детских инфекций проводится анализ историй болезней детей.

В Иркутск вылетит заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Ольга Чукамова, а также ведущие сотрудники НИИ детских инфекций. В настоящее время 26 детей из Черемховского психоневрологического интерната

остаются в Иркутской областной инфекционной больнице, 5 из них – в реанимации. Для каждого ребёнка установлен индивидуальный пост.

Минздравом Иркутской области в интернат дополнительно направлены врач-педиатр и инфекционист, которые в постоянном режиме наблюдают детей. В ходе наблюдения у троих воспитанников обнаружены лёгкие признаки кишечного заболевания. Принято решение перевести их в Иркутск.

Семён ГОРБУНКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Сегодня подготовка материалов для привычной газетной рубрики «Вопрос – ответ» стала более сложной. В редакцию меньше поступает «простых» писем, на которые нужно дать оперативный ответ. В большей степени читатели адресуют нам сложные проблемы, часто пишут целые обращения, требующие изучения описываемой ситуации на месте. А главное – медицинские работники проявляют острое неравнодушие к происходящим изменениям в обществе и в отрасли. Они хотят сделать наше здравоохранение более современным, действенным, предлагая для этого свои решения. Во время недавней встречи министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой и главного редактора «Медицинской газеты» Андрея Полторака была достигнута договорённость, что на вопросы читателей «МГ» будут отвечать руководители и специалисты министерства. Мы благодарны Веронике Игоревне за то, что она поддержала нашу идею. И сегодня публикация на волнующие медиков темы под рубрикой «Вопрос в министерство» впервые выходит на страницы нашей газеты.



государственными и коммерческими медицинскими организациями.

Но главная задача – это обеспечение соблюдения единых требований к качеству медицинской помощи во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности.

Только в 2015 г. в результате проверок Росздравнадзора 715 частных медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей (36,4% от числа проверенных частных медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей) выявлено более 1300 нарушений порядка оказания медицинской помощи.

ную информацию обществу о состоянии здравоохранения, чувствовать пульс жизни министерства, быть в курсе его работы. (Валентин Сухо-руков, независимый журналист, Москва.)

– Итоговая коллегия Минздрава проводится ежегодно и всегда открыта для СМИ. Так, в этом году на неё было аккредитовано более 100 представителей СМИ. Тематические коллегии также планируем в ближайшем времени возобновить.

Мы уделяем большое внимание информированию общественности о деятельности ми-

– На одном из недавних представительных форумов высокого уровня было высказано предложение – пере-квалифицировать педиатров во врачей общей практики. Удастся ли отстоять педиатрию как отдельную специальность? (Оксана Козлова, врач-педиатр, Московская область.)

– Медицинская помощь детям требует особого подхода и квалификации специалиста. Существуют отдельные стандарты и методические рекомендации по лечению заболеваний у детей, которые необходимо чётко выполнять. И Минздрав России категорически против замены врачей данной специальности врачами общей практики в условиях, где есть возможность организации медицинской помощи ребёнку врачом-педиатром. Эту позицию поддерживает и профессиональное медицинское сообщество – Союз педиатров России.

Конечно, стоит отметить, что в удалённых малонаселённых пунктах, где нет педиатров, первичную медицинскую помощь детям сможет оказать врач общей практики. Но в сложных случаях ребёнок обязательно должен быть направлен к специалисту.

Отмечу, что в последние годы стабильно растёт число желающих обучаться специальности «педиатрия». В связи с этим нами был увеличен приём на обучение в вузы Минздрава России. Если в 2013 г. он составил 4749 человек, в 2014-м – 4993, то в 2015 г. – 5279 человек.

– Как в министерстве относятся к декларированию доходов главных врачей? Как это будет происходить? Когда будет устранена огромная разница между оплатой труда врачей-клиницистов и организаторов здравоохранения? (Ирина Фролова, терапевт, Волгоградская область.)

– Минздрав России относится положительно к декларированию доходов главных врачей, как и к другим антикоррупционным мерам. Требования об обязательном декларировании доходов распространяется и на заместителей руководителей подведомственных организаций и главных бухгалтеров. Эти сведения находятся в свободном доступе на сайтах организаций. В отношении лиц, представляющих недостоверные сведения, принимаются самые жёсткие меры.

Начиная с 2013 г. сотрудники министерства представляют сведения о своих доходах, расходах, об имуществе, а также о доходах своих супругов и несовершеннолетних детей. На официальном сайте Минздрава России в обязательном порядке

Вопрос в министерство

Мы находим правильные решения

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отвечает на вопросы читателей «Медицинской газеты»

размещаются сведения о доходах сотрудников министерства, включённых в соответствующий перечень, утверждённый приказом Минздрава России № 320н от 25.06.2014.

Говоря о размере заработной платы работников здравоохранения, необходимо отметить, что их социальный статус и оплата труда должны соответствовать той высокой роли, которую они играют в обществе.

Данные Росстата свидетельствуют о росте заработной платы медицинских работников: в 2015 г. среднемесячная зарплата врачей увеличилась на 3,5% и составила 47,9 тыс. руб., средняя заработная плата среднего и младшего медицинского персонала за I квартал 2016 г. по сравнению с I кварталом 2015 г. также увеличилась и составила 26,8 тыс. руб. (рост – 104,7%) у среднего медицинского персонала и 16,9 тыс. руб. (рост – 106,2%) у младшего медицинского персонала.

Однако проведённый нами в 2014 г. анализ показал, что при достаточно высоких номинальных показателях средних зарплат в большинстве регионов сложилась неоптимальная их структура, в которой доля окладов не превышала 30%. В 2015 г. регионом было рекомендовано увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60%.

На сегодняшний день в большинстве регионов параметры оплаты труда уже приближены к рекомендованным значениям. Если в 2014 г. в оплате труда врачей и провизоров размер должностных окладов во многих субъектах Российской Федерации не достигал 4 тыс. руб., то сейчас таких регионов не осталось, а средняя величина должностных окладов увеличилась в 1,5–2 раза.

Предпринятые меры позволили не только увеличить гарантированный уровень оплаты труда в здравоохранении, но и снизить несправедливые различия в уровнях заработных плат медицинских работников

одних и тех же специальностей и квалификации в однотипных учреждениях здравоохранения.

– Могут ли органы управления здравоохранением контролировать финансирование частных клиник? (Семён Краснов, пациент, Москва.)

– Финансирование частных клиник осуществляется их учредителями – юридическими или физическими лицами – и не входит в компетенцию федерального и региональных органов управления в сфере охраны здоровья.

Однако в рамках системы здравоохранения сформирована система контроля и надзора в сфере охраны здоровья, основы которой заложены в главе 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Таким образом, органы территориального Росздравнадзора осуществляют контроль за качеством медицинской помощи, включающий в себя проведение плановых и внеплановых проверок соблюдения прав граждан при оказании медицинской помощи, а также применение порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Внеплановые проверки медицинских организаций проводятся по заявлениям граждан.

При этом статьёй 15 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусмотрена возможность участия коммерческих медицинских организаций в программах обязательного медицинского страхования. В таком случае финансирование медицинской помощи, включённой в программу госгарантий, контролируется территориальными фондами ОМС. За последние 5 лет число участвующих в ОМС частных медицинских организаций выросло в 3 раза и составило более 2 тыс. Участие частных медицинских организаций в территориальных программах ОМС повышает доступность и качество медицинской помощи за счёт конкуренции между

Поэтому, если у вас есть основания полагать, что частной медицинской организацией допущены какие-то нарушения, вы вправе обращаться в территориальный орган Росздравнадзора, а также территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

– Будут ли приняты в ближайшее время законы о распределении выпускников после окончания медицинских вузов? (Станислав Серебряков, студент, Санкт-Петербург.)

– Министерством внедрён механизм, который хоть и не идентичен системе государственного распределения, но очень на неё похож – это целевое обучение и последующее распределение выпускников на конкретные рабочие места, в основном в первичном амбулаторном звене. В рамках целевого приёма между студентом и медицинской организацией заключается договор, согласно которому он должен отработать после обучения в вузе определённое время. Сегодня речь идёт о 3-летнем сроке.

В 2015 г. на места, выделенные для целевого приёма, зачислено более 11 тыс. человек, что составляет 50% от всех бюджетных мест. Эффективность зачисления в рамках целевого приёма составила 86%, то есть подавляющее большинство выпускников по данной программе направляются на работу туда, где они необходимы. Благодаря этому удалось увеличить число врачей по таким дефицитным специальностям, как «онкология» (+5,4%), «патологическая анатомия» (+1,7%), «психиатрия» (+1,2%).

– В традиции Министерства здравоохранения всегда были приглашения на коллегии журналистов ведущих средств массовой информации. Сегодня об этом не слышно. Почему бы не возродить эту традицию? Это бы позволило СМИ давать своевременную и объектив-

ную информацию обществу в ходе регулярных брифингов, прямых линий, комментариев и пресс-релизов.

Вся информация о проведённых онлайн-конференциях, селекторных совещаниях с регионами и «круглых столах» размещается на нашем официальном сайте.

С 2015 г. официальные страницы Минздрава России зарегистрированы в социальных сетях, на них подписаны десятки тысяч человек.

– Лечение в реабилитационных центрах детей даёт хорошие результаты. Но эти центры не хватает, можно ли рассчитывать, что количество мест в таких лечебных учреждениях всё-таки будет увеличено? (Ольга Самойлова, пациентка, Рязань.)

– Государственная система медицинской реабилитации в России активно совершенствуется с 2013 г. в рамках впервые утверждённого единого Порядка по медицинской реабилитации и включает в себя профильные федеральные медицинские организации и региональные многопрофильные центры, а также реабилитационные отделения в государственных и муниципальных детских больницах, дневные стационары детских поликлиник и детские санатории. Так, если в 2013 г. общий коечный фонд по медицинской реабилитации для детей в Российской Федерации составлял 4,8 тыс. коек, то в 2015 г. их стало почти в 2 раза больше.

В 2015 г. медицинскую реабилитацию, по оперативным данным субъектов РФ, в региональных медицинских организациях амбулаторно и в условиях стационара получили более 365 тыс. детей, в федеральных – более 8 тыс., из них более 60% – дети-инвалиды.

Отдельно надо отметить медицинскую реабилитацию детей, перенёвших операцию по кохлеарной имплантации (ежегодно она проводится в

среднем у тысячи детей), которую за период с 2013 по 2015 г. получили 9,2 тыс. детей после кохлеарной имплантации.

Минздравом России организован порядок по замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации. В 2015 г. впервые за счёт средств ОМС замена речевого процессора проведена у 1055 детей. Замена одного речевого процессора системы кохлеарной имплантации производится в постгарантийном периоде через 5 лет после предшествующей установки речевого процессора.

Работа по совершенствованию системы медицинской реабилитации детей продолжается при реализации региональных программ развития здравоохранения.

– Минздравом России вместе с Федеральным фондом ОМС изданы методические рекомендации по способам оплаты медицинских услуг в круглосуточных стационарах от 24.12.2015. В этом нормативном документе введены более объективные, справедливые коэффициенты по уровням и подуровням оказания медицинской помощи, формирование КСГ, которое осуществляется «на основе совокупности основных классификационных и дополнительных критериев», где «средний коэффициент затратоёмкости стационара для медицинских организаций, имеющих более высокий уровень оснащённости, должен иметь большее значение...» И это положение очень важно для многих госпиталей ветеранов войн, поскольку за последнее десятилетие они оснащены дорогостоящим оборудованием: компьютерными и магнитно-резонансными томографами, исследования на которых нередко проводятся и для больных из других лечебных учреждений. Но ни содержание их, ни гарантийный ремонт в тарифы ОМС не включаются. Во многих регионах такие коэффициенты одинаковы для всех медицинских организаций. В результате запрет на взимание оплаты за исследование с ветеранов войн в госпиталях (в отличие от всех других медицинских организаций) резко снижает уровень заработной платы госпитальных медиков. Решение этой проблемы – в отнесении таких лечебных учреждений к третьему уровню оплаты с круглосуточной стационарной медицинской помощью. Хотя они и не всегда применяют высокие медицинские технологии, что предполагалось и в предыдущих методических рекомендациях о способах оплаты от 15.12.2014.

К сожалению, в некоторых госпиталях второго уровня установлен только коэффициент сложности курации больных 0,4 с января 2016 г. То есть отменены прежние и ещё не введены новые рекомендации. Причём практически все госпитали обеспечили большую доступность круглосуточной стационарной медицинской помощи для ветеранов войн, снизив среднюю длительность пребывания больных на койке с 21-24 койко-дней до 14-16.

Можно ли установить более высокий поправочный коэффициент для всех госпиталей ветеранов войн? (Олег Яковлев, президент реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн, директор Первого НИИ реабилитации ветеранов войн)

Медицинского университета «РЕАВИЗ», заслуженный врач РФ, профессор.)

– Коэффициенты, о которых вы спрашиваете, установлены в тарифных соглашениях регионов.

Сама методика оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования разработана Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и включает в себя правила расчёта и применения поправочного коэффициента оплаты медицинской помощи, состоящего, в том числе, из коэффициентов уровня оказания медицинской помощи и сложности лечения пациента. Величина их устанавливается согласно методике объективных критериев, перечень которых отображён в тарифном соглашении, принятом на территории региона.

Коэффициенты должны учитывать более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. Это значит, что при оплате медицинской помощи, оказываемой стационарно в госпиталях для ветеранов войн, регионы вправе устанавливать в рамках тарифного соглашения коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента, превышающие единицу.

– Я представляю интересы медицинских работников ООО «Клиника промышленной медицины» Оренбурга. Пенсионный фонд отказал им в выплате льготной пенсии по старости, пройдено несколько стадий судебных заседаний. Решения судов разные. Отказывая, суды ссылаются на то, что ООО «КПМ» не является учреждением здравоохранения, это коммерческая организация, извлекающая прибыль. В тот же момент суды сами ссылаются на постановление Конституционного суда РФ от 2004 г., которое разъясняет, что форма собственности не может служить достаточным основанием для дифференциации условий назначения трудовых пенсий.

Правильно ли я понимаю, что Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», раскрывая основные понятия медицинской организации, указывает, что медицинским учреждением является любое юридическое лицо независимо от его правовой формы? Какие критерии должны быть у организации, чтобы она считалась учреждением здравоохранения и, если возможно, ссылка на законодательный акт? (Наталья Семёнова, Оренбург.)

– Данный вопрос касается порядка назначения пенсий, и мы не правомочны давать по нему разъяснения, так как он входит в компетенцию Минтруда России. Вместе с тем ваше обращение нами направлено в Министерство труда и социальной защиты РФ. Уверена, что коллеги окажут необходимую помощь. Мы со своей стороны убедимся, что все необходимые разъяснения в ваш адрес направлены.

Подготовил и вёл беседу
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Наши интервью

Важно увидеть результат

Это принципиально для пациентов с гепатитом С

Кировская область стала одной из первых в стране, в которой создана и успешно реализуется программа лечения пациентов с гепатитом С с помощью безинтерфероновых препаратов в рамках ОМС.

Как удалось этого достичь? Что способствовало появлению такой программы и каковы первые результаты?

Об этом мы беседуем с главным специалистом по инфекционным болезням Минздрава Кировской области кандидатом медицинских наук Еленой ТИХОМОЛОВОЙ.

– Елена Геннадьевна, расскажите, пожалуйста, с чего вы начинали?

– Следует сразу сказать: появление такой программы – это в первую очередь заслуга специалистов Московской области, которые несколько лет назад разработали данную схему. Они к нам приезжали и делились опытом, но тогда программа была нацелена не на столь высокоэффективные препараты, как сейчас, – их тогда в России и в помине не было, а как раз на дешёвые препараты – так называемые простые интерфероны. Ведь вопрос бесплатного лечения гепатита стоял очень остро.

Но когда мы в свой Минздрав принесли это предложение, возникли вопросы к такой схеме: лечение предполагалось в течение 48 недель, а в целом выливалось в 12 месяцев дневного стационара. Это трудно укладывалось в голове, и мы сами не очень-то понимали, как реализовать это в рамках ОМС.

Эффективность была не очень высокая, кроме того, надо было сделать выборку пациентов, которые ответят именно на это лечение, то есть в результате получалась довольно узкая специализированная группа.

Но механизм был создан! А когда появились другие схемы лечения, эта система была успешно адаптирована под них.

– Она существует только на региональном уровне?

– Почему же? Сейчас есть рекомендации Федерального фонда ОМС насчёт введения повышенного коэффициента тарифа для лечения вирусных гепатитов, и это радует. Но они, к слову, появились позже, чем наш региональный фонд ОМС начал этот тариф применять – вслед за Московской областью, конечно.

– Что же мешает другим регионам применять этот юридически закреплённый механизм?

– Думаю, что, как и во всяком деле, нужны энтузиасты. Конечно, следует отдать должное за понимание проблемы Минздраву области, правительству и территориальному фонду, ведь речь шла о серьёзных суммах. Наша заявка рассматривалась на депутатской комиссии, и мы должны были доказать, что это целевые и совершенно оправданные затраты. Депутаты признали, что этот механизм, который вначале кажется высокозатратным, на самом деле является оптимальным.

Во-первых, эта схема терапии более короткая – 12 недель, а эффективность более высокая.

У пациентов с вирусным цир-

розом печени ранее применяемые методы лечения давали результат не более чем в 20% случаев, при достаточно высокой стоимости курса терапии. А сейчас, хотя сумма получается больше, но эффективность – то 98%! И вопрос стоимости не так важен, как то, что мы даём шанс пациентам, которые были обречены. А пациенты с циррозом действительно обречены, если их не лечить.

Добавлю: то, с чего мы когда-то начинали, и то, что мы сегодня видим, – это колоссальная разница! Если раньше трудно было сказать пациенту что-то утешительное, то сейчас мы уверенно говорим: «не волнуйтесь, мы вас обязательно вылечим; через 3 месяца или через 6, но обязательно!» Это дорогого стоит.

– Как давно вы стали применять эту схему?

– Первые пациенты начали лечение 1 октября. Длительность терапии – 12 недель, а не год, как раньше. Это ощутимая разница как для пациентов, так и для врачей.

– Насколько остро стоит проблема гепатита в регионе по сравнению со всей Россией?

– У нас немножко выше показатели, чем среднероссийские, но не особенно. То есть это не самый хороший регион, но и не самый плохой. Но главное, о чём хотелось бы сказать: когда мы выносили свой проект на рассмотрение, то уже были во многом готовы к его реализации. Был создан областной регистр; многие годы мы занимались областной программой лечения гепатитов; была целевая группа (пациенты с фиброзами F3, F4). Был лист ожидания. И когда нас спросили, сколько человек остро нуждается, на что нам нужны эти деньги и каким образом мы планируем их потратить, у нас были все ответы, все цифры.

– А сколько времени вы ведёте регистр?

– С 2012 г.

– А до этого как работали?

– У нас была так называемая региональная программа, по которой из бюджета области нам выделяли определённую сумму, но этого хватало на лечение 20-40 человек в год максимум.

– А теперь какой охват предполагается?

– Сейчас, как я уже говорила, мы обеспечиваем потребность группы остро нуждающихся пациентов с F3, F4, которых показывает регистр, – это более 200 человек. В этом году нам дали средства на лечение 250 человек.

Причём мы исходим не только

из российских рекомендаций, которые ориентируются на лечение в условиях ограниченных средств, а из мирового опыта – США, Европы. В частности, Европейская ассоциация гепатологов (EASL) советует в первую очередь лечить больных с фиброзом стадии F3, F4, а не всех пациентов с гепатитом С. Поскольку есть пациенты, которые могут подождать, есть те, которым вообще не понадобится терапия.

– Какой период жизни у пациентов с гепатитом С без фиброза?

– На самом деле это большие сроки. Существуют ведь разные группы. Имеют значение гендерные различия, злоупотребление алкоголем, образ жизни и т.д. Но благополучный вариант – это порядка 30 и более лет. Поэтому, вопреки, у некоторых есть время подождать и отложить терапию. Но при фиброзе F3, F4 откладывать нельзя!

– Какие перспективы вы видите в своей работе? Насколько может измениться ситуация благодаря такой программе?

– Дело в том, что лечение гепатитов не может быть разовой акцией. Как только мы начали активно лечить, регистр наших пациентов стал активно расти. То есть те пациенты, которые ни на что не надеялись, стали включаться в регистр, и потребность у нас каждый год остаётся примерно на одном и том же уровне.

Поэтому никакая, даже самая лучшая программа за год ничего не решит, нужен механизм её постоянной реализации. Тогда в перспективе мы сможем изменить ситуацию в корне.

– Всемирная организация здравоохранения ставит задачу элиминации гепатита С к 2030 г. Как вы считаете, насколько это реально вообще и в нашей стране в частности?

– Правительство Кировской области тоже поставило перед нами такую задачу: искоренить гепатит С в региональном масштабе. Надеюсь, что к 2030 г. мы в основном справимся. Хотя, я думаю, всё равно какие-то пациенты останутся...

– Почему?

– У нас, конечно, есть блестящий опыт борьбы с натуральной оспой. Но против гепатита С нет специфической профилактической вакцины. С другой стороны, если заболеваемость уйдёт в параметры не 60 человек на 100 тыс. населения, а 1-2, это уже будет серьёзный результат. И если мы начнём лечить опять же не на стадии цирроза, а на ранних стадиях заболевания, это будет абсолютно решаемая проблема. Гепатит С не уйдёт, но он будет такой же просто излечиваемой инфекцией, как и многие другие.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 59 (1998)

(Продолжение. Начало в № 61 от 17.08.2016.)

Инструментальные методы исследования при артериите Такаюсу

(Уровень доказательности С): ангиография, позволяющая оценить степень сужения или дилатации сосуда, имеет большое значение как для подтверждения диагноза, так и для оценки динамики патологического процесса.

Большое значение имеют неинвазивные методы (ультразвуковое дуплексное сканирование, компьютерная томография магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография), позволяющие установить диагноз на ранней стадии заболевания, в период, когда наблюдается лишь утолщение сосудистой стенки.

Общие принципы лечения системных васкулитов

Основная цель фармакотерапии СВ направлена на подавление иммунопатологических реакций, лежащих в основе заболевания. Патогенетическую терапию подразделяют на три этапа:

- индукция ремиссии коротким курсом агрессивной терапии;
- поддержание ремиссии при помощи длительной (0,5-2 года) терапии иммуносупрессантами в дозах, достаточных для достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии;
- лечение рецидивов.

Патогенетической терапии сопутствуют мероприятия, направленные на снижение риска коморбидных заболеваний и лечение осложнений.

Лечение пациентов с СВ должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения – врачом общей практики, но при консультативной поддержке ревматолога) с привлечением специалистов других медицинских специальностей (нефрологи, дерматологи, гематологи, кардиологи, неврологи, психиатры и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента (уровень доказательности С).

(Уровень доказательности Д): ведение больных СВ с поражением мелких и средних сосудов рекомендуется осуществлять в тесном контакте с центрами, имеющими достаточный опыт работы в этой области.

Следует рекомендовать пациентам избегать факторов, которые могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс, инсоляция, немотивированный приём медикаментов и др.), отказаться от курения, стремиться к поддержанию нормальной массы тела (уровень доказательности С). У больных СВ повышен риск развития интеркуррентных инфекций, атеросклероза, артериальной гипертензии, диабета, злокачественных заболеваний, что в значительной степени увеличивает летальность. Пациенты с повышенным риском подлежат наблюдению и обследованию совместно с профильными специалистами.

Основные группы лекарственных препаратов

Монотерапия глюкокортикоидами (ГК) занимает основное место в лечении артериита Такаюсу и ГКА, позволяя достичь ремиссии и поддерживать её в большинстве

случаев. Очень быстрый ответ на применение ГК может рассматриваться как диагностический признак ГКА и РПМ.

Пульс-терапия метилпреднизолоном (МП) используется при неэффективности монотерапии ГК, в случаях с высокой активностью СВ, наличием поражения жизненно важных

Диагностика и лечение системных васкулитов

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

органов и неблагоприятных прогностических признаков, в сочетании с инфузионной терапией циклофосфаном (ЦФ). Показания к проведению пульс-терапии МП в таблице 10.

Комбинированная терапия циклофосфамидом и ГК показана при АНЦА-СВ, тяжёлых формах ГВ, классическом УП, криоглобулинемическом васкулите, рефрактерном течении артериита Такаюсу и ГКА. Лечение ЦФ продолжается в течение 3-12 месяцев. Более длительный приём ассоциируется с высокой частотой побочных реакций, в первую очередь инфекционных. Применение ЦФ в режиме пульс-терапии в сравнении с назначением внутрь позволяет снизить кумулятивную дозу при сохранении терапевтического эффекта и уменьшить частоту побочных реакций. При повышении сывороточного креатинина или в пожилом возрасте пациента используют более низкие дозы ЦФ (см. табл. 11). При назначении ЦФ внутрь доза должна быть снижена на 25-50%.

Таблица 11

Модификация дозы внутривенно циклофосфана в зависимости от возраста пациента и уровня креатинина сыворотки крови

Возраст	Креатинин < 300 ммоль/л	Креатинин 300-500 ммоль/л
< 60	15 мг/кг/пульс	12,5 мг/кг/пульс
60-70	12,5 мг/кг/пульс	10 мг/кг/пульс
> 70	10 мг/кг/пульс	7,5 мг/кг/пульс

До начала и во время лечения ЦФ (через 7-9 дней после каждого внутривенного введения, 1 раз в 7 дней в начале приёма внутрь) мониторят лабораторные показатели безопасности и эффективности лечения: мочевой осадок, уровень гемоглобина, число лейкоцитов, тромбоцитов, уровень креатинина, активность АЛТ, АСТ. При уменьшении числа лейкоцитов менее

Таблица 10

Показания к проведению пульс-терапии метилпреднизолоном

Узелковый полиартериит ¹	Периферическая гангрена, полинейропатия, поражение ЖКТ, высокая активность заболевания
Микроскопический полиангиит ¹	Гломерулонефрит, альвеолит, осложнённый кровохарканьем или лёгочным кровотечением, высокая активность заболевания
Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) ¹	Гломерулонефрит, поражение лёгких, формирование подскладочной гранулёмы гортани, офтальмологические осложнения, высокая активность заболевания
Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черджа – Строс) ¹	Поражение сердца, полинейропатия, гломерулонефрит, высокая активность заболевания
Гигантоклеточный артериит	Офтальмологические осложнения, коронарит
Артериит Такаюсу	Высокая активность заболевания, предоперационная подготовка в активную фазу
Геморрагический васкулит ¹	Поражение ЖКТ, гломерулонефрит, высокая активность заболевания
Криоглобулинемический васкулит ²	Гломерулонефрит, высокая активность заболевания

¹ Как правило, в сочетании с циклофосфамидом.

² В сочетании с плазмаферезом.

2,5 x 10⁹/л, тромбоцитов менее 100 x 10⁹/л, повышении концентрации АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы лечение прекращают до купирования токсических эффектов ЦФ. Появление признаков геморрагического цистита является абсолютным противопоказанием для продолжения лечения. Кардиотоксическое действие ЦФ наиболее выражено в первые дни лечения.

Генно-инженерная анти-В-клеточная терапия ритуксимабом (уровень доказательности А) применяется у больных с АНЦА-СВ. Лечение РТМ при этих заболеваниях сопоставимо по эффективности с ЦФ, что сочетается с отсутствием доказательств увеличения частоты тяжёлых инфекционных осложнений. В качестве препарата первого

параты (интерферон альфа, видарабин, ламивудин) могут иметь особое значение в лечении больных СВ с доказанным участием инфекционных факторов в развитии заболевания. Особой проблемой является лечение СВ, ассоциированного с вирусами гепатита, которое осуществляют в тесной кооперации с гепатологами.

Поскольку системное сосудистое иммунное воспаление, как правило, сопровождается гиперкоагуляцией и вазоконстрикцией, большое значение в комплексном лечении больных СВ имеет использование лекарственных средств следующих групп:

- **антиагреганты** (низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, дипиридамола);
- **антикоагулянты** (гепарин, варфарин);

● **вазодилаторы; ингибиторы АПФ.**

Профилактические мероприятия, направленные на снижение риска коморбидных заболеваний и лечение осложнений:

- геморрагический цистит, рак мочевого пузыря (ЦФ) – увеличение потребления жидкости (до 3 л в сутки) перед применением ЦФ и в течение 72 последующих часов; частое мочеиспускание; превентивное внутривенное введение 2-меркаптоэтансульфоната натрия (Месна);

(Уровень доказательности С): показано тщательное обследование больных с персистирующей гематурией, ранее получавших терапию ЦФ в связи с высокой частотой развития опухолей мочевого пузыря.

- пневмоцистная пневмония (ЦФ) – триметоприм/сульфаметоксазол 400/80 мг в сутки или 800/160 мг через день.

- токсический эффект метотрексата – фолиевая кислота;

- гастрит, язва желудка (ГК) – блокаторы H₂-рецепторов гистамина или ингибиторы протонной помпы;

- остеопороз (ГК) – препараты кальция и витамина D, бисфосфонаты.

Лечение АНЦА-ассоциированных СВ

С позиции лечебной стратегии нозологические формы, объединённые в группу АНЦА-СВ, целесообразно рассматривать как единое состояние, а лечение дифференцировать, прежде всего, в зависимости от тяжести заболевания, с учётом рисков лёгочного кровотечения, прогрессирующей почечной недостаточности, других осложнений (сердечной недостаточности, тяжёлого поражения органа зрения, ЦНС).

Стандартная схема патогенетического лечения: назначается в дебюте АНЦА-СВ или при развитии рецидива на фоне снижения или отмены поддерживающего лечения.

(Уровень доказательности А): для индукции ремиссии генерализованного АНЦА-СВ рекомендуется использовать комбинацию ЦФ и ГК. Запоздалое назначение ЦФ способствует более тяжёлому течению с высокой клинической активностью, последующему рецидивированию заболевания.

(Уровень доказательности С): в период индукции ремиссии показано применение высоких доз ГК как важной составляющей терапии.

ЦФ внутривенные пульсовые введения 15 мг/кг (не более 1 г) через 2 недели N 1-3, далее каждые 3 недели.

МП внутривенно 0,5-1 г/сут 3 дня подряд с последующим назначением ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром до достижения эффекта, как правило, не менее месяца. После достижения эффекта начинают постепенно снижать дозу ПЗ по 1,25 мг на 25% в месяц до достижения дозы ПЗ 20 мг/сут, затем на 10% каждые 2 недели до 10 мг/сут. В дальнейшем возможно снижение дозы ПЗ на 1,25 мг каждые 4 недели.

Или: ЦФ внутрь 2 мг/кг/сут (не более 200 мг/сут) со снижением дозы до 1,5 мг/кг/сут при достижении ремиссии.

ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром (после еды) до достижения эффекта, как правило, не менее месяца.

ряда назначения РТМ может быть предпочтительно в случаях, когда по различным причинам нежелательно назначение ЦФ.

Противопоказанием для назначения РТМ является наличие положительной внутрикожной туберкулиновой пробы, инфицирование вирусом гепатита В, значительное снижение содержания в сыворотке крови IgG, нейтропения.

Плазмаферез (уровень доказательности А) рекомендуется применять для лечения отдельных пациентов СВ с БПГН в качестве процедуры, улучшающей прогноз в отношении функции почек. Сочетание стандартной патогенетической терапии и плазмафереза у больных СВ с тяжёлым поражением почек снижает риск развития терминальной почечной недостаточности, но не улучшает общую выживаемость пациентов.

Азатиоприн в сочетании с ГК назначают в качестве индукционной терапии при ГВ, в случаях неэффективности или непереносимости метотрексата (МТ) при артериите Такаюсу и ГКА, в качестве поддерживающего лечения после проведения индукционного курса при АНЦА-СВ, классическом УП, криоглобулинемическом васкулите.

В период лечения АЗ ежемесячно мониторят лабораторные показатели: число лейкоцитов и тромбоцитов периферической крови, активность АЛТ, АСТ. При уменьшении числа лейкоцитов менее 2,5 x 10⁹/л, тромбоцитов менее 100 x 10⁹/л, повышении концентрации АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы лечение прекращают до купирования токсических эффектов.

Лефлуномид может быть рекомендован при наличии противопоказаний (или плохой переносимости) для назначения АЗА.

Метотрексат показан при рефрактерном течении артериита Такаюсу и ГКА в сочетании с ГК.

В период лечения МТ ежемесячно мониторят число лейкоцитов и тромбоцитов периферической крови, активность АЛТ, АСТ. При уменьшении числа лейкоцитов менее 2,5 x 10⁹/л, тромбоцитов менее 100 x 10⁹/л, повышении концентрации АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы лечение прекращают до купирования токсических эффектов.

Мофетила микофенолат назначают в качестве альтернативной терапии больным с рефрактерным или рецидивирующим течением СВ. Поскольку установлены его ренопротективные свойства, может обладать определёнными преимуществами при лечении СВ с поражением почек.

В период лечения ММФ ежемесячно мониторят число лейкоцитов и тромбоцитов периферической крови, активность АЛТ, АСТ. При уменьшении числа лейкоцитов менее 2,5 x 10⁹/л, тромбоцитов менее 100 x 10⁹/л, повышении концентрации АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы лечение прекращают до купирования токсических эффектов.

Нормальный иммуноглобулин человека назначают внутривенно при тяжёлом поражении почек, развитии геморрагического альвеолита, в случаях присоединения серьёзных инфекционных осложнений.

Другие лекарственные средства

Антимикробные (триметоприм/сульфаметоксазол) и **противовирусные пре-**

После достижения эффекта начинают постепенно снижать дозу ПЗ (по 1,25 мг) на 25% в месяц до достижения дозы 20 мг/сут, затем на 10% каждые 2 недели до 10 мг/сут, в дальнейшем возможно снижение дозы ПЗ на 1,25 мг каждые 4 недели.

Лечение ЦФ продолжают в течение 3-12 месяцев.

(Уровень доказательности А): генно-инженерная анти-В-клеточная терапия ритуксимабом. Показания к назначению ритуксимаба (РТМ) в первую очередь включают рефрактерное или рецидивирующее течение заболевания.

РТМ внутривенно 375 мг/м² 1 раз в неделю в течение 4 недель.

Для снижения риска инфузионных реакций введение РТМ осуществляют на фоне премедикации внутривенно МП 250-500 мг и антигистаминными препаратами (хлоропирамина гидрохлорид 20 мг внутримышечно).

Лечение РТМ сочетают с назначением ГК в стандартной дозе, поддерживающей терапии АЗА, ММФ. Рутинного сочетания ЦФ и РТМ следует избегать, однако при тяжёлом течении заболевания, в том числе при развитии БПГН, для ускорения лечебного эффекта возможно сочетание РТМ и ЦФ в стандартной дозе на протяжении одного или нескольких месяцев.

После лечения РТМ возможно развитие рецидива АНЦА-СВ, в связи с чем пациенты должны находиться под наблюдением с периодическим (1 раз в 2-4 месяца) определением содержания СД 20 В-клеток в циркуляции. Надёжные предикторы развития рецидива заболевания не установлены. При развитии рецидива после ремиссии, индуцированной РТМ, рекомендован повторный курс РТМ, при этом могут быть эффективны более низкие дозы РТМ (500-1000 мг). Для снижения риска рецидива можно рассматривать превентивное назначение повторного курса РТМ.

Альтернативные препараты назначают больным с рефрактерным или рецидивирующим течением заболевания.

ММФ 1-2 г/сут в один или несколько приёмов с продолжительностью не менее 6 месяцев. Сочетают с назначением стандартной дозы ПЗ.

Нормальный иммуноглобулин человека внутривенно 0,4-2 г/кг 1 раз в сутки, 3-5 суток. Возможно проведение повторных курсов 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев. Является вспомогательным средством.

(Уровень доказательности А): плазмаферез 7-10 процедур в течение 14 суток с удалением 60 мл/кг плазмы и замещением равным объёмом 4,5-5% альбумина человека. Присоединяют при неэффективности индукционной терапии, в случаях активного тяжёлого заболевания с повышением уровня креатинина более 500 мкмоль/л или с геморагическим альвеолитом.

Поддерживающее лечение после проведения индукционного курса:

ПЗ внутрь 5-10 мг однократно утром (после еды)

(Уровень доказательности А): АЗА 2 мг/кг/сут с возможным снижением дозы до 1,5 мг/кг/сут через год.

Длительность поддерживающей терапии АЗА в сочетании с ГК должна составлять не менее 24 месяцев.

Или:
(Уровень доказательности В): лефлуноמיד 20-30 мг/сут.

Или:
ММФ 1-2 г/сут в один или несколько приёмов с продолжительностью не менее 6 месяцев.

Антимикробные средства (триметоприм/сульфаметоксазол) применяют для лечения больных ГПА в случаях с доказанным носительством Staph.aureus, для профилактики пневмоцистной инфекции у больных, длительное время получающих лечение ЦФ.

Программный гемодиализ
Необходимость проведения программного гемодиализа не мешает активной патогенетической терапии. Более того, при успешном лечении впоследствии может исчезнуть потребность в гемодиализе.

Хирургическое лечение

Трансплантация почки больным АНЦА-СВ в стадии терминальной почечной недостаточности имеет ограничения в связи с повышенным риском инфекций на фоне применения иммунодепрессантов и нередко сопутствующего тяжёлого поражения дыхательных путей. Частота рецидивов болезни после трансплантации снижена до 17%. Рецидивы чаще возникают после пересадки почки от донора-родственника. Надёжные предикторы развития рецидива в пересаженном органе не установлены.

Реконструктивные операции на ЛОР-органах проводят в специализированных центрах в период полной ремиссии заболевания.

Лечение узелкового полиартериита (Уровень доказательности А): для индукции ремиссии УП без HBV-инфекции рекомендуется ЦФ в сочетании с ГК.

(Уровень доказательности С): при HBV-ассоциированном УП рекомендуется использовать комбинированную терапию, включающую противовирусные препараты, плазмаферез и ГК.

Лечение УП без инфекции вируса гепатита В

При ограниченном поражении сосудов, отсутствии признаков прогрессирования и невысокой воспалительной активности назначают средние дозы ГК. При тяжёлом, быстропрогрессирующем течении целесообразно раннее назначение комбинированной терапии ГК и ЦФ. Развитие почечной недостаточности, периферической гангрены, полинейропатии, поражения ЖКТ является показанием для проведения внутривенной пульс-терапии МП в сочетании с ЦФ. Цитостатики назначают также в случае невозможности снижения дозы ГК вследствие частых обострений заболевания.

Быстропрогрессирующее тяжёлое течение

ЦФ внутривенные пульсовые введения 15 мг/кг (не более 1 г) через 2 недели N 1-3, далее каждые 3 недели.

МП внутривенно 0,5-1 г/сут 3 дня подряд с последующим назначением ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром до достижения эффекта, как правило, не менее месяца. После достижения эффекта постепенно снижают дозу ПЗ (по 1,25 мг) на 25% в месяц до 20 мг/сут, затем на 10% каждые 2 недели до 10 мг/сут. Далее возможно снижение дозы ПЗ на 1,25 мг каждые 4 недели.

Или:

ЦФ внутрь 4 мг/кг/сут в 2-3 приёма, 3 суток, затем ЦФ внутрь 2 мг/кг/сут (не более 200 мг/сут) в 2-3 приёма 7 суток, с последующим постепенным снижением дозы на 25-50 мг/месяц в течение 2-3 месяцев. При повышении сывороточного креатинина (> 300 мкмоль/л) или в пожилом возрасте пациента дозу ЦФ снижают на 25-50%.

ПЗ внутрь 1-2 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром до достижения эффекта, как правило, не менее месяца, с последующим постепенным снижением дозы.

Плазмаферез 7-10 процедур в течение 14 суток с удалением 60 мл/кг плазмы и замещением равным объёмом 4,5-5% альбумина человека.

Нормальный иммуноглобулин человека внутривенно 0,4-2 г/кг 1 раз/сут, 3-5 суток. Возможно проведение повторных курсов 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев.

Ограниченное поражение сосудов, отсутствие признаков прогрессирования УП:

ПЗ внутрь 1-2 мг/кг/сут в 2-3 приёма (после еды) в течение 7-10 суток.

Затем, при положительной динамике клинических и лабораторных показателей:

ПЗ внутрь 1-2 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром до достижения эффекта, как правило, не менее месяца, с последующим постепенным снижением дозы ПЗ. В процессе снижения дозы ПЗ внимательно наблюдают за динамикой клинических симптомов и контролируют СОЭ каждый месяц в течение первых 2-3 месяцев, затем каждые 2-3 месяца в течение 12-18 месяцев.

Обострение на фоне снижения дозы ГК:

ЦФ внутрь 1-2 мг/кг/сут (не более 200 мг/сут) в течение 10-14 суток, скорость последующего снижения дозы определяется клинической картиной и данными лабораторных анализов.

Поддерживающая терапия:

ПЗ внутрь 5-10 мг однократно утром + АЗА 2 мг/кг/сут с возможным снижением дозы до 1,5 мг/кг/сут через год с длительностью поддерживающей терапии не менее 24 месяцев.

Лечение УП, ассоциированного с вирусом гепатита В

При обнаружении маркёров активной репликации HBV лечение включает противовирусную терапию в комбинации со средними дозами ПЗ и повторными сеансами плазмафереза. Применение высоких доз цитостатиков, способствующих усилению репликации вируса гепатита В и потенциально обладающих гепатотоксическим действием, противопоказано при серологических признаках активной репликации HBV или нарушении функций печени.

Показаниями к лечению УП противовирусными препаратами являются:

- наличие очевидных признаков активной вирусной инфекции (у HBeAg-позитивных больных: HBV DNA > 10⁵ копий/мл; при отсутствии HBeAg: HBV DNA > 10⁴ копий/мл);
- креатинин сыворотки крови < 300 мкмоль/л;
- отсутствие прогрессирующего поражения жизненно важных органов (сердца, ЦНС), осложнённого абдоминального синдрома.

В начале лечения противовирусные лекарства комбинируют с ГК, которые назначают на короткий срок для подавления высокой активности болезни и при возможности быстро отменяют без перехода на поддерживающую терапию. Противовирусную терапию сочетают с проведением сеансов плазмафереза, который, не влияя на репликацию HBV, позволяет контролировать активность болезни без присоединения иммуносупрессантов. Сеансы плазмафереза повторяют до достижения сероконверсии. Рекомендованное очень быстрое снижение дозы ГК до их полной отмены возможно только при условии продолжения проведения полноценных сеансов плазмафереза.

Применение одной из таких схем позволяет достичь сероконверсии у половины пациентов с ремиссией УП у 80%, при этом лечение подразделяется на два этапа:

1-й этап комбинированной терапии (первые 2 недели):

ПЗ 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром, через неделю быстрое снижение дозы (если возможно до отмены).

Или
МП внутривенно 15 мг/кг/сут (не более 1 г) в течение 3 дней с последующим назначением ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром с быстрым снижением дозы через неделю (если возможно до отмены).

2-й этап комбинированной терапии:

Противовирусные препараты назначают исходя из вирусологических, иммунологических и других объективных параметров в каждом конкретном случае. Арсенал средств лечения хронической инфекции гепатита В постоянно расширяется, перспективно использование комбинированной терапии (2 или 3 противовирусных препарата, включая интерфероны). Использование монотерапии ламивудином (особенно у пациентов с избыточной массой тела и у мужчин) может способствовать появлению новых, устойчивых к ламивудину штаммов вируса гепатита В, провоцирующих обострение УП. С применением ламивудина может быть связано развитие интерстициального нефрита. Интерферон-альфа назначают в средних дозах (3 млн ЕД внутримышечно 3 раза в неделю на протяжении 6-12 месяцев). Следует помнить, что лечение интерфероном-альфа в ряде случаев вызывает обострение васкулита, способствует развитию ряда системных проявлений (лихорадка, диспепсия, алоpecia, миалгии/миопатия, тиреоидит, депрессия, цитопения).

Плазмаферез повторно в течение первых 3 недель 3 раза в неделю, затем в течение 2 недель 2 раза в неделю, далее 1 раз в неделю.

Нормальный иммуноглобулин человека внутривенно 0,4-2 г/кг 1 раз в сутки, 3-5 суток. Возможно проведение повторных курсов 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев.

ПЗ (низкие дозы) при невозможности его отмены.

Лечение артериальной гипертензии при УП

При тяжёлом течении требуется одновременное назначение нескольких препаратов: ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II, блокаторов β-адренорецепторов, которые более эффективны в комбинации с диуретиками и/или блокаторами медленных кальциевых каналов. Стабилизация артериального давления с помощью антигипертензивных лекарств разных групп, назначаемых в различных комбинациях, позволяет затормозить прогрессирование почечной недостаточности, уменьшить риск развития сосудистых катастроф (инфаркт миокарда, инсульт), недостаточности кровообращения.

Поскольку ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II могут ухудшать функцию стенозированной почки и способствовать развитию почечной недостаточности, лечение этими препаратами требует мониторинга функции почек и их размеров и проведение при возможности повторной ультразвуковой доплерографии для оценки скорости кровотока в кортикальном слое.

Программный гемодиализ

Необходимость проведения программного гемодиализа не мешает активной патогенетической терапии. При успешном лечении впоследствии может исчезнуть потребность в гемодиализе.

Хирургическое лечение

Неотложная хирургическая помощь необходима при разрыве аневризмы сосудов внутренних органов. Показаниями для ангиопластики или хирургического лечения при стенозе почечной артерии являются:

- рефрактерность гипертензии, несмотря на адекватно выбранный режим лечения;

● невозможность лекарственного лечения из-за опасности побочных эффектов;

● стремление сохранить функцию почки.

Лечение геморрагического васкулита (Уровень доказательности Д): лечение

ГВ строится на принципах индивидуального подхода с применением комплексных методов (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия и лечение осложнений).

Двигательный режим должен быть ограничен на высоте кожной пурпуры, при абдоминальном и суставном синдромах. Следует исключить из диеты облигатные аллергены и продукты, на которые в анамнезе были отмечены аллергические реакции, избегать вакцинаций, проведения проб с бактериальными антигенами. Показана санация хронических очагов инфекции (носоглотка, полость рта, желчные пути, желудок и кишечник).

У пациентов с преимущественным поражением кожи:

Сульфасалазин 500-1000 мг 2 раза в сутки длительно.

Или
Колхицин 1-2 мг/сут длительно.

Как правило, эффективны ГК, однако их длительное применение при отсутствии вовлечения внутренних органов нежелательно в связи с конкурирующей тяжестью побочных эффектов ГК.

При поражении ЖКТ с интенсивным болевым синдромом, желудочно-кишечным кровотечением, обусловленным васкулитом:

МП внутривенно 300-500 мг/сут 3 дня подряд с последующим назначением однократно утром ПЗ внутрь 0,5 мг/кг/сут в течение 2-3 недель с быстрым последующим снижением дозы (по 5 мг каждые 3 суток) до полной отмены.

При тяжёлом поражении почек оправдано применение высоких доз ГК, цитостатиков (ЦФ, АЗА, циклоспорина, ММФ) и/или сеансов плазмафереза, внутривенно нормального человеческого иммуноглобулина. Имеются сообщения об эффективности при тяжёлом поражении почек комбинации ГК и АЗА, ГК и ЦФ с антиагрегантами (дипиридамол) и/или антикоагулянтами (гепарин, варфарин).

ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром (после еды) в течение 4-6 недель с последующим снижением дозы по 2,5 мг в неделю до полной отмены.

Или
МП внутривенно 15 мг/кг/сут (разовая доза не более 1 г) 3 дня подряд, повторно каждые 3-4 недели (всего 6-20 курсов).

ЦФ внутривенные пульсовые введения 15 мг/кг (не более 1 г) 1 раз в 3-4 недели, в течение 6-18 месяцев.

Плазмаферез 10-14 процедур с удалением 60 мл/кг плазмы и замещением равным объёмом 4,5-5% альбумина человека.

Нормальный иммуноглобулин человека внутривенно 0,4-2 г/кг 1 раз/сут, 1-5 суток. Возможно проведение повторных курсов 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев.

При ГН с умеренной протеинурией (0,5-1 г/сут) обосновано назначение лекарственных средств, влияющих на неиммунные механизмы прогрессирования поражения почек: иАПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II, статинов.

Хирургическое лечение

Проводят больным с тяжёлым поражением желудочно-кишечного тракта и развитием хирургических осложнений (инвагинация или перфорация кишки).

В случае развития терминальной почечной недостаточности может быть проведена трансплантация почки. В связи с возможностью рецидива болезни в пересаженном органе рекомендуют проводить трансплантацию не ранее чем через 1-2 года после исчезновения пурпуры. Риск рецидива ГН в трансплантате может быть выше в случае родственной трансплантации.

Лечение гигантоклеточного артериита и ревматической полимиалгии

Лечение ревматической полимиалгии (Уровень доказательности С): монотерапия ГК – основной метод лечения РПМ. Очень быстрый ответ на применение ГК может рассматриваться как диагностический признак ГКА.

ПЗ внутрь 10-20 мг 1 раз в сутки утром несколько дней. В отсутствие эффекта в течение 2-3 недель первоначальную дозу ГК постепенно увеличивают. После нормализации СОЭ и исчезновения симптомов заболевания дозу ПЗ снижают на 1,25 мг каждые 4 недели до 10 мг/сут, после этого снижать по 1 мг/сут каждые 4 недели.

В процессе снижения дозы ПЗ тщательно наблюдают за динамикой клинических симптомов, контролируют СОЭ и С-РБ каждые 4 недели в течение первых 2-3 месяцев, затем каждые 8-12 недель в течение 12 месяцев после завершения лечения.

(Окончание следует.)

От болей в спине люди страдали во все времена. Едва ли найдётся человек, которого такая проблема обошла стороной. Люди, вынужденные длительно пребывать в однообразном положении, вызывающем статическое напряжение мышц (вождение автомобиля, работа за компьютером, авиаперелёты и т.д.), а также те, кто испытывает большие мышечные перегрузки (при занятиях спортом, работе на дачном участке, подъёме тяжёлых вещей), рано или поздно начинают ощущать боль в спине. В России около 90% населения в возрасте старше 30 лет имеют проблемы со спиной.

Вертеброгенные болевые синдромы патогенетически связаны с изменениями позвоночника (самые частые причины болей). К ним относятся поражение поясничных и крестцовых корешков при грыже межпозвоночного диска, стеноз центрального и латерального позвоночного канала, спондилолистез, артропатический синдром при дегенеративном поражении дугоотростчатых суставов. Вот почему методики медицинской реабилитации, основанные на механотерапии, являются патогенетически оправданными и эффективными для наибольшего числа пациентов с дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Сегодня в профилактике и восстановительном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата позвоночника большое внимание уделяют средствам механического воздействия. Правильно разработанные и научно обоснованные сочетания различных физических факторов механической природы представляют большую ценность для лечебной практики. Обобщение опыта врачей в применении серии аппаратов механотерапии «ОРМЕД» в лечении и восстановлении функционального состояния позвоночника помогают нам успешно внедрять новые функции в существующие модели и вести новые научные разработки.

Тракторное оборудование для сухого вытяжения

Успешно используется при **безоперационном лечении межпозвоночных грыж, протрузий, остеохондрозов, искривлений позвоночника и других дорсопатий.**

«ОРМЕД-профессионал» — универсальная, профессиональная установка для дозированного вы-



тяжения позвоночника и суставов, паравертебрального вибрационного массажа мышечно-связочного аппарата по заданной программе и теплового воздействия; предназначена для специалистов с высокими требованиями к эксплуатируемой технике. Рычаги вытяжения позволяют провести вытяжение под различными углами как по вертикали, так и по горизонтали. Возможно проведение паравертебрального вибромассажа с вытяжением поясничного или шейного отделов позвоночника и вытяжение суставов верхних и нижних конечностей. Пульт управления аппаратом имеет цветной сенсорный жидкокристаллический дисплей управления, позволяющий отображать проводимую процедуру на графике вытяжения в режиме реального времени.

Предусмотрено **дифференцированное вытяжение позвоночника** и проведение вытяжения **в переменном режиме**. В процессе лечения параметры можно менять и полностью контролировать на экране всю лечебную процедуру в динамике, так как работа аппарата запрограммирована и управляется микропроцессором. Рычаги вытяжения позволяют провести **вытяжение под различными углами** как по вертикали, так и по горизонтали. В базовую комплектацию аппарата входят все необходимые приспособления (пояса и ремни) для вытяжения в большом и малом размерах.

Современные технологии

Решение проблемы «боль в спине»

Импортозамещение: реабилитационное оборудование для высокоэффективного лечения и профилактики заболеваний позвоночника

«ОРМЕД-трактор» — предназначен для дозированного горизонтального вытяжения шейного и поясничного отделов позвоночника по заданной программе без роликового массажа.



Тракторный стол очень удобен, функционален и имеет высокотехнологичную систему управления. Встроенный процессор управляет режимом вытяжения по заданной программе. Ход процедуры контролируется на графике в реальном времени на сенсорном ЖК-мониторе. Наличие сенсорного программного управления позволяет проводить тракцию эффективно и безопасно.

Кухетка тракторной кровати (стола) имеет подвижную секцию, которая исключает трение при вытяжении, а в статическом состоянии может выполнять функции массажного стола. Плавная регулировка ножной секции во фронтальной плоскости позволяет выполнять процедуру дифференцированного вытяжения под углом $+/-20^\circ$. Инфракрасный обогрев способствует активному кровоснабжению органов, расположенных над ним, а также расслаблению спазмированных мышц. Тракторный стол для вытяжения позвоночника полностью комплектуется всеми необходимыми принадлежностями для вытяжения: современный блок для поясничного и шейного вытяжения с фиксацией головы, пояса с антискользкой внутренней поверхностью двух размеров, лицевая подушка, встроенный подлокотник, регулируемый по длине и высоте кушетки, также прилагаются ремни для вытяжения суставов. «ОРМЕД-профилактик» — аппарат для дозированного **аутогравитационного вытяжения на наклонной плоскости** под действием веса тела пациента **с учётом изменения угла наклона**



кушетки и паравертебрального **вибрационно-механического массажа позвоночника**. Его отличают удобство конструкций, лёгкость в эксплуатации и многофункциональность в проведении профилактических, реабилитационно-восстановительных лечебных процедур. «ОРМЕД-профилактик» позволяет упростить процедуру вытяжения и добиться максимального эффекта лечения заболеваний позвоночника при минимальных затратах. **Этот вид вытяжения более физиологичен** и сводит возможности осложнения во время процедуры до минимума.

При механическом воздействии роликов-массажёров на позвоночник в процессе перемещения в зоне действия роликов-массажёров межпозвоночные связки поочередно и многократно сгибаются и разгибаются на определённую величину или сжимаются и растягиваются. В результате снимается

мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков и **укрепляется мышечный корсет позвоночника**, устраняется защемление или сдавливание нервных окончаний.

Лечение на аппарате «ОРМЕД-профилактик» безопасно для пациентов и не требует специальной подготовки персонала.

«ОРМЕД-релакс» — установка для дозированного паравертебрального вибрационного роликового массажа позвоночника. Регулировка всех параметров осуществляется с пульта управления. Кнопка «пауза» позволяет локали-

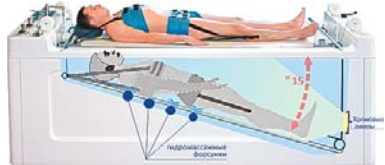


зовать вибромассаж в проблемном отделе позвоночника. В результате проведения комплексной процедуры спина массируется сразу в двух плоскостях: продольной и поперечной, под влиянием чего позвоночник выпрямляется и растягивается, исчезают ущемления нервных окончаний, снимается мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков. **Уходит боль в спине.** «ОРМЕД-релакс» рекомендован также для профилактики и восстановительного лечения детей с **нарушением осанки и сколиозом 1-й и 2-й степени.**

Тракторное оборудование для подводного вытяжения

В тёплой воде под действием небольшой нагрузки на позвоночник происходит полное расслабление мышц и растягивание околопозвоночных эластичных тканей и связок. И, как результат, устраняется сдавливание ущемлённого корешка спинномозгового нерва, **ликвидируется смещение межпозвоночного диска** и улучшается кровоснабжение, уменьшаются, а затем и совсем исчезают боли.

«АКВАТРАКЦИОН» — автоматизированный комплекс для подводного вытяжения и гидро-аэромас-



сажа позвоночника со встроенным механизмом подъёма пациента.

На сегодняшний день он не имеет аналогов по своим функциональным возможностям, так как ни одна ванна подводного вытяжения не включает в себя **электронную тракцию шейного и поясничного отдела позвоночника, адаптированный встроенный подъёмник, ручной подводный душ-массаж, и паравертебральный гидро-аэромассаж**. При этом процедура вытяжения отслеживается на графике в режиме реального времени. «АКВАТРАКЦИОН» позволяет выбрать дозированное постоянное или переменное вытяжение, процедура вытяжения отображается на **цветном сенсорном ЖК-мониторе** пульта управления в реальном времени, заданные параметры можно менять даже во время проведения процедуры. Возможно проведение вытяжения пояснично-грудного или шейного отделов позвоночника в заданном режиме. В корпусе ванны на уровне паравертебральной зоны установлены гидро-аэромассажные форсунки для повышения лечебного эффекта расслабления

околопозвоночных мышц и связок, что важно при подготовке пациента к тракции.

Дополнительно ванна комплектуется ручным подводным душем-массажем для подготовки пациента к тракции. С помощью аварийной пневмокнопки пациент может остановить процедуру в любой момент. Лечебному учреждению для проведения процедур нет необходимости приобретать подъёмник, он уже встроен в корпус ванны. С помощью пульта управления возможно механизировать перемещение пациента из горизонтального (исходного) в наклонное (рабочее) положение и обратно. Среди важных преимуществ ванны — её геометрическая конструкция. Наклонное дно позволяет экономить пространство и воду (до 30% от объёма). В отличие от ванн с горизонтальным дном пациент полностью погружён в воду, и его грудная клетка не остывает во время проведения процедуры. Комплексный подход к процедурам вытяжения предполагает покой пациента после процедуры — он в разы повышает лечебный эффект. В комплект поставки входит каталка, где пациент находится после сеанса. Даже в базовой комплектации «АКВАТРАКЦИОНА» входят все необходимые принадлежности для проведения подводного вытяжения.

Кинезотерапия

«ОРМЕД-кинезо» — установка для дозированного динамического изменения углов между звеньями позвоночника при сгибании и разгибании его в положении лёжа в пассивном режиме работы мышц



туловища. Позволяет проводить процедуры с возможностью изменения угла и скорости сгибания и разгибания. Аппарат идеально подходит для разработки позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Оказывает лечебное и тренировочное воздействие на связи позвонков и межпозвоночных дисков, способствует профилактике искривления, сутулости и сколиоза, развивает подвижность звеньев позвоночника, устраняет тугоподвижность.

Лечение основано на производимых с помощью аппарата «ОРМЕД-кинезо» воздействием движением на позвоночник — они уменьшают напряжение мышц, снижают давление на межпозвоночные диски и осуществляют микровытяжение позвоночника в грудном и поясничном отделах в пассивном режиме. Дозированные амплитуды механических движений при **тугоподвижности позвоночника** усиливают питание межпозвоночных дисков: они увеличиваются в размере, отводят друг от друга позвонки, освобождая таким образом выходящие из спинного мозга **нервные корешки**. Пульт управления предполагает выбор разных алгоритмов лечения, а с помощью кнопки пульта «пауза» кушетка аппарата устанавливается под необходимым углом. При этом аппарат удобно использовать в качестве массажного стола. С помощью аппарата лечат поясничные дорсопатии, кардиологические и бронхолёгочные заболевания в комплексной терапии, устраняются сутулость, боли в спине и груди,

восстанавливается ритм дыхания и уходит одышка.

Бесконтактная гидромассажная ванна «АКВАРЕЛАКС»

«АКВАРЕЛАКС» — бесконтактная гидромассажная ванна для регенерации (восстановления) мышечных тканей. Позволяет проводить гидромассаж тела без погружения его в водную среду. При этом сохраняются все лечебные эффекты подводного струйного массажа.



Поверхность ванны — тонкое, эластичное покрытие, пациент принимает процедуру в одежде, не контактируя с водой, при этом получает эффективный гидромассаж струями воды, запрограммированная работа форсунок позволяет с пульта управления устанавливать и изменять массажные программы при любом положении тела пациента (на спине, на боку, на животе), выбирая наиболее комфортный режим воздействия. Поверхность ванны условно разделяется на 6 рабочих зон, вода подаётся под давлением через 24 форсунки, которые расположены таким образом, чтобы максимально эффективно воздействовать на все необходимые области тела.

Лечение при помощи аппаратов серии «ОРМЕД» показано при остеохондрозе позвоночника с дегенеративно-дистрофическими изменениями и корешковым синдромом, протрузиях и грыжах дисков, когда присутствуют патомеханические изменения в позвоночнике, деформирующем артрозе тазобедренных, коленных, голеностопных, плечевых суставов.

Внимание, НОВИНКА!

Flex F01 — аппарат для разработки тазобедренного и коленного суставов. Предназначен для реабилитации пациентов, лечения поврежденных, заболеваний и послеоперационных состояний коленного и тазобедренного суставов методом непрерывной пассивной разработки, а также для предотвращения осложнений, связанных



с длительной неподвижностью. Прибор универсален (подходит как для правой, так и для левой конечности). Аппарат предназначен для взрослых и детей от 6 лет. Область применения: восстановление после эндопротезирования коленного или тазобедренного суставов; лечение после перелома суставов; лечение послеоперационных состояний коленного и тазобедренного суставов; ускорение циркуляции крови и лимфы; разработка суставов без боли.

Подробную информацию обо всех аппаратах НВП «Орбита», методиках механотерапии и заключения специалистов вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU г. Уфа ул. Центральная, 53/3. Тел.: 8 (347) 227-54-00, 281-45-13, 8-800-700-86-96 (звонок по России бесплатный), e-mail: ormed@ormed.ru

С вышеперечисленными аппаратами вы сможете ознакомиться на выставке «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2016», которая будет проходить 22-23 сентября 2016 г. в мэрии Москвы по адресу: ул. Новый Арбат, д. 36. Приглашаем вас к стенду компании «Орбита» № 6, где вы сможете проконсультироваться по всем интересующим вас вопросам и протестировать оборудование.

– **Сергей Владимирович, недавно состоялся VIII Всероссийский съезд трансплантологов. И вновь, как и на прошлых съездах, одним из ключевых обсуждаемых вопросов было удовлетворение потребности населения нашей страны в трансплантологической помощи. Почему тема доступности остаётся «больной»?**

– Этот же вопрос мне регулярно задают мои зарубежные коллеги. Они не понимают, почему в нашей стране есть отдельные учреждения, которые делают огромное количество трансплантаций, а в целом объём трансплантологической помощи не очень велик? В частности, с 2013 г. в Центре им. В.И.Шумакова выполняется не меньше 100 пересадок сердца в год, что является, по зарубежным меркам, колоссальным результатом, столько не делает ни одна клиника в мире. И в то же время на всю страну всего тысяча трансплантаций почек в год. Почему нельзя выполнять такое же их количество, как в Испании, Франции, США?

Повысить доступность данного вида медицинской помощи можно только за счёт реализации трансплантологических программ в регионах России. В настоящее время 23 из 85 субъектов РФ развивают трансплантацию в принципе, и в основном это пересадка почки. А все остальные территории, имея пациентов, которые нуждаются в пересадке донорских органов, не могут на месте оказывать им такую помощь.

– **Вы считаете, трансплантология должна быть представлена в максимальном количестве субъектов РФ?**

– Исходя из нашей главной задачи, нынешнего количества регионов, участвующих в развитии трансплантологии, недостаточно. Мы должны обеспечивать различными видами трансплантации в 10 раз больше людей, чем сейчас, таковы расчётные данные.

Каждый год в стране на несколько тысяч увеличивается число больных хронической почечной недостаточностью. Все они нуждаются в заместительной почечной терапии и рано или поздно должны попасть на гемодиализ. Это, безусловно, важное направление развития медицины, но такое лечение не может быть бесконечным: диализные места должны освобождаться, чтобы дать возможность получить помощь новым пациентам.

Трансплантация почки по прошествии нескольких лет даёт государству выраженный экономический эффект в отличие от длительного пребывания больного на гемодиализе. Потому что люди работоспособного возраста после пересадки органа могут вернуться к труду, а женщины даже могут выносить беременность и родить ребёнка, в то время как человек, который постоянно привязан к аппарату «искусственная почка», выбывает из ресурса рабочей силы страны.

Я говорю именно о трансплантации почки, потому что это наиболее востребованный и наиболее массовый вид пересадки органов во всех странах. Данный вид трансплантации обязательно должен развиваться в каждом субъекте РФ.

– **И это возможно?**

– Возможно. Ведь в каждом субъекте есть диализный центр, поэтому естественным продолжением программы высокотехнологической помощи больным с ХПН должна быть пересадка почки. Больной не обязан из Хабаровска ехать в Москву на трансплантацию, причём для 2-3 лет ожидания донорского органа. Это аморально, на мой взгляд, – ставить людей в такое положение.

В России ежегодно выполняется чуть меньше 1,5 тыс. трансплантаций разных органов, из них тысяча – почек. Как главный

специалист я вижу первоочередной задачей следующую: те территории, в которых трансплантационные центры делают по 10-15 пересадок почек в год, должны оптимизировать работу органных баз и увеличить трансплантационную активность, чтобы «разгрузить» свой регион от диализных больных и избавиться от необходимости создавать новые

Алтайский край – также пример территории, где становлению трансплантологии активно помог губернатор. На днях я получил письмо от главного специалиста региона Евгения Григорова, который сообщил, что в июле 2016 г. в краевой больнице в Барнауле впервые была выполнена ортотопическая трансплантация печени. Хотелось бы, чтобы эта программа

внесение изменений в Федеральный закон № 323-ФЗ, в соответствии с которыми началось федеральное финансирование работы по организации органного донорства в регионах, – это даже не столько материальная поддержка, сколько важный моральный толчок. Медики, наконец, поняли, что работа с умершим пациентом как с потенциальным донором – это

шие посмертное донорство органов, но население не принимает саму эту идею.

С одной стороны, трансплантологам хорошо: они не зависят от донорских баз, потому что практически всегда для пациента можно найти родственника-донора. Но с другой стороны, в этих странах не развивается трансплантация сердца, лёгких, поджелудочной железы. Чтобы пересадить сердце, больному японцу или корейцу нужно выехать в США или куда-то ещё.

– **Кстати, о родственном донорстве. Мне много раз в СМИ попадался на глаза тезис «будущее – за родственной трансплантацией». Это соответствует точке зрения специалистов, либо журналисты трактуют ситуацию так, как сами понимают, и ошибаются?**

– Это ошибочная трактовка, будущее точно не за родственным донорством. Что я в этом усматриваю плохого, в смысле антигуманного?

Пересадка доли печени от взрослого ребёнку – практически безобидная для обеих операция, проблем не возникает ни у донора, ни у реципиента. А вот когда идёт речь об удалении доли печени у взрослого донора для взрослого реципиента, могут возникнуть очень большие проблемы. Как правильно разделить орган – вот главный вопрос?

Когда пересаживаешь реципиенту большую часть печени, оставляя донору 45%, реципиент сначала нормально это переносит, но сохраняется портальная гипертензия как компенсаторная реакция организма. А если мы пересадим реципиенту малый объём донорской печени, то через несколько лет потребуются ретрансплантация.

Поэтому наиболее правильным является путь развития посмертного донорства, и российское сообщество трансплантологов полностью разделяет эту точку зрения. Посмертное донорство – ресурс, который мы пока очень слабо используем.

– **О кадровом потенциале трансплантологии: есть ли дефицит таких специалистов и как ведётся их подготовка?**

– Отдельной специальности «трансплантолог» нет, и, я убеждён, она не нужна. Потому что есть хирургия, нефрология, кардиология, пульмонология, и каждый из этих врачей может встретиться с пациентом, которому либо нужно пересаживать какой-то орган, либо он уже перенёс пересадку.

А вот преподавать данную дисциплину – да, необходимо. Будущие врачи должны иметь представление о возможностях трансплантологии, о том, как работают донорские базы, что такое смерть мозга, как консервируются донорские органы после изъятия, какова нормативно-правовая база.

Более того, любой врач скорой помощи, оказывая помощь пострадавшему пациенту, должен думать о том, что тот может стать донором органов, а значит, ему надо во что бы то ни стало восстановить гемодинамику. Такая идеология вложена в головы врачам и даже парамедикам в тех странах, где система органного донорства очень хорошо работает. Там ни один умерший человек не может не быть рассмотрен в качестве кандидата в доноры органов.

Данную идеологию мы преподаём студентам на кафедре трансплантологии и искусственных органов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Не могу сказать, что трансплантология преподаётся во всех медицинских вузах страны, но в некоторых, к счастью, да.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Беседы с главными специалистами

Множить центры трансплантации — это не самоцель

Главное, чтобы они работали максимально активно, считает академик РАН Сергей Готьё

Российское трансплантологическое общество объявило 2016 г. годом Владимира Петровича Демихова. Также в связи со 100-летним юбилеем выдающегося хирурга и учёного ему установили памятник на территории Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова. Главный трансплантолог Минздрава России академик РАН Сергей Готьё называет эти два события восстановлением исторической справедливости: «Как известно, Владимир Демихов был в определённой степени в оппозиции советской медицинской и научной элите того времени. Но факт остаётся фактом: то, что Демихов успел сделать как учёный-экспериментатор, очень сильно продвинуло мировую трансплантологию. Нельзя вычёркивать из истории страны имена специалистов, которые когда-то не смогли проявить все свои возможности только потому, что не были признаны».

В России значение трансплантологии уже давно не подвергается сомнению, напротив, по мнению академика Готьё, именно сейчас, как никогда, она находит поддержку и в научном сообществе, и в Министерстве здравоохранения РФ. Однако ни федеральный Минздрав, ни главный специалист не могут заставить регионы принимать за составление и реализацию трансплантологических программ.

О том, что представляет собой трансплантологическая служба в нашей стране сегодня и какой она должна быть в идеале – в интервью главного трансплантолога Минздрава России, директора ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России, академика РАН Сергея ГОТЬЁ.

диализные места. Если бы мы в 2017 г. всей страной сделали 2 тыс. пересадок почки, это была бы настоящей победой.

– **У вас есть единомышленники среди хирургов во всех регионах? И если да, что им чаще всего мешает реализовать данную идею?**

– Судя по состоянию лечебной сети субъектов РФ, можно уверенно говорить, что хирургическое отделение каждой областной, краевой, республиканской больницы вполне может справляться с трансплантационной программой. Специально строить центры трансплантации нет необходимости. Обязанность обеспечивать больных после операции иммуносупрессивной терапией несёт федеральный бюджет, так что это не должно пугать губернаторов и руководителей региональных минздравов. Важно только обучить специалистов, больше никаких затрат от территорий не требуется.

Мы готовы делиться опытом, учить всю страну, и у нас в центре постоянно находятся представители того или иного субъекта РФ, смотрят организацию хирургического процесса, особенности анестезиологического обеспечения.

– **Похоже, лучшим стимулом может служить опыт других, успешных в плане трансплантологии территорий.**

– Согласен. И здесь самый яркий, пожалуй, пример – Краснодарский край, где главный врач краевой больницы и великолепный хирург Владимир Порханов сумел убедить губернатора в необходимости развития трансплантологии.

продолжала здесь развиваться и дальше.

– **А регионы Центрального федерального округа: не жалеет ли вам, что они в этом смысле расслаблены из-за близости к Москве? У них всегда есть возможность направить больного в столичную клинику.**

– В целом да, они расслаблены. К примеру, в Белгороде имеют опыт пересадки и почки, и печени, и сердца. Но трансплантационная активность региона очень низкая.

С другой стороны, Воронеж, где на базе областной больницы очень активно развивают трансплантацию, выполняют много операций по пересадке почки, очень хорошо взаимодействуют с донорскими базами и иногда даже в Центр Шумакова передают донорские сердца, которые мы здесь пересаживаем.

Сейчас воронежские специалисты работают над двумя программами – пересадка печени и сердца. И если трансплантология в Воронеже начнёт развиваться, то регион сможет обеспечивать всеми видами трансплантации весь ЦФО, кроме Москвы и Московской области. Важно только, чтобы донорские базы были организованы не только в самом Воронеже, но и в других городах округа.

– **Кстати, о донорских базах. Как, по-вашему, с началом целевого финансирования из федерального бюджета организации работы центров органного донорства трансплантология станет активнее развиваться?**

– Это действительно большой шаг вперёд. По большому счёту,



нормальная медицинская деятельность, направленная на спасение жизни других людей.

Как главный специалист я вижу на ближайшие годы задачу не просто множить количество центров трансплантации – это не самоцель, гораздо важнее, чтобы они работали максимально активно. К примеру, если создаётся отделение пересадки почки на 20 коек, то выполнять здесь 100 трансплантаций в год – это норма. А 100 пересадок почки – это 100 диализных мест, которые не надо будет открывать дополнительно.

– **Можно ли сказать, что трансплантология во всём мире строится на одних и тех же принципах, или существуют некие «национальные» особенности?**

– Различия действительно есть. Европейские страны, США и Россия идут по пути развития посмертного донорства, не отрицая при этом возможности прижизненного донорства. Причём если в США допускается прижизненное неродственное донорство, то в нашей стране только родственное, данная норма закреплена законом, и я думаю, что это правильно. Из 17 тыс. почек, которые пересаживают в год в США, треть – от живых доноров. У нас примерно шестая часть почек от доноров-родственников, остальные – трупные.

А в странах Юго-Восточной Азии практикуется исключительно живое донорство почек и доли печени, что обусловлено религиозно-культурологическими особенностями популяции данного региона. Есть законы, разрешаю-

Директор Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России, профессор, член-корреспондент РАН Марина ШЕСТАКОВА (национальный координатор исследования LEADER в России):

– Эндокринология и диабетология – активно развивающиеся направления медицинской науки. За последние десятилетия в мире, и в том числе в России, осуществлён реальный прорыв в диагностике, лечении и профилактике диабета: появились новые классы препаратов, внедрены аналоги инсулинов. По мере поступления новых знаний о механизмах возникновения и развития диабета меняется и тактика лечения этого заболевания. Теперь мы можем выбирать и комбинировать препараты с учётом индивидуального профиля пациентов, особенностей течения СД и т.д.



В России накоплен достаточный клинический опыт применения лираглутида (Виктоза). Этот препарат не только обеспечивает физиологическую глюкозозависимую стимуляцию секреции инсулина и стабильный контроль гликемии, но и воздействует на метаболические факторы, сопутствующие диабету, а именно способствует уменьшению избыточного веса, улучшает профиль АД и липидов крови. По результатам исследования мы получили данные, что приём лираглутида ассоциируется со снижением основных серьёзных сердечно-сосудистых состояний.

LEADER – это многоцентровое международное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, стартовавшее в сентябре 2010 г., целью которого было оценить сердечно-сосудистую безопасность применения лираглутида (Виктоза) у пациентов СД 2-го типа с высоким кардиоваскулярным риском. В исследовании участвовало 410 исследовательских центров из 32 стран мира. В общей сложности в нём приняли участие 9340 больных СД 2-го типа, находящихся в зоне высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Российская Федерация была представлена в исследовании 13 клиническими центрами. Мы активно включились в эту работу. Регулярно проводились митинги исследователей, в ходе которых суммировались и анализировались полученные данные.

Первичной конечной точкой исследования явилось время от рандомизации до первого наступления комбинированного сердечно-сосудистого исхода (сердечно-сосудистая смерть, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт). Согласно результатам исследования LEADER, при лечении препаратом лираглутид (Виктоза) наблюдается значительное (на 22%) снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в сравнении с плацебо. На самом деле эти данные имеют большое значение, поскольку в исследовании участвовали больные, уже имеющие сердечно-сосудистые заболевания. При этом общая смертность снизилась на 15%, а риск наступления комбинированного сердечно-сосудистого исхода в виде сердечно-сосудистой смертности, нефатального инфаркта миокарда (включая безболевою форму)

Сегодня в мире насчитывается 415 млн больных сахарным диабетом (СД). Согласно прогнозу Международной диабетической ассоциации, число людей с диабетом будет расти и к 2040 г. достигнет отметки 642 млн человек. Большинство этих пациентов умирают или становятся инвалидами в связи с развитием сердечно-сосудистых осложнений заболевания.

С ростом научного прогресса неизбежно постоянное обучение врачей и обмен мнениями в области последних достижений в терапии диабета. Одним из долгожданных событий для медицинского сообщества стало оглашение результатов крупномасштабного клинического исследова-

Итоги и прогнозы

Больше, чем контроль гликемии

Результаты исследования LEADER помогут больным сахарным диабетом 2-го типа

или нефатального инсульта по сравнению с группой плацебо – на 13%. Причём первые положительные результаты отмечались уже через 3 месяца от начала терапии.

Ни в одном из ранее проведённых исследований препаратов группы инкретинов не было получено столь убедительных результатов, демонстрирующих преимущества сахароснижающего препарата над плацебо в отношении снижения сердечно-сосудистой смертности. Несомненно, они открывают новые перспективы в отношении оптимизации сахароснижающей терапии и прогноза СД 2-го типа.

Каждый эндокринолог знает, насколько сложно подобрать лечение больному СД 2-го типа. Как правило, такие пациенты имеют множество ограничений из-за наличия сопутствующих патологий – сердечной недостаточности, гипертонии, нарушений липидного обмена, микрососудистых осложнений и т.д.

В настоящее время ведётся работа над проектом рекомендаций по сахароснижающей терапии у больных с высоким сердечно-сосудистым риском. С учётом результатов исследования, я думаю, лираглутид может занять в этом документе важное место.

Заведующая отделением диабетической болезни почек и посттрансплантационной реабилитации Эндокринологического научного центра доктор медицинских наук Минара ШАМХАЛОВА:

– Сахарный диабет, с эпидемией которого мы столкнулись в настоящее время – заболевание, ассоциированное с развитием поздних сосудистых осложнений. Основной фактор преждевременной смерти пациентов с СД – сердечно-сосудистые заболевания. У наших пациентов риск смертности от кардиоваскулярных заболеваний в 2 раза выше, чем в общей популяции, риск развития инсульта – в 3 раза, риск ампутации нижних конечностей по причине развития атеросклероза периферических артерий – в 15 и более раз, а риск развития инфаркта миокарда сопоставим с рисками у лиц без диабета, уже перенёвших это событие. Более того, лица, формально относящиеся к популяции невысокого кардиоваскулярного риска (молодые, некурящие, женщины, с нормальным АД и др.), при развитии у них диабета сразу переходят в более высокую категорию риска.

В этой связи краеугольным камнем терапевтической стратегии больных СД является эффективное снижение кардиоваскулярного риска, а также профилактика развития и прогрессирования микрососудистых осложнений. Такая стратегия подразумевает разумный образ жизни, отказ от курения, контроль АД и липидов, коррекцию нарушений свёртывающей системы крови, но при ведущей роли гликемического контроля.

Сегодня эндокринологи имеют большой арсенал современных сахароснижающих препаратов. Но применяя эти лекарства в клинической практике, врач должен быть уверен в их безопасности для пациентов. Именно с этих позиций действуют регулирующие органы, предписывающие необходимость оценки кардиоваскулярной безопасности сахароснижающих препаратов. С этой целью проводятся масштабные длительные клинические исследования, которые призваны оценить потенциальный риск, а, возможно, и выявить их преимущества.

Очень важно, чтобы врач, начинающий учить и лечить пациента с СД 2-го типа, то есть пациента с уже сформировавшимся высоким кардиоваскулярным риском,



мог преодолеть глюкоцентрическую установку, ограничивающую функцию врача снижением уровня гликемии. А для того, чтобы терапия с самого начала была патогенетически ориентированной на улучшение кардиоваскулярного риска, врач должен располагать доказательной базой преимуществ используемых препаратов. Наши действия должны опережать проблемы пациентов.

Доказанный нейтральный результат (сравнимый с плацебо) в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений даёт основания полагать, что проводимая сахароснижающая терапия не приводит к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов данной группы. Однако LEADER стал тем исследованием, в котором удалось показать преимущество противодиабетического препарата – агониста рецепторов ГПП-1 с точки зрения сердечно-сосудистого риска: был показан не только сопоставимый с плацебо профиль безопасности (noninferiority), но и продемонстрировано статистически значимое снижение риска сердечно-сосудистых событий и общей смертности.

Исследование продемонстрировало также более выраженное снижение уровня гликированного гемоглобина (при меньшей частоте гипогликемий), массы тела, артериального давления в группе пациентов,

получавших исследуемый препарат в сравнении с группой плацебо. И это при том, что все пациенты лечились «до цели» с дополнительным привлечением после рандомизации по усмотрению исследователей дополнительных сахароснижающих, антигипертензивных, гиполипидемических, антиагрегантных препаратов.

Кроме того, результаты исследования определили низкую частоту почечных исходов (развитие и прогрессирование протеинурии, удвоение уровня креатинина в крови, необходимость проведения заместительной почечной терапии) в группе лираглутида в сравнении с группой плацебо. С учётом умеренных различий гликемического контроля между группами на протяжении в среднем 3,8 лет, достижение преимуществ в отношении микрососудистого поражения почек, возможно, связано с прямым эффектом лираглутида на функцию почек. Это очень обнадеживающие результаты, поскольку наличие диабетической болезни почек – важный независимый фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии.

Научная и практическая значимость исследования LEADER заключается в том, что эти результаты могут оказать влияние на существующие и будущие подходы к лечению больных СД 2-го типа с высоким риском сердечно-сосудистых событий.

Заведующий отделением терапии диабета с референс-центром обучения Эндокринологического научного центра доктор медицинских наук Александр МАЙОРОВ:

– Пациенты с СД 2-го типа имеют повышенный риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, поэтому необходимо тщательное изучение сердечно-сосудистой безопасности сахароснижающих препаратов. В частности, Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) предписывает, чтобы все новые сахароснижающие препараты проходили соответствующие исследования. Тестирование кардиоваскулярных эффектов противодиабетических препаратов является необходимым условием для их регистрации в США.

В этой связи основной целью исследования LEADER было оценить долгосрочные конечные точки сердечно-сосудистой безопасности лираглутида (в дозах 1,2 и 1,8 мг) в сравнении с плацебо при добавлении к стандартной сахароснижающей, антигипертензивной, антигиперлипидемической и дезагрегантной терапии. Кроме того, в исследовании планировалось получить ответы на другие вопросы. Исследователей также интересовали возможные эффекты лираглутида в отношении микрососудистых осложнений, острого панкреатита, новообразований и других параметров безопасности и переносимости препарата, а также число госпитализаций, качество жизни и др.

В ходе исследования были предо-



ставлены доказательства благоприятного влияния терапии агонистом рецепторов ГПП-1 лираглутидом на основные исследуемые показатели. Для всех компонентов первичной конечной точки (комбинации смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, нефатального инфаркта миокарда и нефатального инсульта) удалось достигнуть положительных результатов. Таким образом, на сегодняшний день лираглутид (Виктоза) – один из немногих противодиабетических препаратов, продемонстрировавший в крупном проспективном исследовании улучшение исходов у пациентов с СД 2-го типа и высоким сердечно-сосудистым риском.

Его итоги особенно значимы, поскольку получены на большом количестве пациентов (более 9 тыс.) из разных стран мира в условиях реальной клинической практики. В истории фармакологии имеется немало случаев, когда лекарственный препарат, прекрасно показавший себя на предварительном этапе исследований, при широком применении оказывался небезопасным для пациентов и сходил с дистанции.

В России лираглутид (Виктоза) уже достаточно давно применяется в клинической практике. Этот препарат хорошо себя зарекомендовал в качестве сахароснижающего средства, но по сравнению с инсулинами он имеет ряд несомненных преимуществ для пациентов такого сложного клинического профиля, главное из которых – улучшение контроля диабета без увеличения массы тела и гипогликемий. Результаты исследования LEADER свидетельствуют о том, что длительное его применение не приводит к повышению риска основных сердечно-сосудистых событий и исходов.

Ирина АНДРЕЕВА.

Статья подготовлена по материалам конгресса ADA и при поддержке компании Ново Нордиск.

Профилактика сердечно-сосудистых осложнений не является зарегистрированным показателем препарата Виктоза.

Исследования

Клетки-самоеды

Один из диабетов и рассеянный склероз, как недавно заявлено, являются следствием сильного иммунитета, в результате чего его клетки атакуют свои органы и ткани. Атака иммунных лимфоцитов, которые в норме сражаются с патогенами и трансформированными – раковыми – клетками, «обращается» против хозяина. При этом В-лимфоциты распознают угрозу, «помечая» её белковыми антителами, которые помогают Т-лимфоцитам «захватить» цель и атаковать её с помощью протеинов, пробиравших в мембранах микробов или инфицированных вирусом клеток дыры диаметром до 10 нанометров, что намного больше толщины клеточной оболочки (4 нм). В мозгу маркёры иммунных клеток (микроглии) проявляются при болезни Альцгеймера. В клинике Майо города Рочестер установили аутоиммунный характер облысения у людей.

Помимо лимфоцитов большую роль в иммунитете играют моноциты, дающие мечниковские макрофаги, и нейтрофилы, без которых не обходится воспаление. Моноциты осуществляют патрулирование сосудов, реагируют на изменение внутрисосудистого состояния, что ясно увидели сотрудники Женевского университета под микроскопом в виде флуоресцентных треков. Помогает клеткам белок CCN, который необходим для роста сосудов, поскольку он взаимодействует с внеклеточной волокнистой «матрицей» и участвует в передаче межклеточных сигналов. Второй протеин получил сокращённое название NOV, поскольку его ген избыточно активен в клетках нефробластомы. В том же университете применили МАТ моноклональные антитела («-маб» в окончании названий противораковых лекарств) против белковой молекулы клеточной адгезии, в результате чего удалось почти полностью подавить экстравазацию, или выход из сосудов клеток лимфомы.

Мышиный вирус лимфоцитарного менингита (LCMV) инфицирует клетки мягкой оболочки мозга, вызывая тем самым её воспаление. Действуя на мышью агентом, имитирующим вирус, учёные Женевы выявили уже через 20 минут четырёхкратное повышение уровня CCN в со-

судах, трёхкратное увеличение «патрулирующих» моноцитов через 30-60 минут и нейтрофилов через 2 часа (вот почему врачи настоятельно рекомендуют как можно быстрее проводить противовоспалительную терапию). Блокируя действие белка, учёные «сняли» воспаление как реакцию моноцитов, рекрутирующих более медленные нейтрофилы. Последние при блоке не выходят из сосудов в окружающую ткань и не вызывают отёк ткани, а также связанную с ним боль.

Для учёных было загадкой очень быстрое нарастание количества CCN, спусковым крючком для чего стало действие тромбоцитов, или пластинок, которые вызывают остановку кровотечения (образование тромба, надёжно «пломбирующего» повреждённый сосуд. При отсутствии пластинок у мышей не было вирусного воспаления и мобилизации моноцитов, о чём швейцарцы сообщили в журнале PNAS.

Вирусной атаке LCMV подвергали мышью и сотрудники Университета Эмори в Атланте, штат Джорджия. За развитием инфекции они наблюдали на примере Т-лимфоцитов, «реагирующих» на белок Programmed Death, вызывающий апоптоз тех клеток, которые «сильно» реагируют на ткани своего организма. Протеин также переводит в «спящий режим» стволовые клетки, развитие

которых приводит к образованию иммунных Т-лимфоцитов. Познание молекулярных тонкостей привело к созданию МАТ, блокирующих инактивирующее действие гена PD.

Авторы работы, в которой приняли участие учёные Гарварда и университетов штата Айова и Сан-Пауло, исследовали явление Т-клеточного «схлопывания» у мышей с вирусной инфекцией. Оно проявляется в физиологическом иммунодефиците клеток, активность которых подавляют вирусы, «стимулирующие» повышенную активность гена PD. Наличие таких клеток в виде жёлтых светящихся точек хорошо видна в селезёнке мышей с вирусом. Противодествует протеину клеточной смерти ген TCF, белковый фактор которого пробуждает и оживляет Т-клетки, под его действием выходящие из спящего режима. В атлантском Университете Эмори уже выявили на поверхности Т-лимфоцитов несколько молекул, стимулирующих активность клеточных рецепторов. Авторы полагают, что лекарства, таргетированные к этим рецепторам, могут стать по сравнению с нынешними МАТ более эффективными средствами борьбы с раком. Ведь МАТ лишь «науськивают» мощные эффекторные клетки на клеточные мишени, поэтому раковые клетки довольно быстро становятся резистентными к их действию, что вызывает хорошо знакомое онкологам возвращение опухолевого процесса.

Уж сколько раз твердили миру, что в основе безуспешной борьбы с раком и вирусами лежит наше непонимание биологии клеточных процессов и вполне понятная «грубость» нашей попытки вмешиваться в них.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Leucocyte Biology.

Дословно

Спорный вывод

В США опубликован масштабный доклад, посвящённый генетически модифицированным (ГМ) сельскохозяйственным культурам. Специально созданная комиссия проанализировала множество научных работ, посвящённых ГМ-культурам, а также опросила несколько десятков экспертов. После этого специалисты пришли к выводу, что продукты, содержащие генетически модифицированные культуры, неопасны для здоровья человека.

В настоящее время большинство генетически модифицированных культур (среди них, например, кукуруза и соя) устойчивы к действию гербицидов или же способны противостоять насекомым, уничтожающим растения. Это, возможно, благодаря введению в их геном определённых бактериальных генов. При выращивании таких культур используется гораздо меньше инсектицидов, их культивирование в целом обходится дешевле, а сами они являются более урожайными.

В докладе говорится, что за время наблюдений (а это около 20

лет) не было замечено каких-либо побочных эффектов, связанных с использованием ГМ-культур. Частота онкологических и других заболеваний, например, аутизма, целиакии или сахарного диабета, не изменилась.

Распространение ГМ-продуктов также не повлияло на частоту возникновения аллергий, развитие ожирения и заболеваний почек. Культивирование таких растений не влияет на видовое разнообразие, а редкие случаи горизонтального переноса генов на окружающих растениях негативно не сказывались.

Эксперты также подчёркивают, что безопасность новых продуктов должна исследоваться вне зависимости от того, создавались ли они с использованием генной инженерии либо с применением других подходов, например традиционной селекции. От маркировки ГМ-продуктов авторы доклада предлагают не отказываться. Впрочем, они считают, что это необходимо лишь для информирования потребителя, а не в целях безопасности.

Марк ВИНТЕР.
По информации nytimes.com

Эксперименты

Исследователи из Лундского университета провели эксперимент на мышах. Специалисты обнаружили 4 гена, которые способны перепрограммировать клетки кожи. Учёные надеются, что их открытие поможет людям, нуждающимся в переливании крови, и тем, кто страдает от анемии.

Преобразование кожи

По словам учёных, уникальный генетический код каждого человека описывает работу всего организма. Данная «инструкция» зашифрована в последовательности ДНК в ядрах клеток. Во всех клетках (нервных, мышечных, жировых, клетках костной ткани и кожи) зашифрован один и тот же код. Клетки отличаются тем, какой «раздел» они могут прочитать.

Специалисты хотели сделать так, чтобы клетки кожи смогли открыть «раздел», где описаны эритроциты. С помощью ретровируса они ввели комбинации разных генов в клетки кожи. Через некоторое время им удалось превратить клетки кожи в красные кровяные тельца. Для этого оказались нужны всего 4 из 20 тыс. генов. Эти же 4 гена отвечали за функционирование эритроцитов.

Игорь САВЕЛЬЕВ.
По материалам The Times of India.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к району Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

- ✓ уролога
- ✓ оториноларинголога
- ✓ эндокринолога
- ✓ кардиолога
- ✓ педиатра участкового.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ терапевта участкового
- ✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом

8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе

8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.

Официальный сайт: sovboldnitsa.ru

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

Резюме направлять по E-mail: sovhospital@sovboldnitsa.ru.

Более подробную информацию о нашем учреждении можно

получить на официальном сайте www.sovboldnitsa.ru

Для работы в районной больнице в пгт Междуреченский Кондинского района, ХМАО – Югра (местность приравнена к району Крайнего Севера)

требуются специалисты

с высшим медицинским образованием:

- ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ,
- ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ,
- ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ,
- ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ,
- ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: <http://kondazdrav.ru>,

e-mail: muz-mrb@rambler.ru, приёмная 8 (34677) 32-110.

Игеи

Иммунитет против ВИЧ

Американские учёные из Сан-Франциско в своём исследовании предложили создать лекарство, которое усилит иммунную систему пациентов с ВИЧ, на основе ретиноевой кислоты. С его помощью они предлагают стимулировать врождённый иммунитет и ликвидировать латентные вирусы, которые сохраняются в инфицированных клетках пациента после антиретровирусной терапии.

Резервуары с латентными вирусами сохраняются, так как подавленная иммунная система не может с ними бороться. Вирус может реактивироваться, тогда заражённая клетка вновь начнёт

производить инфекцию. Помимо стимуляции врождённого иммунитета препараты на основе ретиноевой кислоты могут пробудить латентные вирусы, тогда иммунная система «видит» их и начинает уничтожать.

Но и такое лечение, несмотря на его возможную эффективность, вряд ли позволит полностью вылечить пациента: вирус сохраняется ещё и в геноме человека. Для борьбы с этим учёные разрабатывают ещё один метод – генную терапию.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Nature Medicine.

Взгляд

Меланколия – дульче мелодие

Исследователи из Бостона (США) обнаружили 15 неизвестных ранее участков ДНК, связанных с депрессией. Всего им удалось проанализировать данные о геномах более 300 тыс. человек. Депрессия была диагностирована более чем у 75 тыс. человек.

Авторы объединили эти данные с результатами менее масштабного исследования, где изучались геномы 9200 пациентов, у которых была выявлена депрессия, и 9500 здоровых добровольцев, входивших в контрольную группу. Они смогли идентифицировать 15 участков ДНК, ассоциированных с депрессией, некоторые из которых затрагивали гены, участвующие в развитии головного мозга.

Рой Перлис и его коллеги поясняют, что обнаружение генетических причин развития депрессии может в корне изменить подход

к терапии этого заболевания. Сейчас для лечения депрессии используются методы, появившиеся несколько десятилетий назад. Изучение генетической составляющей, увеличивающей риск возникновения депрессии, позволит понять, почему возникает заболевание, а также сделает возможным разработать более эффективные подходы к лечению.

Примечательно, что не так давно исследователи из Университета Вандербильта (США) обнаружили взаимосвязь между некоторыми генами, унаследованными нами от неандертальцев, и предрасположенностью к разным заболеваниям. Среди них были и гены, ассоциированные с депрессией, а также развитием никотиновой зависимости.

Алина КРАУЗЕ.

По информации techtimes.com

Профилактика

Исследуется вакцина против вируса Зика

Национальный институт аллергий и инфекционных заболеваний США (NIAID) приступил к проведению клинических исследований вакцины против вируса Зика. В их рамках будут оценены безопасность вакцины и её способность вызывать иммунный ответ у здоровых добровольцев.

В клинических исследованиях примут участие 80 волонтеров в возрасте 18-35 лет. Врачи будут наблюдать за ними в течение 44 недель после введения первой дозы. У участников исследования регулярно будут брать кровь, чтобы оценить, насколько эффективна вакцина.

Добровольцы будут рандомизированы в 4 группы: всем участникам препарат будет введен в первый день исследований, далее половина из них пройдет ревакцинацию через 8 или 12 недель. Второй половине добровольцев препарат будет введен ещё два раза (на 4-й и 8-й неделе или на 4-й и 20-й). Контроль эффективности вакцины будет осуществляться в течение 18 месяцев.

Экспериментальная генная вакцина против вируса Зика, не содержащая инфекционный материал, была создана в Исследовательском



Предварительные результаты клинических исследований будут к концу 2016 г.

центре вакцин NIAID. В июле этого года компании Inovio и GeneOne Life Science сообщили о получении разрешения на проведение клинических исследований препарата. В доклинических исследованиях экспериментальной вакцины GLS-5700 было показано, что её применение вызывает устойчивый иммунный ответ у различных лабораторных животных. На основании полученных результатов был сделан вывод о перспективности вакцины в борьбе с распространением вируса Зика.

Как известно, сейчас вакцины от

него не существует. Переносчиком заболевания являются комары, после заражения у большинства людей возникают симптомы, характерные для вируса гриппа. Наиболее серьёзное последствие инфицирования вирусом Зика – развитие микроцефалии у детей, чьи матери перенесли заболевание во время беременности. Вирус может передаваться не только при укусах насекомых, зафиксированы также случаи его половой передачи. Перенос возбудителя воздушно-капельным путём остаётся под вопросом.

Предварительные результаты клинических исследований первой фазы ожидаются к концу 2016 г. В случае успешного завершения первой фазы клинического исследования вторая фаза будет запущена в начале 2017 г. в регионах, где наблюдается распространение вируса Зика.

Сейчас случаи заражения вирусом зафиксированы в разных точках земного шара, а специалисты из США обеспокоены тем, что в стране увеличивается количество не завозных случаев, а связанных с укусами комаров-переносчиков. Для того чтобы бороться с опасными насекомыми, в некоторых городах запущены специальные дроны, выискивающие комаров и отлавливающие их.

Наибольшее количество случаев заболевания лихорадкой Зика зафиксировано в странах Латинской Америки. Помимо традиционных способов борьбы с насекомыми, учёные из этих стран используют и необычные – например, устанавливают специальные светящиеся и ароматизированные билборды, привлекающие и уничтожающие комаров.

Константин ШЕГЛОВ.

По материалам MedicalXpress.

Однако

Учёные выявили гены, связанные с редким видом злокачественной опухоли, – саркомой, поражающей в основном детей и молодых людей.

Причины саркомы крылись в генах

Результаты предыдущих исследований показали связь между некоторыми генами и риском развития саркомы, однако на этот раз учёным удалось обнаружить большее число мутаций, в том числе мутационный ген BRCA2, вызывающий рак молочной железы.

Специалисты из Института исследований рака заявили, что полученные данные о наследственном характере значительной части сарком могут способствовать разработке более эффективных методов лечения и возможности мониторинга лиц, подверженных риску развития саркомы.

В исследовании приняли участие 1162 пациента от 15 лет и старше с диагностированной саркомой и 6545 здоровых людей. Для выявления возможных генетических факторов, вызывающих это онкологическое заболевание, учёные изучили ДНК каждого пациента с саркомой, акцентируя внимание на наборе из 72 генов, связанных с увеличением риска развития раковой опухоли. Результаты показали, что у 55% пациентов наблюдались опасные мутации по меньшей мере одного из генов, у более 20% – сразу нескольких. Кроме того, наличие более одного потенциально опасного мутационного гена увеличивает риск развития саркомы в более раннем возрасте с вероятностью увеличения количества мутаций. Это говорит о том, что единичная мутация сама по себе не приводит к саркоме, развитие злокачественной опухоли могут спровоцировать нарушения сразу в нескольких генах.

Саркомы образуются в различных тканях, в том числе мышцах, костях, сухожилиях и кровеносных сосудах. Несмотря на то, что эти злокачественные опухоли встречаются у людей различных возрастов, в 15% случаев саркома поражает детей и в более 10% – людей в возрасте от 15 до 24 лет.

Игорь СЕВЕЛЬЕВ.

По материалам The Guardian.

Почему бы и нет?

В 1940-е годы общественность не желала слышать о раке. В 1980-е – о ВИЧ. В наше время появились новые болезни, о которых не принято говорить, – психические расстройства. Это приводит к тому, что миллионы жителей США (и, разумеется, других стран тоже) не обращаются за помощью, потому что им стыдно или потому, что они не понимают, что их состояние – это болезнь, поддающаяся лечению. Стефан Хиншоу из Департамента психиатрии Калифорнийского университета в Сан-Франциско (США) пояснил: «Психические расстройства очень похожи на рак 75 лет назад – они страшны и непредсказуемы. Поскольку непонятно, как они возникают, люди предпочитают держаться от них подальше».

Жертвы «страусиной» политики

С.Хиншоу – автор нескольких книг о стигматизации психических расстройств. Он принадлежит к новому движению в психиатрии, которое считает своей целью бороться со стигмой и вести в обществе просветительскую работу. Он и его коллеги не только рассказывают людям о психических расстройствах и их лечении, но и призывают рассматривать эти болезни с точки зрения нейробиологии – лечить их как биологическое, а не социальное состояние.

Мэтью Стейт, глава Департамента психиатрии, добавляет, что, по существу, серьёзные психические расстройства не отличаются от рака или заболеваний сердца, но пока ещё нет понимания, как развиваются эти нарушения и как их корректировать.

Национальный институт психического здоровья США заявил, что в позапрошлом году каждый пятый взрослый американец страдал душевной болезнью, а каждый пятый подросток в один из моментов своей жизни сталкивался с психическим расстройством. Количество людей, у которых не всё в порядке с психикой, растёт, а вот число специалистов, которые с этим работают, – нет. В том же году исследование, проведённое в Калифорнии, показало, что помощь получают только 44% людей из всех тех, кому она необходима.

Это происходит, во-первых, из-за недоинформированности – люди не знают, что то, что с ними происходит, – это болезнь, во-вторых, – большим стыдно обратиться к врачу, стыдно признаться в том, что им необходима помощь специалиста-психиатра, так как они боятся, что от них все отвернутся.

Алина КРАЗУЭ.

По информации ucsf.edu

М.Стейт рассказал, что в юности у него была подруга, у которой однажды случилось обострение такого заболевания. По его словам, было очень сложно убедить её лечь в больницу и потом оставаться в терапии. Это дало ему понимание, что система лечения психических расстройств ущербна и нуждается в перестройке.

И Стейт, и Хиншоу подчёркивают, что ключевое в лечении таких заболеваний – прекратить их стигматизировать. Люди должны знать, что с ними происходит, и вовремя обращаться к врачам. Для этого необходимо многое изменить – начиная от законов и заканчивая донесением до общества информации о том, что психические расстройства – тоже болезнь и они лечатся.

Первые шаги в этом направлении делаются – ведутся серьёзные исследования, учёные ищут причины, из-за которых люди заболевают, в частности, уже идентифицированы более 60 генов, влияющих на развитие аутизма, и более 100 участков генома, которые могут указывать на возможность развития шизофрении.

С.Хиншоу отмечает, что, по мнению общества, душевное здоровье находится под полным контролем его обладателя, и если с ним что-то не так, это означает, что сам человек что-то делает неправильно. Но такое мнение не соответствует истине. Всё большее количество исследований подтверждает, что психические расстройства на самом деле имеют биологическую природу.

Ситуация

Сердечные прорывы

Кардиохирурги детской больницы № 1 Нанкина (Китай) провели уникальную операцию по устранению дефекта межжелудочковой перегородки. Впервые в мировой практике дефект был устранён без операции на открытом сердце.

В начале 2016 г. у новорождённой был диагностирован врождённый порок сердца. Хирурги отказались от идеи проводить операцию на открытом сердце из-за высокого риска. Врачам удалось установить запирающее устройство в стенку между желудочками сердца с помощью прокола под ультразвуковым контролем.

Операция была проведена 5 мая, однако медики не спешили

сообщать о ней общественности из-за высокой степени риска возникновения осложнений. В настоящий момент жизни ребёнка ничего не угрожает, девочка идёт на поправку.

Ранее, в конце 2015 г. китайским врачам в Фучжоу удалось провести уникальную операцию по пересадке сердца спустя 7 часов после извлечения органа из тела донора. Уникальность заключается в том, что до этого в медицинской практике считалось, что сердце донора возможно запустить в интервале до 6 часов после его останова.

Василий СЕБАСТЬЯНОВ.

По материалам «Наньцзао жибао».

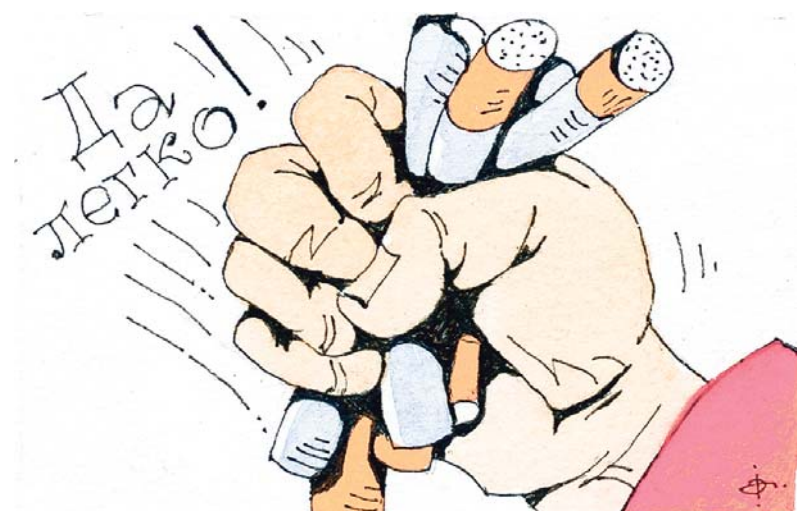
Выводы

Бросить курить – легко?

Как показало исследование 1277 взрослых курильщиков из Канады, прежде чем реально отказаться от сигарет, человек предпринимает множество попыток.

Исследование продолжалось в течение 3 лет. В самом начале курильщики рассказывали, сколько раз они предпринимали серьёзные попытки отказаться от табака. Контрольные интервью с участниками исследования проводились каждые полгода. И курильщики опять докладывали о попытках бросить курить за прошедшие 6 месяцев.

Успешной попыткой бросить курить считалась в том случае, если человек смог продержаться без сигарет минимум год. Используя собранные ответы людей и математические модели, учёные подсчитали, сколько попыток бросить курить предпринималось до первой по-настоящему успешной. Оказалось, показатель равен в



среднем 30 попыткам на человека.

По словам учёных, работают разные методы отказа от сигарет. И если у вас не получилось бросить после 10 попыток, не расстраивайтесь – всё ещё впереди. Однако на

20 попыток иногда уходит около 10 лет. Между тем максимально важно бросить курить как можно раньше.

Владимир СИБИРЦЕВ.

По материалам Reuters.

Былое

Страсти вокруг анестезии

175 лет назад в медицинской практике впервые был успешно применён эфирный наркоз

Обезболивание лекари начали применять ещё до нашей эры. Существуют свидетельства того, что врачи Древнего Китая, Греции и Рима делали анестезию при операциях. Считается, что самый эффективный способ обезболивания придумали майя. Они давали пациентам настойку из кактуса пейотля. В результате больной мог выдержать даже самую сложную операцию, не умерев при этом от болевого шока. Однако ни рецепты изготовления обезболивающих средств, ни описания их воздействия на организм из глубины веков до нас не дошли.

Первое вполне научное описание действия диэтилового эфира как обезболивающего средства было сделано в 1540 г., и автором его был знаменитый врач Парацельс. Судя по всему, он сам успешно использовал этот способ анестезии, однако после смерти гениального доктора данная технология была забыта почти на два столетия.

Следующий эксперимент по анестезии поставил английский физик и химик Хэмфри Дэви. В 1799 г. он открыл обезболивающее свойство закиси азота, известной в народе как веселящий газ. Уже через год свет увидела книга сэра Дэви, в которой был подробно описан этот эксперимент. Стоит сказать, опыты с веселящим газом учёный ставил над собой, поэтому не стоит удивляться тому, что описания были не столько научными, сколь весьма эмоциональными. Также Дэви рекомендовал в качестве анестетика «классический» диэтиловый эфир. Однако профессиональное сообщество того времени совершенно не обратило внимание на работу Дэви, и хотя он высказывал идею о том, что закись азота можно использовать при операциях, никто не последовал его совету.

Зато шалопаи-студенты, которые с увлечением читали сочинение учёного, невзирая на запреты преподавателей, сразу же начали использовать веселящий газ для того, чтобы «словить кайф», то есть вызвать у себя длительную эйфорию. И лишь один молодой человек, обучавшийся на врача в медицинской школе при Университете Пенсильвании, Кроуфорд Лонг, прочитав эту книгу, понял перспективность использования эфира для анестезии...



Кроуфорд Лонг

Следующую страницу в истории наркоза открыл американский дантист Хорас Уэллс, и она, увы, была не курьёзной, а трагичной. Мистеру Уэллсу, как и любому зубному врачу, постоянно приходилось иметь дело со стонущими от боли пациентами. Он долго думал над тем, как можно облегчить их страдания, и вот в 1844 г. его поиски увенчались успехом.

Нужно сказать, что доктору Уэллсу помогли не столько размышления, сколько удачные обстоятельства. Как-то раз он случайно оказался на публичной лекции химика Гарднера Колтона, посвящённой свойствам соединений азота. Как было принято в те времена, рассказ сопровождался демонстрацией с участием добровольцев из зала. И вот во время одной из таких демонстраций Уэллс обратил внимание на то, что один из добровольцев, который вдохнул веселящий газ, так смеялся, что упал и сильно поранил ногу. Однако никакой боли он не чувствовал и продолжал веселиться. Доктор Уэллс, наблюдая всё это, предположил, что закись азота может не только вызывать эйфорию, но и служить хорошим анестетиком.

На следующий день стоматолог решил испытать действие веселящего газа на себе, к тому же он давно уже хотел удалить один из своих больших зубов. Он попросил Колтона дать ему закись азота, а одному из своих помощников предложил вытащить в это время зуб. Эксперимент прошёл весьма удачно. Во время операции доктор совсем не чувствовал боли. Через некоторое время Уэллс поставил над собой ещё несколько экспериментов, а потом начал использовать анестетик в своей практике. И очень даже успешно – все клиенты были довольны.

И всё было бы ладно, однако Уэллс очень хотел, чтобы о его методе анестезии узнали врачи всего мира. Это его вполне справедливое желание в конечном счёте привело к катастрофе. Доктор решил провести демонстрацию действия закиси азота в Гарвардском университете перед медиками из Бостона. В зале, кстати, присутствовали два знаменитых врача того времени: Вильям Морган и Чарльз Джексон. И тут Уэллсу весьма не повезло: пациент, который выступал в качестве «подопытного кролика», оказался настолько труслив, что начал кричать от воображаемой боли ещё до того, как наркоз подействовал. В результате демонстрация была сорвана. Публика освистала Уэллса, а на следующий день все газеты назвали доктора обманщиком и шарлатаном.

Надо отдать должное стойкости Уэллса. Он далеко не сразу потерял присутствие духа и, несмотря на неудачу, продолжал использовать азот в качестве анестезии. Более того, доктор даже начал исследовать свойства другого анестезирующего вещества – хлороформа. В 1847 г. из печати вышла его книга «История открытия применения закиси азота, эфира и других жидкостей при хирургических операциях». Однако подмоченная неудачной

демонстрацией репутация сделала своё дело – эта серьёзная и корректная исследовательская работа осталась незамеченной.

Последствия были печальны. Клиенты стали уходить от доктора, который, по их мнению, «опозорил» себя в Бостоне, и постепенно Уэллс разорился. В 1847 г. он продал свою практику и стал зарабатывать на жизнь продажей медикаментов. Однако и здесь ему не удалось добиться успеха. Спустя год вконец сломленный Хорас Уэллс покончил жизнь самоубийством. Причём весьма оригинально – вдохнув большую дозу хлороформа.

Нашумевшая история о гарвардской демонстрации и трагической гибели Уэллса заставила многих врачей быть куда более осторожными. Именно из-за неё вышеупомянутый Кроуфорд Лонг, независимо от Уэллса применивший наркоз при операции, в течение долгого времени никому не сообщал об этом. Кстати, он сделал это на 3 года раньше Уэллса – в 1841 г. Именно тогда к нему пришёл на приём пациент Джеймс Вейнэбл, которому нужно было удалить большую опухоль в районе затылка.

Перед операцией Лонг дал Вейнэблу подышать сквозь губку, смоченную диэтиловым эфиром, о свойствах которого, как мы помним, он узнал из книги Дэви. После этого больной погрузился в сон, во время которого Лонг успешно удалил опухоль. Позже он провёл ещё несколько аналогичных операций, и все они закончились удачно. Коллеги стали давать Лонгу советы рассказать о своём открытии, и он уж было собрался сделать это, как вдруг разразился скандал, связанный с гарвардской демонстрацией Уэллса. После этого Лонг, будучи человеком весьма разумным и осторожным, решил, что лучше промолчать.

Его молчание затянулось аж до 1854 г., когда, уступив уговорам своих друзей, Лонг написал се-

натору Доусону историю своего открытия, не требуя ни почестей, ни денежных премий. Тогда на его признание не обратили должного внимания – ведь эфирный наркоз к тому времени был уже запатентован. Произошло же это 16 октября 1846 г. в клинике Бостона. Хирург Уильям Томас Мортон провёл первую в мире публичную операцию с применением эфирного наркоза, в результате которой пациенту была удалена подчелюстная опухоль. И сделано это было безукоризненно.

Интересно отметить, что Мортон достаточно долго был младшим партнёром злополучного Уэллса, вместе с которым искал способ избавить пациентов от боли. Однако в 1843 г. он разорвал партнёрство с Уэллсом, поскольку счёл, что оно не приносит ему прибыли. Позже Мортон присутствовал на неудачной гарвардской демонстрации, из которой, видимо, сделал правильные выводы, и продолжил исследования свойств анестетиков.

После удачной операции Мортон сразу же запатентовал своё открытие, однако тут-то врача и подвела его скрытность и осторожность. Он не опубликовал результаты экспериментов с эфиром, а в заявке на патент написал, что для анестезии использовал газ под названием «летеон». Неудивительно, что вскоре обман был раскрыт, и Мортон лишился патента, поскольку в нём было указано несуществующее вещество. Доктор был разочарован, однако всё-таки его открытие послужило людям – после удачной операции в Бостоне эфирный наркоз стали применять во всех клиниках мира.

В наше время приоритет Лонга в открытии эфирного наркоза признан официально. А на родине скромного доктора в городе Джефферсон ему поставлен памятник с надписью: «Первый изобретатель обезболивания».

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Далёкое – близкое

В декабре этого года исполняется 120 лет со дня рождения прославленного полководца Великой Отечественной войны Г. Жукова. Однако на лето 2016 г. выпадает ещё одна дата из биографии Георгия Константиновича – 70 лет назад он был переведён на должность командующего войсками Одесского военного округа. Назначение было опальным – маршала Победы тогда вывели из состава кандидатов в члены ЦК ВКП(б), и он перенёс инфаркт.

Журналистская судьба свела меня с доктором, которому довелось в то время быть лечащим врачом полководца.

В своё время газета «Орловские вести» напечатала большую статью о Жукове «Возвышение и падение великого полководца» («Орловские вести» № 132 от 25.11.1993).

Унизительнее наказания для Маршала Победы трудно было придумать: и военный округ второстепенный, и масса неизбежной служебной рутины, и...

Маршал Жуков как пациент

В таком качестве предстал он перед доктором Кузнецовым

Впрочем, минусы от такого назначения можно перечислять бесконечно. К тому же напомним, что прибыл маршал в Одессу очень больным человеком.

Причём, так уж получилось, на какое-то время опальный полководец оказался в Одессе без лечащего врача. И аккуратно в это время из военного госпиталя, располагавшегося в немецком городе Эрфурте, был назначен в Одесский окружной госпиталь молодой хирург Леонид Кузнецов.

Когда нас познакомила его дочь, моя коллега по газетной работе, Леонид Иванович положил на стол объёмистый альбом с фотографиями и какие-то сделанные порой наспех фронтовые записи. Интересной оказалась и жизненная стезя военного врача. Из Смоленска, где будущий



Военный хирург Л. Кузнецов

доктор учился в медицинском институте, студентов и медицинское оборудование лечебного факультета отправили в Самарканд, поскольку фашистская авиация на-

чала бомбить город уже на второй день войны. Через год молодой лейтенант медицинской службы уже лечил пилотов французской эскадрильи «Нормандия-Неман», которые бесстрашно бились на советских самолётах с асами Люфтваффе.

К концу войны Леонид Иванович уже состоялся как практический хирург, имел немалый опыт работы в военно-полевых условиях. К слову, доктора, хорошо знавшие при жизни Кузнецова, рассказывали мне, что у Леонида Ивановича было просто удивительное чувство диагностики. Он при помощи лишь одной пальпации ухитрялся ставить сложные диагнозы, ведь ни о каких УЗИ или МРТ тогда не могло быть и речи. И вот судьбе было угодно свести в Одессе прославленного полководца и молодого хирурга.

Георгий Константинович оказался на удивление дисциплинированным пациентом. Все назначения врача выполнял неукоснительно, ни на шаг не отступая от полученных рекомендаций.

Кстати, в том же военном госпитале работала и жена хирурга Анна Редько, которую раненые ласково называли «наша Анюта» за её доброе сердце и поистине золотые руки фельдшера. Перед тем, как попасть в Одессу, она дошла с советскими войсками до Берлина и даже расписалась на рейхстаге.

Что же касается самого Маршала Победы, то, как известно, после смерти И. Сталина в марте 1953 г. он был назначен первым заместителем министра обороны СССР, а потом и возглавил всё военное ведомство страны.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Фото из семейного альбома врача.

Погожее утро в начале длинных Первомайских праздников радовало душу пышно убранным городом.

Заступающих на смену скорой помощи первыми встречали сотрудники диспетчерской службы. Старший диспетчер, нестаряющаяся Симочка улыбалась всякому входящему.

Особое внимание: «А вот и лучший наш доктор, – а мы вас ждём», – приятно задело. Однако в её прищуренных глазах уж больно заметно прыгали лукавинки доброжелательности – явный признак: жди подвоха.

– Понимаете, доктор, просто необходимо помочь Надежде. Ей осталось всего две смены до декрета, а подменить некем...

...На выходе из диспетчерской доктора встретили медсестра Надежда и водитель Николай Михайлович.

Николай Михайлович славился тем, что на случайные недостатки медиков достаточно быстрой ездой отвечал наставительно и по латыни (выучил же) «Хвостина лентой», вместо Festina lente, что в переводе означает: «тише едешь – дальше будешь».

* * *

Как во всякие праздники, работы предстояло через край... И вот!

Изношенная до предела рация «хрюкнула». Сквозь свист и шум неестественно басовито прохрипел утомлённый голос диспетчера: «Где находитесь? Примите вызов, Московский проспект, дом ... квартира ... Пьяная драка с поножовщиной. Встретят соседи. Дождитесь милиции».

Водитель сдержанно, но весомо дал свой комментарий:

– Опять в дом переселенцев из барачных бандитского посёлка. Редкую смену минует, чтобы не было вызова на их разборки.

...Скрипнув тормозами, старая, повидавшая виды «скорая помощь» остановилась.

Сердобольные вездесущие старушки разом вскочили с покосившихся приподъездных скамеек.

– Ой, дорогие вы наши! Спасители вы наши! Бегите скорее. На третий этаж. Может, ещё живые старики-то. Перерезали сыночки родные, вся квартира в крови...

– А этим паразитам, детушкам ихним, сделайте как-нибудь смертельные уколы, чтобы сдохли на месте безо всякого суда, ироды проклятые...

Вдоль стен лестничного пролёта плотной шеренгой стояла примолкшая разнокалиберная и разношёрстная публика соседей. Из приоткрытых дверей выглядывали любопытствующие мордашки детишек.

* * *

У двери искомой квартиры нерешительно топтались четверо мужиков, судя по всему тоже из соседей.

Один, припав ухом к двери, прислушивался.

На литературный конкурс

В паутине барачков

Рассказ

Лев ПРОНИЧЕВ

– Тишина, ни хрена не слышать. Ну-ка, Лёха, загляни, чё там? Да не бойсь – в случае чего поможем...

Лёха кулаком постучал в дверь. – Митюха! Шакал! Слышь, Афган! Чё там у вас? Чё затихли-то? Тут врачи со скорой помощи приехали, не бойтесь, милиции ещё нет. Может, впустите врачей-то?

Сняв тапки, Лёха на цыпочках, как осязаемое привидение, бесшумно вошёл в коридор квартиры...

– Ну чё там, Лёха? – встретил его шум голосов нетерпеливо любопытствующих соседей.

– Я далеко не ходил. Может, они в дальней спальне. Пропустите врачей-то, пускай они посмотрят. Поди, старикам самая срочная помощь нужна. Перевязки какие сделать, да уколы сердечные...

* * *

Приезд сотрудников милиции предсказуемо затягивался. Обстановка требовала разрядки.

– Вот что, мужики, кто тут из вас в наиболее дружеских отношениях с жильцами квартиры? – спросил доктор.

– О чём базар, доктор! Мы все тут как одна семья.

Лёха, повелительно взмахнув рукой, скомандовал:

– Пошли, ребята.

Мужики, потеснившись, настоятельно остановились в узком проёме прихожей двухкомнатной хрущобы. Взору предстала безобразная картина.

В комнате, опершись спиной на простенок, стоял по пояс голый мужчина. Изорванная белая майка с густыми «блинами» запёкшейся крови жуткими лоскутами покрывала верхнюю часть заметно сползших штанов.

По всему телу, в редких просветах кровавой «штукатурки» густой синевой выступали части причудливых башен и куполов с крестами. На оклик: «Митюха, слышь... Шакал, чего тут у вас?» мужик поднял опущенную на грудь голову. Осиплым голосом жутковато, по-волчьи завывал:

– У-у, я живой ищю, – и вынул из-за спины густо исколотый синий кулак с плотно зажатым в нём оковаленным кухонным ножом.

Двое его приятелей, остановившись на безопасном расстоянии, пытались увещевать:

– Митюха, ты чего, Шакал, в самом деле, одурел что ли? Кончай дурить, брось ножик-то. Давай поговорим... дело житейское – мало ли чего бывает. Сегодня подрались, завтра по-



миримся. В первый раз что ли? Отметим мировую – праздник-то ещё два дня гулять да гулять...

Профессионально помня: вступивший в полемику – практически сдаётся, доктор выступил вперёд и тоном, исключаям всякое двусмыслие, приказал:

– Прекратите безобразие! Бросьте нож!

К удивлению всех и самого доктора, сработало. Шакал удивлённо повернул голову, оценивающе уставился насторожённым взглядом.

– А-а, медицина... Медицину уважаем и подчиняемся.

Что-то промычав, он причмокнул расквашенными губами и, томно прикрыв глаза, загнул савил:

– Девочки-медички, медицинские сестрички, пожалейте сироту...

Подтягивая сползающие штаны, он выронил из руки нож.

Осмелевшие мужики, стараясь не испачкаться скользкой липкой кровью, осторожно приобняли дружка-корешка за плечи и, угваривая, повели в ванную.

Остальные двое с уговорами подступали к Афгану – Витюхе, стоявшему у окна, прикрывая опущенную голову кухонным табуретом. На мускулистом плече броско выделялась накладка, изображавшая две вершины гор в форме двугорбия верблюда с раскрытым парашютом над ними и жирно выведенными буквами: «ВДВ – Афган».

И только теперь доктор увидел в дверном проёме другой комнаты двух стариков.

Даже беглого взгляда было достаточно для оценки и тревожно-беспокойства за их состояние.

Неловко запрокинутая голова старушки с аккуратно прибранной куделькой реденьких седых

волос казалась несоразмерно маленькой на тонкой шее, коcherыжкой вставленной в покосившийся ворот простенькой кофты, обрамлённой маленьким кружевным воротничком.

В углублениях посиневших глазниц из-под полуприкрытых век жутковатым полумесяцем белели округлости закатившихся глаз.

Безвольно отвисшая челюсть сгладила старческие морщины.

Её безжизненно свисающие руки обливал остатками вылаканых слёз щуплый старик. Стоя на коленях, он как бесценное сокровище держал похолодевшие ладони и то отогревал их дыханием и прижимал к своим влажным щекам, то как беззащитный ребёнок, не выпуская рук, искал спасения, уткнувшись лицом в подол жены.

Выпирающие лопатки на ширококопистой, но по-стариковски усохшей спине периодически вздрагивали в почти беззвучных рыданиях, сопровождаемых бесчеловечным молитвенным речитативом:

– Мария Ивановна! Родная ты моя, не оставляй меня...

Просьбы доктора к нагусто забившей прихожую толпе не давали результата. Животное любопытство, сменившее тревожное ожидание, оделило сознание столпившихся. На впереди стоящих напирала сзади. И даже дети, извиваясь ужасом, умудрялись протиснуться к своим родителям.

– Граждане! Товарищи! – тон доктора стал жёстким. – Про-

пустите медсестру! Освободите коридор!

– Ой, доктор! Миленький ты наш! – запрочитала откуда-то сзади одна из женщин. – Ты уж делай что-нибудь сам. Худо твоей медсестричке-то. Поприжали её тут. Кабы Нюрка двери-то не открыла, дак поди совсем бы задавили. А сумка-то с лекарствами цела, слава богу, она её из рук так и не выпустила.

* * *

В проёме двери показалась бледная Надя.

– Наденька! Потерпи минутку...

С привычностью до автоматизма доктор действовал, работая со скромным лекарственным арсеналом медицинского саквояга бригады скорой помощи.

– Готово. Вот тебе тампон с нашатырём. Нюхни... вот так, умница.

Надежда вертела головой и, промокая невольные слёзы, размазывала потёкшую тушь по щекам.

– Теперь потрём височки... переносицу... заодно подправим косметику. Теперь ещё разок нюхнём. Надя! Включайся! Надо, Наденька, надо, милая! – повелительно-доброжелательный тон вслед за нашатырём делал своё дело.

«Оживающая» Надя кислотовато улыбаясь:

– Спасибо, не волнуйтесь. Я соберусь... постараюсь...

– Постарайся, солнышко, – к почётной грамоте представлю. Ты только на радость сегодня не роди. Шутки-шутками...

Убедившись в её дееспособности, доктор привычно распорядился:

– А теперь эмоции в сторону – займёмся стариками. Пока я готовлю инъекции, дедушке – нашатыря, по той же схеме. Да сама приноживай...

* * *

...К старушке Марии Ивановне медленно возвращалась жизнь. Поднимаясь из неведомых глубин, сознание обретало осмысленность. Перед измученным взором в молочном тумане выплывали не ангелы – слуги Господни в белых покрывалах, а обычные, самые земные, утомлённые медики в белых халатах...

Череповец,
Вологодская область.

ОБ АВТОРЕ. Лев Проничев – заслуженный врач РСФСР, ныне пенсионер. Обо всём увиденном и пережитом за долгую врачебную практику пишет в рассказах, сборник которых недавно вышел из печати. Одно из произведений врача и литератора и представлено сегодня в «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-07-00375 Тираж 28 420 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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.