

Медицинская

12 мая 2017 г.
пятница
№ 33 (7751)

Газета®

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

В центре внимания

Огонь нашей памяти

Его зажгли в честь защитников Отечества



В Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова торжественно прошла патриотическая акция «Огонь нашей памяти», посвящённая 72-летию Победы в Великой Отечественной войне. В ней приняли участие более тысячи человек. Это студенты разных курсов и факультетов университета, ветераны Великой Отечественной – выпускники вуза и профессорско-преподавательский состав.

Вахта памяти началась с минуты молчания.

– Мы должны помнить всех выполнивших свой долг патриота, защитника нашей Родины, – сказал ректор МГМСУ член-корреспондент РАН Олег Янушевич. – Не забудем тех,

Огонь и цветы – в память о героях-медиках

кто работал и учился в нашем университете, ушёл отсюда на фронт. Президент МГМСУ им. А.И.Евдокимова академик РАН Николай Юшук подчеркнул:

– Мы в неоплатном долгу перед ветеранами, выстоявшими и защитившими нашу свободу и независимость. Молодое поколение должно помнить об их подвиге, любить свою страну и бороться за её процветание.

Поздравил собравшихся с Днём Победы и председатель Совета ветеранов университета – участник Великой Отечественной войны, воин-интернационалист, полковник в отставке Андрей Павленко.

По давней традиции МГМСУ прошло возложение цветов к памятнику,

который установлен в университете в честь героического подвига солдат-медиков. Но прежде на митинге объявили имена не вернувшихся с войны коллег. В честь каждого из них был зажжён факел. Затем эти огни в руках принесли к стене университета. Именно отсюда, от здания вуза в центре Москвы, медики в те далёкие годы уходили на фронт. И этот огонь – символ вечной памяти о героях, павших в борьбе против фашизма.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Фёдора ГЛАЗАЧЕВА.



Оксана АЛЕКСАНДРОВА,
заместитель директора МОНКИ
им. М.Ф.Владимирского
по учебной работе, профессор:

Непрерывное медицинское образование – не изменение формы, это переход к новой системе...

Стр. 6–7

Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Контроль антикоагулянтной терапии – ключевой этап профилактики всевозможных кровотечений.

Стр. 11



Евгений ЖИБУРТ,
заведующий кафедрой
трансфузиологии Национального
медико-хирургического центра
им. Н.И.Пирогова, профессор:

Следить за здоровьем и соблюдать здоровый образ жизни необходимо вне зависимости от фенотипа эритроцитов.

Стр. 12

Акценты

В приятном окружении

Высокую оценку дал председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев работе коллектива Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Смоленске.

Д.Медведев во время недавнего рабочего визита в город-герой Смоленск более двух часов провёл в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования. В сопровождении главного врача кандидата медицинских наук Анатолия Овсянкина он предметно ознакомился с методиками оказания высокотехнологичной медицинской помощи, позволяющими выполнять эндопротезирование с использованием компьютерной навигационной системы, гарантирующей имплантацию протеза с максимальной точностью. За 4 года существования центра в его отделениях (в том числе и детском, с возможностью пребывания матери и ребёнка) выполнено более 20 тыс. операций, высокотехнологичную помощь получили жители из 72 регионов России.

Находясь в телекоммуникационном блоке, премьер-министр по трансляции наблюдал за ходом операции в

одном из отделений, затем – за процессом реабилитации пациентки, которая после имплантации коленного сустава с помощью инновационной системы контроля и анализа движений занималась лечебной физкультурой. Д.Медведев побывал и в детском отделении.

В ходе беседы с главным врачом Дмитрием Анатолевичем интересовался международными контактами центра, деловым взаимодействием с администрациями города и области, обеспечением врачей комфортным жильём, их научной деятельностью. Премьер-министр с удовлетворением встретил сообщение А.Овсянкина, который является ещё и заведующим кафедрой травматологии и ортопедии с военно-полевой хирургией Смоленского медицинского института, о том, что центр готовится в июне принять уже 4-ую Всероссийскую олимпиаду среди ординаторов, обучающихся по специальности «Травматология и ортопедия».

В завершение посещения центра Дмитрий Медведев резюмировал: «Клиника ваша хорошая, находится здесь приятно».

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Перемены

Число процедур ЭКО удвоится

По медико-демографическим показателям минувший год стал самым благоприятным для Санкт-Петербурга за четверть века. Об этом заявил губернатор Георгий Полтавченко, выступая перед депутатами Законодательного собрания города с отчётом правительства за 2016 г. Он подчеркнул, что в названном периоде достигнут наиболее высокий коэффициент рождаемости – 13,9 на тысячу населения. Пятый год подряд продолжается естественный прирост населения. Соответствующий коэффициент – 2,2 – также является 25-летним максимумом.

По словам градоначальника, впервые за много лет отмечено снижение смертности по всем значимым видам заболеваний, включая новообразования. На 29% сократилась гибель

людей от туберкулёза и на 28% – от внешних причин, включая травмы и отравления. Шестой год подряд уменьшается смертность от сердечно-сосудистой патологии. Чтобы

в нынешнем году минимизировать воздействие демографической ямы 1990-х годов, Санкт-Петербург, как заверил Г.Полтавченко, удвоит число процедур экстракорпорального оплодотворения, проводимых за средства территориального фонда ОМС. С учётом всех источников финансирования город планирует впервые выполнить за год порядка 10 тыс. сеансов лечения бесплодия с помощью ЭКО.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Новости

За новым оборудованием — будущее

В Магаданской областной больнице прошла демонстрация современного медицинского оборудования для артроскопических операций, позволяющего проводить сложные хирургические вмешательства на суставах. Покупка медтехники и расходных материалов стала возможной благодаря сотрудничеству Фонда социального партнёрства Магаданской области и коммерческого объединения, которое выделило для этого средства. С помощью первоклассной машины, на которой уже около месяца работают колымские хирурги, удалось провести несколько успешных операций. Оценить новинку смогли социальные партнёры региона, губернатор области Владимир Печёный.

Как рассказал гостям заведующий травматологоортопедическим отделением Магаданской областной больницы Игорь Кокиндяк, с помощью этого современного оборудования возможности проводить сложнейшие артроскопические операции на суставах выросли в разы, такая техника значительно улучшает качество жизни пациентов.

Огромный плюс медтехники состоит в том, что оно полностью автоматизировано. Хирург даже может работать один, выполняя операции на повреждённых передних, задних крестообразных связках, плечах, менисках, лечить заболевания коленного сустава.

Николай ИГНАТОВ.

Магадан.

Самый сердечный подарок

Национальный день донора Владивосток встретил традиционной акцией по сдаче крови. Несколько десятков добровольцев — студенты, служащие, сотрудники силовых структур — пришли на краевую станцию переливания крови Приморья, чтобы поделиться самой ценной жидкостью в организме человека и подарить кому-нибудь надежду на жизнь. Благодаря активности приморцев на станции было заготовлено более 70 л крови.

Как сообщили на СПК, в этом году в Национальном дне донора пожелали принять участие почти 200 приморцев, однако по показаниям здоровья допущены к донации были 142 человека.

По словам главного врача краевой СПК Ольги Горевой, приморские доноры — одни из самых активных в России. Десятки жителей края регулярно сдают кровь для спасения других людей на безвозмездной основе.

Уже не в первый раз к подобным акциям присоединяется и приморский благотворительный фонд «Сохрани жизнь», который часто и активно помогает детям с онкогематологическими заболеваниями. В этот раз активисты движения также не остались в стороне — они подготовили сладкие подарки для всех доноров.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

Весь спектр реабилитации

В Научно-клиническом многопрофильном центре им. З.И.Круглой в Орле открыли отделение реабилитации. Кинезотерапия, эрготерапия, вайотерапия, механотерапия, массаж, лечебная физкультура — для реализации всех этих направлений медицинской реабилитации в новом корпусе (параклиническом) центра отдала целый этаж.

— До сегодняшнего дня реабилитация детей в Орловской области была большим вопросом и большой проблемой, — говорит заведующая отделением медицинской реабилитации Екатерина Омельченко. — Качественное многофункциональное восстановление после болезни можно было получить лишь за пределами региона. Сегодня мы имеем практически все возможности для того, чтобы плодотворно работать с маленькими пациентами.

При активном и грамотном подходе у ребят есть все шансы если не на полное восстановление, так на возвращение многих функций, которые могут помочь им в современном мире, говорят врачи.

— Реабилитация является крайне важным моментом в лечении, — напоминает главный врач центра им. З.И.Круглой Алексей Медведев. — У детей очень высокий реабилитационный потенциал, поэтому здесь главное — вовремя включить их в процесс. Сегодня с помощью этого отделения мы сможем создать условия, аналогичные крупным реабилитационным центрам.

Для этого в отделении будут работать специалисты различных профилей: инструкторы лечебной физкультуры, массажисты, психологи, психиатры, преподаватели-дефектологи, эрготерапевты, специалисты по социальной адаптации, а также квалифицированные неврологи и многие другие.

Андрей ДЫМОВ.

Орёл.

Стоп, мошенник!

В Тобольской областной больнице № 3 прошла профилактическая акция «Стоп, мошенник!». В рамках мероприятия главный врач член общественного совета тобольской полиции Марат Баширов совместно с сотрудником дознания Вероникой Кульмаметовой рассказали пациентам стационара, как не стать жертвой мошенников.

Беседа затронула проблему участившихся случаев мошенничества в Тобольске. Самым распространённым способом обмана стали телефонные звонки с просьбой перевести деньги близкому родственнику, который оказался в больнице.

Участились случаи, когда на сайтах бесплатных объявлений появляются несуществующие товары и услуги. Преступники, чаще группами, обходят квартиры и представляют сотрудникам различных служб, в том числе медицинских, санитарно-эпидемиологических станций.

К числу опасных мошенников относятся гадалки, которые навязывают свои услуги, снимают порчу и забирают деньги, особенно у пенсионеров. В преддверии летних отпусков такие беседы выглядят более чем актуальными.

Дмитрий УЖЕНЦЕВ.

Тобольск.

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

События

Впервые в Карачаево-Черкесии

Хирурги Северного Кавказа уверенно осваивают высокие технологии

Имплантицию бифуркационного стент-графта при аневризме инфраренального отдела брюшной аорты и подвздошных артерий впервые выполнили в стенах Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы.

Внутрисосудистый (эндоваскулярный) стент-графт — это специальная металлическая конструкция, которая может применяться для лечения патологии сосудов самых различных размеров, но наиболее часто — для лечения патологического расширения сосуда, называемого аневризмой, которое образуется по мере прогрессирования атеросклероза и воздействия на стенку сосуда высокого артериального давления. При неконтролируемом высоком артериальном давлении сохраняется высокий риск расщепления и разрыва стенки сосуда.

Аневризма аорты является потенциально опасным и жизнеугрожающим состоянием, так как при разрыве аневризматически расширенной аорты возникает фатальное кровотечение, молниеносно приводящее к смерти. Эндоваскулярный (внутрисосудистый) стент-графт может помочь предотвратить разрыв аневризмы и избежать летального исхода. При проведении имплантации стент-графта обычно период пребывания в стационаре короткий, и выздоровление наступает быстрее, также при этом методе лечения пациент испытывает минимальные болевые ощущения, риск развития осложнений минимален по сравнению с традиционным хирургическим лечением.

14 апреля 2017 г. в республиканскую больницу для планового оперативного вмешательства поступил пациент Г. 62 лет, который ранее уже получал лечение и обследовался в отделении сердечно-сосудистой хирургии. Во время дообследования выявили аневризму инфраренального отдела брюшной аорты с переходом на подвздошные артерии, и было принято решение о плановом эндовас-



Операцию выполняет команда хирургов под руководством Марата Темрезова (крайний справа)

кулярном лечении — имплантации стент-графта. Из Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Астрахани был приглашён Дмитрий Гапонов — врач отделения рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения.

15 апреля 2017 г. Д.Гапоновым совместно с хирургами отдела сердечно-сосудистой хирургии и отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Республиканской больницы во главе с руководителем регионального сосудистого центра, заведующим отделением сердечно-сосудистой хирургии, доктором медицинских наук Маратом Темрезовым впервые в Карачаево-Черкесии имплантирован бифуркационный стент-графт в

брюшной отдел аорты и подвздошные артерии. Операция прошла без осложнений. Пациент находится на стадии выздоровления, и в ближайшее время планируется его выписка из стационара.

Эндопротезирование аорты — очень дорогостоящий метод, который в Карачаево-Черкесии применяется впервые, и это огромный шаг на пути к применению самых высокотехнологичных операций в этой республике Северного Кавказа.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Карачаево-Черкесская Республика.

Фото автора.

Деловые встречи

Специальность в специальности

Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» собрала около 1,5 тыс. специалистов — врачей и медсестёр из 79 регионов России и 15 стран мира. Она была приурочена к юбилейной дате: в нынешнем году Российское эндоскопическое общество отмечает 40-летие существования эндоскопии как официально признанной Минздравом страны медицинской специальности. На сегодняшний день в России работает порядка 9 тыс. сертифицированных эндоскопистов, большая часть которых является также хирургами.

Помимо аналитических докладов большой интерес вызвали прямые трансляции из операционных, работа в тренинг-зонах, проведение мастер-классов, занятия секций для эндоскопических сестёр и т.п.

Но эта встреча стала и поводом вспомнить историю эндоскопии, которая сегодня существует практически в любой медицинской специальности: хирургии, терапии, онкологии, гастроэнтерологии, колопроктологии.

Метод ведёт свою историю с начала XIX века. До этого осмотр внутренних органов без хирургического вмешательства был невозможен.

Появление электронной видеоэндоскопии в 1979 г. дало возможность сразу нескольким специалистам видеть весь процесс исследо-

вания, увеличивать изображение, рассматривать его в контрастном свете и сохранять в компьютерной базе данных.

Сегодня с помощью эндоскопии можно не только проводить диагностику, но и лечебные манипуляции, а также сразу брать биопсию. Такое исследование, как, например, колоноскопия, проведённая на ранней стадии, способна сохранить жизнь 9 из 10 больных раком кишечника, позволив начать лечение намного раньше.

«Главное в эндоскопии — это ранняя диагностика, — уверен заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, председатель эндо-

скопического общества, профессор Михаил Королёв. — Например, ранний рак не требует ни химиотерапии, ни облучения. Короткий койкодень, отсутствие инвалидности, отсутствие больничных листов — и прекрасный функциональный результат».

По его словам, исследования стали эффективнее, а также мягче и комфортнее для пациента: появилась возможность использования внутривенного наркоза, а сами методики стали безболезненными и нетравматичными.

В ведущих клиниках России, как и во всём мире, в 80% операций врачи применяют различные методы малоинвазивных исследований внутренних органов: кардиоскопию, бронхоскопию, гастроскопию, цистоскопию, нефроскопию, кольпоскопию, ректороманоскопию, колоноскопию и т.д.

Особенно актуальными эти исследования становятся при выявлении раковых и предраковых новообразований.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва.

Решение

Помним подвиг медиков

Серию плакатов о подвигах медицинских работников в годы Великой Отечественной войны выпустило Министерство здравоохранения РФ.

«Война была выиграна в значительной степени солдатами и офицерами, возвращёнными в строй медицинской службой», – сказал генерал-майор медицинской службы академик РАН Фёдор Комаров. В тексте, размещённом на пла-

катах, подчёркивается, что в 1941–1945 гг. через госпитали прошли более 22 млн человек. Из них 17 млн были возвращены в строй. Благодаря медикам армия не потеряла 72% раненых и 90% заболевших на полях сражений.

Во время Великой Ответственной войны погибли или пропали без вести около 85 тыс. медиков, среди которых 5 тыс. врачей и 9 тыс. средних медицинских работников, почти 71 тыс. санитарных инструкторов

и санитаров. Смертность медработников была на втором месте после гибели на полях сражения бойцов стрелковых подразделений. Средняя продолжительность жизни санитаринструкторов на передовой в 1941 г. составляла 40 секунд. Звание Героя Советского Союза получили 47 медицинских работников.

Алексей ЛЕОНИДОВ,
МИА Сити!

Москва.

Ситуация

ВИЧ-инфицированные добавляют проблем

Известная исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 20 регионах к инициативе снятия действующих ограничений на въезд в Россию ВИЧ-инфицированных граждан других государств.

За снятие ограничений на въезд высказались только 10% врачей, потому что, по их мнению, это является дискриминацией и не соблюдением прав человека (33%), ВИЧ-инфицированный человек безопасен (17%), от отмены запрета количество ВИЧ-инфицированных не изменится (8%) и по другим причинам.

Две трети опрошенных высказались против отмены ограничений на въезд в Российскую Федерацию. Они объяснили свою позицию тем, что в стране и так много ВИЧ-инфицированных (21%), есть риск распространения заболевания (21%), есть недостаток финанси-

рования на лечение граждан с ВИЧ (14%) и другими причинами.

С утверждением, что снятие таких ограничений может угрожать национальной безопасности в части здоровья граждан, согласились 75% врачей. Более того, 71% опрошенных докторов согласились с утверждением, что проверку на ВИЧ надо усилить для въезжающих в страну иностранцев.

Что интересно, 61% считают, что подобные ограничения дают обратный эффект – мигранты, знающие о своём статусе, не имеют доступ к медпомощи и занимаются самолечением, опасаясь депортации. Половина согласилась с тем, что при необходимом и своевременном лечении больные ВИЧ-инфекцией не представляют угрозы для окружающих.

«Действительно, если человека с ВИЧ своевременно обследовать и правильно лечить, то для общества он не опасен. Однако на практике

встаёт вопрос: за чей счёт этих людей на территории России будут обследовать и лечить. Курс антиретровирусной терапии может стоить до 20 тыс. руб. в месяц на человека. Не говоря об обследованиях, которые он должен проходить регулярно. Подавляющее большинство граждан РФ получают эту помощь от государства. Платить за мигрантов некому, в итоге их будут депортировать, и даже при отсутствии запрета на въезд они будут въезжать нелегально, чтобы скрыть свой ВИЧ-статус, так как он обязывает к ежемесячным немалым затратам, которые большинству мигрантов просто не по карману», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Москва.

Признание

Профессоров наградили медалями

Приятным и волнительным моментом было отмечено очередное заседание учёного совета Омского государственного медицинского университета. Сразу семь профессоров вуза приняли награды – памятную медаль имени Сергея Манякина.

Имя Сергея Манякина дорого жителям Прииртышья. В энциклопедиях и справочниках о нём сообщается как о видном государственном деятеле, депутате. Однако омичам он запомнился в первую очередь как человек, который очень многое сделал для развития экономики и агропромышленного комплекса региона.

В память об одном из самых ярких руководителей города на Иртыше в апреле 2016 г. по инициативе старейшин Омского землячества был учреждён Фонд развития Омской области его имени, а также именная медаль для награждения тех, чей труд и знания особенно заметны в развитии региона.

Нынче церемония награждения такими медалями состоялась во второй раз. За особые заслуги в модернизации системы здравоохранения, направленной на улучшение качества предоставления медицинской помощи населению, а также разработку и широкое внедрение в практику современных инновационных методов

диагностирования и лечения заболеваний, за большой вклад в подготовку медицинских кадров региона президент Фонда развития Омской области им. С.И. Манякина депутат Законодательного собрания Степан Бонковский награждает профессоров ОмГМУ, в том числе исполняющего обязанности ректора, заведующего кафедрой дерматовенерологии и косметологии, отличника здравоохранения, доктора медицинских наук, профессора Виталия Охлопкова.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проекты

В ожидании новоселий

Не менее 10 новых объектов здравоохранения должны быть введены в Сахалинской области в течение 5 лет. Об этом сообщил губернатор Олег Кожемяко в своём ежегодном отчёте перед областной думой.

Островная медицина давно испытывает серьёзную нехватку площадей. Кроме того, многие ЛПУ не соответствуют современным требованиям. Поэтому весьма кстати, что в течение ближайших 5 лет в регионе развернётся масштабное строительство больниц, поликлиник и ФАПов.

Как следует из доклада главы региона, власти приступили к подготовке проектной документации для последующего возведения 10 объектов. Так, в Южно-Сахалинске планируется ввести в строй станцию скорой медицинской помощи, хирургический корпус Сахалинской областной больницы, новую региональную детскую клинику, две поликлиники, инфекционную больницу, – всё это в южной и северной частях города. В Корсакове должно быть возведено инфекционное отделение центральной районной больницы. В течение 5 лет сдадут в эксплуатацию новые

фельдшерско-акушерские пункты в Виахту, Зональном, Красной Тыми, Старорусском, Охотске. Амбулатории должны появиться в Мгачи, Стародубском, Кировском и Востоке. Кроме того, в 2017 г. на острове начнёт работать перинатальный центр. А на высвободившихся площадях роддома откроются ожоговое, торакальное, челюстно-лицевое хирургическое и проктологическое отделения Сахалинской областной больницы.

Николай СУВОРИН,
МИА Сити!

Южно-Сахалинск.

Официально

Такими заработками можно гордиться

Опубликованы данные о доходах руководителей столичного здравоохранения за минувший год.

Прибыли первых лиц в столичном здравоохранении не слишком выделяются на фоне зарплат других руководителей их уровня в мэрии Москвы. Однако есть в Департаменте здравоохранения служящие, значительно опередившие начальников по размеру заработанного в прошлом году.

Согласно опубликованным на сайте столичной мэрии сведениям о доходах чиновников, вице-мэр Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников заработал за 2016 г. 6,9 млн руб. Это немногим больше, чем пошло в копилку главы Департамента здравоохранения Алексея Хрипуна (6,2 млн) и вполне на уровне прошлогоднего заработка федерального министра здравоохранения – Вероника Скворцова получила за прошлый год доход в размере 6,6 млн руб.

Но есть в Департаменте здравоохранения служящие, значительно опередившие по размеру заработанного в прошлом году не только своих начальников, но даже Президента РФ В.Путина. Один из рекордсменов – главный бухгалтер ведомства Тамара Грекова, чей заработок составил 16,6 млн руб. При этом ни в 2015 г., ни в 2014 г. в столь крупных доходах служащая замечена не была, заработав 3,6 и 3,8 млн руб. соответственно. Сделок с недвижимостью, судя

по декларации, она в прошлом году также не совершала: в её собственности по-прежнему находятся земельный участок под ИЖС площадью 1500 м², жилой дом (200,4 м²) и две квартиры, правда, площадь одной из них почему-то уменьшилась за отчётный период с 76,2 до 57,3 м².

На втором месте в рейтинге доходов чиновников московского здравоохранения оказался специалист отдела обеспечения медицинскими изделиями Игорь Царенко, заработавший в 2016 г. 8,3 млн руб. Но в его случае высокий доход как раз можно объяснить продажей одной из двух квартир, задекларированных им по итогам 2015 г.

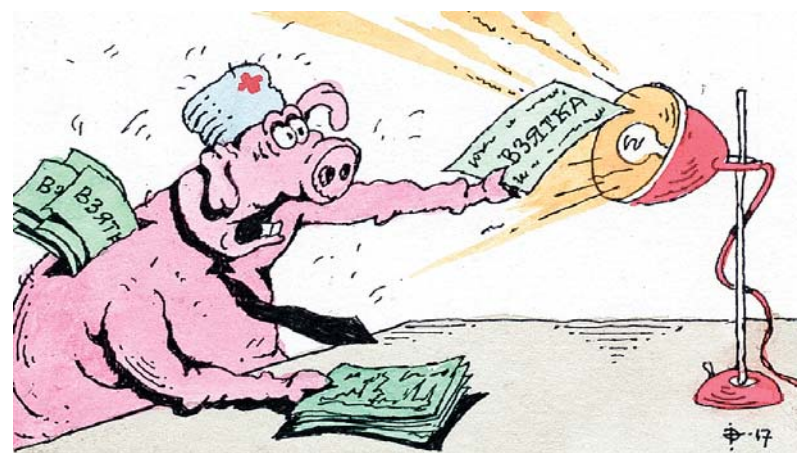
Замыкает тройку начальник Управления строительства и капитального ремонта Валерия Крупин, чей доход за 2016 г. составил, согласно декларации, 7,4 млн руб. Примечательно, что супруга чиновника заработала почти столько же – 7,6 млн. Неудивительно, что в семье Крупиных числится сразу четыре автомобиля, два из которых марки Porsche.

Есть вероятность, что указанные рекорды будут побиты после публикации сведений о доходах заместителей руководителя Департамента здравоохранения. Напомним: по итогам декларационной кампании наибольший заработок – 22,2 млн руб. – оказался в активе у первого заместителя руководителя департамента Валерия Павлова.

Соб. инф.

Криминал

Заподозрены в получении взятки



Как сообщило Главное следственное управление Следственного комитета России по Московской области, начато расследование уголовного дела в отношении начальника одного из управлений Министерства здравоохранения Московской области и ряда представителей коммерческих организаций по признакам преступлений, предусмотренных ч. 6 ст. 290 (получение взятки в особо крупном размере), п. «в» ч. 5 ст. 290 (получение взятки в крупном размере), ч. 5 ст. 291 (дача взятки в особо крупном размере).

По версии следствия, с сентября 2016 г. по февраль 2017 г. представители коммерческих организаций передали начальнику Управления Министерства здравоохранения Московской области около 2 млн руб. за способствование в выдаче лицензии на осуществление медицинской деятельности, а также

в достижении преимуществ на аукционах на право заключать контракты на поставку расходных материалов лечебным учреждениям.

«Указанная противоправная деятельность была пресечена сотрудниками Управления экономической безопасности и противодействия коррупции ГУ МВД России по Московской области, после чего подозреваемые были задержаны», – поясняют правоохранители. В настоящее время следователями проведены обыски у всех подозреваемых, в ходе которых были обнаружены и изъяты соответствующие документы и денежные средства. Проводится комплекс следственных действий, направленных на установление всех обстоятельств совершенных преступлений. Расследование уголовного дела продолжается.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Москва.

Однако

Частники что-то подкачали...

Россиян не устраивают платные услуги

Количество поступающих в Роспотребнадзор сообщений о плохой работе врачей частных клиник выросло за последние 5 лет в 3 раза. А Росздравнадзор зафиксировал в 2016 г. 30%-ный рост нарушений порядка оказания медицинской помощи.

«Наибольший рост количества обращений с 2011 г. произошёл в сфере предоставления платных медицинских услуг. За этот период количество жалоб на некачественные услуги выросло в 3,3 раза», – указано в докладе президенту Государственного совета РФ «О национальной системе защиты прав потребителей».

Документ был подготовлен рабочей группой во главе с губернатором Курганской области Алексеем Кокориным к заседанию президиума Госсовета по вопросу «О национальной системе защиты прав потребителей». В группу также входили глава Роспотребнадзора Анна Попова и другие чиновники, представители экспертного сообщества и бизнеса.

В докладе говорится, что с 2010 г. общее число обращений в территориальные органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека возросло практически вдвое. В 2010 г. в Роспотребнадзор поступило 357 тыс. претензий, а в 2016 г. – уже 695 тыс.

Указывается, кстати, что число обращений в Роспотребнадзор с жалобами на образовательные услуги, услуги связи, общественного питания и сферу долевого строительства жилья за тот же период только удвоилось. Наименьший прирост жалоб (в 1,3-1,5 раза) касался сфер туризма, бытового обслуживания и сферы финансовых услуг.

Рост числа нарушений в сфере медицинских услуг отмечен не только в документе Госсовета, но и в докладе об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в 2016 г. Как указано в нём, за прошлый год Росздравнадзор проверил 7,4 тыс. юридических лиц и ИП и нашёл нарушения в 44,7% медицинских организаций.

«Следует отметить большое количество нарушений медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи (выявлено 7744 нарушения порядков оказания медицинской помощи, что на 30,9% больше чем в 2015 г.)», – сказано в докладе ведомства. В нём уточняется, что основными проблемами являются несоблюдение стандартов оснащения (5,4 тыс. случаев) и нарушение требований к организации деятельности медицинского учреждения (1,9 тыс.).

Ряд экспертов поспешили объяснить рост числа жалоб на платную медицину увеличением объёмов рынка, а не ухудшением работы врачей-частников. Так, глава Лиги защитников пациентов Александр Саверский заявил, что именно с этим связано увеличение числа нарушений и жалоб на платную медицину – с ростом такого рынка в последние годы.

«Частный сектор ощутимо вырос за последние 5 лет, и объём платных медицинских услуг стал больше. По данным ВОЗ, в прошлом году россияне тратили на лечение (услуги частных клиник, лекарства и др.) 3,2 трлн руб., а 5 лет назад – порядка 2 трлн. Соответственно, ситуация не ухудшается – просто растёт рынок, а вместе с ним число нарушений и жалоб. Кроме того, изменилось и отношение людей к нарушениям: из-за роста цен на услуги потребители активнее идут отстаивать свои права», – считает А.Саверский.

По данным Росстата, объём оказанных платных медицинских услуг населению составлял 249,9 млрд руб. в 2010 г., а в 2016 г. он достиг 539,5 млрд. Как следует из доклада Госсовету, в среднем на 100 тыс. человек поступает 226,7 жалобы на нарушения прав потребителей в целом. Наиболее активно жалуются жители республик Алтай (664,5 на 100 тыс. человек), Хакасия (629,1) и Бурятия (625,9). Реже всего свои права пытаются отстаивать жители Кабардино-Балкарской Республики (39), Республики Дагестан (33,9) и Чеченской Республики (29,9).

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Санитарная зона

Случаи заражения медицинского персонала отмечены в странах Европейского региона, где с начала 2017 г. наблюдается эпидемический подъём заболеваемости корью. Российские медики до 55 лет включительно имеют возможность бесплатно привиться от этой инфекции.

детей. Врачи лабораторно подтвердили 48 случаев заболевания.

В городе экстренно провели подчищающую имму-

Наши медики могут бесплатно привиться от кори



Как коллега коллеге...

Общее число пострадавших составляет в странах Европы более 4 тыс. человек, сообщила Федеральная служба по контролю в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), ссылаясь на информацию Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний (ECDC). Случаи заболеваний зарегистрированы в 14 странах: Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Исландия, Испания, Италия, Португалия, Румыния, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция. Наибольшее число случаев зарегистрировано в Румынии и Италии, а в некоторых – и летальные исходы.

По данным эпидемиологического расследования распространение кори стало возможным на фоне низкого уровня иммунизации населения стран Европейского

региона и отсутствия ограничительных мероприятий в очагах болезни, в результате чего произошли случаи завоза. В настоящее время специалистами проводится комплекс мероприятий по локализации эпидемической ситуации, в том числе вакцинация всех слоёв населения, включая взрослых, лабораторные исследования, широкая санитарно-просветительская работа.

Роспотребнадзор обращает внимание соотечественников на эпидемический подъём заболеваемости корью в Европе и просит учитывать данную ситуацию при планировании поездок.

В России напряжённая ситуация по этой инфекции сложилась в конце прошлого года в Екатеринбурге: на 1 декабря здесь было зарегистрировано 64 случая заболевания на корь, из них 40 – у

низацию населения, заново пересмотрели все медотводы от вакцинации – после этого прививки получили 1705 человек, в том числе 1407 детей, которым раньше прививки не делались по медицинским показаниям.

Кстати, летом прошлого года Министерство здравоохранения РФ издало приказ № 370н, расширив круг тех россиян, которым положено делать прививки против кори. В прежней редакции бесплатная вакцинация от этой инфекции полагалась только детям от 1 до 18 лет и взрослым до 35 лет включительно, которые не болели, не делали прививку или делали её однократно, а также не знали ничего о своих прививках против кори. Теперь речь идёт не только о вакцинации, но и о ревакцинации, а также об увеличении числа тех, кому необходима прививка.

Так, список пополнился россиянами в возрасте 36-55 лет включительно, принадлежащих к группе риска, в том числе медиков. Это касается тех, кто не болел корью, не делал прививку от этой болезни, делал её однократно или не располагает сведениями о сделанной прививке. Кроме врачей в группу риска вошли работники образовательных учреждений, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сфер.

Иван САВРАНСКИЙ.

МИА Сити!

Острая тема

Министерство здравоохранения Республики Бурятия официально на своём сайте сообщило об отказе региона устанавливать в медицинских учреждениях бэби-боксы, или, как их ещё называют, «окна надежды» для детей-отказников.

В размещённой информации ведомство ссылается на то, что данное решение принято по результатам общественных слушаний, участие в которых принимали представители здравоохранения, соцзащиты, политики и священнослужители. В итоге победило мнение, что бэби-боксы станут провокацией для отчаявшихся из-за собственной социальной несостоятельности и просто непутёвых мамаш. Они, дескать, начнут без зазрения совести нести детей в эти «окна надежды» на попечение государства вместо того, чтобы воспитывать их в семьях.

– Целью установки бэби-боксов является сокращение количества случаев убийства матерью новорождённого ребёнка. Также они предназначены для матерей, которые в силу различных причин не могут позаботиться о ребёнке, – так до начала дебатов обозначил идею «младенцеприёмников» депутат

«Окна надежды» — это дорого, лишение жизни дешевле

К чему приводят циничные дискуссии по важнейшему вопросу

Народного Хурала Бурятии Баир Цыренов. Но его голос не был услышан.

Контрдоводы, приведённые представителями системы социальной защиты и системы здравоохранения республики, поражают отсутствием логики. Чиновники настаивают на том, что «каждый ребёнок с момента рождения имеет право на имя своё, а также жить и воспитываться в семье, а институт «бэби-боксов» не совсем отвечает этому праву ребёнка». Можно подумать, отсутствие бэби-боксов автоматически гарантирует каждому новорождённому семье и любящих родителей.

В том, что это не так, убеждает статистика, на которую ссылается главный педиатр Минздрава Буря-

тии Наталья Гомбоева, как ни странно, тоже противница бэби-боксов: с 2012 по 2016 г. в медицинских учреждениях республики мамочки анонимно оставили (читай – бросили) 110 детей. Но разве тот факт, что эти «кукушки» нашли смелость оставить малыша в роддоме сразу, а не забрали домой, чтобы затем вернуться и под покровом темноты положить его в бэби-бокс, не одно и то же – безымянность, отсутствие семьи, одним словом, нарушение тех самых прав ребёнка, на которые ссылаются чиновники?

Ничего иного, кроме осуждения, заведомо не стоило ожидать от представителей церкви. Один из них во время дебатов заявил о том, что оставлять малыша в специальном окне для отказников

безнравственно, это, дескать, нарушает права родителей (!) и детей. А потому устанавливать «окна надежды» нецелесообразно, даже несмотря на то, что такая практика введена в других странах. Интересно, а кто-нибудь из «апологетов нравственности» спросил самих нежеланных детей, что они предпочитают: оказаться в бэби-боксе и быть спасённым или замёрзнуть насмерть в мусорном контейнере?

В информации, опубликованной Минздравом республики, не опровергаются, а напротив – подтверждаются данные о том, что, несмотря на все усилия медиков по профилактике отказов от детей в роддомах, случаи жестокого обращения с новорождёнными всё равно происходят. В лучшем случае

малыша подкидывают к дверям больницы живым. В худшем – с ним «нравственно» расправляются, как, к примеру, поступили с крохой в Кабанском районе Бурятии: тело ребёнка нашли на железнодорожных путях. Бэби-боксы поблизости не оказались...

Каких бы денег ни стоили установка и обслуживание бэби-боксов, а затем воспитание ребёнка-отказника в детском доме, это будет правильным вложением государственных средств. Гораздо более правильным, чем проведение бесплодных и циничных дискуссий по столь очевидному вопросу: жить или не жить.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

...Узнать характер человека можно прежде всего по открытому разговору. Из неспешного общения, проходившего у нас в течение доброй половины дня на фоне бурлящей Москвы во время прогулки по старинным сретенским улочкам, думается, удалось хоть немного постичь мир этого неординарного врача – одной из «визитных карточек» Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Предлагаем читателям «МГ» мысли вслух нашей героини.

...С годами неизбежно перелистываешь свою жизнь и осознаёшь, что в ней главное, что наносное. Мечта, если она высокая и направлена на благо людей, зовёт за собой. Потому я и выбрала медицину.

...Для меня главное – заветы моих учителей Александра Ивановича Евдокимова и его сподвижника Георгия Андреевича Васильева развивать стоматологию, хранить её чистоту. С ними мне посчастливилось быть рядом до их ухода из жизни.

Александр Иванович – бесспорный классик отечественной медицины, яркая и крупная личность в истории российской стоматологии, один из её основоположников. Он стал первым представителем стоматологии в АМН СССР. А.Евдокимов оказал грандиозное влияние на становление и судьбы тысяч людей. И в моей жизни он оставил неизгладимый след. Вспоминаю его с большой нежностью и благодарностью. Это была масштабная личность, огромно его значение в развитии стоматологии в России и дружественных республиках. Я застала его, когда он был директором института. Всегда поражалась его колоссальной энергии – он заведовал кафедрой, был директором института, главным консультантом в вышестоящих инстанциях, влиял на развитие стоматологии. Хотя лечил выдающихся людей и руководителей страны, при этом оставался простым и доступным для каждого студента. Для него я всегда была как скорая помощь. Часто сопровождала, всегда поддерживала; за рулём он признавал только меня.

Если оглянуться назад, в 50-60-е годы, мы увидим, что все крупные хирурги-стоматологи, заведующие кафедрами, многие основополагающие научные методики и хирургическая стоматологическая школа в целом – всё это плоды педагогической и научной деятельности Александра Ивановича. По сути дела – все стоматологические кадры были взращены и воспитаны им. Именно он в 1960 г. предложил открыть Центральный институт стоматологии (сегодня – ЦНИИС).

Прошёл суровую школу – от фельдшера и зубного врача до стоматолога и руководителя стоматологических кафедр и институтов. Всегда стремился поднять и зубного врача, и стоматолога до уровня высококвалифицированного специалиста, ведь представители старой зубоорудной школы отличались высоким мастерством и обширными, глубокими знаниями. В науке его заслуга в том, что он сформировал и развил концепцию одонтогенных воспалительных заболеваний, которая и сегодня подтверждается практикой лечения больных. Это был учитель, дававший нам знания не только по специальности, но и для жизни. Оставаясь доброжелательным, не терпел фальши, не признавал тех, кто в науке прибегал к фальсификации. Был замечательным хирургом, техника у него была просто отменная, и заключалась она в обоснованности, скрупулёзности, недаром первым его учителем был Н.Бурденко.

Молодёжь наверняка не знает, что был период, когда в вузе стало стремительно развиваться лечебное дело, и стоматология начала отходить на второй план. Александр Иванович тяжело пере-

живал, но не создавал конфликта. Он вообще не умел ходить по высоким кабинетам, никогда не надевал Звезду Героя Труда, чтобы доказывать, требовать. У него была главная забота – стоматология, и мы называли его «собирателем стоматологии». Одновременно он заботился о привлечении к работе в институте лучших специалистов страны, среди которых В.Михеев, Н.Махов,

сегодня есть её картины. Кое-что я сохранила. Отец – Григорий – был врачом. Студенческая дружба связывала его с Ипполитом Давыдовским, Владимиром Талалаевым, Григорием Коварским, вместе они трудились при зубоорудной школе Ильи Коварского. Папа прошёл Первую мировую, Гражданскую и Великую Отечественную войны. Был аскетом: ничего лишнего, никакой роскоши! Но увлекался

ном старинном доме на Сретенке. Это театральное место. Рядом – основанный Анатолием Васильевым театр «Школа драматического искусства», филиал Московского академического театра им. Владимира Маяковского, неподалёку – театр-студия под руководством Олега Табакова, театральные центры «Вишнёвый сад»... Мой сосед – режиссёр Дмитрий Крымов, талантливый сын своих родите-

демик Юрий Лопухин. Он мой учитель, я пропадала в его иммунологических лабораториях, что позволило внедрить в нашей специальности новые методы диагностики и лечения. Моё стойкое убеждение – обедать вредно для здоровья. Я ем два раза в день. И никакого изнурения себя. В таком случае чувствуешь себя легко и бодро, хочется жить и действовать. Я работаю над собой. Когда нужно было – похудела на 16 кг. Несколько лет назад поставила задачу: не болеть простудными заболеваниями. Я не встречаюсь с «гриппозными» – это первое. И второе – принимаю пробиотики и витамины. Регулярно прохожу диспансеризацию. Летом очень много гуляю.

...Ко мне до сих пор часто обращаются за помощью. Стараюсь никому не отказывать. Это наш долг – помогать страждущему.

...Я за рулём свыше 60 лет. Люблю свою маленькую машину. Большие авто не для меня.

...Обязательно хожу на выборы. Такова моя жизненная позиция. Путём революций мы не пойдём, наш путь должен быть цивилизованным. Тогда наша страна будет великой.

...Завистники? Куда же без них. Завидовали, поскольку меня приглашали на высокие приёмы, я общалась с первыми лицами государств, послами, консулами и т.д.

...«Времена не выбирают» – заметил поэт Александр Кушнер. Мы живём в них. Так, как в новой России, мы не жили никогда. Поэтому я не приемлю, когда люди постоянно злобствуют. Надо служить любимому делу и людям, любить жизнь и стараться сделать её хотя бы немножко добрее, современнее и лучше. Мы застали разные периоды истории. Мы ведь – народ особый, по большому счёту – русские, невзирая на национальность. Мы сентиментальны, часто кого-то хороним, тоскуем, плачем. Но при этом наши соотечественники вороваты, стремятся обойти закон. Я из оптимистов. Не выставляю свои беды напоказ, в этом я закрытый человек. И стараюсь думать о хорошем.

...Солженицын – летописец нашего строя. Очень мужественный человек, который испил горькую чашу. Осмыслив всё, вернулся из США обратно – это поступок! ...Вероника Скворцова – очень достойный министр здравоохранения. Она из врачебной семьи в четвёртом поколении и в своём профессиональном пути прошла все необходимые ступени. За её плечами – хорошая школа. То, что сейчас делается в здравоохранении Москвы, – правильно. Мы получили новое «окно» в мир. Выстраивая работу по-новому, выходим на современный уровень.

...Не уверена, стала бы занимать какие-то должности, доведись сейчас начинать свой путь? Наверное, целиком посвятила бы себя любимому делу – медицине. Всё ведь было очень сложно, приходилось преодолевать колоссальные трудности. Считаю, не совсем правильно расставила акценты, но успокаивает то, что удалось реализовать в своих талантливых учениках.

...Повторю: будто пуповиной я связана с МГМСУ, переживаю за все его дела. В последнее время университет расцвёл. Радуюсь его современному прогрессивному развитию, ставшему возможным благодаря эффективному взаимодействию президента МГМСУ академика РАН Николая Ющука и ректора члена-корреспондента РАН Олега Янушевича. Николай Дмитриевич по-прежнему незаменим для нас – он знает, что было, ориентируется в том, что есть, и хорошо осведомлён о том, что нужно нашему университету для успешного развития, чтобы оставаться головным центром стоматологии России. Верю в дальнейшую большую судьбу и процветание нашего научно-инновационного вуза.

Записал
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Наши коллеги

Между двух веков

Человек неувядающей энергии, лидер по жизни, она служит связующей нитью отечественной медицины



НАША СПРАВКА. Татьяна РОБУСТОВА – заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, почётный вице-президент Московской стоматологической ассоциации, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии МГМСУ. Родилась Татьяна Григорьевна в Москве. Училась в Московском стоматологическом институте, который окончила... 65 лет назад. Её наставниками были знаменитые профессора, получившие медицинское образование в позапрошлом веке! Сегодня она служит своеобразной связующей нитью отечественной медицины XIX-XXI веков. С 1954 г. её врачебная, научно-педагогическая и общественная деятельность неразрывно связана с судьбой родного университета. С 1984 по 1996 г. заведовала кафедрой пропедевтики хирургической стоматологии, затем трудилась на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Своими исследованиями

внесла весомый вклад в разработку проблемы воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе такого трудного и малоизученного специфического заболевания, как актиномикоз. Она автор свыше 540 печатных научных работ, монографий, книг, учебников, руководств по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, изобретений. Под её руководством выполнено и защищено 18 докторских и 72 кандидатские диссертации.

Была проректором по международным связям университета, отсюда, наверное, присущие ей дипломатичность и миротворчество. И по-прежнему много энергии отдаёт общественной работе. Её отличают преданность делу, высокая эрудиция, профессионализм, исключительная работоспособность, искренняя человечность. Она заражает своей любовью к жизни и невероятным оптимизмом.

П.Сельцовский, В.Трутнев и другие.

...Свой вуз мы никогда не называли Третьим, для нас он всегда первый! Когда ему собирались присвоить имя Н.Семашко, я спросила – зачем, ведь в одной Москве несколько учреждений носят его имя? А.Евдокимов же поддержал такое решение, потому что знал, сколь огромный вклад внёс Н.Семашко в развитие стоматологической службы страны. Александр Иванович – действительно великая личность, и его имя присвоено МГМСУ заслуженно.

...Мои родители были настоящими личностями. Служили мне образцом отношения к людям, порядочности, порядка, трудолюбия. Имели много друзей. Их жизнь была гораздо интереснее и насыщеннее нашей. Они были антиподами. Мама – Ольга – отчаянная максималистка, служила медсестрой во время Первой мировой и Гражданской войн, затем пошла в революцию. Родом из дворянской семьи, но в её советской «паспортике» было записано: «лишенка». Работала переводчицей в ГПУ, в «Вечерней Москве». Любила прекрасное, была очень талантливой, писала стихи, сценарии, статьи, занималась живописью. У всех знакомых

певческим искусством, ценил выдающихся оперных и камерных певцов Леонида Собинова, Фёдора Шаляпина, Оскара Каминского, Александра Давыдова и других. Много времени проводил за границей, где стажировался, был поклонником немцев. Ценил их трудолюбие, порядок, порядочность, что, отмечал, очень нужно русским.

Мама считала: когда нет гостей – нет жизни. Она была прекрасным кулинаром, вкусно готовила. У нас частенько проводились домашние представления, устраивались розыгрыши. На Старый Новый год каждый обязан был прийти в карнавальном костюме и приготовить скетч на определённую тему. После таких спектаклей ещё неделю приходилось убирать следы «пиршества». Зато как весело всегда было!

...Семейный очаг важен для каждого человека. Мой муж Лев Сосновский был дипломатом, американистом, сотрудником Института США и Канады. Я всегда гордилась им, он был «моим человеком», обладал высочайшим интеллектом.

...Роль искусства огромна. Не мыслю своей жизни без кино, театра, музыки, живописи. Сейчас живу в недавно реконструирован-

произвели её абсолютную копию, где остался прежний дух книголюбия.

...Нынешние молодые далеко не те, что их сверстники прежде. Они динамичны, «компьютеризированы», не утруждают себя вдумчивостью, для многих не существует авторитетов. У некоторых в носу бриллиантовая серьга, а в голове – пустота. Обучаясь за деньги, они убеждены в своей исключительности и полагают, что весь мир обязан им. В массе своей качество подготовки врачей сегодня далеко от совершенства. Молодые не желают преодолевать трудности. Я много ездила по миру. Конкурентоспособны ли российские врачи? Единичные специалисты даже превосходят западных коллег, но в целом наши есть чему поучиться.

...В мире нет никаких академий. Зачем нам академия медицинских наук? Место учёных – на кафедрах, в клиниках, лабораториях, где есть все возможности для изысканий. Да, без академии можно обойтись, но мы знаем, что тогда в нашей стране учёные окажутся без материальной поддержки. Поэтому пока её надо оставить.

...Каждый из нас ответственен за собственное здоровье. Одним из первых мне это внушил ака-

С 1 января этого года для врачей всех специальностей изменился порядок повышения квалификации – отрасль вступила в систему непрерывного медицинского образования (НМО). И почти сразу во врачебном сообществе зазвучали предложения вернуться к старой модели. Мотивы разные: одним трудно воспользоваться сервисами НМО, на которых теперь должны быть зарегистрированы все врачи. Другие озабочены этическим несоответствием между образовательными целями и средствами для их достижения. В частности, их беспокоит вопрос о качестве обучения, ведь при известной ангажированности научно-практических конференций фармацевтическими компаниями есть опасение, что «учителями» российских врачей станут преимущественно производители лекарств... Кто-то видит в НМО коммерческую подоплёку, дескать, «повышение квалификации

врачей хотят сделать платным». Однако в официальных документах нет и намёка на такую метаморфозу.

Масло в огонь подливают и некоторые депутаты Государственной Думы РФ – они предлагают вернуться к интернатуре. Вот логика их рассуждений: врач хотя и долго учится – 6 лет, но из-за огромного объёма информации в студенческие годы ему нелегко выбрать траекторию собственных профессиональных интересов. Изменить её через несколько лет после обучения в ординатуре, или работая участковым терапевтом/педиатром, становится невозможно...

Мнения разные, мы решили разобраться, а есть ли у медицинского сообщества основания для беспокойства по поводу изменений в системе повышения квалификации врачей при смене вектора с «цикличности» процесса обучения на его «непрерывность»?

коллеги, которые сдали сертификационный экзамен после января 2016 г. Именно они первыми вступят в систему НМО. Ровно через 5 лет им предстоит пройти аккредитацию. И чтобы быть допущенными к аккредитационному экзамену, за это время им надо набрать 250 баллов и подготовить портфолио.

Все вузы сейчас участвуют в разработке образовательных программ и мероприятий, которые будут зафиксированы в системе НМО. Каждой программе и мероприятию будет присвоено определённое количество баллов. Учёт и контроль за обучением ведётся в электронном виде. Иными словами, все привычные документы, которые раньше выдавались после каждого

одними из первых, кто сумел организовать научно-практические конференции и образовательные программы, соответствующие стандартам НМО, – приводит убедительный пример «прецедента» Оксана Юрьевна. – Не могу не отметить, что Ассоциация судебно-медицинских экспертов очень уверенно идёт в фарватере нынешних образовательных новаций, сказывается большой организаторский опыт профессора Владимира Клевно – её президента, заведующего кафедрой судебной медицины факультета усовершенствования врачей МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского. Владимир Александрович, являясь главным специалистом по судебно-медицинской экспертизе Министерства

За системой НМО – будущее

Как и в любом деле, многое зависит от поддержки руководства отрасли. Вот что сказала на Совете при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

– Основной движущей силой развития отрасли являются медицинские работники, – заявила она. – Поэтому постоянное внимание уделяется удовлетворению реальной потребности населения каждого региона во врачах разного профиля и среднем медицинском персонале. Улучшается обеспеченность кадрами через обновлённый механизм целевой подготовки специалистов, эффективность которой в 2016 г. приблизилась уже к 90%.

Повышение квалификации медицинских работников В.Скворцова выводит в приоритетные задачи развития отрасли. В настоящее время Минздравом России совместно с Национальной медицинской палатой разработаны и утверждены профессиональные стандарты по базовым медицинским дисциплинам. Все профессиональные стандарты для врачей-специалистов и среднего персонала будут приняты к 2019 г. В течение 6 месяцев с момента их принятия полностью актуализируются образовательные стандарты и программы.

Кроме того, министр напомнила, что в 2016 г. завершилось создание Национального регистра врачей, а также Единого портала непрерывного повышения квалификации врачей, которые отражают индивидуальную траекторию профессионального раз-

Главная тема

Первопроходцы

Чтобы быть допущенными к аккредитационному экзамену, каждому врачу придётся заботиться о ежегодном накоплении не менее 50 зачётных единиц – ЗЕТ

вития каждого врача. Все врачи страны войдут в эту систему до конца 2021 г.

Большие надежды Вероника Игоревна возлагает на новый механизм допуска к профессиональной медицинской деятельности – через проведение аккредитации специалиста профессиональным сообществом по международному стандарту. В 2016 г. поэтапный ввод аккредитации уже начался, и допуск медицинских специалистов к профессиональной деятельности скоро будет осуществляться через этот механизм.

То есть никакого разворота не предполагается, наоборот, система будет развиваться и укрепляться.

Недостатки НМО сильно преувеличены

– Честно говоря, многие врачи надеются, что непрерывное медицинское образование в такой форме отменят, – вступает в разговор заместитель директора Московского областного научно-исследовательского клинического института им.



Владимир Клевно

М.Ф.Владимирского по учебной работе, декан факультета усовершенствования врачей, профессор Оксана Александрова. – Но этого точно не произойдёт.

Все врачи, которые получили сертификат до 1 января 2016 г., останутся пока в прежней системе и будут проходить повышение квалификации по прежней модели. Первопроходцами станут

усовершенствования, утратят актуальность. Контроль за повышением квалификации будет осуществляться через «личный кабинет».

– Критика, которая порой звучит в адрес НМО, вряд ли может считаться объективной, – полагает О.Александрова. – Думаю, многие ещё не разобрались, какой смысл заложен в нововведениях, и поэтому недостатки НМО сильно преувеличены.

Скажем, такая тема для домыслов: реформирование придумано, чтобы заставить врачей платить за повышение квалификации. По наблюдениям нашей собеседницы, представители этой группы противников реформы не знакомы даже с основными её положениями. В нормативных документах чётко определён источник финансирования НМО – средства ОМС из нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС. Другой вопрос, хватит ли денег, чтобы покрыть все затраты, это покажет время. Нормативными актами предусмотрена возможность финансирования данных мероприятий из бюджета, а также и по договору с юридическими и физическими лицами.

Иное дело, что ещё не все врачи хотят принимать активное участие в НМО. Кто-то в силу своего характера откладывает обучение «на потом». Есть и такие, кто не спешит воспользоваться возможностью повысить квалификацию, поскольку не очень хорошо владеет компьютером. Кто-то по старинке надеется, что о его усовершенствовании позаботится работодатель. Но правила поменялись – забота о повышении квалификации становится зоной ответственности каждого врача.

Сейчас работодатель обязан направить работника на обучение, но не подбирать каждому курсы для учёбы. Главному врачу остаётся только осуществлять планирование: на время ухода кого-то из сотрудников на учёбу обеспечить ему замену. Ропот среди врачей, видимо, можно объяснить лишь отсутствием опыта обучения по новой системе – прецедентов просто пока ещё не было...

– Впрочем, врачи-судебно-медицинские эксперты стали

здравоохранения Московской области, полностью владеет ситуацией и точно знает статус образовательного периода буквально каждого из судебных медиков Подмосковья. Именно прозрачный график повышения квалификации всех судебных медиков Московской области даёт возможность возглавляемой им кафедре прогнозировать образовательные программы и мероприятия системе НМО.

Правда, и процедура организации обучающих мероприятий для судебно-медицинских экспертов чуть проще – врачи этой специальности могут обучаться за счёт бюджета, а не средств ОМС. А это значит, что механизм финансирования таких учебных мероприятий не изменился. Но как бы то ни было, график их мероприятий сформирован уже с учётом новых реалий.

Новая система лучше

– Я не считаю, что новая система хуже существовавшей ранее, – делится своими соображениями профессор В.Клевно. – Она принципиально лучше. Давайте разбираться. Для наглядности предлагаю рассмотреть принципы, заложенные в системе НМО, на примере обучения врачей-судебно-медицинских экспертов. В Бюро судебно-медицинской экспертизы мы стали отрабатывать систему НМО задолго до того, как вышел приказ Минздрава России, обязывающий каждого врача получать баллы/кредиты. Ещё в 2015 г. некоммерческая профессиональная организация – Ассоциация СМЭ – проводила конференции, которые были аккредитованы Советом по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию. То есть я хочу сказать, что эти принципы мы опробовали в собственном «пилотном» проекте и уже имеем вполне репрезентативные наблюдения.

Итак, врачи, которые последний раз сертификат специалиста получили после 1 января 2016 г., уже вступили в новую систему НМО. И по её правилам теперь они должны ежегодно набирать по 50 зачётных единиц. Сюда входят 36 часов кафедральных занятий, которые могут быть лек-



Идёт обучающий цикл



Сертификаты с заветными баллами выдаются участникам научно-практической конференции

циями и семинарами, а 14 часов отводится на участие в научно-практических конференциях, симпозиумах, мастер-классах. Чтобы обеспечить этот необходимый объём своим специалистам, Ассоциация СМЭ подготовила собственную программу, разработав алгоритм проведения обучающих мероприятий.

Уточним: допуск к участию в процессе НМО имеют три субъекта. Первый – медицинская организация, которая направляет врачей-курсантов для прохождения циклов усовершенствования.

Второй – образовательная организация. В нашем случае – кафедра судебной медицины МОНИКИ (задача кафедры – разработать программы для проведения 36-часовых циклов усовершенствования. С уверенностью могу сказать: мы с этой задачей справляемся).

И третий участник НМО – медицинские профильные сообщества. В нашем случае это Ассоциация судебно-медицинских экспертов (в текущем году ассоциация проведёт цикл научно-образовательных мероприятий, участие в которых обеспечит нашим специалистам возможность накопить по 14 ЗЕТ, баллов-кредитов).

Надо понимать, что не у всех врачей есть возможность посетить запланированные нами мероприятия в означенные сроки. Какой же выход для них? Оптимальный вариант – обуче-

ние посредством прохождения электронных модулей.

По нашему профилю мы разработали и утвердили 14 модулей, все они уже размещены на портале НМО. Врач – судебно-медицинский эксперт из любого региона Российской Федерации, зарегистрировавшись на портале НМО, сможет открыть любой из модулей и осваивать его материал в удобное для себя время. К формированию модулей были привлечены преподаватели кафедры судебной медицины и эксперты нашего бюро.

При проведении пилотного проекта нам было важно понять и принцип накопления зачётных баллов, которые будут необходимы для предъявления при прохождении аккредитации. Поразмыслив, мы пришли к выводу: наличие у врача индивидуальной карточки со штрих-кодом поможет оптимизировать учёт посещаемости обучающих мероприятий и одновременно облегчит процесс интеграции в систему НМО. Теперь каждый член нашей ассоциации является владельцем такой карты.

У всех участников наших обучающих мероприятий была возможность понять принцип накопления баллов – их количество фиксируется на именных пластиковых карточках, что оказалось очень наглядно.

Но полученные баллы должны быть подтверждены соответствующим сертификатом. Право

выдавать такие сертификаты определяется Координационным советом по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию. Если обучающее мероприятие было там аккредитовано, то каждому из врачей-участников по окончании учёбы вручаются сертификаты, подтверждающие получение того количества баллов, которое совет присудил проведённому мероприятию. Скажем, совет оценил нашу большую многодневную научно-практическую конференцию в 15 баллов, значит, посетившие её врачи смогут получить по 15 баллов, и это будет подтверждено соответствующим сертификатом. Наши сертификаты подписаны первым заместителем министра здравоохранения РФ Игорем Каграманяном, президентом Национальной медицинской палаты профессором Леонидом Рошалем и президентом Ассоциации СМЭ В.Клевно.

Думаю, не лишним будет уточнение, что сертификат необходим для формирования персонального портфолио. Врач, накопивший за 5 лет 250 подтверждённых баллов, считается подготовленным для прохождения аккредитации и получения допуска к профессиональной медицинской деятельности.

– Могу сказать, что во время проведения нашего «пилотного» проекта врачи, которые посетили все мероприятия Ассоциации СМЭ, за год накопили по 51 ЗЕТ.

Так что, по нашим наблюдениям, обязательный план, заданный системой НМО по ежегодному набору 50 подтверждённых сертификатами баллов, реален, – подытожил В.Клевно. – Кстати, пополняющие ряды новые члены Ассоциации СМЭ уже при регистрации на нашем обучающем мероприятии автоматически зачисляются в базу данных с фиксацией количества зачётных единиц.

Дискретным методом

О возможностях дискретного метода обучения рассказал доцент кафедры судебной медицины МОНИКИ им М.Ф.Владимирского Сергей Кучук.

– В рамках НМО у нас на кафедре начинается 36-часовой учебный цикл, – продолжил он беседу, – в этом году усовершенствование по новой программе будут проходить 55 врачей, которые получали сертификат в прошлом году, то есть уже вступившие в программу НМО. На первую часть цикла приглашены 29 специалистов, а оставшиеся будут обучаться в ноябре. Мы видим огромные преимущества системы НМО, например в возможности рационально распоряжаться рабочим временем: при использовании дискретного метода наши врачи могут управлять своим графиком и временными ресурсами более эффективно. Новые программы сформированы таким образом, чтобы раз в два месяца, по средам, специалист мог уделить внимание собственному образованию, посетив курс лекций на кафедре.

– Кстати, – добавил С.Кучук, – все желающие врачи Московской области могут посещать наши лекции – милости просим на нашу кафедру. Думаю, читателям «МГ» полезно будет узнать, что наш курс посвящён современным возможностям судебно-медицинской экспертизы, в частности в травматологии. Цикл лекций на нашей кафедре прочтёт признанный специалист в этой области – профессор В.Клевно. К примеру, мы будем рассматривать закрытые тупые травмы грудной клетки, диагностику механизмов их причинения и другие темы, информацию о которых всегда можно узнать на нашем сайте. Занятия рассчитаны на 6 часов: 2 часа отводится теории и 4 часа – семинарским занятиям для отработки практических навыков.

Заинтересованному врачу достаточно зарегистрироваться

на портале НМО. Затем в появившемся «личном кабинете» специалиста в разделе «Общая информация» врачу нужно выбрать раздел «Индивидуальные пятилетние планы» по своей специальности. Далее следует заполнить заявление о вступлении в пятилетний цикл обучения и приложить копии документов, которые будут перечислены в открывшейся форме. А далее нужно будет приезжать на лекции, расписание которых есть на сайте кафедры.

НМО – курс на повышение личной ответственности

– Я думаю, не все врачи ещё осознали, что надо включаться в большую работу, – делится своими наблюдениями О.Александрова. – Но надо понимать, что это не просто смена одной бумажки на другую, это переход к новой системе, в том числе и новых взаимоотношений в здравоохранении. Например, если сейчас гражданско-правовые отношения в отрасли построены так, что за вред, причинённый жизни и здоровью пациента в результате медицинского вмешательства, отвечает юридическое лицо – медицинская организация, то в дальнейшем врач, прошедший аккредитацию, будет застрахован в системе профессионального страхования и ему предстоит нести личную, в том числе финансовую, ответственность за неправильные действия и допущенные ошибки при лечении пациентов.

Мы десятки лет работали в другой модели, когда врач один раз в 5 лет приезжал на выбранный руководством образовательный цикл. Но, прямо скажем, подобный подход работал слабо. Новая система НМО имеет гораздо больше шансов настроить коллег на серьёзное отношение к учёбе. Её главный принцип базируется на стимулировании специалиста к постоянному самоконтролю и повышению уровня своего образования. Эта новая система координат подразумевает непрерывность и индивидуальный подход. Безусловно, какие-то лазейки со временем откроются и в НМО. Но врач, желающий продолжать свою профессиональную деятельность, будет вынужден прорабатывать собственные проблемные зоны и повышать квалификацию. А это значит, он станет осознанно выбирать те образовательные программы и мероприятия, которые будут способствовать его профессиональному росту.

С чего врачу следует начать? С того, что он должен зайти в личный кабинет на портале НМО, выбрать нужную образовательную программу, распечатать заявку и принести её на утверждение главному врачу. Работодатель суммирует поступившие от врачей заявки и направит их в орган управления здравоохранением. Получив необходимое согласование, руководитель заключит договор с выбранной образовательной организацией.

Существует риск, что часть не очень активных коллег через 5 лет не смогут набрать необходимое количество баллов. Поэтому предполагается, что целесообразно давать 2 дополнительных месяца перед аккредитацией, чтобы можно было подчистить «хвосты». Но пока такое решение только прорабатывается, – профессор О.Александрова не стала напрасно обнадёживать тех врачей, которые пока не прониклись доверием к системе НМО.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.



Кафедра судебной медицины факультета усовершенствования врачей МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 31 (2061)

(Продолжение. Начало в № 30 от 28.04.2017.)

Для интерпретации полученных результатов используется модель, предложенная Bergman и соавторами. За нормальную чувствительность к инсулину принимались значения индекса $S_i = 4,0 \times 10^{-4} - 8,0 \times 10^{-4} \text{ min}^{-1} (\text{мкЕдмл})^{-1}$.

Общепризнано, что золотым стандартом для определения чувствительности тканей к инсулину является метод эугликемического гиперинсулинемического клэмп (clamp). В его основе лежит прерывание физиологической взаимосвязи уровня глюкозы и инсулина в организме путём контролируемого поддержания концентрации глюкозы в крови на заданном нормо- или гипергликемическом уровне. Методика проведения этого теста представляет собой постоянную внутривенную инфузию инсулина со скоростью 1 МЕ/мин на 1 кг массы тела и повторные инфузии глюкозы. При этом каждые 5 минут определяют уровень глюкозы крови для определения необходимой скорости её инфузии, требуемой для поддержания эугликемии. Через определённый период времени, но не менее 120 минут, устанавливается равновесие, когда скорость инфузии глюкозы равна её периферической утилизации. В настоящее время это делается с помощью компьютерной программы PACBERG, встроенной в специальную систему для инфузий (Биостатор).

Техника ЭГК по сравнению с другими описанными методиками имеет ряд преимуществ: возможна точная количественная оценка индекса чувствительности к инсулину S_i в условиях стабильного уровня гликемии, корректное сравнение показателей у различных групп больных, что делает возможным дифференцированно изучать влияние различных концентраций инсулина и глюкозы на состояние чувствительности к инсулину. Недостатки метода определяются его сложностью, дороговизной, необходимостью наличия специальной технической поддержки и обученного персонала. Кроме того, создаваемые экспериментом условия не являются физиологическими. В связи с этим его широкое применение в современных клинических и эпидемиологических исследованиях оказывается невозможным и ограничивается рамками специальных научных исследований.

Диагностика нарушений липидного обмена

У больных с МС могут быть самые различные метаболические нарушения - от изолированного повышения уровня триглицеридов и снижения уровня ХС ЛПВП до первичной и вторичной гиперхолестеринемии IIa типа.

Скрининговую оценку факторов риска, включая изучение липидного спектра, целесообразно проводить у мужчин в возрасте > 40 и женщин в возрасте > 50 лет или после наступления менопаузы, особенно при наличии других факторов риска.

Базовая оценка липидного спектра предполагает определение уровня ОХ, ТГ, ХС ЛПВП и ХС ЛПНП, подсчитанного с использованием формулы Фридвальда за исключением случаев, когда повышен уровень ТГ > 4,5 ммоль/л (> 400 мг/дл), или прямым методом. В качестве альтернативы можно использовать уровень апо В и соотношение апо В/апо А1, которые являются такими же хорошими маркерами риска, как традиционные параметры липидного обмена.

Для выполнения указанных анализов подходят большинство коммерчески доступных стандартизированных методов определения липидного профиля. По возможности забор образцов крови следует проводить после 1-2-часового голодания, однако это условие относится только к исследованию уровня триглицеридов. Уровень ОХ, апо В, апо А1 и ХС ЛПВП можно определять после приема пищи.

У больных АГ при наличии МС, а также при высоком ССО (риск SCORE > 5 < 10%) для достижения целевых уровней ОХС < 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) и ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл) должна быть рассмотрена возможность назначения статинов.

Конкретные указания по тактике ведения больных с АГ в первичной профилактике представлены в алгоритме SCORE для стран высокого сердечно-сосудистого риска, к которым причислена РФ.

Основные принципы лечения метаболического синдрома

Терапевтические мероприятия при лечении пациентов с МС должны быть направлены на основные звенья патогенеза данного синдрома.

Главными целями лечения больных с МС следует считать:

- снижение массы тела
- достижение хорошего метаболического контроля
- достижение оптимального уровня АД
- предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений.

Ведение больных с метаболическим синдромом

Клинические рекомендации Минздрава России

Основными звеньями патогенеза МС и его осложнений являются ожирение, инсулинорезистентность, нарушение углеводного обмена, дислипидемия и АГ. При этом данный симптомокомплекс может протекать с преобладанием нарушения того или иного вида обмена, что в конечном итоге определяет приоритетные направления его терапии в том или ином случае.

Краеугольным камнем в лечении МС являются немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела, изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек, таких как курение и злоупотребление алкоголем, повышение физической активности, то есть формирование

Мероприятия, направленные на снижение веса и поддержание достигнутого результата, должны включать в себя:

- рациональное питание
- обучение больных правильному образу жизни с изменением пищевых привычек
- ведение дневника питания
- физические упражнения.

Формирование навыков рационального питания

Наиболее простой, понятный, а главное, воспроизводимый способ создания энергетического дефицита - это гипокалорийная диета. Вместе с тем считается установленным фактом, что в ходе соблюдения гипокалорийной диеты наблюдается уменьшение всех видов расхода энергии, в том числе и основного обмена (по данным ряда авторов, на 14-25% от исходного), что является мерой адаптации организма к гипокалорийной диете и снижает её эффективность. В качестве одного из способов восстановления энергозатрат можно рассматривать физические нагрузки. Как было показано в ряде исследований, назначение аэробных физических

3. Далее надо уменьшить рассчитанную суточную калорийность на 500 ккал (ИМТ 27-35) и 600-1000 ккал (ИМТ более 35). Для женщин она должна в итоге составить не менее 1200 ккал/сут, для мужчин - 1500 ккал/сут.

Основной источник калорий - жиры, причём растительные не менее калорийны, чем животные, хотя и менее вредны. На долю жиров должно приходиться не более 30% от общего числа калорий в суточном рационе, насыщенных жиров - не более 7-10%.

Углеводы - основной источник энергии для организма. Подсчитывать количество углеводов особенно тщательно нужно больным СД 2-го типа, вместо столового сахара возможно употребление некалорийных сахарозаменителей, использование фруктозы не рекомендуется. Доля углеводов в суточном рационе должна составлять 50%.

Белки - это главный «строительный материал» для всех тканей и клеток организма. Суточная норма потребления белка составляет 15-20% (при отсутствии нефропатии) суточного рациона.

нагрузок способно предотвратить или, во всяком случае, уменьшить степень снижения расхода энергии.

Снижение массы тела на 5-10% в течение 6-12 месяцев (оптимальным снижением считается 2-4 кг, но не более 5 кг в месяц) сопровождается достоверным уменьшением риска для здоровья и реально осуществимо для большинства больных.

Для составления сбалансированной диеты нужно рассчитать количество калорий, которое допустимо употребить за сутки с учётом индивидуальных энергозатрат. И из расчёта суточной нормы калорий можно составить меню на весь день (снижение калорийности рациона следует достигать

Общие принципы построения рационального питания:

- частота приёмов пищи - не менее 3 раз в день
- желательно, чтобы основная часть потребляемых жиров приходилась на растительные и рыбные жиры
- в белковом компоненте питания желательно преобладание нежирных сортов рыбы, молока, кисломолочных продуктов и творога над мясом
- желательно преобладание сложных углеводов с низким гликемическим индексом над простыми (сахара)
- желательно потребление клетчатки не менее чем 40 г в день за счёт более широкого включения в диету отрубных и зерновых сортов хлеба, а также овощей и фруктов
- учитывая наличие АГ, желательно снизить потребление натрия до 2-2,5 г в сутки (в одной чайной ложке содержится 2-2,4 г натрия)
- желателен приём 30 мл жидкости (чистой негазированной воды) на каждый килограмм массы тела при отсутствии противопоказаний.

Необходимо помнить, что ожирение - хроническое, склонное к рецидивированию заболевание. Исходя из этого, надо ориентировать пациентов одновременно и на сильное снижение веса, и на поддержание достигнутого на данный момент результата. Вместе с тем врач, принимаясь за лечение больного с ожирением и назначая ему диетотерапию, должен также учитывать, что при ошибках в тактике лечения могут появляться нежелательные побочные эффекты, связанные с недостатком тех или иных компонентов пищи, в частности белка, минералов, витаминов, w-3 полиненасыщенных жирных кислот и пищевых волокон. Это те факторы пищи, которые мы называем незаменимыми. Понятно, что диета, направленная на лечение ожирения, должна содержать физиологическую норму данных веществ.

При разработке оптимального состава рациона для больных с ожирением и метаболическими нарушениями принципиальный момент заключается в том, что в «фокусе» диетического вмешательства должна находиться профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и СД 2-го типа.

Вообще в практике диетотерапии ожирения, особенно осложнённого, необходимо учитывать, что **переносимость лечения и его безопасность - параметры не менее важные, чем эффективность, и в конечном итоге способствующие её повышению.**

Снижение массы тела, как правило, продолжается в течение 6 месяцев с наиболее интенсивной потерей веса в первые 3 месяца лечения и сменяется периодом стабилизации веса (6-12 месяцев). Этот период важен для получения устойчивых положительных результатов лечения. После этапа стабилизации массы тела в каждом отдельном случае решается вопрос о необходимости дальнейшего её снижения либо удержания достигнутого веса.

Физические нагрузки являются важным компонентом рекомендаций по изменению образа жизни. На этапе снижения массы

Целевые уровни липидов у больных с артериальной гипертензией и дислипидемией

Таблица 3

Категория риска	Целевой уровень ХС ЛПНП, ммоль/л Первичная цель	Другие липидные показатели (оптимальные значения) Факультативно
АГ + Очень высокий СС риск Риск SCORE ≥ 10%	≤ 1,8 ммоль/л	Общий ХС ≤ 4,0 ммоль/л Триглицериды ≤ 1,7 ммоль/л ХС-ЛВП > 1,0 ммоль/л (м) > 1,2 ммоль/л (ж)
АГ + Высокий СС риск Риск SCORE > 5 < 10%	≤ 2,5 ммоль/л	Общий ХС ≤ 4,5 ммоль/л Триглицериды ≤ 1,7 ммоль/л ХС-ЛВП > 1,0 ммоль/л (м)

так называемого здорового образа жизни. Присоединение медикаментозных методов лечения не исключает немедикаментозных мероприятий, а должно проводиться параллельно.

Лечение ожирения

Несмотря на большое число исследований, посвящённых проблеме лечения ожирения, множество способов снижения избыточного веса, задача эта остаётся крайне трудной и требует больших усилий как со стороны врача, так и стороны больного. На настоящий момент установлено: единственное, что действительно приводит к уменьшению массы жира - это энергетический дефицит, то есть преобладание расхода энергии над её поступлением. В этом случае жир как форма отложенной энергии начинает расходоваться для покрытия создавшегося дефицита. Поэтому немедикаментозные мероприятия, направленные на создание этого дефицита, имеют приоритетную важность в лечении ожирения. Пациенты должны знать, что в настоящее время не существует лекарственного препарата, который мог бы полностью устранить связанный с ожирением риск для здоровья, в то же время изменение образа жизни способно предотвратить прогрессирование метаболических нарушений и серьёзно уменьшить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и СД 2-го типа.

Лечение ожирения, как и лечение любого хронического заболевания, должно быть **непрерывным**. После достижения снижения массы тела усилены на поддержание эффекта и предотвращение рецидивов заболевания.

преимущественно за счёт жиров и частично за счёт углеводов). Эффективность так называемых односторонних диет с ограничением преимущественно углеводов или жиров не подтверждена широкой доказательной базой, а в ряде случаев, особенно при резком ограничении углеводов, такие диеты могут быть просто опасными.

Расчёт суточной калорийности рациона
Расчёт суточной калорийности выполняется индивидуально для каждого пациента и включает несколько этапов.

1. Определяется величина основного обмена с учётом возраста, пола, роста и массы тела:

для женщин
18-30 лет (0,0621 x масса в кг + 2,0357) x 240
31-60 лет (0,0342 x масса в кг + 3,5377) x 240
старше 60 лет (0,0377 x масса в кг + 2,7545) x 240
для мужчин
18-30 лет (0,0630 x масса в кг + 2,8957) x 240
31-60 лет (0,0484 x масса в кг + 3,6534) x 240
старше 60 лет (0,0491 x масса в кг + 2,4587) x 240.

2. Полученный результат увеличивается в зависимости от уровня физической нагрузки: при минимальной физической нагрузке полученный результат остаётся без изменения, при среднем уровне физической активности - умножается на коэффициент 1,3; при высоком уровне - на 1,5.

тела они дополняют редуцированную по калорийности диету и позволяют создать отрицательный энергетический баланс. Под влиянием нагрузок умеренной интенсивности улучшается чувствительность к действию инсулина, снижается уровень ТГ и возрастает ХС ЛПВП, повышаются функциональные резервы сердечно-сосудистой и дыхательной систем. На этапе поддержания результатов физическая активность приобретает ещё большее значение, являясь одним из главных прогностических факторов сохранения желаемого веса.

Перед началом занятий необходимо оценить толерантность пациента к физической нагрузке с помощью велоэргометрии или тредмил-теста. Особенно важно проведение нагрузочного теста при наличии ИБС у всех больных после 40 лет, а также в возрасте после 30 лет при наличии таких факторов риска, как ИБС, АГ, СД, курение и дислипидемия.

Для снижения массы тела (максимального расходования энергии) показаны аэробные упражнения, которые представляют собой непрерывную ритмическую тренировку с вовлечением больших групп мышц на протяжении достаточно продолжительного времени, благодаря чему учащается сердечный ритм. Самые распространённые разновидности аэробных нагрузок – это так называемые циклические виды спорта: ходьба, плавание, бег, коньки, лыжи, велосипед, теннис, баскетбол, танцы и фитнес.

Интенсивность аэробной нагрузки контролируется путём подсчёта частоты сердечных сокращений, достигнутой в ходе выполнения упражнений, по отношению к максимальной частоте сердечных сокращений (МЧСС), рекомендуемой для данного возраста, по формуле: МЧСС = 220 – (возраст пациента). В зависимости от этого показателя интенсивность нагрузки может быть низкой (30-50% МЧСС), умеренной (50-70% МЧСС), интенсивной (> 70% МЧСС). Если скорость упражнений позволяет участникам комфортно беседовать, нагрузка является умеренной.

Чтобы избежать нежелательных реакций, больные, которые вели неактивный образ жизни, следует начинать с непродолжительной (10-15 минут) нагрузки низкой интенсивности (например, ходьба) с постепенным увеличением её интенсивности и продолжительности до 40-60 минут в день. Предпочтительны ежедневные, но не менее 3 раз в неделю физические нагрузки, общей продолжительностью не менее 150 минут в неделю.

Необходимо помнить, что пациентам с АГ противопоказаны статические силовые нагрузки, увеличивающие риск развития осложнений.

Медикаментозное лечение ожирения должно проводиться на фоне всего комплекса мероприятий по немедикаментозному снижению веса. Медикаментозное лечение ожирения показано если ИМТ > 30 кг/м² или ИМТ > 27 кг/м² в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2-го типа, дислипидемия).

В настоящее время единственным разрешённым препаратом для снижения веса у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является орлистат, который тормозит всасывание жиров в желудочно-кишечном тракте через ингибирование желудочно-кишечных липаз – ключевых ферментов, участвующих в гидролизе ТГ пищи, высвобождении жирных кислот и моноглицеридов. Орлистат на 30% увеличивает выведение ТГ через желудочно-кишечный тракт, что позволяет уменьшить потребление калорий по сравнению с применением только гипокалорийной диеты. При этом орлистат не влияет на всасывание углеводов, белков и фосфолипидов, а после его отмены активность липаз быстро восстанавливается.

Из нежелательных побочных эффектов у пациентов наиболее часто отмечается послабление стула и стеаторея, которая возникает лишь при повышенном приёме жиров с пищей (> 30%), являясь своеобразным «индикатором» излишнего потребления жиров, помогает пациентам самостоятельно корректировать диету. Орлистат в настоящее время является наиболее эффективным и безопасным средством медикаментозного лечения ожирения.

У пациентов с АГ и морбидным ожирением следует рассмотреть **возможности бариатрической хирургии**.

Основные типы операций - еюноколоностомия, операция на выключение желудка (желудочное шунтирование) и вертикальная бандажная гастропластика (ВБГ). Последняя осуществляется с помощью кольца из инертных полимерных материалов, диаметром 45-50 мм, фиксирующегося на теле желудка. Данное кольцо как бы разделяет желудок на две части. В результате пациенты начинают

насыщаться значительно меньшим количеством пищи, в этом и заключается основной механизм эффекта. ВБГ малотравматична, осложнения после неё наблюдаются редко.

Оперативное лечение ожирения достаточно эффективно у больных с выраженным ожирением, которое, как известно, плохо поддаётся обычной диетотерапии. Однако оно скорее эффективно только у больных с выраженными физическими нарушениями и гиперфагией, тогда как у больных с обычным питанием эффективность оперативного лечения может быть небольшим или попросту отсутствовать.

Метод исключает проблемы, связанные с соблюдением диеты, однако создаёт другие - связанные с течением послеоперационного периода и с возможными осложнениями (тромбо-, жировая эмболия, лёгочные осложнения, послеоперационные грыжи). Правда, осложнений при этом методе лечения не больше, чем при проведении других полостных операций. Однако не следует забывать, что у тучных пациентов осложнения после проведения полостных операций встречаются гораздо чаще, чем у худых.

Лечение нарушений углеводного обмена

Немедикаментозное лечение – важнейшая часть ведения пациента с нарушениями углеводного обмена. Основные меры немедикаментозного лечения можно охарактеризовать как ведение здорового образа жизни – диета, направленная на снижение веса или поддержание нормальной массы тела (индивидуальный план питания), отказ от курения и избыточного потребления алкоголя, а также дозированные физические нагрузки. Очень важна постоянная поддержка врача или специалиста-диетолога, а рекомендации по изменению образа жизни и питания должны быть конкретными и последовательными.

Пациентам с избыточной массой тела необходимо уменьшение суточной калорийности пищи (см. лечение ожирения), разработка плана регулярных физических нагрузок (см. лечение ожирения). Первоочередная цель – стойкое уменьшение массы тела на 5-7%.

Медикаментозное лечение нарушений углеводного обмена. В настоящее время во всём мире признана необходимость индивидуального подхода к лечению пациента с нарушениями углеводного обмена, приоритетными задачами которого являются оптимальное соотношение эффективности и безопасности лечения. Медикаментозное лечение проводится в отсутствие достаточного эффекта от немедикаментозных мероприятий и высокой степени риска развития СД 2-го типа и/или атеросклероза, показано присоединение препаратов, влияющих на углеводный обмен (бигуаниды, ингибиторы альфа-глюкозидаз, тиазолидинионы).

Бигуаниды. Основными их свойствами являются способность снижать глюконеогенез и уменьшать продукцию глюкозы печенью, тормозить всасывание глюкозы в тонком кишечнике, снижать ИР и улучшать секрецию инсулина. В настоящее время применяется единственный препарат этого класса – метформин, так как было доказано, что он обладает минимальным риском развития лактатацидоза.

Метформин не оказывает влияния на секрецию инсулина, чем и обусловлено отсутствие гипогликемических эпизодов при его назначении. Это относится не только к больным СД, но и к пациентам с нормогликемией. Повышение чувствительности тканей к инсулину в результате терапии метформином уменьшает ГИ, способствует снижению массы тела, уровня АД и улучшению функции эндотелия сосудов у больных ожирением и АГ. Наряду с действием метформина на углеводный обмен он оказывает и благоприятное влияние на липидный. Восстановление чувствительности гепатоцитов к инсулину приводит к снижению продукции в печени ХС ЛПОНП, следствием чего является снижение уровня ТГ. Результаты исследования DPP (Diabetes Prevention Program) с участием 3234 пациентов с высоким риском развития СД 2-го типа установили, что приём метформина снижал частоту развития СД 2-го типа на 31% по сравнению с плацебо.

Среди побочных эффектов метформина, таких как диарея и другие диспепсические расстройства, самым опасным является развитие лактатацидоза, но при применении метформина риск развития лактатацидоза минимален - в 20 раз меньше по сравнению с другими бигуанидами, применяемыми ранее. Необходимо учитывать все противопоказания к назначению метформина. К ним относятся гипокислотические состояния: сердечная, коронарная, дыхательная, почечная, печёночная недостаточность, злоупотребление алкоголем. Метформин принимают по

Таблица 4
Классификация ингибиторов ГМГ-Ко-А редуктазы

Препарат (МНН)	Суточные дозы*
Первая генерация Ловастатин Симвастатин Правастатин	20-80 мг 10-40 мг 10-40 мг
Вторая генерация Флувастатин-форте**	80 мг
Третья генерация Аторвастатин	10-80 мг
Четвёртая генерация Розувастатин Питавастатин	5-40 мг

* - Суточные дозы, разрешённые к применению FDA, США

** - Форма замедленного высвобождения

500-850 мг 1-3 раза в день под контролем глюкозы крови.

Одним из самых безопасных препаратов, влияющих на постпрандиальный уровень глюкозы и ИР, является акарбоза – представитель класса ингибиторов альфа-глюкозидаз. Исследование STOP-NIDDM наглядно продемонстрировало высокую эффективность акарбозы в предотвращении СД 2-го типа у больных с НТГ. Главным итогом исследования STOP-NIDDM явилось то, что у больных, находившихся на активном лечении акарбозой, относительный риск развития СД 2-го типа был на 36% меньше, чем в группе плацебо. Относительный риск развития новых случаев АГ на фоне активного лечения снизился на 34%, инфаркта миокарда – на 91%, а любого зафиксированного сердечно-сосудистого события – на 49%. Результаты Российского исследования АПРЕЛЬ продемонстрировали, что акарбоза позитивно воздействует на основные факторы сердечно-сосудистого риска – избыточную массу тела, постпрандиальную гипергликемию и АГ.

Механизм действия акарбозы – обратимая блокада альфа-глюкозидаз (глюкомиллазы, сахаразы, мальтазы) в верхнем отделе тонкой кишки. Это приводит к нарушению ферментативного расщепления поли- и олигосахаридов и всасыванию моносахаридов, вследствие чего предотвращается развитие постпрандиальной гипергликемии и снижается уровень инсулина.

Обычно первые 10-15 дней акарбозу принимают по 50 мг 3 раза в день непосредственно перед или во время еды, затем дозу постепенно увеличивают до 100 мг 3 раза в день с учётом переносимости. Подобная тактика назначения акарбозы позволяет предотвратить или уменьшить желудочно-кишечные симптомы, такие как метеоризм и диарея. При расстройствах кишечника, вызванных приёмом препарата, необходимо строго соблюдать диету с ограничением углеводов и уменьшить его дозу. Противопоказаниями к назначению акарбозы являются заболевания кишечника, сопровождающиеся нарушением всасывания, язвы, дивертикулы, трещины, стенозы. Акарбозу не следует назначать лицам моложе 18 лет, при беременности и лактации.

Лечение нарушений липидного обмена

Немедикаментозное лечение липидных нарушений у больных с АГ – первый и обязательный шаг как первичной, так вторичной профилактики инфаркта миокарда и инсульта (подробно см. раздел «Лечение ожирения»).

Следует реально представлять возможности коррекции образа жизни в улучшении показателей липидного обмена. Так, уменьшение насыщенных жиров < 7% от суточного калоража, холестерина пищи < 200 мг/дл и потребления калорий сопровождается снижением ЛПНП соответственно на 5-10, 1-3 и 5-20%. Уменьшение потребления алкоголя и увеличение физической активности приводят к снижению уровня ТГ соответственно на 50 и 10-40%. Отказ от курения способствует повышению ХС ЛПВП на 5-10%.

Медикаментозное лечение дислипидемий

Ингибиторы ГМГ-Ко-А редуктазы (статины) являются основными лекарственными средствами для лечения больных с дислипидемиями и атеросклерозом и широко применяются у больных с МС. Эти препараты обратимо ингибируют активность 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы, ключевого фермента биосинтеза холестерина у человека. В соответствии с Европейскими рекомендациями по дислипидемиям уровень ХС ЛПНП – основная цель для терапии, и у больных очень высокого и высокого риска назначение статина показано в максимально рекомендуемой или максимальной переносимой дозе для достижения целевых уровней ХС ЛПНП. Классификация статинов представлена в таблице 4.

Гиполипидемическая эффективность статинов

связана со снижением уровня общего холестерина за счёт снижения ХС ЛПНП. В зависимости от дозы при ГЛП IIa-IIIb фенотипов статины снижают уровень ХС ЛПНП до 63% от исходных значений (розувастатин 40 мг в сутки). Каждое удвоение дозы статина приводит к дополнительному снижению уровня ХС ЛПНП на 6% («правило шести»). Эффективность разных статинов в отношении снижения уровня ХС ЛПНП не одинакова. Терапевтическая эффективность различных статинов приведена в таблице 8. Согласно имеющимся данным, 10 мг аторвастатина эквивалентно 20 мг симвастатина, 40 мг лова- и правастатина и 80 мг флувастатина. В настоящее время из статинов, зарегистрированных в России, наибольшим гиполипидемическим эффектом обладает розувастатин. Вместе с тем аторвастатин обладает наиболее убедительной доказательной базой во вторичной профилактике атеросклероза и также хорошо изучен у больных с АГ (исследование ASCOT-LLA).

Статины назначаются длительно совместно с другими препаратами. Побочные эффекты при лечении статинами редки и связаны, главным образом, с повышением активности сывороточных трансаминаз, или с миопатиями.

Дериваты фибровой кислоты (фибраты) преимущественно действуют на обмен триглицерид-богатых частиц. Исследования последних лет показали, что фибраты обладают сложным механизмом действия и помимо гиполипидемического эффекта влияют на активацию гормональных ядерных рецепторов PPAR α . Из класса фибратов наиболее хорошо изучен фенофибрат у больных с СД 2-го типа в исследованиях DAIS, FIELD, ACCORD.

Фибраты обладают широким спектром действия на метаболизм липидов: снижение уровня триглицерид-богатых частиц (ХМ, ЛОНП, ЛПП), умеренное снижение ХС ЛПНП у больных с несемейной гиперхолестеринемией, повышение уровня антиатерогенного ХС ЛПВП. Фибраты существенно улучшают липидный профиль у больных с дислипидемией с фенотипами II b, IV, V, низким уровнем ХС ЛПВП (гипоальфалипотеринемией) у пациентов с метаболическим синдромом, СД 2-го типа. В Европейских рекомендациях по дислипидемиям фибраты считаются основными лекарственными средствами для лечения гипертриглицеридемии.

В настоящее время фибраты являются единственными применяющимися в реальной клинической практике препаратами, повышающими уровень апобелков «хорошего холестерина» апо A-I и апо A-II. Фибраты существенно снижают степень постпрандиальной («послеобеденной») дислипидемии, что особенно важно при лечении пациентов с МС.

Из побочных эффектов на терапии фенофибратом чаще всего встречаются повышение активности АЛТ/АСТ, респираторные расстройства, абдоминальные боли (4-8%), реже (2-4%) – головная боль, боли в спине, повышение КФК, тошнота, диарея, риниты, ещё реже (0-2% случаев) – астения, гриппоподобные симптомы, запоры, потеря волос.

В клинической практике применяют как саму **никотиновую кислоту** (НК) (ниацин), так и её производные (аципимокс) и формы замедленного высвобождения (ниаспан и эндурацин). В последнее время приобретают популярность препараты никотиновой кислоты, в которых есть препарат, ингибирующий рецепторы DP-1 – ларопипрант. Эти лекарства практически лишены эффектов покраснения и приливов, которые свойственны обычным формам никотиновой кислоты.

(Окончание следует.)

В Московском областном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии (МОНИАГ) состоялся «круглый стол» на тему «Защита репродуктивного здоровья подростков в Московской области: программа вакцинопрофилактики вируса папилломы человека в школах». Его участники обсудили вопросы вакцинации девушек в контексте снижения заболеваемости раком шейки матки (РШМ), подвели итоги реализации программы иммунизации в отдельных районах Подмосковья и наметили дальнейшие перспективы.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является одним из самых распространённых вирусов, передаваемых половым путём, а также причиной более половины всех онкологических заболеваний, обусловленных инфекцией, у женщин. По данным исследования, проводимых Центральным НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, частота инфицирования ВПЧ высокого онкологического риска в общей популяции в РФ варьирует от 13 до 40%. ВПЧ вызывает широкий спектр злокачественных и доброкачественных новообразований репродуктивной системы.

Ежегодно в мире регистрируется более 750 тыс. новых случаев ВПЧ-ассоциированного рака, приблизительно 70% из которых приходится на РШМ. В Российской Федерации РШМ занимает 2-е место по распространённости среди злокачественных новообразований и 1-е в структуре смертности от них у женщин до 45 лет, а также 4-е место по количеству потерянных лет жизни. Только за 10 лет заболеваемость выросла в разы: с 7,9

«Круглый стол»

Вакцинация — путь к снижению онкозаболеваемости

И ориентир на исчезновение рака шейки матки

на 100 тыс. женского населения в 2002 г. до 17,2 – в 2012 г. Ежегодно в РФ регистрируется 15-16 тыс. новых случаев РШМ и более 7 тыс. летальных исходов.

Важнейшим способом предотвращения инфицирования ВПЧ и, как следствие, снижения угрозы заболевания РШМ, является вакцинопрофилактика.

– На сегодняшний день ВОЗ признаёт: что вакцинация – самое эффективное из медицинских вмешательств, это – до 6 млн спасённых жизней в год. Факт снижения заболеваемости РШМ у молодых женщин до 24 лет в Московской области в 3 раза, безусловно, объясняется ролью вакцинации, – сообщила руководитель Московской областной организации специалистов по патологии шейки матки и кольпоскопии профессор Нина Зароченцева.

В России отсутствует достоверная статистика о распространённости ВПЧ, однако заболеваемость РШМ неуклонно растёт.

Высокие цифры послужили основанием для начала реализации областной программы иммунизации против РШМ (2008-2012) «Вакцинопрофилактика онкологических заболеваний, вызываемых вирусом

папилломы человека». В 9 пилотных муниципальных районах области – Люберцы, Наро-Фоминск, Мытищи, Раменское, Видное, Клин, Красногорск, Коломна, Ногинск – были определены график и сроки вакцинации. В программу были включены девочки подростки 12-13 лет. Возраст выбран не случайно. Во-первых, это оптимальный период (по опыту международных исследователей), во-вторых, как отметила главный специалист Минздрава Московской области по детской гинекологии кандидат медицинских наук Юлия Белая, современные подростки, в том числе и подростки Подмосковья, характеризуются ранним началом сексуальной активности, что диктует необходимость своевременной защиты от папилломавирусной инфекции, учитывая преимущественно половой путь передачи вируса. Более чем 70% девочек вводили четырёхвалентную вакцину, защищающую от наиболее распространённых типов ВПЧ (6, 11, 16, 18), остальным – двухвалентную (16, 18 типы). Заведующий лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний НИИ вакцин и сывороток им.

И.И.Мечникова профессор Михаил Костинов отметил, что прививка от ВПЧ внесена в Календарь прививок 70 стран, а зарегистрирована более чем в 130 странах мира.

Сотрудник отделения планирования семьи кандидат медицинских наук Лела Джиджихия сделала акцент на том, что результаты вакцинации зависят не только от факта внедрения программы, но и от места проведения вакцинации, охвата населения, подготовки медицинского персонала, организации вакцинального кабинета, правильно оформленной отчётности и других факторов.

К результатам эффективности вакцинопрофилактики ВПЧ относятся как долгосрочные критерии (снижение заболеваемости РШМ), так и краткосрочные, в частности снижение заболеваемости аногенитальными кондиломами – самым распространённым проявлением инфицирования ВПЧ. В ходе реализации программы в Московской области было отмечено снижение заболеваемости у девушек до 17 лет на 42%, что свидетельствует о высокой инфицированности ВПЧ среди сексуально активных подростков и диктует необходимость проведения вакцинации против ВПЧ-ассоциированных за-

болеваний и РШМ до сексуального дебюта.

Помимо Московской области, с 2008 г. от РШМ и других заболеваний, связанных с ВПЧ, в стране привились уже более 160 тыс. пациентов в 27 субъектах федерации (Москва, Ярославль, Новосибирск, Смоленск, Сахалинская, Свердловская, Тверская области, Пермский край и др.).

Сотрудник МОНИАГ Елена Булычева отметила необходимость совместной работы муниципалитетов, Министерства здравоохранения и Министерства образования при проведении массовой вакцинации против ВПЧ.

Подводя итоги «круглого стола», Михаил Костинов резюмировал:

– На примере вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний в Московской области впервые в РФ показаны реальные результаты эффективности программы. Отсюда следует вывод: обязательная вакцинация подростков против ВПЧ в России уже через 15-20 лет может привести к исчезновению ВПЧ-ассоциированных заболеваний и в первую очередь рака шейки матки.

Роман РОМАНОВ.

Москва.

Сотрудничество

Почувствуй себя умным

Для этого есть все возможности

В Новосибирском государственном университете прошёл очередной, уже IV Международный медицинский турнир MeDic House, в котором приняли участие 22 команды студентов медицинских вузов из Германии, Сербии и России. В отличие от традиционных предметных олимпиад, где участники показывают теоретические знания и непременно практические навыки, данный турнир представляет собой исключительно интеллектуальное состязание. Будущим врачам предлагаются для решения сложные диагностические задачи из реальной медицинской практики.

Как подчёркивают в университете, турнир нацелен на развитие у завтрашних докторов клинического мышления, а также навыков грамотного и структурированного изложения своих мыслей, умения аргументированно доказывать свою точку зрения, взвешенно оценивать альтернативные мнения и адекватно воспринимать критику в свой адрес. Судя по отзывам участников, данная сверхзадача успешно решается. Участница одной из команд Екатерина Шумбасова призналась: «Пока ты готовишься к турниру, чувствуешь себя доктором Хаусом. А когда выступаешь, участвуешь в обсуждении, то чувствуешь себя буквально академиком. И это так круто!»

Примечательно, что команды делятся пополам на две лиги – английскую и русскую, где все решения, доклады задач и обсуждения проводятся, соответственно, на английском или русском языке. В роли экспертов выступали профессора и преподаватели из НГУ, МГУ, НГМУ,



КрасГМУ, Медицинской академии им. С.И.Георгиевского, РУДН, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Университета Южной Каролины, Пенсильванского университета и других вузов. Директор Института медицины и психологии НГУ, член-корреспондент РАН Андрей Покровский считает интернациональность турнира принципиально важной:

– Приглашая к участию студентов из разных стран, мы хотим в нашем медицинском сообществе воплотить то, о чём мечтают большие политики. То же самое касается экспертов: очень важно, что это международная команда, ведь разные медицинские школы исповедуют разные подходы, и в ходе обсуждения удаётся понять, какой из них правильный.

Лучшей в русскоязычной лиге стала команда «АС/ДС» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова), на втором месте команда «Крымская весна Вернадского» (Крымская медицинская академия им. С.И.Георгиевского),

третье место у команды «Надмозг атакует» (Кемеровский ГМУ).

В английской лиге лучшей оказалась команда English Berlin (Берлин), на второй ступеньке пьедестала команда St. Vitus's dancers (Сеченовский университет), на третьей – Bumblebee (Белград).

Кроме команд-победителей по итогам 3-дневного турнира отдельно определялись лучшие игроки. В качестве награды за высокий интеллект и знания в области будущей профессии они получили возможность пройти стажировку в крупных российских медицинских центрах, Европейском медицинском центре, Научно-практическом центре медицинской радиологии, а также приглашение к научно-исследовательской работе в Пенсильванском университете.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Современные технологии

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) – одна из наиболее сложных операций, которая раньше проводилась на открытом сердце, период восстановления пациента после такого хирургического вмешательства занимает более 6 месяцев. Сегодня ей найдена альтернатива: в медицинском центре Дальневосточного федерального университета специалисты выполнили операцию с помощью небольшого разреза на работающем сердце.

На работающем сердце

Новые возможности медицины Приморья

Как рассказал заведующий Центром кардиохирургии и сосудистой хирургии, доктор медицинских наук, профессор Виталий Сорокин, раньше аортокоронарное шунтирование выполнялось через разрез грудины длиной в 25-30 см. Рассечение грудной клетки приводило к сильным болям после операции, длительному периоду восстановления и нетрудоспособности.

– Традиционная технология АКШ применяется в большинстве кардиоцентров России и за рубежом, – поясняет он. – Однако операция, выполненная на открытом сердце, имеет ряд потенциальных осложнений, в особенности у пациентов с сахарным диабетом и избыточным весом. При неблагоприятном исходе возможно длительное заживление кости грудины или развитие других различных осложнений. В послеоперационный период на протяжении 3-6 месяцев пациенту запрещается водить автомобиль, заниматься активным спортом, спать на боку, а также необходимо носить корсет, который причиняет массу неудобств.

Одним из главных преимуществ миниинвазивной операции является исключение необходимости

применять искусственное кровообращение, добавляет кандидат медицинских наук кардиохирург Сергей Щав:

– Операция проводится на работающем сердце. Пациент выводится из наркоза в операционной непосредственно после наложения кожного шва и переводится на самостоятельное дыхание. Это, в свою очередь, минимизирует осложнения, связанные с длительной искусственной вентиляцией лёгких. Хирургический доступ через незначительный разрез межреберья приводит к меньшей травме тканей, меньшей болезненности после операции и совершенному косметическому эффекту.

По словам главного врача медицинского центра университета Олега Пака, применение миниинвазивной технологии является несомненным шагом вперёд и большим достижением не только для университетской клиники, но и всего Дальнего Востока. Главными критериями успеха стали слаженная работа всех служб центра и современное оснащение клиники.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Сосудистая акватория

Как известно, всевозможного рода кровотечения – огромная клиническая проблема. Что примечательно – не только хирургическая, но и терапевтическая, всё чаще встречающаяся в современной клинике внутренних болезней, являясь как осложнением, так и первым признаком неимоверного количества патологий. К сожалению, данный синдром влечёт за собой массу осложнений вплоть до инвалидизации и даже летального исхода.

– Мне до сих пор не очень понятно, почему в терапевтической среде столь редко обсуждаются кровотечения, – сказал открывая форум, профессор А.Вёрткин. – Считать, что обсуждение данной проблемы представляет профессиональный интерес исключительно для хирургов – ошибка. Данная проблема в значительной степени терапевтическая, ведь «вратами» системы здравоохранения является поликлиника, куда пациент приходит к интернисту. Именно с этого всё начинается. Ни для кого не секрет, что тяжесть кровотечения определяется тремя параметрами: гематокритом, объёмом циркулирующей крови и количеством тромбоцитов, – заключил А.Вёрткин.

Наряду с прочим современным поликлиническим врач в обязательном порядке должен узнать у пациента, не принимает ли он нестероидные противовоспалительные препараты или антикоагулянты, учитывая, что контроль приёма этих медикаментов, мягко говоря, не совсем отлажен. Следствие этого – повальное поступление больных по «03» в стационар с различными кровотечениями.

– Помимо соматического компонента, огромную роль в генезе кровотечений играет злоупотребление алкоголем. Не задавать вопрос пациенту на этот счёт – преступление: алкоголизация нашего населения давно приобрела масштабы эпидемии. Так называемые алкогольные стигмы врач обязан проскринировать, что называется, с порога, – акцентировал внимание многочисленной аудитории мероприятия Аркадий Львович.

Эксперт привёл интересную статистику на примере многопрофильного стационара. Так, пальмы «первенства» занимают маточные геморрагии. Вслед за ними расположилась гематурия. Замыкают тройку лидеров носовые кровотечения. «Почётное» четвёртое место заняли всевозможные желудочно-кишечные кровотечения.

– Терапевт просто обязан быть ориентирован в геморрагическом синдроме, – отметил А.Вёрткин. – Именно он должен выявить эту проблему и направить к узкому специалисту или, быстро оценив ситуацию, госпитализировать больного. Зачастую кровотечения являются следствием неадекватной тактики ведения больных с той или иной патологией. К примеру, носовые кровотечения подчас являются одними из проявлений гипертонического криза, грозящего ишемическим инсультом, который, как известно, представляет собой не только клиническую, но и огромную социальную проблему для нашей страны на современном этапе. При этом возникновение криза является следствием неадекватной базисной фармакотерапии артериальной гипертонии. К сожалению, неконтролируемый приём антикоагулянтной и дезагрегантной терапии может являться непосредственной причиной развития кровотечения. Среди них: гематурия, маточные и желудочно-кишечные кровотечения. Следовательно, контроль антикоагулянтной терапии – ключевой этап профилактики всевозможных кровотечений. И это одна из непосредственных обязанностей терапевта. Кроме того, амбулаторному доктору необходимо понимать, что поддержание в стадии ремиссии многих хронических заболеваний также позволяет эффективно предотвратить геморрагический синдром, – подчеркнул он.

Недооценённая патология

Когда речь идёт о наиболее коварных в плане летальности заболеваниях, то чаще всего в этом

контексте упоминаются болезни сердца и сосудов, злокачественные новообразования, сахарный диабет 2-го типа, а также хроническая обструктивная болезнь лёгких. Этим проблемам посвящён ряд отраслевых мероприятий, где ведущие учёные-клиницисты, эпидемиологи и организаторы здравоохранения нашей страны обсуждают разработанные стратегии по снижению этих показателей общественного здоровья. Однако не только вышеперечисленные патологии порождают тревогу у медицинского сообщества: в спину лидерам дышит хроническая болезнь почек (ХБП) –

ства экстренных госпитализаций, инвалидизации и смертей наших больных. Наряду с клиническим эффектом за этим последовали бы позитивные изменения с экономической точки зрения – гемодиализ и трансплантация весьма накладны для скудного отраслевого бюджета в нашей стране.

Боль тому виной

– 40% пациентов в мировой популяции страдают от заболеваний, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, – констатировал профессор кафедры нервных

степени модулируют деятельность ЦНС и, как следствие, модифицируют течение болевого синдрома. На Западе этим занимаются врачи общей практики. Привлекая коллег, разумеется. Причём не только клиницистов, но и психотерапевтов. Именно на этом принципе строятся международные клинические рекомендации по ведению пациентов с хронической болью.

Суровая загадка века

За последние несколько десятилетий рассеянный склероз (РС) расширяет не только свою гео-

Необходимо понимать, что, несмотря на стремительное развитие методов диагностики, диагноз РС – клинический. Он ставится на основании анамнеза, жалоб, неврологического осмотра. Лабораторные и инструментальные методы обследования, несмотря на существенный вклад в диагностическую эффективность, несут в данном случае вспомогательный характер. Тем не менее именно МРТ в большинстве случаев позволяет визуализировать множественные хаотично расположенные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге (от-

Экспертный уровень

Дирижёр клинического оркестра

Компетентный терапевт – гарант успеха в лечебном процессе



Выступает профессор А.Вёрткин

комплекс нозологий, обобщающий ряд нефрологических патологий, лежащий, к стати говоря, в основе ряда летальных исходов вследствие онкологии, сердечно-сосудистых катастроф и осложнений СД. Ситуация усугубляется ещё и тем, что в нашей стране нет однозначной и достоверной статистики «почечных» пациентов. Более того, многие из них состоят в реестре другой внутренней патологии.

– К сожалению, нефропатия вездесуща. Реальность такова, что поражение почек – следствие неимоверного количества заболеваний. Как результат – хроническая почечная недостаточность, – обратился к аудитории заместитель главного врача по нефрологии столичной городской клинической больницы № 52, главный нефролог Департамента здравоохранения Москвы, доцент кафедры госпитальной терапии Медицинского института Российского университета дружбы народов Олег Котенко. – Классификация ХБП выстроена в виде своего рода шпаргалки для врача – чем непосредственно занимается на той или иной стадии заболевания. Ситуация с ХБП – одно из наиболее слабых звеньев отечественной нефрологии, хотя терапевт вполне способен вести таких больных. К сожалению, в плане раннего выявления ХБП мы катастрофически отстаём от экономически развитых стран. И дело здесь не только и не столько в финансировании отрасли, сколько в подготовке специалистов первичного звена. Анализ крови на креатинин и анализ мочи на альбумин – рутинные процедуры. Повторюсь: это лежит в компетенции терапевтов, – добавил он.

Действительно, если бы наши амбулаторные доктора эффективно предупреждали ХБП на ранних стадиях, то почечное здоровье в целом по стране было значительно лучше. Это позволило бы избежать множе-

болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Андрей Данилов. – Более 50% этих больных отнюдь не удовлетворены лечением, а 17% склонны к суицидам. Данный вопрос весьма остро стоит перед медицинским сообществом в экономически развитых странах, где на регулярной основе разрабатываются всевозможные алгоритмы, направленные на улучшение качественной составляющей жизни таких пациентов, однако в нашей стране к этому вопросу относятся, мягко говоря, поверхностно, – посетовал он.

Действительно, при жалобах, к примеру, на перманентный дискомфорт в спине или конечностях болевого характера российский пациент в лучшем случае сталкивается с обескураживающим равнодушием докторов. «Болит – и болит. Не обращайтесь внимания», – слышит он в ответ в подавляющем большинстве подобного рода обращений за медпомощью.

– В США пришли к выводу, что принципы ведения больных с хроническим болевым синдромом необходимо вести отнюдь не так, как с острой болью, – продолжил А.Данилов. – Принципиальное различие в данном подходе зиждется на механизмах формирования этих симптомов – центральном и периферическом. Последние годы мы всё чаще говорим о так называемом биопсихосоциальном подходе к пациентам с хронической болью. Суть такого подхода состоит в тщательном наблюдении за тем, что происходит на периферии. Конечно, никто не исключает необходимости серьёзного подхода к изменениям на органном и тканевом уровнях, однако параллельно с этим анализом чрезвычайно важно обращать внимание на психологический и социокультурный факторы, которые в значительной

Эффективно функционирующее первичное звено – главное условие хорошо налаженной системы здравоохранения. Недаром в экономически развитых странах более 70% медицинской помощи оказывается в амбулаторных условиях, и с абсолютным большинством весьма вариабельной внутренней патологии справляется врач общей практики, отождествляемый с отечественным терапевтом, привлекая узкого специалиста лишь в сложных случаях. Данную концепцию перенимает и российское здравоохранение. Таким образом, ключевым залогом отраслевой эффективности является соответствующая профессиональная подготовка поликлинических терапевтов.

Это и стало лейтмотивом очередной образовательной сессии «Амбулаторный приём», ориентированной главным образом на специалистов первичного звена и прошедшей по традиции под председательством одного из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, руководителя общества «Амбулаторный врач», члена президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия ВЁРТКИНА.

графию, продвигаясь от северных стран к экватору, но и возрастные границы. Жертвами болезни, ранее характерной в основном для людей в возрасте от 18 до 35 лет, всё чаще становятся дети и подростки. Согласно данным Минздрава России, за период 2012–2014 гг. распространённость этого коварного заболевания в среднем ежегодно прирастает на целых 24%, а количество выявленных новых случаев – на 34%. Что характерно, эта зловещая патология всё активнее поражает и самые активные в биологическом и социальном плане слои взрослого населения. Логично, что первым доктором, который должен заподозрить у пациента зловещий многоликий недуг, должен быть никто иной как терапевт.

– Мы с вами, уважаемые коллеги, живём в эру аутоиммунной агрессии. Эпидемиология РС как во всём мире, так и в нашей стране – яркий тому пример, – заявила заведующая межотделным отделением рассеянного склероза московской ГКБ № 24, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, кандидат медицинских наук Екатерина Попова. – К сожалению, этиология РС до сих пор неизвестна, и мы можем лишь воздействовать на отдельные звенья патогенеза этой болезни, что уже немало. И если ещё полвека назад данное заболевание было суровым приговором для пациента, то на сегодняшний день, используя необходимый диагностический и лечебный арсенал, мы в ряде случаев способны существенно замедлить развитие демиелинизирующего процесса и, как следствие, – инвалидизации больного.

сюда и название – рассеянный, т.е. множественный. – Д.В.)

Излюбленными местами аутоиммунных атак на нервную ткань является перивентрикулярная область, кора больших полушарий, а также шейный и грудной отделы спинного мозга. Ствол головного мозга поражается реже. Основные задачи терапии РС – в течение максимально длительного периода времени не допустить развития новых очагов поражения нервной ткани.

– По данным западной литературы, – добавила Е.Попова, – РС насчитывает несколько сотен симптомов. Это обусловлено хаотичностью воспалительного процесса в ЦНС. Поэтому ни одна из жалоб в этой связи не является патогномичной для РС. В этом и заключается тяжесть постановки диагноза. Однако, принимая во внимание такие факторы, как молодой возраст, жалобы на периодической или постоянной дискомфортом в той или иной системе организма, компетентный терапевт в состоянии заподозрить этот недуг и направить больного к районному неврологу, который в случае согласия с коллегой предпримет всё необходимое для передачи пациента неврологу, специализирующемуся на РС. Вообще, хочу заметить, что в столичном регионе маршрутизация больных с РС выстроена весьма неплохо. Чем раньше человеку с впервые выявленным РС будет назначена терапия ПИТРС (препараты, изменяющие течение РС. – Д.В.), тем больше у него шансов на сохранение высокого уровня качественной составляющей жизни в течение длительного времени, – заключила она.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Основные цели лечения больных с кардиометаболической патологией заключаются в снижении сердечно-сосудистой смертности, риска развития макро- и микрососудистых осложнений. Необходим контроль гликемии с минимальным риском гипогликемии (уровень гликированного гемоглобина 6,5%, уровень глюкозы плазмы натощак < 6,0 ммоль/л, постпрандиальный уровень глюкозы плазмы < 7,5 ммоль/л), контроль АД и уровня липидов крови.

В соответствии с отечественными клиническими рекомендациями целевой уровень АД при сахарном диабете 2-го типа составляет < 130/80 мм рт.ст. По результатам клинического исследования ACCORD интенсивный контроль АД (целевые САД < 120 мм рт.ст.) у больных сахарным диабетом 2-го типа не имеет практического преимущества по сравнению с уровнем САД < 140 мм рт.ст. Многоцентровые клинические рандомизированные исследования показали, что для достижения целевых значений АД необходимо назначение от 2,5 до 4 антигипертензивных препаратов различных групп.

Формирование АД у больных сахарным диабетом определяется наличием нескольких механизмов: гиперреактивностью ренин-ангиотензин-альдостероидной системы (РААС), увеличением объема циркулирующей крови, активацией симпатоадреналовой системы (САС) и др. Вследствие этого назначение монотерапии больным сахарным диабетом и АД, скорее всего, неэффективно. Эффективны комбинации блокаторов РААС (ИАПФ или БРА) и антагонистов кальция (АК).

Блокада РААС не только способствует контролю уровня АД, но и воздействует на ряд эффектов, присущих ИАПФ и БРА, нефропротективный эффект (снижение протеинурии, стабилизация фильтрационной функции почек и др.).

В клиниках и лабораториях

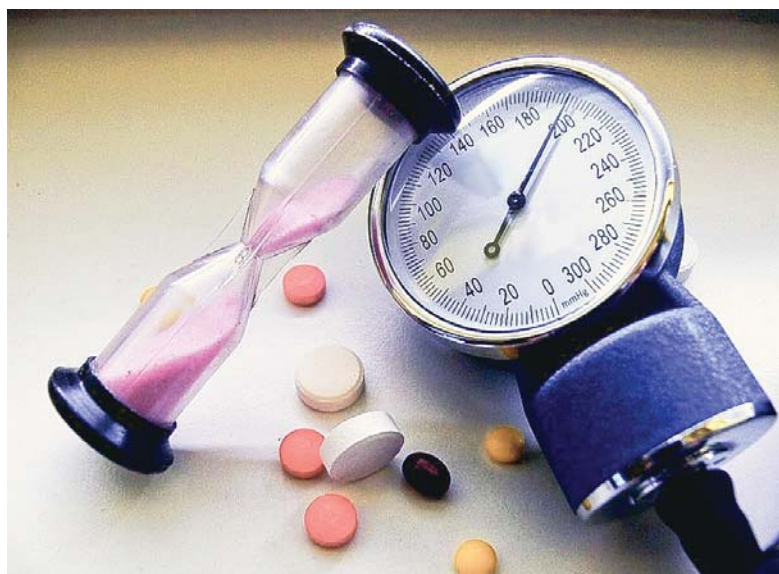
Фармакологическое созвездие

Особенности терапии артериальной гипертензии при сахарном диабете и метаболическом синдроме

Из АК определённое предпочтение имеют верапамил и дилтиазем, уменьшающие протеинурию. Возможно также назначение дигидропиридиновых АК пролонгированного действия.

Из диуретиков показаны тиазидоподобные препараты, которые не влияют на углеводный и липидный обмен. Из БАБ предпочтительны кардиоселективные препараты, которые, кроме высокой кардиоселективности, способствуют выработке оксида азота, мощного вазодилатора, не оказывающего влияния на углеводный и липидный обмен.

В настоящее время существует фиксированная комбинация β-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция (биспролол с амлодипином), которая, с одной стороны, не повышает риск инсулинорезистентности и сахарного диабета, а с другой, снижает центральное давление в аорте на фоне АК, представляющие собой в данном аспекте важные препараты у пациентов с метаболическим синдромом. Их отличает высокая антигипертензивная эффективность, отсутствие негативного влияния на углеводный и липидный обмен. При сочетанной



кардиометаболической патологии предпочтительны препараты АК длительного действия.

Агонисты I2-имидазолиновых рецепторов, кроме высокой антигипертензивной эффективности, повышают чувствительность тканей к инсулину, что существенно в лечении АД на фоне метаболического синдрома.

Преимущества использования комбинированных антигипертензивных препаратов, содержащих в одной таблетке 2-3 компонента:

- уменьшение отрицательного влияния большого числа таблеток
- упрощение режима терапии
- повышение приверженности терапии

- повышение эффективности
- профилактика развития осложнений ССЗ. Подобный препарат может использоваться при АД в сочетании с СД-2.

Так, на текущий момент рациональными комбинациями препаратов являются:

- диуретик – ИАПФ
- БРА – диуретик
- БРА – АК
- ИАПФ – АК.

Отдельно выделяют несочетаемые группы препаратов.

- ИАПФ – калийсберегающие диуретики (способствуют быстрому накоплению калия в организме)
- ИАПФ – β-адреноблокаторы.

В практической работе следует учитывать особенности фармакотерапии АД в сочетании с сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Игорь ГРОМОВ,
клинический ординатор.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского.

Продолжаем разговор

В «Медицинской газете» № 28 за 2017 г. была опубликована информация о результатах исследования, проведенного в Университете Орду (Турция). Турецкие учёные установили, что мужчины с I группой крови в 4 раза реже страдают от импотенции или эректильной дисфункции, чем представители сильного пола с другими группами крови.

Действительно ли группа крови, которая «досталась» человеку от рождения, может сама по себе предрасполагать к развитию у него каких-либо патологических состояний? С этим вопросом и просьбой прокомментировать данные турецких учёных мы обратились к заведующему кафедрой трансфузиологии Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, доктору медицинских наук, профессору **Евгению ЖИБУРТУ:**

– Скажу больше: группа крови может предрасполагать к одним болезням и защищать от других. Эта обусловленность уже неоднократно и убедительно обоснована, в том числе исследованиями российских авторов. К примеру, в Санкт-Петербурге в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова было проведено исследование «Система группы крови LEWIS в прогнозировании возникновения и течения ишемической болезни сердца, возможности комплексной терапии и профилактики».

В этой связи мне кажется важным дополнить опубликованную в «МГ» информацию сведениями, которые, скорее всего, неизвестны большинству российских врачей, но могут представлять для них интерес. Эти данные можно использовать в клинической практике: зная потенциальную роль

Фенотип эритроцитов как зеркало здоровья

Что говорит группа крови о мужской силе и не только



группы крови пациента в развитии того или иного заболевания или состояния, учитывать это в диагностике, лечении, а более всего – в профилактике.

Итак, сама система групп крови обозначается как АВ0. Различные сочетания антигенов А и В, а также антител образуют четыре группы крови: группа 0 – оба антигена отсутствуют; группа А – на эритроцитах присутствует только антиген А; группа В – на эритроцитах присутствует только антиген В; группа АВ – на эритроцитах присутствуют антигены А и В. Традиционно мы в

России называем эти группы I, II, III и IV, хотя в мире обозначения римскими цифрами не используют уже несколько десятилетий во многом из-за риска перепутать образцы при переливании крови.

Частота групп крови варьирует в глобальном масштабе. Частота группы 0 приближается к 100% среди коренного населения Центральной и Южной Америки, группа А чаще встречается в Центральной и Восточной Европе, группа В – в Китае и Индии, а АВ чаще встречается в Японии, Китае и Корее.

Антигены А и В экспрессируются не только на эритроцитах, но и на тромбоцитах, клетках эндотелия сосудов, эпителиальных тканях, а также секретируются в различные жидкие среды организма.

Фенотипы системы АВ0 являются результатом взаимодействия продуктов двух генных локусов – Н и АВ0. Разные фенотипы АВ0 ассоциированы с повышенным риском разных заболеваний. Например, антигены экспрессируются в слизистой пищеварительного тракта, где они могут дифференциально связываться с кишечными патогенами. АВ0 также может быть связана с риском рака: антиген А нередко обнаруживается в опухолевых клетках у лиц, не от-

носящихся к группе А. При этом гликозилирование приводит к конформационным изменениям в белках, таких как рецептор эпидермального фактора роста, или изменяет иммунное распознавание естественных клеток-киллеров, что способствует онкогенезу.

Также есть подтверждения того, что у людей с группой крови А выше риск развития бактериальных инфекций, онкологических заболеваний, тромбозов. А у людей с группой крови 0 – вирусных инфекций, аутоиммунных заболеваний, кровотечений. Фенотип 0 защищает «хозяина» от малярии, особенно церебральной малярии у детей.

Олигосахариды АВ0 экспрессированы на N-гликанах фактора фон Виллебранда. Чем больше у данного человека фактора фон Виллебранда, тем выше риск тромбоза, а чем его меньше, тем выше риск кровотечения. У пациентов с группой крови 0 уровень фактора фон Виллебранда примерно на 25% ниже, чем у пациентов не-0 групп. Пациенты с группой крови 0 имеют более высокий риск массивного кровотечения, но меньший риск тромбоза. Так что к результатам, полученным в Университете Орду, следует отнестись со всей

серьёзностью: вполне возможно, тромбоз действительно участвует в патогенезе эректильной дисфункции у пациентов, обследованных турецкими учёными.

И ещё некоторые данные, важные для клиницистов. Не-0 группы крови связаны с повышенным риском рака желудка и поджелудочной железы. При остром коронарном синдроме группа 0 ассоциирована с высокой концентрацией интерлейкина-10 и более высокой летальностью.

Замечено также, что группа крови А значительно реже встречается у мужчин-гомосексуалистов. Каким образом можно использовать последнюю информацию в клинической практике, сказать не берусь, но сама по себе такая закономерность существует.

Главный вывод из всего вышесказанного состоит не в том, что группа крови есть фатальный фактор, предопределяющий наши неудачи в медицине, а в том, что следить за здоровьем и соблюдать здоровый образ жизни необходимо вне зависимости от фенотипа эритроцитов.

Подготовила
Елена ЮРИНА.
МИА СitO!

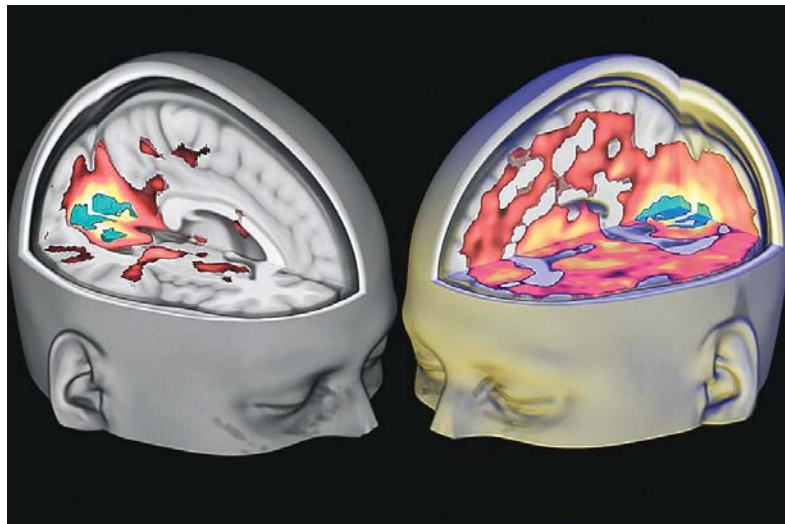
Почему бы и нет?

Первый, кто попробовал ЛСД, отметил удивительное «расширение сознания» (которое психиатр Х.Осмонд назвал психоделическим, что означает «откровение души»). Оно сопровождалось многоцветными «кислотными картинками», или галлюцинациями, название которых идёт от греч. ἄλλοι – другой, иной (сравни: аллегория, аллель, аллелгия, параллели).

Интерес химика характерен для страны, пережившей более чем 20-летнее правление Иоганна (Жана) Кальвина, который своим «Наставлением христианства» (Institutio Christianae) в четырёх книгах-либрах ввёл во всей стране террор не только физический. Поэтому принцип свободы воли, введённый в соседних германских владениях, стал хотя бы частичным избавлением от интеллектуальных тисков. Так национальность учёного влияет на его понимание науки: французы после Пастера и Мечникова сильны в иммунологии, американцы в техническом обеспечении, а англичане – в генерировании идей.

Последние доказали это своим очередным достижением в изучении мозга Хофман открыл ЛСД, когда никто ничего не знал даже о биохимии мозга, не говоря о молекулярной биологии последнего. Благодаря корифеям довоенной эпохи, включая И.Павлова, было известно о возбуждении нервной ткани и её «охранительном торможении», но в целом вокруг мозга ещё долгие десятилетия «цветут сто цветов». Среди них были настоящие перлы в виде полей коры К.Бродмана, сотрудника О.Фогта (1870-1959), призванного в Москву, чтобы основать Институт мозга, где на тончайшие слои порезали мозг Ленина. Следствием этого явился доклад, сделанный в мае 1934 г. перед московским парткомом, в котором говорилось о большем числе отростков нервных клеток в одном из слоёв лобной доли вождя (ничего более дельного почти за 10 лет работы института выявлено

Магические грибы



Слева мозг в обычном рабочем режиме бодрствования с выраженной активностью в затылочных долях с их зрительной корой, справа резкое повышение активности магнитных полей под действием галлюциногенов

не было). И был ещё примитивный гальванометр, с которого началось «снятие» биотоков мозга (энцефалограммы – ЭЭГ).

Сегодня в распоряжении нейробиологов целый сонм исследовательских методов, включая флуоресцентные протеины и оптогенетику, а также разные томографы, позволяющие «заглянуть» в живой функционирующий мозг, решающий те или иные задачи. Недавно с помощью одного из них у 14 христиан разного возраста удалось выявить повышение уровня гормонов счастья (серотонина и дофамина). То же наблюдалось у францисканских монахинь и буддистских монахов, у которых отмечалось изменение кровообращения в теменной коре левого полушария. На фоне этого подавляется активность речевых «центров», что приводит к снижению шумового фона, но повышается кровоток в лобных

долях, ответственных за мышление. В комментарии психолога к статье о религиозном просветлении говорится, что «учёные нашли объяснение, почему молитва приносит верующим облегчение. Если человек приходит в церковь, то через 15-20 минут (он) впадает в состояние транса. Это релаксация во время бодрствования. Кстати, в эти моменты человек наиболее внушаем. Нужно заниматься медитациями...».

Известно, что электрон имеет магнитный момент (спин), благодаря чему поток электронов генерирует вокруг себя магнитное поле. Аксон, или «осевой» отросток нервной клетки, представляет собой клеточный проводник ионных токов, подгоняющих перемещение пузырьков-везикул с нейромедиаторами в направлении синапса, или точки межнейронального контакта. Возбуждающим медиатором слу-

жит глутаминовая аминокислота, а тормозящим – гамма-аминомасляная (ГАМК), используемая в лечении для введения в «охранительную» кому. По всей видимости, ЛСД подавляет ГАМК-нейроны, в результате чего мозгом овладевает разлитое возбуждение (они помогают «смириться» с запахами, забыть о горе и боли). По крайней мере такую идею выдвинули учёные графства Суссекс (Великобритания).

Им удалось получить разрешение на использование известных галлюциногенов – ЛСД и псилоцибина из «магических» грибов Америки, а также известного обезболивающего кетамина, действие которых сравнивали с обычным плацебо. Учёные решили вместо томографа использовать магнитоэнцефалограмму (МЭГ), позволяющую увидеть возбуждение не только корковых, но и глубоких отделов мозга. В помощь специалистам Суссекса были даны сотрудники Имперского колледжа в Лондоне. В общей сложности в исследовании с помощью МЭГ приняла участие 48 человек, «сидевших» на галлюциногенах, данные о магнитных полях, активности которых были сначала «очищены», а затем нарезаны на отрезки продолжительностью не более 2 секунд. Плацебо не генерировало магнитных полей, хотя в других исследованиях помогало подавлять боль и «лечить» сердечные раны после расставания с любимыми.

Мозг под действием галлюциногенов и обезболивающего показывает гораздо большую, а главное – разнообразную активность, что говорит о «расширении сознания». Оно было отмечено А.Хофманом, который назвал расширение высоким состоянием – Higher State. В Суссексе резко повышалась и активность затылочных долей с их первичной зрительной корой,

куда по зрительному нерву приходят импульсы от сетчатки глаз. По мнению учёных, дозированное действие галлюциногенов при строгом медицинском контроле может быть использовано при лечении депрессии, не купируемой обычными антидепрессантами. Но разрешат ли это контролируемые инстанции?

Швейцарский химик А.Хофман, проживший 102 года, выделил что-то из спорыньи в своей базельской лаборатории и в полном соответствии с алхимическим принципом органолептики – пробовании всего на вкус – лизнул 19 апреля 1943 г. полученный им диамид лизергиновой кислоты, который позже стал знаменит как ЛСД. Его хотели использовать как средство для лизиса эрготизма, или корчей-судорог, вследствие отравления грибом спорыньей, поражающим злаки. Воздействие на сознание роднило спорынью с мухомором, отвар которого автохтонные жители Сибири пили, чтобы избавиться от... глистов. Пили его и шаманы для введения себя в состояние транса (характерный цвет шляпок гриба связывают с одеянием Санта-Клауса). По другую сторону Земли обитатели сельвы делали отвары из своих «магических» грибов Psilocybe и кактусов-агав, о свойствах которых писали различные авторы (из грибов потом выделили псилоцибин).

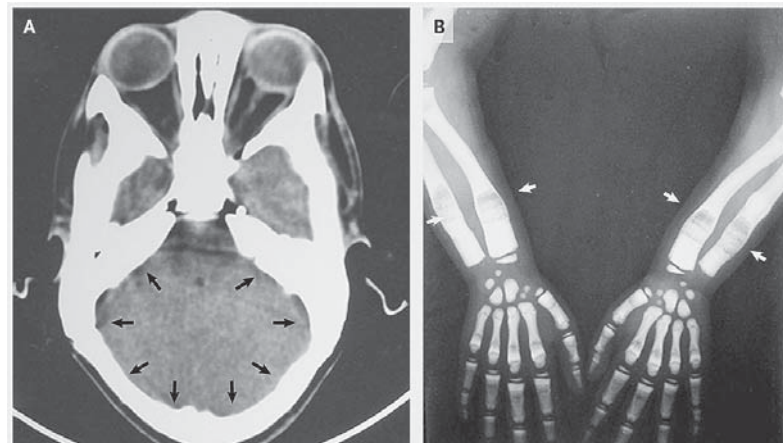
«Распространённая причина неполадок с памятью – нарушения в шейном отделе позвоночника, – утверждает невролог. – В результате страдают все когнитивные функции. Важное обследование – энцефалограмма... назначается МРТ. Выделяется гормон радости эндорфин», помогающий «справиться и с истощением, и усталостью, и с плохим настроением». Вот так всё просто...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
New Scientist, PLOS Biology.

Особый случай

Остеопетроз



Родители 6-летней девочки обратились к зубному врачу по поводу того, что у неё только один зуб. Из анамнеза стало известно, что девочка плохо слышит и потеряла зрение в 2-летнем возрасте. Кроме того, у неё отмечается страбизм, бугорки на лбу, гипертелоризм и отставание в росте.

При лабораторном исследовании обратил на себя внимание уровень кальция 5,7 мг/дл (норма 1,42 ммоль/л, 8,7-10,3 мг/дл или 2,18-2,58 ммоль/л) и нормальный уровень сывороточного фосфора и щелочной фосфатазы. При КТ-сканировании обнаружено диффузное утолщение костей черепа (рис. А, стрелки), и на рентгенограммах кистей рук склеротические изменения (рис. В, стрелки).

Эти находки соответствовали диагнозу «остеопетроз» (остеосклероз, или болезнь Альберс-Шенберга. – Р.А.) – редкому наследуемому заболеванию, которое характеризуется повышенной плотностью костей. В типичных случаях имеет место мутация в одном из нескольких генов, что приводит к поражению функции остеокластов и недостаточной резорбции костной ткани.

Осложнением болезни может быть компрессия черепного нерва, ломкость костей и недостаточность костномозгового кровотока. Было начато лечение кальцитриолом и интерфероном гамма-1b. К сожалению, наблюдать ребёнка в катмнезе не представилось возможным.

Рудольф АРТАМОНОВ.
По материалам
New England Journal of Medicine.

Ситуация

В европейской литературе были опубликованы результаты исследования целесообразности проведения лимфодиссекции (ЛД, удаление лимфоузлов) при метастатическом почечнопочечном раке (ПКР).

Для того чтобы оценить возможную взаимосвязь между лимфаденэктомией и онкологическими результатами у пациентов, подвергнутых радикальной нефрэктомии при метастатическом ПКР, было проведено ретроспективное когортное исследование историй болезни 1797 пациентов с МО ПКР, которым была выполнена радикальная нефрэктомия в период между 1990 и 2010 гг., в том числе 606 (34%), перенёвшим ЛД.

Исследователи оценивали зависимость развития отдалённых метастазов, канцероспецифической смертности и общей смертности от

Удалять или нет?

ЛД. В общей сложности у 111 (6,2%) пациентов были рN1. Средний период наблюдения после операции составил 10,6 лет. Не было обнаружено никаких существенных клинико-патологических различий между пациентами с лимфаденэктомией и без неё. В общей когорте не было достоверной зависимости ЛД с уменьшением риска отдалённых метастазов, общей или канцероспецифической смертности.

Кроме того, ЛД не была связана с улучшением онкологических результатов даже среди пациентов с повышенным риском заболевания рN1, в том числе с предоперационной радиологически диагностированной лимфаденопатией. Среди пациентов, перенёвших ЛД, объём

лимфаденэктомии не был достоверно связан с развитием отдалённых метастазов, с канцероспецифической и общей смертностью.

Авторы не выявили онкологических преимуществ ЛД в общей когорте пациентов и среди пациентов с повышенным риском поражения лимфоузлов. Полученные данные не подтверждают наличие терапевтических преимуществ для ЛД у пациентов с МО ПКР.

Таким образом, лимфаденэктомия не позволяет достичь терапевтических преимуществ у пациентов с метастатическим почечнопочечным раком.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.
По материалам журнала
European Urology.

Эксперименты

Терапия голодом

Исследователи из Института исследований старения Бака (США) заявили, что правильное голодание даёт мозгу возможность отдыхать от напряжённой мыслительной деятельности. Как выяснилось, недостаток питания снижает активность синапсов, что затрудняет передачу сигналов между нейронами. Таким образом, активность нервных клеток ослабляется, и мозг отдыхает наподобие расслабленных мышц.

Эксперимент, доказывающий это утверждение, учёные поставили на личинках мух. Сначала из рациона питания личинок они убрали белки, а затем и вовсе ограничили количе-

ство пищи. Как показали эксперименты, синаптическая активность мозга личинок снизилась до половины уже через 3 часа голодовки. По словам соавтора исследо-

вания Пешмуна Хагиги, при отсутствии питательных веществ организм снижает высвобождение нейромедиатора и таким образом экономит значительную часть общего расхода энергии. Хотя исследование производилось на мухах, по словам учёных, мозг людей реагирует на отсутствие пищи аналогичным образом, поэтому в ближайшем будущем лечебное голодание может быть использовано при лечении нарушений головного мозга – таких как эпилепсия или дисфункции, вызванные стрессом.

Борис БЕРКУТ.
По сообщению CNN.

Мнения

Американские учёные обнаружили в человеческой ДНК необычный ген, мутации которого могут ускорить старение мозга в пожилом возрасте на десятки лет или замедлить его с аналогичной силой. «Если посмотреть на пожилых людей, часть из них будут выглядеть необычно старыми, а другие – необычно молодыми. То же самое происходит и во фронтальной коре, регионе мозга, отвечающем за работу разума. Мы выяснили, что многие из этих различий связаны с вариациями в гене TMEM106B. У людей, имеющих две «плохих» копии этого гена, фронтальная кора выглядит на 12 лет старше, чем у пожилых людей с двумя нормальными версиями TMEM106B», – объясняет Аса Абелевич из Университета Колумбии в Нью-Йорке (США).

Ген дисбаланса

В последние годы среди учёных возродился спор о том, что представляет собой процесс старения и смерти людей и животных. Часть биологов и эволюционистов считают, что его контролирует своеобразная «программа смерти» – определённый набор генов, заставляющий тело дряхлеть и умирать, уступая место новому поколению себе подобных.

А.Абелевич и его коллеги открыли один из потенциальных генов старения, сравнивая между собой образцы ДНК из почти 2 тыс. кусочков мозга, пожертвованных ради науки людьми, умершими по естественным причинам и не страдавшими болезнью Альцгеймера, рассеянным склерозом или другими нейродегенеративными расстройствами.

Изучая эти геномы, учёные сравнивали не только структуру самих генов, но и то, как активно их считывали клетки мозга. Это позволило раскрыть не только то, как различия в структуре генов влияли на работу коры и других слоёв мозга, но и понять, как менялся характер их работы по мере старения организма.

Сопоставив то, как различался «рисунок» активности генов у разных пожилых людей, и то, как выглядела их кора, доктор Абелевич и его коллеги выделили

несколько участков ДНК, влияющих на скорость старения мозга.

Сильнее всего, как показали расчёты биологов, на этот процесс влиял ген TMEM106B – участок ДНК, отвечающий за формирование связей между нервными клетками и их очистку от белкового «мусора». Даже небольшие мутации в его структуре сказывались на облике коры в пожилом возрасте, ускоряя или замедляя её старение на несколько лет, выяснили учёные.

Что интересно, этот ген «включался» только в пожилом возрасте, начиная влиять на работу мозга примерно в 65 лет. Почему это происходит, учёные пока не знают, однако они предполагают, что это связано с включением неких стрессовых механизмов при наступлении старости.

Кроме того, команде А.Абелевича удалось найти связь между старением коры и ещё одним геном – GRN – выполняющим схожие функции, но влияющим на дряхление мозга в гораздо меньшей степени. Как полагают учёные, в ДНК человека может присутствовать ещё несколько десятков таких генов, управляющих старением разных органов. Их изучение поможет понять, можно ли замедлить процесс старения и как это сделать.

Новые подходы

В помощь диабетикам

В Бостонском университете (США) учёные провели очередные клинические испытания бионической поджелудочной железы. Конструкция из смартфона, системы мониторинга глюкозы и двух помп применялась у пациентов на протяжении 11 дней (ранее исследования продолжались 24 часа и 5 дней) и по итогам работы показала себя достаточно эффективной для контроля уровня сахара в крови пациентов с сахарным диабетом 1-го типа. Никаких специальных ограничений при этом на участников испытаний не накладывали.

Во время предыдущих исследований вместе с участниками постоянно находилась медсестра, а несовершеннолетние пациенты ночевали в специальных помещениях. На этот раз ограничения сняли, и все пациенты жили своей обычной жизнью – занимались домашними делами и ходили на работу. Необходимо было выполнить

только два условия – чтобы рядом с пациентом проживал взрослый человек, с которым можно было бы связаться при необходимости, а также участники должны жить не более чем в полчаса езды от одного из участвовавших в исследовании университетов.

Во время исследования пациенты носили устройства непрерывного мониторинга глюкозы, которые каждые 5 минут отправляли данные на смартфон. Если уровень сахара падал – смартфон отдавал соответствующую команду помпам с инсулином и глюкагоном. Слишком сильное падение сахара, а также отсутствие сигнала от помп и устройства мониторинга в течение более 15 минут считались форс-мажорными обстоятельствами, сообщении об этом отправлялось исследователям, которые, в свою очередь, связывались с самими участниками или с их контактными лицами.

Всего в клинических испытаниях участвовали 39 взрослых, каждому из которых поставили диагноз не

менее года назад и каждый из которых использовал на момент исследования инсулиновую помпу не менее полугода подряд. Все участники в течение 11 дней использовали бионическую поджелудочную железу, а затем в течение ещё 11 дней – привычную систему контроля сахара. В процессе они ежедневно заполняли опросники, где отмечали эпизоды гипогликемии и тошноты и записывали, какие углеводы употребляли в пищу, чтобы справиться с гипогликемией.

По итогам испытаний оказалось, что средний уровень глюкозы в крови участников был ниже, когда они использовали бионическую поджелудочную железу – 141 мг/дл против 162 мг/дл для обычной инсулиновой помпы. Автоматика отмечала падение сахара до уровня гипогликемии в 3 раза реже, и сами пациенты говорили о том, что чувствовали себя лучше, когда их состояние контролировала бионическая поджелудочная железа.

Однако

Аппендикс традиционно считается бесполезным рудиментом наряду с копчиком и зубами мудрости и бесцеремонно удаляется хирургами при малейшей опасности развития его воспаления – аппендицита. Однако учёные выяснили, что этот отросток слепой кишки является важным органом, от которого зависит иммунитет человека. Таковы результаты «свежего» исследования, которое провели учёные Среднезападного университета (США).

Изучив хронологию эволюции аппендикса в организме человека путём анализа желудочно-кишечного тракта и признаков экологической

«Иммунный» атавизм

приспособляемости 533 видов млекопитающих, учёные обнаружили, что этот орган независимо появлялся у разных видов более 30 раз и почти никогда не исчезал в ходе эволюционного развития. Кроме того, развитие аппендикса никак не связано с факторами экологии и питания.

Однако этот орган оказался тесно связанным с высокими концентрациями лимфоидной ткани, которая собиралась в слепой кишке. Это значит, что аппендикс принимает активное участие в формировании иммунитета, играя важную роль в

качестве дополнительного оборонительного органа. По словам исследователей, аппендикс работает как депо для полезных бактерий, являясь частью большого защитного комплекса организма.

Впрочем, удаление аппендикса не является катастрофой. Особого ухудшения качества жизни человека при отсутствии этого органа не происходит, хотя до сих пор не ясно, может ли организм создать бактериальное депо за счёт других органов. Тем не менее удалять этот орган без нужды не стоит, не такой уж, как оказалось, это и рудимент.

Гипотезы

Терапия по-неандертальски

Неандертальцы, жившие примерно 50 тыс. лет назад на территории современной Испании, были вегетарианцами, употреблявшими в пищу грибы, мхи и кедровые орехи, при этом некоторые из них пользовались растениями в лечебных целях. К такому выводу пришли антропологи совместной группы университетов Австралии и Австрии, проведя ДНК анализ зубного налёта 5 неандертальцев, найденных в испанской пещере Эль-Сидрон.

Реконструкция микробиоты вымерших видов гоминид позволила предположить тесные и даже интимные связи с современным подвидом людей. По словам палеомикробиолога Лары Уайрик, наличие вегетарианства и тесные сношения с кроманьонцами говорят о том, что неандертальцы были высокоразвитыми существами, не уступавшими в развитии современным людям.

Учёные не могут пока дать объяснения диетическим предпочтениям неандертальцев Эль-Сидрона, тем более при отсутствии земледелия вегетарианство не характерно. Более того, анализ ДНК неандертальцев из пещеры Спай в Бельгии показал, что её обитатели были мясоедами – в их рацион входило мясо шерстистых носорогов и диких степных баранов.

Такой разницы в гастрономических предпочтениях двух диаспор



учёные тоже не смогли объяснить. Впрочем, по словам палеобиолога Университета Тюбингена (Германия) Эрве Бохеренса, анализ зубного камня вовсе не так очевиден, чтобы делать выводы о диетических различиях в питании неандертальцев. В базах данных ДНК растений и животных, как правило, не хватает вымерших видов, которыми питались древние люди, кроме того, согласно предыдущим исследованиям, мясо ели обе группы, как бельгийская, так и испанская.

Ещё одним удивительным открытием учёных в пещере Эль-Сидрон стало наличие в зубном камне одного из обитателей ДНК растений,

которые могут применяться только для лечения, так как обладают горьким вкусом и не годятся в пищу. Ранее уже было обнаружено, что неандертальцы употребляли ромашку и тысячелистник, теперь же на зубах одной из особей была обнаружена ДНК тополя.

Как известно, это растение содержит ацетилсалициловую кислоту (её лекарственная форма – аспирин). На зубах этого же черепа были обнаружены следы плесени пенициллиум – источника пенициллина. Как полагают учёные, таким образом неандертальцы могли лечить зубной абсцесс или диарею, вызванную бактериальной инфекцией желудка.

Идеи

Исследователи из Университета Северной Каролины (США) разработали методику МРТ сканирования мозга, которая позволяет выявить аутизм у младенцев на первом году жизни. С помощью нового метода исследователи научились с точностью до 80% определять, у кого из малышей, имеющих старших братьев или сестёр, больных аутизмом, впоследствии будет диагностировано это заболевание.

С целью ранней диагностики

В тестировании метода приняли участие 109 детей, в семье которых отмечены случаи аутизма. МРТ головного мозга, проведённая в 6, в 12 месяцев и затем в 2-летнем возрасте показала значительный рост объёма мозга в течение первого года жизни у младенцев, которые впоследствии обнаружат признаки аутизма.

По словам автора исследований, директора Института отклонений развития Джозефа Пивена, это первый эффективный маркер, способный предсказать аутизм в таком возрасте. «По данным центра по контролю и профилактике заболеваний, вероятность появления ребёнка, больного аутизмом, в семье, где уже есть больной ребёнок, варьируется от 2 до 18%», – заявил он.

Новое исследование является экспериментальным, добавил Пивен. Оно коснулось только грудничков с высоким риском аутизма. До сих пор непонятно, будет ли этот метод эффективным для прогнозирования заболевания в здоровых семьях, однако раннее

обнаружение болезни позволит более эффективно влиять на её течение, воздействуя на пациента в том возрасте, когда его мозг более пластичен и лучше поддаётся коррекции. Кроме того, результаты МРТ-теста помогут выявить причины болезни на клеточном уровне.

Как известно, в настоящее время средний возраст впервые диагностированного аутизма составляет около 4 лет. Факторы риска аутизма до конца не известны. Согласно современным представлениям, причиной этого заболевания может являться сочетание генетических мутаций и факторов внешней среды, например появления ребёнка у пожилых родителей.

Исследования, направленные на борьбу с этим заболеванием, приобретают всё большую актуальность, так как, по данным ВОЗ, количество детей с этим диагнозом ежегодно увеличивается на 13%. По статистике США, аутизм определён у одного из 68 детей, хотя ещё 40 лет назад аутизмом болел один из 5 тыс. человек.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Cell Systems, Daily Mail, Nature, BBC, Eurek Alert.

Имя Владислава Беганьского (1857-1917) едва ли знакомо у нас даже историку медицины. Между тем в польском Ченстохове оно увековечено в названии центральной площади, городской библиотеки, его бюсте на привокзальной площади, мемориальной доске на доме, где он жил, и бронзовой скульптуре на скамейке рядом с городской библиотекой, которую он основал. По случаю 100-летия его смерти Ченстоховское товарищество врачей провело конференцию с международным участием «Доктор Владислав Беганьский и его эпоха. Философия и этика в медицине вчера и сегодня». Чем же он знаменит? Почему его мысли не утратили актуальности более века спустя?



Памятник в Ченстохове

Имена и судьбы

На скамейке Беганьского

Прошло 100 лет со дня смерти выдающегося врача и философа

На задворках Империи

Когда я впервые добирался до Ченстохова вечерним поездом из Варшавы, в голове навязчиво звучали строки из блоковского «Возмездия»: «Жандармы, рельсы, фонари, /Жаргон и пейсы вековые. /И вот в лучах больной зари /Задворки польские России». Последние два с лишним столетия Польша была на задворках – сначала Российской империи, потом – соцлагеря, сейчас – Евросоюза. Ченстохов (ныне – Ченстохова), население которого составляет ныне четверть миллиона человек, был и остаётся провинцией. Главная достопримечательность города – византийская икона Ченстоховской Божией Матери («Чёрная Мадонна») в Ясногорском монастыре, которая считается чудотворной.

На юбилейные торжества были приглашены делегации польских врачей из соседних стран – Белоруссии, Молдавии, Украины и Германии. Такие польские медицинские общества существуют во многих государствах, и их члены раз в 3 года собираются в Польшу на свои Всемирные съезды («Полония Медика»). Наверное, польский опыт поддержки соотечественников нам бы стоило перенять. Ведь за рубежом сейчас работает много русскоязычных врачей.

Монахи-паулины Ясногорского монастыря пригласили участников конференции на трапезу, а потом показали уникальную библиотеку. Там сохранился барочный интерьер: потолок украшен фресками на античные сюжеты, а книги (изданные до 1800 г.) расставлены вдоль стен в деревянных ящиках по разделам (включая медицину). На столе можно полистать факсимиле книги почётных посетителей монастыря, где есть автографы Николая I, Гитлера, Кароля Войтылы (будущего Папы Иоанна Павла II), Р.Кеннеди и т.д. Затем была вечерняя служба. В часовне, где расположена «Чёрная Мадонна» в роскошном окладе, всегда многолюдно. Чёрный алтарь в стиле барокко украшен серебряными скульптурами, а также золотой розой и окровавленным (после покушения) поясом Папы Иоанна Павла II. Вокруг алтаря можно проползти на коленях, и на каменных плитах отчётливо видны борозды от миллионов паломников. Стены часовни увешаны миниатюрными votivными металлическими изображениями исцелённых органов (сердеч, глаз, ушей, лёгких, конечностей и т.д.), а также костылями и протезами. Бизнесменом Кшиштофом Витковским – одним из исцелённых (после инсульта) около этой иконы – был создан частный «Музей монет и медалей Папы Иоанна Павла II», где собрано около 9 тыс. памятных медалей и монет из 83 стран, посвящённых Иоанну Павлу II (мы посетили его на следующий день).

Главной улицей города, соединяющей исторический центр с Ясногорским монастырём, является аллея Пресвятой Девы Марии. Она начинается от скульптуры Богоматери (раньше на этом пьедестале стоял памятник Александру III), спускается мимо памятнику Бл. Ежи Попелушко (католическому священнику, убитому сотрудни-

ками польской госбезопасности; изображён с завязанными сзади руками и прорастающей из креста розой на груди), затем пересекает площадь Беганьского, где расположен костёл Св.Якуба (бывшая православная церковь Св. Кирилла и Мефодия) и ратуша, превращённая в городской музей, в котором открыта посвящённая Беганьскому передвижная выставка. Рядом памятник маршалу Пилсудскому. Ранее здесь стоял памятник советскому солдату. Идя дальше по аллее, проходим мимо городской библиотеки и скамейки Беганьского и по левую сторону видим современное здание филармонии им. Бронислава Губермана, построенное на развалинах (хоральной) синагоги (поэтому, говорят, там прекрасная акустика). Здесь и состоялось торжественное открытие «Года Беганьского». После приветствий приглашённых гостей были вручены награды мэра Ченстохова за достижения в области охраны здоровья (премии им. В.Беганьского). Наверное, их аналогом является российская премия «Лучший врач года», но, во-первых, это городская премия, и во вторых, награждаются не только врачи, но и медсёстры, лаборанты и санитарки (там разные номинации), причём о каждом награждённом на экране показывали короткий видеосюжет. Церемония открытия завершилась концертом «Мир вальса», где прозвучали, в числе прочих, вальс А.Хачатуряна из кинофильма «Маскарад» и «Севастопольский вальс» Д.Шостаковича, а приехавшая из Варшавы солистка Катаржина Дондальская (колоратурное сопрано) артистично исполняла популярные арии. На следующий день там же состоялась научная конференция.

Профессор без кафедры

Беганьский родился неподалёку от Ченстохова, в Грабуве-над-Просной. В 1881 г. он окончил медицинский факультет Варшавского университета и почти 2 года проработал окружным врачом в селе Кцынь Жиздринского уезда Калужской губернии. Этому очень важному периоду его жизни был посвящён доклад на юбилейной конференции профессора Уршули Черняк, встреченный аплодисментами. Он лечил крестьян, боролся с эпидемиями, а вечерами много читал – как медицинскую так и художественную литературу (Толстого, Гончарова, Тургенева, Некрасова). Условия жизни были тяжёлыми. Первое время, пока не были куплены стол и стулья, Беганьский вынужден был писать, лёжа на земляном полу. Питался в основном чаем и консервами. Именно здесь, в Кцыни, как утверждала впоследствии вдова Беганьского Мечислава Розенфельд, у него возникла идея книги «Мысли и афоризмы о врачебной этике». Первые опубликованная в 1899 г., она многократно переиздавалась и принесла ему широкую извест-

ность. Накануне конференции в городском музее состоялась презентация нового издания, выпущенного тиражом 7 тыс. экземпляров. По словам председателя Ченстоховского медицинского общества Беаты Завадович, каждый выпускник польского медицинского вуза будет получать экземпляр этой книги вместе с учебным дипломом.

Заработанные деньги (ежегодный оклад земского врача составлял 1500 руб. в год) позволили Беганьскому пройти ста-

он говорит о земской бюрократии и многочисленных письмах, которые приходилось писать в уездное земское правление. Будем надеяться, что эти письма сохранились в калужском архиве. Хотя книги и статьи Беганьского были широко известны, получить профессорское звание он так и не смог. Его называли «профессором без кафедры».

Свет в медицине

Но славу ему принесли прежде всего «Мысли и афоризмы о вра-

сегда так, как ты бы хотел, чтобы тебя лечили». «Долг врача состоит не в прописывании рецептов, но в устранении тех вредных влияний, которые вызвали болезнь либо её поддерживают», – считает он.

Как писал 60 лет назад Ю.Рафес, незаурядные труды Беганьского «по своему принципиальному значению и актуальности далеко вышли за пределы эпохи. Они оказали и, несомненно, ещё будут оказывать громадное влияние на формирование взглядов и этических понятий целых поколений врачей



Венки на могиле доктора

жировку в клиниках Берлина и Праги. В 1883 г. он поселился в Ченстохове, где открыл частную практику, работал городским и заводским врачом, был директором городской больницы. Он также активно участвовал в общественной жизни: организовал и до конца жизни возглавлял Ченстоховское товарищество врачей, основал и возглавил Товарищество благотворительности христиан, ченстоховское отделение Польского краеведческого товарищества и Гигиеническое товарищество, занимавшееся популяризацией гигиены, а также основал городскую публичную библиотеку.

Его любимым местом отдыха была кондитерская, где он мог часами читать газеты, пить кофе и непрерывно курить сигару. Очевидно, курение и туберкулёз сыграли не последнюю роль в его преждевременной смерти. Похоронен он на городском кладбище «Куле». Ченстоховское товарищество врачей реставрировало его могилу, и в дни юбилейных торжеств здесь состоялась церемония возложения венков. Рядом находится захоронение советских солдат. Тут идеальный порядок: подстриженные газоны, в центре – мемориальная стела, украшенная искусственными цветами, а в дни поминовения усопших на могилах зажигают лампы.

В Ченстохове Беганьским было написано несколько книг. Помимо упомянутых «Мыслей и афоризмов», это руководство по внутренним болезням («Дифференциальная диагностика внутренних болезней» (1891) и «Лекции о внутренних болезнях» (1900), ряд философских работ: «Логика медицины, или общие основания методологии наук медицинских» (1894), «Логика медицины, или критика врачебного познания» (1903), «Распознавание как логический метод» (1904). В одной из статей он обсуждает возможность использования опыта земских врачей в Польше и описывает препятствия и проблемы, с которыми ему пришлось столкнуться. В частности,

чебной этике». К сожалению, на русский язык эта книга не переведилась. Все тексты Беганьского цитируются мною в переводе профессора Юлиана Рафеса, защитившего докторскую диссертацию, посвящённую польско-российским медицинским связям. «Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком», – утверждает Беганьский. Идеалами, «которые должны светить учащейся молодёжи», он считает науку и общественное благо: «Идеалы эти, как постоянные звёзды, никогда не подведут и являются лучшими проводниками на жизненном пути. Это не свеча заработка, не лампа карьеры, которые при всякой буре могут погаснуть, это не ошибочные огоньки утопичных мечтаний, которые свяжутся над очагом жизни и ведут многих к гибели». Общественные интересы Беганьский ставил выше личных, цитируя известное изречение Цицерона («Благо общества – высший закон»). Он подчёркивает важность завоевания доверия больного: «Не заслужишь доверия больного, если не будешь ему сочувствовать, ибо человек никогда не доверит самого своего дорогого клада – жизни – лицу, в сердечности которого не уверен. Не заслужишь доверия больного, если хорошо его не последуешь и внимательно не выслушаешь его жалоб, так как больной не будет верить, что ты познал его страдание. Не заслужишь доверия больного, если не выразишь своего мнения и совета решительно, без колебаний, так как больной никогда не поверит в то, в чём ты сам не уверен». Человечность, совестливость и решительность он считает главными качествами врача. Беганьский пишет, что надёжно больного больше интересует сердечность врача, чем его знания: «Хотел бы я, чтобы мне лучше закрыли веки с надеждой на устах, чем чтобы мне сказали правильный диагноз – мой приговор». Говоря о врачебной этике, Беганьский пишет: «Больных лечи

и останутся по праву в ряду выдающихся памятников человеческой культуры». Справедливость этих слов подтвердила конференция в Ченстохове, собравшая врачей, медсестёр, философов, филологов, теологов. На церемонии открытия известный польский кардиохирург профессор Мариан Зембала представил фотоальбом «Свет в медицине»: несколько десятков чёрно-белых фотографий из операционной, сделанных его коллегой Лукашем Кулаком, причём каждый снимок сопровождается одним из афоризмов Беганьского. Не менее известный в Польше профессор Ежи Вой-Войцеховский (его называют «человек-оркестр») говорил о современном значении Клятвы Гиппократова и привёл оригинальную классификацию врачей (разделив их на элегантных, корыстных, публичных, политических, сердечных и т.д.). Согласно опросам, только треть больных довольна врачами, а знания врача находятся лишь на четвёртом месте (на первые места ставятся его человеческие качества). «Не отнимай надежду у больного» кто-то из выступавших назвал 11-й заповедью врача.

На конференции прозвучало предложение принять Клятву Гиппократова всем студентам-медикам в масштабах страны. Но тут же возник вопрос, чей перевод текста является предпочтительным. Услышав призыв дополнить её запретом на курение, Беганьский, наверное, перевернулся бы в гробу. Ряд выступлений был посвящён актуальным проблемам биоэтики, таким как свобода и достоинство врача, трансплантация органов, выхаживание недоношенных детей (в Польше создано 5 перинатальных хосписов), этика медсестры и т.д. Вопрос «Сколько в каждом из нас Беганьского?» требует развёрнутого ответа.

Данная конференция – первая в ряду проводимых по всей Польше мероприятий в рамках «Года Беганьского». Осенью в окрестностях Ченстохова пройдёт междисциплинарный международный форум «Врач в провинции».

...На прощание я навестил Беганьского на его скамейке, присев рядом с его стетоскопом поверх листка с изображением городской библиотеки. Он молча попросил передать привет российским коллегам и выразил надежду на скорое появление русского издания «Мыслей и афоризмов о врачебной этике».

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры истории
медицины, истории отечества
и культурологии Первого
Московского государственного
медицинского университета им.
И.М.Сеченова,
спец. корр. «МГ».

Ченстохова – Москва.

До того, как стать политиком, она в буквальном смысле всех обогнала, став 13-кратной паралимпийской чемпионкой по бегу. Больше количества золотых медалей ни в СССР, ни в России не выигрывал никто. Ни среди здоровых спортсменов, ни среди инвалидов. В мире лишь один человек – американский пловец Майкл Фелпс – имеет больше олимпийских наград золотого достоинства: 18.



*Никогда не поддайте духом и не
Впадите в уныние...
Сделав сегодня шаг, завтра ты
сделаешь два. Ведь в мире нет
людей с ограниченными возможностями,
есть только люди с ограниченными
желаниями.
Верьте в себя, и у вас всё получится!*

**Депутат Госдумы РФ
Рима БАТАЛОВА:**

Президент России меня и услышал, и предпринял ряд решительных шагов

Вообще люди с подобным дефектом зрения, как у Баталовой (плюс 12 – первая группа инвалидности), не то что бегать, выходить на улицу из дома стараются реже. А когда выходят, делают это только с сопровождающим или со специальной белой тростью, чтобы окружающие знали, кто идёт... Рима была такой не с рождения. Её беда случилась на ровном месте после того, как им, первоклашкам, сделали какую-то прививку. Всем ничего, а у Римы сильно заболела нога. Девчужку принялись лечить. Для этого даже из маленькой башкирской деревни Шаранского района отвезли в республиканский центр.

До четвертого класса она так и ездила. Сначала из-за ноги, которую оперировали несколько раз, потом вдруг стало «садиться» зрение. Врачи объяснили, что какая-то инфекция попала в организм, даже пытались оперировать глаза, однако сделать ничего не смогли. К 12 годам Рима ослепла почти полностью и в 6-й класс пошла в Уфе, в спецшкола для слепых и слабовидящих детей. Сложно сказать, как бы жила она сегодня, если бы в далёком 1976 г. тренер местной команды по лёгкой атлетике не обратил внимание на маленькую шуструю девчужку.

Первый спортивный успех к Риме пришёл только после окончания школы, когда она стала чемпионкой зонального первенства городов Урала и Поволжья. Это её окрылило. Она бежала все дистанции: от 100 м до марафона, но «коронками» были – 800 и 1500 м. Выступала на всех соревнованиях: и для здоровых спортсменов, и слабовидящих. Побеждала и там, и там. Окончив Уфимский техникум физической культуры, она продолжила бегать и одновременно работала вязальщицей телефонных жгутов. В 20 лет выполнила норматив мастера спорта, через год вышла замуж. А на первые свои большие соревнования – чемпионат Европы – поехала в 1981 г. Оттуда Рима привезла сразу три «золота», и про неё узнали в спортивном мире. Именно после тех соревнований она твёрдо решила, что спорт – это её жизнь.

До сих пор она переживает, что команду СССР не пустили на Олимпиаду-84 в Лос-Анджелес. Сил было «невпроворот», и она не сомневается, что уже тогда выиграла бы свою первую медаль. Это произошло спустя 4 года в Сеуле, где она победит на трёх разных дистанциях, но сначала... Декабрьским днём 1985 г. во время тренировки Рима упала. И настолько неудачно, что сама подняться не смогла. Врачебный приговор оказался более чем суров: компрессионный перелом позвоночника. Собравшийся консилиум врачей вынес решение: «О спорте, девочка, придётся забыть. Моли бога, чтобы помог хотя бы подняться на ноги...» Они же не знали, с кем имеют дело...

Втихаря от врачей (муж разрезал гипсовый корсет, сделав его на шнуровке), Рима стала «лечиться»

самостоятельно. Сначала просто пыталась вставать. Потом стала делать по несколько шагов в день, неглубокие приседания, лёгкие прыжки... Каждый вечер корсет надевался обратно, и никто из врачей так и не узнал, как больная умудрилась «победить» свой позвоночник. Спустя 5 месяцев, когда Баталова пришла в поликлинику своим ходом, врачи не поверили. Дважды переделывали снимок (думали, дефект в аппарате), а когда поняли, что произошло, лишь развели руками: «Чудеса...» Рима принялась тренироваться как одержимая и уже в августе выиграла очередной чемпионат мира.

Всего за свою спортивную карьеру она стала 18-кратной чемпионкой мира и 43-кратной чемпионкой Европы. Была участницей 6 Олимпиад, её фамилия занесена в Книгу рекордов Гиннесса. Она – лауреат 5 государственных орденов («За заслуги перед Отечеством» IV степени, «За личное мужество», орден Почёта и два – Дружбы) и двух республиканских («За заслуги перед Республикой Башкортостан» и орден Салавата Юлаева). При этом она ещё и мама, и бабушка двух малюсеньких внучек...

Мы беседуем в её рабочем кабинете на Охотному ряду, она смотрит исключительно в глаза, и очень сложно представить, что эта улыбающаяся женщина почти не видит.

– Рима Акбердинова, помимо всех своих титулов, вы являетесь вице-президентом Паралимпийского комитета России. Скажите, как у нас в стране развит инвалядный спорт?

– За то короткое время, когда наши паралимпийцы стали официально выходить на мировую спортивную арену (это был 1988 г.) всё сделать невозможно. Но в сравнении с тем, что мы имели, работа проделана огромная. Чтобы было понятнее, о чём я говорю, один пример. Ещё в 1996 г., когда мы уезжали на паралимпийские игры в Атланту, госчиновники федерального уровня нам откровенно заявляли: «Скажите спасибо, что вы вообще едите...» То есть ни о каком инвалядном спорте фактически в стране

речи тогда не велось. Инвалидов-то вроде и не было. Какие уж там спортсмены...

– А какой год нужно считать точкой отсчёта, когда к спортсменам-инвалидам стали относиться иначе?

– С начала нулевых, когда при Президенте России был образован Совет по физкультуре и спорту. Меня тоже включили в его состав. И тогда, набравшись смелости, в присутствии В.Путина я озвучила то, что меня беспокоило все годы. Сказала, что мы – инвалиды в спорте – не только существуем, но и выигрываем соревнования самого высокого ранга. И в нашу честь тоже поднимают флаг страны, и звучит российский гимн. Президент России меня и услышал, и предпринял ряд решительных шагов... Именно с того времени руководители регионов повернулись лицом к спортсменам, имеющим ограничения в здоровье. На них стали больше обращать внимания, создавать условия для тренировок, выделять деньги для поездки на соревнования. Очень помогла федеральная программа «Доступная среда», которую сначала опробовали в нескольких пилотных регионах и которая сегодня реализуется по всей стране.

И если в наши первые выезды за рубеж спортсменов в сборную команду России поставляли 3-5 регионов, то уже к играм в Лондоне и Сочи команда состояла из ребят и девчат из 16-18 регионов. С 2006 г. российские паралимпийцы за победу на играх получают такие же премиальные и пожизненную стипендию, как и здоровые спортсмены

– Этот созыв для вас уже второй. Что вы считаете главным в своей депутатской деятельности?

– Задачей номер один, как и в прошлом созыве, остаётся для меня паралимпийский центр в Уфе, строительство которого ведётся уже достаточно давно. Сегодня в России есть лишь один аналогичный специализированный центр для подготовки спортсменов, имеющих ограничения в здоровье – в небольшом городке Алексин Тульской области. Но, во-первых,

туда не очень просто добраться: сначала нужно приехать в Москву, оттуда – в Тулу и уже затем – на место. До, Уфы, как известно, значительно проще. И, во-вторых, мы планируем, что наш центр будет более современным. В нём будет всё. Три бассейна с учётом одного соревновательного; новейший зал-трансформер для игровых видов спорта на 1500 мест для болельщиков; круглогодичный стадион с манежем; зал для тяжёлой атлетики; лыжная трасса, каток; лечебно-восстановительный комплекс; 8-этажная гостиница.

Я не строитель, но мне лично приходится заниматься этим вопросом: ходить по кабинетам чиновников, встречаться с министрами, писать массу различных обращений и писем. И, поверьте, я испытываю настоящее удовольствие лишь тогда, когда мы разрежем красную ленточку при открытии центра. Надеюсь, что к Международным детским играм, которые столица нашей республики примет в 2019 г., это наконец произойдёт.

Понимаю: у кого-то могут возникнуть сомнения в отношении подобного строительства, мол, зачем, когда других проблем достаточно. Разъясняю. Инвалядный спорт нужен стране не столько для количественного сбора медалей, сколько для того, чтобы дать возможность людям с ограниченными возможностями здоровья понять, что они такие же, как и все. Занятия в специализированном спортивном центре совсем не означают, что инвалид на выходе обязательно должен стать чемпионом. Однако он в корне может изменить свою жизнь. Спорт отвадит его от спиртного, выведет из уныния от невозможности улучшить своё материальное положение, изменит социальный статус (кто-то сможет устроиться на работу в качестве массажиста; кто-то станет профессиональным спортсменом, тренером). Занимаясь в подобных центрах, можно обрести не только хороших друзей, но и устроить свою личную жизнь.

Таким образом, мы постепенно подходим к главному. К ломке стереотипов о том, что инвалид не такой, как все. Многие десятилетия в прошлом веке проблемы инвалидов в нашей стране стара-

лись не замечать. Де-юре их не было, поэтому и не было ни каких государственных программ в отношении этой категории людей. В результате они не могли выйти на улицу, воспользоваться услугами общественного транспорта, сходить в кинотеатр, магазин... Да и здоровые люди при виде инвалидов не всегда адекватно на них реагировали. О трудоустройстве и социализации в обществе вообще речи не велось. Поэтому я очень буду удовлетворена, если смогу сломать хотя бы часть из тех барьеров, которые до сих пор присутствуют в головах многих наших соотечественников. За рубежом ведь это не так.

Не все знают, например, что количество инвалидов в России составляет почти 10% от общей численности населения. То есть

больше 14 млн человек. По европейским меркам – целое государство. И нам нужно сделать всё возможное, чтобы эти люди не чувствовали свою ущербность в обществе. Я достаточно часто выезжаю в регионы и всегда интересуюсь, что сделано в плане доступности окружающей среды для инвалидов. Посещаю реабилитационные центры, веду приём по личным вопросам в Москве и никогда не отказываю в просьбе, если она поступает от человека с нарушениями в здоровье.

К сожалению, просьбы иногда такие, что мне становится стыдно за местные соцслужбы. Кому-то не могут выделить инвалидную коляску (их почему-то не оказывается в наличии); кому-то не находят средств, чтобы помочь приобрести телевизор (единственное средство общения с миром) и т.д.

– Вы наверняка встречаетесь с родителями, имеющими на воспитании детей-инвалидов? Какие практические советы вы им даёте?

– Главное, что я говорю им при личной встрече, чтобы ни в коем случае не опускали руки. Как только это произойдёт, о положительной динамике в выздоровлении можно забыть. Инвалядность любой группы – это не приговор, а руководство к действию для родителей. Если инвалядность приобрёл человек более старшего возраста, значит, для него самого. Зачастую врачи не рекомендуют детям физические нагрузки, поскольку считают, что это усугубит состояние. Я не собираюсь ставить под сомнение их компетентность, но убеждена: всё хорошо в меру. И ограничения в том числе. Ориентироваться в первую очередь следует на состояние своего ребёнка. Если эти нагрузки приносят ему радость и есть положительная динамика, продолжайте занятия. Если сегодня ваш ребёнок сделал полшага, значит, завтра он сможет сделать полный шаг. Наберитесь терпения. Все инвалиды, добившиеся в этой жизни чего-то серьёзного, начинали именно с таких шагов.

**Беседу вел
Виктор СИРЬК,
внешт. корр. «МГ».**

Москва.

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

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

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-04-00375 Тираж 23 942 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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