

Медицинская

13 февраля 2015 г.
пятница
№ 10 (7532)

Газета®

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

Тенденции

Право на ошибку

Когда симуляция во благо



В Кемеровском областном клиническом перинатальном центре им. Л.А.Решетовой переоборудован симуляционный центр для подготовки кадров акушерского профиля.

«У обучающегося есть право совершить ошибку. Чтобы потом проанализировать её в записи и исправить, десятки раз отработав выполнение той или иной манипуляции на манекене. В реальной ситуации, на родах, ошибки недопустимы», – подчеркнул заместитель губернатора Кемеровской области Алексей Сергеев на открытии обновлённого подразделения.

Применять образовательные симуляционные технологии для повышения квалификации практикующих специалистов и обучения студентов-

Очередной урок с использованием детского манекена

медиков в Кузбассе начали несколько лет назад. Обучающий ресурсный центр в составе главного учреждения родовспоможения области был спроектирован изначально. В 2011 г. по решению губернатора Амана Тулеева на его оснащение из областной казны было выделено 5 млн руб. В числе прочего оборудования сюда поступили и электронные манекены, способные вести себя как люди. С «рожицей», например, мог случиться «приступ эпилепсии», и она начинала «биться в судорогах». А запрограммированный на «обвитие пуповиной» детский манекен мог «перестать дышать» и на самом деле посинеть...

Основными формами работы центра стали фантомные курсы, интерактивные тренинги и обучение

работе в команде врачей разных специальностей: акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов. Преподаватели (а центр является структурным подразделением Кемеровской государственной медицинской академии) начали практиковать выездные циклы. Взяв с собой манекены, они отправлялись в регионы и помогали местным специалистам шлифовать практические навыки в привычной для них обстановке. Всего с начала работы центра здесь прошли обучение 1280 сотрудников родильных домов Кузбасса.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Накануне

Не лозунги, а конкретные дела

В год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, который объявлен в России, в Республике Тыва намерены сделать реальные шаги по снижению смертности от мозговых и сердечных катастроф. В частности, на базе Барун-Хемчикского межмуниципального медицинского центра будет открыто первичное сосудистое отделение регионального сосудистого центра на 30 коек.

По информации Минздрава Тувы, отделение примет первых пациентов в IV квартале 2015 г. С его открытием станет возможным оказание своевременной специализированной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом, проживающим на территории 6 кожуунов республики. Речь идёт о повышении доступности СМП сразу для 1/3 взрослых жителей республики. По данным ведомства, за минувший год в этих 6 кожуунах погибли от инфаркта и инсульта 84 человека.

В штате первичного сосудистого отделения будет 72 сотрудника, включая врачей разных специальностей – кардиолог, невролог, анестезиолог-реаниматолог, реабилитолог; плюс психолог, иглорефлексотерапевт, логопед. Арсенал технических

средств, которыми укомплектуют отделение, достаточен для того, чтобы поставить дифференцированный диагноз и проводить медикаментозное лечение, а также некоторые операции.

В то же время этапность и уровни оказания помощи при ОНМК и ОКС в Туве чётко разграничены: ряд сложных хирургических вмешательств (каротидная эндартерэктомия, лечение аневризм сосудов головного мозга, коронарография, стентирование коронарных артерий) по-прежнему будет проводиться в региональном сосудистом центре, который начал работу на базе Республиканской больницы № 1 в декабре 2013 г. В Министерстве здравоохранения заверили, что транспортировка пациентов из Барун-Хемчикского межмуниципального медицинского центра в Республиканскую больницу не составит проблем, это возможно как наземным транспортом, так и санавиацией.

Новое подразделение в Барун-Хемчикском медцентре станет первым в структуре первичных отделений регионального сосудистого центра. Вслед за ним запланирована организация аналогичной службы на базе Улуг-Хемского межмуниципального медицинского центра.

Елена БУШ,
соп. корр. «МГ».

Кызыл.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Есть ли возможность стабилизировать фармацевтический рынок?

Стр. 4

Итоги Международной конференции «Клинические рекомендации – современные подходы к методологии и механизмы внедрения»

Стр. 5

«Врачи-убийцы» XXI века: между жизнью и смертью

Стр. 7

IX Международный конгресс по репродуктивной медицине: трансплантация матки и перспективы сотрудничества

Стр. 11

На чём базируется методология клинического диагноза в нейрохирургии

Стр. 12

События

Большой совет педиатров

Сегодня начал свою работу XVIII конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». С каждым годом это мероприятие вызывает всё больший интерес в медицинском сообществе – нынче ожидается около 6 тыс. участников, как российских, так и зарубежных детских докторов и учёных.

По словам председателя исполкома Союза педиатров России академика РАН Александра Баранова, основными задачами конгресса являются обсуждение ключевых вопросов детского здравоохранения, разработка комплекса современных мероприятий по обеспечению детей эффективными

средствами профилактики, диагностики, лечения и восстановления здоровья. Программа охватывает и клинические и организационные аспекты оказания помощи детям.

В рамках конгресса пройдут IV Евразийский форум по редким болезням, V форум детских медицинских сестёр, международные мастер-классы и симпозиумы по детской аллергологии и иммунологии, ревматологии, хирургии, диетологии, анестезиологии-реаниматологии, гигиене детей и подростков, а также совещание главных педиатров, на котором, как сказал А.Баранов, на обсуждение будет вынесено три вопроса: профессиональный стан-

дарт педиатра, региональная модель медико-социальной помощи детям (такая модель создана в Республике Татарстан) и место врача общей практики в системе здравоохранения.

Участники конгресса обмениваются мнениями, делятся опытом, пополняют багаж знаний, посетив школы специалистов и познакомившись с выставкой «Здоровье матери и ребёнка – 2015». Кстати, слушателям школ будут вручены сертификаты российского и международного образца.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Подробный отчёт о конгрессе читайте в ближайших номерах «МГ».

Новости

«Доступная среда» в клиниках

Медицинская помощь маломобильным гражданам Сахалинской области становится более доступной. В рамках программы «Доступная среда» во всех медицинских учреждениях региона создаются условия для беспрепятственного и комфортного пребывания лиц с ограниченными физическими возможностями. В настоящее время во всех лечебных организациях региона «доступная среда» начинается со входа: каждое учреждение имеет пандус для пациентов-колясочников.

Насколько эти и другие сооружения облегчают получение медицинских услуг, продемонстрировали специалисты поликлиники № 4 Южно-Сахалинска. В этом учреждении для лиц с ограниченными физическими возможностями оборудована кнопка вызова, по сигналу которой сотрудник поликлиники организует необходимые мероприятия. К услугам маломобильных пациентов необходимые помещения, сенсорные приборы и прочие предметы первой необходимости.

Мероприятия по программе «Доступная среда» в Сахалинской области реализуются с 2010 г.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

Бригада вылетела в Северск

В Томской области в результате аварии на химико-металлургическом заводе Сибирского химического комбината, расположенного в Северске, пострадал один человек. Об этом сообщает администрация региона.

«Радиационный фон в норме как на химико-металлургическом заводе комбината, так и в Северске, Томске и Томской области в целом», – подчеркнули в областной администрации.

После получения информации об инциденте на предприятии в Северск была направлена специализированная врачебная бригада ФМБА России во главе с главным специалистом-профпатологом Минздрава России и ФМБА Андреем Бушмановым.

После проведения консилиума совместно со специалистами областного ожогового центра было принято решение о необходимости срочной эвакуации пострадавшего в Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна для оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Плюсы и минусы объединения

Правительство Омской области приняло постановление о реорганизации бюджетных учреждений здравоохранения, обосновывая это решение необходимостью повышения качества оказания медицинской помощи жителям региона и рационального использования материально-технической базы ЛПУ. И первым шагом в этом направлении стало объединение двух поликлиник Омска – № 1 и № 14.

Такое укрупнение, по мнению инициаторов этого проекта, способствует созданию мощных стационарно-поликлинических комплексов, сокращает нецелесообразные затраты, обеспечивает единые подходы к лечению и централизацию управления. А главное – медицинские кадры будут сохранены. Сократится, правда, управленческий аппарат. Но вот лечебно-диагностическая база станет мощнее, поскольку поликлиника № 1 оснащена более современным оборудованием и так называемых узких специалистов здесь больше, чем в 14-й.

Но уже сейчас просматриваются и минусы этого объединения. Несомненно, что увеличится нагрузка на медиков, которые будут владеть мощной технической базой. Возникает и опасность, что их коллеги станут перестраховываться, направляя пациентов в головное учреждение. Да и выгоды централизации управления в поликлинической сети могут оказаться мифическими.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

Тенденции

Право на ошибку

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Именно потому, что у нас уже была создана база и мы доказали, что можем работать, Правительство РФ выделило нам дополнительные средства, – комментирует руководитель симуляционного центра, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 КемГМА Татьяна Марочко. – В общей сложности мы получили более 36,7 млн руб. Это позволило переоснастить три тренинговых класса – «Акушерство», «Неонатология» и «Анестезиология и реанимация». И открыл дополнительный – «Эндоскопическая хирургия». Увеличилось число полностью программируемых манекенов и компьютерных роботов. Их программное обеспечение более совершенно, чем у купленных ранее. Благодаря этому мы сможем моделировать очень сложные ситуации, которые в реальной жизни

ни встречаются нечасто, но могут иметь трагические последствия.

Добавим: чтобы работать с новыми тренажерами, опытные преподаватели, кандидаты и доктора медицинских наук, сами прошли переподготовку в ведущих клиниках Франции, Испании и России. Для врачей родильных домов Кузбасса 72-часовые циклы обучения в симуляционном центре будут бесплатными.

Кстати, показатель младенческой смертности в Кемеровской области по итогам 2014 г. предварительно составил 7,1 на тысячу новорожденных. В 2012 г. он был 9,1. А ведь с тех пор врачи начали в массовом порядке выхаживать детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Ориентиры

Врачей зовут дороги
Тульские стоматологи едут в глубинку

В пути не без трудностей

Выездные формы медицинского обслуживания населения продолжают развиваться в Тульской областной стоматологической поликлинике. Недавно здесь появился новый передвижной стоматологический комплекс.

Комплекс оснащён двумя специальными установками, рентгеноаппаратом, стерилизаторами, ультрафиолетовыми облучателями и всем необходимым для проведения качественного осмотра и лечения зубов.

Свой первый выезд тульские стоматологи совершили в село Непрядва Воловского района. Из 300 жителей села на приём к врачам записались 30 человек. Все они без труда посетили квалифицированных специалистов.

Выездную бригаду возглавил главный врач А.Эрк, а в состав её вошли 4 доктора. В этот день



В селе Непрядва – большой осмотр

они провели профилактический осмотр жителей с целью выявления стоматологических заболеваний, в том числе онкопатологии полости рта на ранних стадиях с использованием специального комплекта, а также лечение терапевтического и хирургического профиля.

Довольные улыбки жителей Непрядвы больше чем слова говорили о пользе таких выездов. В ближайших планах у тульских стоматологов встречи с жителями других районов области.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Тула.

Фото автора.

«Круглый стол»

Итоги вакцинации против
пневмококковой инфекции

Вакцинация против пневмококковой инфекции снизила детскую заболеваемость на 17,9%. Об этом сообщила директор Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Марина Шевырёва на «круглом столе» на тему «Вакцинация детей в России: за и против».

О проведении иммунизации против пневмококковой инфекции также рассказали советник министра Игорь Ланской, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей член-корреспондент РАН Л.Намазова-Баранова, главный эпидемиолог Минздрава России академик РАН Николай Брико, заведующий лабораторией вакцинопрофилактики и специфической иммунотерапии Научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова Михаил Костинов, научный сотрудник Института детских инфекций Елена Начарова.

Причиной устойчивого снижения заболеваемости стало включение пневмококковой инфекции в Национальный календарь прививок и информационная кампания по вакцинопрофилактике. Вакцинация

против пневмококка началась в конце 2014 г., и врачи сразу заметили эффект от иммунизации, подчеркнула М.Шевырёва.

– Проанализировав данные за декабрь 2014 г. по сравнению с тем же периодом прошлого года, мы отметили снижение заболеваемости внебольничными пневмониями у детей до 14 лет на 17,9%, а среди всего населения нашей страны – на 13%. По данным специальных научных исследований, изучавших расчётный экономический ущерб, связанный с пневмококком в России, в ближайшее время экономия для бюджета на лечении внебольничных пневмоний составит более 3 млрд руб. в месяц. Через 5 лет экономический эффект программы достигнет 40 млрд руб., – уверена директор департамента.

Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции позволит не только снизить детскую смертность, но также добиться уменьшения показателей заболеваемости и инвалидности, отметил И.Ланской.

– Введение этой вакцины в Национальный календарь прививок позволяет существенно уменьшить социально-экономический ущерб от заболеваний, вызванных пневмококковой инфекцией, – добавил Н.Брико. – Ведётся работа по включению в календарь прививок

вакцинации и против других социально значимых заболеваний, в том числе ротавирусной инфекции.

Л.Намазова-Баранова рассказала, что, по данным ВОЗ, из 5 млн детских смертей в мире ежегодно 1-1,2 млн приходится на пневмококковую инфекцию.

– Введя вакцину против пневмококка в Национальный календарь прививок, Россия вошла в число стран, заботящихся о своём населении. По предварительным расчётам, благодаря внедрению данной вакцины будет предотвращено 2,3 тыс. детских смертей в год, – подчеркнула Л.Намазова-Баранова.

Отвечая на вопросы, участники конференции развенчали некоторые устойчивые мифы, бытующие среди противников вакцинопрофилактики.

Так, говоря о безопасности вакцин, М.Костинов отметил, что для обеспечения качества вакцин проводятся глубокие генетические и эпидемиологические исследования, в том числе отслеживается состояние здоровья привитых пациентов в течение 5 лет после вакцинации.

Леонид ТРУБЕЦКОЙ,
МИА Cito!

Москва.

Признание

Лаборатории передового опыта

Три российские лаборатории по диагностике туберкулёза получили статус центров передового опыта специальной сети национальных референс-лабораторий ВОЗ. Об этом в официальном письме уведомил Министерство здравоохранения РФ д-р Хироки Накатани, помощник генерального директора ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, туберкулёзу, малярии и тропическим заболеваниям, после оценочных визитов специалистов ВОЗ в лаборатории федеральных НИИ туберкулёза в Москве, Новосибирске и Екатеринбурге.

«Признание российских лабораторий центрами передового опыта специальной сети ВОЗ является важным шагом в борьбе с туберкулёзом во всём мире и в первую очередь в нашей стране, а также подтверждает высокий уровень диагностики туберкулёза в Российской Федерации. В частности, комплекс противотуберкулёзных

мер, реализуемых в стране, позволил за последние 8 лет снизить смертность от туберкулёза почти на 50%, а заболеваемость – на 26%», – отметила заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Тереза Касаева.

Целью оценочных визитов экс-

пертов ВОЗ была оценка способности лабораторий к обработке диагностических материалов, проведению культуральных, молекулярно-генетических методов диагностики туберкулёза, исследованию лекарственной чувствительности и проведению мероприятий внешней оценки качества.

Официальное присвоение этого высокого статуса ВОЗ нашим федеральным лабораториям по диагностике туберкулёза состоится в ходе предполагаемой представительной встречи в мае этого года в штаб-квартире ВОЗ.

Степан БЕЛИКОВ.
МИА Сити!

Проекты

Всегда найдётся вакансия

Минздрав России провёл конференцию с использованием Интернета, как теперь говорится – вебинар, по вопросам трудоустройства медицинских работников.

Это мероприятие проходило в рамках совместного проекта Министерства здравоохранения РФ и одной известной компании. Здесь обсуждались наиболее актуальные аспекты организации работы по подбору персонала в медучреждениях. Были рассмотрены основные тенденции на

рынке труда, изучены механизмы создания эффективных вакансий, проиллюстрированы особенности поиска свободных мест работы.

Как считают специалисты министерства, первый вебинар вызвал высокий интерес со стороны профессионального сообщества, число участников его превысило 375 человек. Интерактивный формат мероприятия позволил в прямом эфире разобрать все возникшие в ходе реализации проекта вопросы.

Менее чем за 2 месяца в проекте приняла участие 362 медицин-

ских учреждения, которым был предоставлен бесплатный доступ к размещению вакансий на портале по подбору персонала. Также формируется единая база для специалистов медицинской сферы, призванная сделать процесс трудоустройства быстрым и эффективным: информация о вакансиях стала доступной для всех врачей и других медработников во всех уголках нашей страны.

Иван СОКОЛОВ.
МИА Сити!

Москва.

Прогнозы

Цены на лекарства: к чему готовиться?

Согласно анализу, проведённому компанией «ФармМед-Эксперт», в 2014 г. цены на лекарства выросли на 12,7%, причём в последнем месяце года рост достиг отметки в 20%. Таким образом, прошлый год показал максимум повышения цен на медикаменты за последние 4 года с момента введения госрегулирования на важнейшие медпрепараты.

По мнению экспертов, главный фактор повышения стоимости лекарств – инфляция и девальвация рубля. При этом аналитики дают ещё более пессимистичный прогноз на 2015 г., предупреждая, что в наступившем году может быть побит рекорд даже кризисного 2009 г., когда цены на лекарства выросли более чем на 16%. А это значит, что в полной мере российский потребитель рост цен на себе ещё не ощутил.

«Мы прогнозировали такой рост цен, и он, к сожалению, полностью

оправдался», – отмечает фармэксперт Настасья Иванова. – Мы ждём дальнейшего роста цен на лекарства, который будет связан с продолжающимся ослаблением рубля, сезонным фактором и окончанием партий, закупленных по докризисным ценам». Зависимость роста цен на лекарства от валютного курса неудивительна: сегодня 74% лекарств в стоимостном объёме производятся за границей, а остальные в большинстве изготавливаются из импортного сырья.

Тем не менее прямой зависимости роста курса валют и роста цен на медикаменты нет. «Многие западные производители не рискнут настолько увеличивать цену, понимая, что это может привести к серьёзному спаду объёмов продаж. Не стоит забывать и о требовании президента и премьер-министра обеспечить контроль за ситуацией на рынке лекарств, что также должно предотвратить резкий скачок цен», – отмечает

специалист. Кроме того, стало известно, что адекватность роста цен на лекарства из списка жизненно важных в ряде регионов начала проверять прокуратура.

С точки зрения нормализации социальной ситуации это важный и очень трудный шаг, однако нужно быть готовым к тому, что часть импортных препаратов из списка жизненно важных в нынешних условиях может исчезать с полок аптек. Цены на такие лекарства в течение последних лет менялись в значениях значительно меньше показателей инфляции, потому с учётом нынешнего валютного кризиса их невыгодно импортировать. На фоне продолжающегося исчезновения из аптечного ассортимента лекарств низкой ценовой категории мы можем столкнуться и с нехваткой отдельных препаратов из списка жизненно необходимых.

Виктор ЛЕВИН.
МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

Школы закрыты на карантин

Министерство образования и науки Ульяновской области рекомендовало муниципальным органам управления образованием временно приостановить учебный процесс во всех школах и организациях дополнительного образования детей региона с 10 по 16 февраля. На такую меру региональное министерство пошло после решения санитарно-противоэпидемической комиссии при правительстве области.

«Необходимо обеспечить проведение комплекса противоэпидемических мероприятий в дошкольных организациях и учреждениях профессионального образования, включая проветривание групп и

рекреаций, уборку помещений дезинфицирующими средствами и кварцевание, – пояснила заместитель председателя правительства – министр образования и науки Екатерина Уба. – Также

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Ульяновск.

Акценты

Страх перед... страхованием

Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» провёл исследование, в ходе которого была выяснена точка зрения российских медиков относительно эффективности системы обязательного медицинского страхования.

В данном опросе приняли участие свыше 6 тыс. респондентов, львиную долю из которых составили люди с высшим медицинским образованием. Наряду с ними на вопросы ответили и несколько сотен среднего и младшего медицинского персонала.

Данное исследование проводилось абсолютно во всех субъектах Российской Федерации. Но статистическую значимость результата оценивали весьма своеобразно: «глас народа» учитывался лишь в тех регионах, где респондентов насчитывалось от 50 человек. Таким образом, в итоге анализировались ответы немногим более 5 тыс. респондентов из 46 регионов России, 4,5 тыс. из которых составили врачи.

Согласно результатам анкетирования, лишь 26% представителей медицинской общественности нашей страны уверены в том, что действующая система ОМС в полной мере обеспечивает качественную и доступную медпомощь.

Более половины (54%) медработников сообщили об известных им фактах применения санкций к медицинским учреждениям по абсолютно формальным причинам.

«Многие учреждения держат специальные отделы, которые проверяют все данные, прежде чем отдать их на проверку страховым организациям. Это нездоровая ситуация», – высказался на этот счёт директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

Угроза

Бешенство на Крайнем Севере



Власти Ненецкого автономного округа в 5 населённых пунктах региона, в том числе в столице Нарьян-Маре, ввели карантин из-за обнаружения случаев бешенства у животных, сообщает пресс-служба округа.

Это было сделано, когда в нескольких районах больные животные были обнаружены около жилых домов. На период действия карантина запрещается ввоз и вывоз животных, не вакцинированных против бешенства, проведение выставок собак и кошек, выводка и натаска собак, торговля домашними животными, отлов для вывоза в зоопарк или расселения в других районах.

«Населению категорически запрещён контакт с бездомными собаками и тем более с дикими животными», – говорится в сообщении.

Главный ветеринарный инспектор округа Александр Антонов сообщил, что в районах, где были обнаружены поражённые животные, ветеринарные инспекторы проводят подворные обходы, чтобы убедиться, что случаев нападения больных животных не отмечалось.

А вакцинацию уже проходит семья из 4 человек, которая была в контакте с больными животными.

Леонид ОРЛОВ.
МИА Сити!

Ненецкий автономный округ.

Экономические потрясения, произошедшие недавно в нашей стране, вызвали пренебрежительные последствия для вроде бы уже вполне довольных новой жизнью россиян. Подорожали, в том числе, лекарства. А это очень тревожно. Как остановить этот процесс и обеспечить доступность медикаментов в обществе? Об этом шла речь на серьёзном совещании, которое провёл в столице Башкирии Уфе председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Что говорят люди

Дмитрий Медведев, открывая совещание, поделился с его участниками оценкой увиденного в обычной городской аптеке, которую посетил по дороге из аэропорта. Настроение у людей было разное. Для кого-то деньги, которые приходится сейчас дополнительно платить за лекарства, кажутся не очень большими, а для кого-то это крайне существенное подорожание, особенно для пенсионеров.

— Наша приоритетная задача — при любых условиях обеспечить объём гарантированной государственной медицинской помощи, — заявил Д.Медведев, — сделать всё, чтобы нынешние экономические трудности не сказались на её качестве, доступности для людей. Одна из ключевых задач касается стабилизации на рынке лекарств. Принципиально важно предотвратить дефицит лекарств, естественно, бороться с необоснованным ростом цен на препараты, особенно в так называемом регулируемом сегменте.

Надо стараться увеличить на рынке долю качественной отечественной продукции. Людям с определёнными заболеваниями или лицам пожилого возраста приходится постоянно принимать лекарственные средства, и от их наличия в аптечной сети, в больницах, зависит зачастую жизнь человека. К сожалению, в настоящий момент мы сталкиваемся с повышением стоимости лекарств. Отчасти это, конечно, связано с колебаниями валютного курса, но и выявлены факты банальной спекуляции. Чтобы этого не было, контроль за данной сферой должен быть усилен.

По словам Д.Медведева, в России уже производятся эффективные препараты. И это принципиальный момент. Лечебные учреждения применяют медицинские технологии, которые невозможны без наличия современных лекарств и расходных материалов. Правительство РФ будет делать ставку на отечественных производителей. Но это не означает, что будут установлены препоны для поставок на рынок иностранных лекарств, которые не имеют аналогов в нашей стране.

— Я думаю, здесь не должно быть недопонимания, это абсолютно очевидно, — акцентировал премьер-министр. — Сейчас особенно важно не допустить необоснованного роста цен на лекарства, которые входят в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, тем самым избежать неразумных расходов бюджетов всех уровней, связанных с этими закупками. Для этого совсем недавно Перечень ЖНВЛП был обновлён, в него дополнительно включено 50 наименований. Кроме того, подготовлен другой минимальный ассортимент из этого перечня, который обязателен для любой аптечной сети. И тем не менее цены на препараты в ряде аптек возросли абсолютно необъяснимо. В целом ряде регионов рост превышает 15%. А по экспертным оценкам, в нынешнем году он возможен до 20%.

Как не допустить «вымывания»

По мнению Дмитрия Медведева, важно не допустить «вымывания» с рынка дешёвых лекарственных препаратов.

— Мы планируем внести изменение в законодательство, которое будет предусматривать разовую индексацию цен ниже и среднего, так называемого стоимостного пакета из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, — поделился планами правительства Д.Медведев. — Речь идёт также о возможности компенсации расходов бюджетов субъектов РФ, которые связаны с

зависит очень многое, соответственно, смотреть придётся весь ассортимент. А для этого контроль должен осуществляться как в оптовом звене, так и в аптеках — в розничном сегменте.

Позиция Минздрава России

Заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян признал, что к январю 2015 г.

разрабатывает новую методику ценообразования, которую предстоит принять до 1 июля этого года. Она позволит регистрировать цены на медицинские изделия и, соответственно, регулировать и исключать необоснованное повышение цен на данный вид медицинской продукции.

Ещё одна антикризисная мера — резервирование средств на амбулаторное лекарственное обеспечение. Специалистами министерства

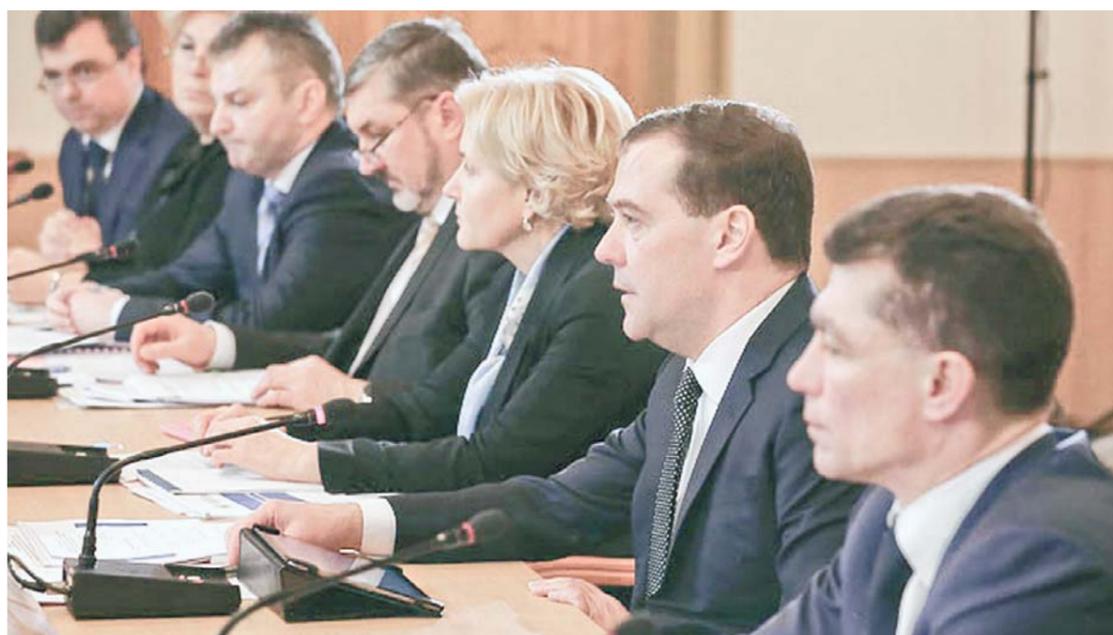
Минпромторг: производство увеличилось в 5 раз!

Заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб акцентировал внимание на том, что за последние 5 лет производство лекарственных средств в нашей стране увеличилось в 5 раз. По данным аналитических агентств, инвестиции в произ-

В центре внимания

Наш ответ кризису

Рецептов, как стабилизировать фармацевтический рынок, нет. Но искать их надо



Идёт совещание

закупкой иностранных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов для обеспечения нуждающихся граждан, в том числе имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. На эти цели мы зарезервировали довольно значимые средства. Кроме того, естественно, мы будем смотреть за тем, как развивается ситуация по соответствующим препаратам и по другим медицинским услугам.

Названа была и такая мера антикризисного плана — создание правовых оснований для введения государственного регулирования цен на медицинские изделия, которые имплантируются в организм человека. В их списке такие востребованные расходные материалы, как стенты, эндопротезы, применяющиеся при операциях на сердце, на суставах. Д.Медведев призвал не ослаблять контроля и за этим сегментом рынка медицинских изделий. Тем более что распоряжением правительства от 29 декабря 2014 г. такой документ утверждён.

— В нынешних условиях важно усилить контроль за качеством медицинской помощи, её доступностью для людей, — обратился к участникам премьер-министр. — Это касается и высокотехнологичной помощи. Я призываю к постоянному мониторингу ситуации на местах, проверкам наличия важнейших и необходимых лекарственных препаратов в аптеках. И делать это внезапно и без предупреждения. К сожалению, есть и проблемы другого порядка. Из-за того, что спрос сжимается, некоторые препараты, и не только дешёвые, но и достаточно дорогие, могут «вымываться», потому что их не привозят в нужном количестве из-за дороговизны. Но от них тоже

цены в нижнем ценовом сегменте ЖНВЛП — а это препараты до 50 руб. — приблизились к предельно зарегистрированным. Хотя в этом сегменте 83% — доля отечественных препаратов. Это свидетельствует о том, что производство этих препаратов действительно подошло к грани рентабельности.

Минздрав России находится в постоянном диалоге с Федеральной службой по тарифам, и специалисты министерства считают, что дополнительный важный резерв оптимизации финансовых затрат могло бы стать дальнейшее совершенствование методики установления органами исполнительной власти субъектов РФ предельных размеров оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей ЖНВЛП. Так, например, анализ, проведённый в сопоставимых регионах по климатогеографическим и социально-экономическим параметрам, убеждает, что в Липецкой области, например, оптовая надбавка на препараты из Перечня ЖНВЛП в ценовой категории до 50 руб. составляет 12%, а в Брянской и Калужской областях — до 20%. Такой разброс цен отмечается и в других территориях.

И.Каграманян пояснил также, что министерство внесло в парламент законопроект, предусматривающий регистрацию цен на медицинские изделия. Экспертный анализ показывает, что в нашей стране за прошлый год выполнено более 90 тыс. операций по стентированию сосудов. При этом наценки дистрибьюторов в отдельных регионах на используемые расходные материалы достигли 90%.

Поэтому Минздрав России совместно с Федеральной службой по тарифам, Минэкономразвития России, а также с другими заинтересованными органами власти

проведена оценка дополнительной потребности расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ с учётом инфляционных рисков и падения курса рубля.

— Мы считаем, что с учётом проводимых антикризисных мероприятий, которые были уже перечислены, 16 млрд руб. должны быть допущены резервированием бюджетных ассигнований в системе ОМС на финансовое обеспечение антикризисных мер, — заявил И.Каграманян. — Уникальные готовые рецепты, как стабилизировать ситуацию на фармацевтическом рынке, конечно, нет. Такие решения рождаются только в ходе повседневной кропотливой работы, в координации с другими ведомствами и органами управления в субъектах РФ.

Теперь о резервах в закупках по субъектам РФ и централизации торгов. В октябре 2014 г. в полном объёме были приобретены лекарственные препараты для обеспечения льготных категорий граждан по 7 высокозатратным нозологиям. В регионы доставлены лекарственные препараты в объёме более чем полугодовой потребности. В 52 субъектах РФ при координации Минздрава России в рамках 3–6-месячной потребности обеспечены льготные категории граждан в амбулаторном и госпитальном сегменте. Дальнейшие резервы в этом направлении — это, конечно, увеличение доли централизованных закупок. Сегодня они проводятся только в 44 субъектах РФ.

Минздрав России настаивает на увеличении доли лекарственных препаратов из Перечня ЖНВЛП и, конечно, введении долгосрочных контрактов (3–7 лет) со встречными предложениями по локализации производства. Министерство предлагает поддержать это предложение, включая резервирование средств в системе ОМС.

водство уже превышают 100 млрд руб. Практически ежеквартально открываются новые производственные площадки, заводы во всех регионах нашей страны.

Минпромторг дополнительно профинансировал более 130 проектов в рамках государственной программы развития фармацевтической и медицинской промышленности. Речь идёт об импортозамещении препаратов из списка ЖНВЛП. Сегодня выпускаемые благодаря этим проектам лекарственные средства находятся на разных стадиях регистрационных процедур. Но в ближайшие 2–3 года они обязательно выйдут на рынок. В обновлённом списке ЖНВЛП уже сегодня 67% лекарств — российского производства. Если смотреть по отдельным группам, например, лекарственные средства по программам ОНЛС или «Семь нозологий», то там уже более 60% составляют лекарства, которые имеют российского производителя.

— Мы поддерживаем предложение Минздрава России проиндексировать цены на нижний и средний сегмент, — заявил С.Цыб. — Действительно, производство лекарственных средств стоимостью до 50 руб. имеет свою специфику. Если в деньгах доля таких препаратов и не очень велика, то в натуральном выражении они по многим позициям в Перечне ЖНВЛП занимают лидирующие позиции. А это огромное количество упаковок, скажем, тех же антибиотиков — сотни миллионов штук...

В 2014 г. объём фармацевтического рынка в нашей стране составил более 900 млрд руб., а рынка медицинских изделий — около 200 млрд руб. В денежном выражении на этом рынке более 70% занимает медицинская продукция зарубежного производства.

Государство на 2015 г. запланировало расходы, связанные с базовой программой ОМС, программой государственных гарантий обеспечения льготных категорий граждан, в объёме более 410 млрд руб. Сюда надо прибавить и финансирование антикризисных мер. Но хватит ли этих средств, чтобы остановить резкое повышение стоимости лекарств, покажет время.

Пока Росздравнадзор утверждает, что стоимость лекарств возросла в госпитальном сегменте на 4%. Между тем 29 января генеральный прокурор России Юрий Чайка сообщил о результатах проверки аптечных сетей, в ходе которой были выявлены случаи завышения цен на лекарства на 400%! «Картина, конечно, удручающая», — заявил тогда Юрий Чайка. Но, возможно, эти случаи были «очень случайные», а в целом всё не так страшно? Хочется надеяться...

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва — Уфа.

В Москве под эгидой Министерства здравоохранения РФ прошла Международная конференция «Клинические рекомендации – современные подходы к методологии и механизмы внедрения».

Методология составления клинических рекомендаций на современном этапе и механизм их внедрения в повседневную деятельность каждого практического врача – одна из самых актуальных отраслевых задач в настоящее время. Именно разработка таких согласительных документов является ведущим механизмом повышения качества оказания медицинской помощи населению. Так, в соответствии с Федеральным законом № 323 клинические рекомендации по вопросам оказания медпомощи, по заболеваниям и состояниям разрабатываются профессиональными некоммерческими медицинскими организациями. Наряду с этим на протяжении 2 последних лет в рамках деятельности Минздрава России аппарат главных специалистов министерства по каждой клинической специальности проводит непрерывную и последовательную работу в этом направлении.

– Оценивая весь тот массив работы, который нам предстоит проделать в наступившем году, мы выделили ориентировочное количество – 1300 клинических рекомендаций. Такая внушительная цифра возникла после того, как главные специалисты нашего ведомства внесли свои предложения и замечания – каждый по своему профилю, – заявил заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. – За последние полтора года ведущие эксперты нашей страны разработали свыше 900 таких документов, более 700 из которых уже официально утверждены, – добавил он. – Да и сама в настоящее время активно работаю над докторской диссертацией, важным фрагментом которой являются принципы доказательной медицины, лежащие в основе создания абсолютно всех клинических рекомендаций во всём мире, – резюмировал чиновник.

Примечательно, что электронная библиотека клинических рекомендаций находится в свободном доступе – на сайтах профильных профессиональных обществ, председателями которых и являются главные специалисты Минздрава России. Процесс создания этих документов проходит широкое обсуждение профессиональным медицинским сообществом в ходе того или иного национального конгресса, посвящённого соответствующему разделу клинической медицины. Кроме того, с 2014 г. главными специалистами федерального Министерства здравоохранения на основе клинических рекомендаций разрабатываются критерии оценки качества оказания медпомощи населению.

– Когда мы говорим о медицине, основанной на доказательстве, необходимо иметь колоссальный опыт, прежде всего в практической работе – работе непосредственно с больными. Это достигается исключительно в ходе непрерывной и неравнодушной повседневной нашей с вами, уважаемые коллеги, деятельности. За этим стоит огромный труд – системные обзоры и метаанализ абсолютно каждой нозологии и каждого клинического синдрома. Прежде чем рекомендовать что-либо своим коллегам, нужно самому быть высококвалифицированным клиницистом, – отметил председатель конференции, главный терапевт-пульмонолог Минздрава России, академик РАН Александр Чучалин. – В настоящее время в мире проводится свыше 180 тыс. клинических исследований. Именно из этого и берутся клинические рекомендации. Последние 10 лет я активно занимаюсь вопросами трансплантации лёгких. Мой личный анализ мировой научной литературы показывает, что на сегодняшний день в такой узкой области медицины проводится аж 747 исследований, – подчеркнул он. – Подготовка клинических рекомендаций – процесс

исключительно из клинических рекомендаций, равно как трактовка и оценка показателей качества. Наряду с этим каждым профессиональным сообществом с учётом всех требований должен формироваться стандарт лечения, лежащий в основе разработки критериев качества, которые, в свою очередь, образно выражаясь, вышли из клинических рекомендаций, – рассказал директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Игорь

установлены. Поэтому, должен констатировать, что работа над этим только начинается. Подведём итоги по окончании года».

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

то, что все они основаны на доказательствах. Я бы сравнил эти документы с кулинарной книгой. Вам предлагается некий общий рецепт, однако у каждого повара есть что-то своё в добавление к написанному. Точно также дела обстоят и у врачей. У каждого из нас, уважаемые коллеги, есть свой личный клинический опыт, который ничем заменить нельзя. Клинические же рекомендации призваны в помощь докторам с целью нанизывания их на нить личного опыта. Не имея практики за плечами, на одних только

Авторитетное мнение

Клиницисты рекомендуют...

Они чётко подсказывают, как развиваться отрасли



Выступает А. Чучалин

весьма трудоёмкий. Одной из основных его задач, если не главной, является создание необходимого базиса для максимально безошибочной работы практического врача. Сегодня нам необходимо утвердить единую методику написания клинических рекомендаций, повысить качество их подготовки, а также, что чрезвычайно важно, интегрировать российских врачей в состав международного сообщества по клиническим рекомендациям, расширяя тем самым эффективное и плодотворное сотрудничество с нашими зарубежными коллегами, – резюмировал эксперт.

Если же не углубляться в такие высокие материи, как пересадка органов дыхания, а взять для примера наиболее частые клинические случаи в практике среднестатистического доктора, то, к примеру, за всю историю существования клинических рекомендаций на тему ишемической болезни сердца их было опубликовано около 200. Из этого вытекает, что написать рекомендации по ведению пациентов с тем или иным заболеванием на какой-либо определённый срок не представляется возможным. Это объясняется в первую очередь тем, что процессы диагностики и лечения в наше время стремительно прогрессируют – появляются новые лекарственные препараты, медицинское оборудование и т.д. Этим и объясняется цифра в 180 тыс. исследований, приведённая А. Чучалиным.

– Критерии оценки оказания медпомощи, утверждаемые федеральным органом исполнительной власти, должны вытекать

Никитин. – Я вам напомню, что клинические рекомендации призваны помочь врачу в принятии решений относительно тактики ведения пациентов. В этой связи очень отраднo, что почти все существующие в нашей стране в настоящее время такие документы соответствуют всем требуемым критериям, – сказал он. – Конечно же, клинические рекомендации – это абсолютно живой документ, создаваемый на определённый временной промежуток. И этот отрезок времени обуславливается тем, какими темпами движется отрасль в конкретном направлении. Каждая область клинической медицины обновляется с разной скоростью. Это в порядке вещей. Должен заметить, что именно на основе рекомендаций и стандартов по ведению больных формируется перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д. На клинических рекомендациях лежит огромная финансовая и смысловая нагрузка, – заключил И. Никитин.

Отвечая на вопрос обозревателя «МГ», планирует ли Министерство здравоохранения РФ установить единые для всей страны целевые значения показателей качества медицинской помощи, разработанных на основе клинических рекомендаций, И. Никитин сказал: «Сейчас этот вопрос прорабатывается в ведомстве. Есть перечень неких обязательных манипуляций в проекте документа единых критериев качества, который, в свою очередь, устанавливает лишь факт исполнения, либо неисполнения его. Конечно же, со временем, по некоторым позициям целевые критерии должны быть

иного процесса. Справедливости ради, необходимо сказать, что таким образом дела обстоят не только в здравоохранении, что, конечно же, никоим образом не оправдывает нашу систему.

На выступлении президента международного сообщества по клиническим рекомендациям, директора по клинической работе Американского колледжа терапевтов, профессора Амира Кассима хотелось бы остановиться отдельно. Поэтому ему слово:

– Несмотря на все кардинальные различия между нашими странами, мы сталкиваемся с абсолютно такими же проблемами. Клинические рекомендации – один из основных показателей эффективного существования отрасли. Каждый врач в нашей стране стремится к тому, чтобы, со своей стороны, внести личный вклад в качественную составляющую здравоохранения.

Будучи специалистом в области внутренней медицины, я глубоко убеждён, что малейший отказ врача от следования разработанным профессиональным сообществом клиническим рекомендациям приводит в той или иной степени к снижению качества оказываемой медпомощи.

Мы разработали своё определение, гласящее, что клиническая рекомендация представляет собой положение по оптимизации оказания медицинской помощи на основании систематического анализа доказательств, а также оценки пользы или же вреда от альтернативных врачебных тактик. Безусловно, написанному в этих документах не нужно следовать, как говорится, «от и до». Именно поэтому они и носят название ре-ко-мен-да-ци-и. Ведь медицина учит всех нас персонифицированному и дифференцированному подходу к пациентам. Это означает, что к каждому больному нужен индивидуальный подход, основывающийся на его персональных особенностях. Однако это ни в коем случае не является призывом к отказу от клинических рекомендаций – необходимо понимать, что они разрабатываются на основе большинства клинических случаев и применимы к основной массе пациентов с тем или иным заболеванием. Следовать клиническим рекомендациям, вне всякого сомнения, надо, однако при этом строго необходимо учитывать индивидуальные особенности больного.

Повторю, главным в клинических рекомендациях является

рекомендациях экспертов далеко не уедешь.

И последнее. Должен вам сказать, что не всё можно свести к голым цифрам. Если что-либо является клинически значимым, не означает автоматически, что результат будет клинически эффективным. Так, например, существует шкала оценки эффективности проводимой терапии при болезни Альцгеймера. В диапазоне от 1 до 10 оценивается состояние больного. И если врач наблюдает некую положительную динамику – скажем, состояние пациента стало по этой шкале лучше (поднялось на 1-2 балла), то для последнего клинически ничего не изменилось. Больной не ощущает никакого улучшения своего самочувствия. Вот и получается, что по статистическим показателям мы преуспели в лечении, однако сугубо клинически всё осталось на прежнем уровне. Об этом необходимо помнить, – заключил профессор из США.

На вопрос обозревателя «МГ», а как часто должны обновляться клинические рекомендации в той или иной области практической медицины, заданный в кулуарах мероприятия, А. Кассим кратко и в то же время любезно ответил: «Как только на 20-30% обновляются знания по той или иной нозологии, клинические рекомендации должны пересматриваться и обновляться в соответствии с результатами свежих исследований. Это – доказательная медицина. Я являюсь председателем Международного общества по клиническим рекомендациям, и мы, собираясь раз в год, пересматриваем документы с учётом свежих научных данных. Мне бы очень хотелось, чтобы и российское врачебное сообщество интегрировалось в нашу команду».

* * *

...На сегодняшний день мы ещё только формируем систему гражданской ответственности профессионального сообщества за то, что создаётся и носит название клинических рекомендаций, отвечающих за качественную составляющую оказания медицинской помощи. А качество, как сказал английский писатель и поэт Джон Рёскин, никогда не бывает случайным и всегда является результатом неимоверных усилий, долгих раздумий и правильных действий. Качество – это выбор мудрых.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Хабаровский край является центром по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи жителям не только региона, но и всего Дальнего Востока по таким профилям, как сердечно-сосудистая хирургия, офтальмология, травматология и ортопедия, онкология, нейрохирургия и др. О том, что позволило краевому здравоохранению развиваться семимильными шагами и реализовывать весьма амбициозные планы, рассказывает министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько.

– Здравоохранение в крае двигает вперёд, прежде всего, внимание и забота о его жителях со стороны руководства региона. Поэтому используются все возможности, чтобы обеспечить население всеми видами медицинской помощи, – говорит Александр Валентинович. – С 2009 по 2013 г. наш край трижды принимал участие в Онкологической программе в рамках Национального проекта «Здоровье». В результате создан онкологический центр, обслуживающий жителей всего Дальневосточного федерального округа.

В 2014 г. в Хабаровске открылся новый центр диализа. Это важнейший шаг в реализации комплексной Программы развития нефрологической помощи в Хабаровском крае. Центр диализа создан в рамках инвестиционного проекта на основе государственно-частного партнёрства правительства, Минздрава Хабаровского края и одной из компаний, которая находится среди мировых лидеров по производству диализного оборудования и организации диализной помощи. Теперь заместительной почечной терапией мы можем обеспечить всех без исключения нуждающихся в ней пациентов в Хабаровске и близлежащих районах.

Из последних достижений – уникальная гибридная операционная, построенная в июле

Из первых уст

Александр Витько:

Потому что очень боеем за здоровье людей

В этом секрет успешной работы медиков Хабаровского края



Александр Витько

2014 г. в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Хабаровске. Операционных такого масштаба в нашей стране до сегодняшнего дня было всего 3. Когда наша гибридная операционная будет введена в эксплуатацию, возможности оказания кардиохирургической помощи расширятся. Планируется оперировать не менее 240 больных в год.

В 2012 г. в Хабаровске начал работу филиал Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России на базе краевой клинической больницы № 1 им. С.И.Сергеева. Потребность в

высокотехнологичных вмешательствах по оториноларингологии – хирургии головы и шеи чрезвычайно высока во всём ДФО.

Как уже отмечалось, прошлым летом в Хабаровске сдан в эксплуатацию диализный центр, построенный на условиях государственно-частного партнёрства, заказчиком строительства которого выступило правительство Хабаровского края. Аналогичный центр предполагается строить в Комсомольске-на-Амуре. Сегодня одной из лучших не только на Дальнем Востоке, но и в стране можно считать краевую перинатальную службу. Она активно

расширяется, оснащается. Сейчас идёт реконструкция акушерского корпуса, это уже третья очередь объекта, и в 2015 г. он примет первых пациентов.

А вообще, уже сегодня у жителей края отпала необходимость куда-либо уезжать, чтобы получить необходимую медицинскую помощь. Наши учреждения здравоохранения оснащаются оборудованием мирового уровня, а врачи имеют возможность учиться и получать практические знания и навыки в лучших российских и зарубежных клиниках. Всё это двигает медицину вперёд.

Возьмём, к примеру, ядерную медицину. Для её развития нам крайне необходимо построить в крае протонно-ионный центр. В мире всего 39 таких центров, треть из них находится в Японии. Различные опухоли лечат там высокоскоростными частицами. Эффективность лечения онкобольных таким методом достигает 95%. Хабаровский край сегодня – наиболее подготовленный субъект ДФО для размещения центра протонно-лучевой терапии. Его базой станет наш краевой клинический центр онкологии.

Записал
Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Фото автора.



Красивый город Хабаровск красив и своими медицинскими учреждениями

Современные технологии

На угрозу инфаркта укажет тест Он даёт врачам возможность предотвратить трагедию

Одним из физиологических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний долгое время наравне с наследственностью и принадлежностью к мужскому полу считался возраст. Однако в последние годы на 80% выросла смертность от этих заболеваний среди людей до 30 лет, что заставляет бить тревогу и общественность, и медиков.

Причиной этому являются, прежде всего, поведенческие факторы: курение (как бы активно мы с ним ни боролись), избыточная масса тела – вследствие погрешностей диеты и малоподвижного образа жизни и, конечно, сопутствующий современному поколению стресс.

Поэтому сейчас специалисты обсуждают вопросы как первич-

ной профилактики, направленной на снижение возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с факторами риска, так и вторичной профилактики – снижение осложнений (инфаркта, ОНМК, коронарной смерти) у больных с острым коронарным синдромом, постинфарктным кардиосклерозом, состоянием после аортокоронарного шунтирования и ангиопластики, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, перемежающейся хромотой (синдром Лериша).

Об этом на встрече с представителями медицинских СМИ рассказал профессор кафедры клинической лабораторной диагностики Российской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук Александр Ройтман. Он подчеркнул, что для пациентов с

инфарктом миокарда время до постановки диагноза является решающим фактором, так как клетки сердечной мышцы начинают умирать после того, как сердце перестаёт снабжаться кровью, и в результате практически все поражённые участки сердечной мышцы могут быть необратимо повреждены.

Все, кто попадает в приёмное отделение и отделение интенсивной терапии с жалобами на боль в грудной клетке и подозрением на инфаркт миокарда, сегодня сдают кровь для определения уровня сердечного тропонина – белка, который указывает на повреждение сердечной мышцы.

Исследование проводится непосредственно при поступлении в больницу, повторно через 6 часов после поступления и через 12 часов. Это даёт врачам возможность быстро исключить ин-

фаркт миокарда, помочь снизить частоту постановки неверного диагноза и выполнения ненужных процедур.

Кроме того, поскольку пациенты с выраженной загрудинной болью и подозрением на инфаркт миокарда, а также с подтверждённым диагнозом инфаркта миокарда подвержены более высокому риску повторного инфаркта в течение следующих нескольких недель или месяцев, рекомендовано проводить им подобную диагностику через 30 и 90 дней.

Александр Ройтман особенно подчеркнул значимость подобного исследования для женщин, так как риск постановки неверного диагноза у женщин моложе 55 лет с инфарктом миокарда выше, чем у мужчин того же возраста.

Тест для определения уровня высокочувствительного

тропонина-I способствует улучшению диагностики инфаркта миокарда у женщин. Его можно также использовать для прогноза риска осложнений при нестабильной стенокардии: повышение уровня тропонина-I после приступа стенокардии свидетельствует о наличии микроинфаркта, у таких больных очень высок риск инфаркта в течение ближайшего года.

Необходимость и важность таких исследований подтверждает печальная статистика: инфаркт миокарда занимает первое место в структуре причин смертности в России, от него ежегодно умирает около 300 тыс. человек, а летальность по итогам 2014 г. составила 20%.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Всё дело «в принципе»!

Как известно, в конце XX – начале XXI веков трансплантология стала областью медицины, сконцентрировавшей в себе новейшие достижения хирургии, анестезиологии, реаниматологии, иммунологии, фармакологии и других медико-биологических наук. Пересадка органов как метод лечения тяжёлых заболеваний приобретает сегодня огромное социальное звучание, поскольку позволяет не просто продлить жизнь, но и обеспечить её более высокий качественный уровень.

В Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине (1996) проблеме соблюдения прав человека при изъятии органов и тканей в целях трансплантации посвящена целая глава. В ней говорится об обязательности получения информированного добровольного согласия, а также запрещается изъятие любых органов у человека, не способного дать это согласие. Кроме этого в документе определены условия, при которых в исключительных случаях может производиться изъятие регенеративных тканей у человека, не способного дать согласие.

В ряде западноевропейских стран, таких как Австрия, Бельгия, Испания, Венгрия, Чехия и т.д., правовые нормы ориентированы на принцип «презюпции согласия». Это означает, что незафиксированный отказ человека от посмертного изъятия его органов и тканей в целях трансплантации априори рассматривается как согласие стать потенциальным донором.

Есть противоположный подход, то есть принцип «презюпции несогласия», который называют также «моделью испрошенного согласия». Он действует в ряде штатов США, в Германии, Франции, Канаде, Италии и других странах. В соответствии с ним предполагается, что каждый человек заранее не согласен с тем, что его органы будут пересажены другому человеку. Их можно изъять только в случае получения прижизненного согласия от самого человека либо согласия родственников после его смерти.

В нашей стране действует уже упомянутый закон РФ № 4180-1 от 22.12.1992 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», в котором определяются условия и порядок трансплантации на основе современных достижений науки и медицинской практики, а также с учётом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. В статье 8 этого закона зафиксирован принцип «презюпции согласия», в соответствии с которым осуществляется забор органов у трупа. Но, к сожалению, как показывают опросы и просто жизненный опыт, большинство населения даже не знает, что все россияне – потенциальные доноры, и врач не обязан спрашивать согласия у родственников умершего.

Правда, любой вправе отказаться стать донором. Но и тут беда – он не осведомлён о механизмах фиксации своего отказа. В принципе, механизма оформления прижизненного отказа не существует. Хотя, объективности ради, заметим, что это не совсем так. Такой механизм разъяснён в ведомственной инструкции Минздрава по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга, но это является существенным нарушением прав граждан.

Тут следует коснуться весьма деликатной темы. Получение согласия человека или его родственников на использование органов для трансплантации связано с рядом этических психологических проблем. Судите сами. Получить согласие у находящегося в терминальной стадии практически невозможно и по этическим причинам, и по медицинским, так как человек, как правило, физически находится в таком состоянии,

Острая тема

Страсти вокруг «индустрии смерти»

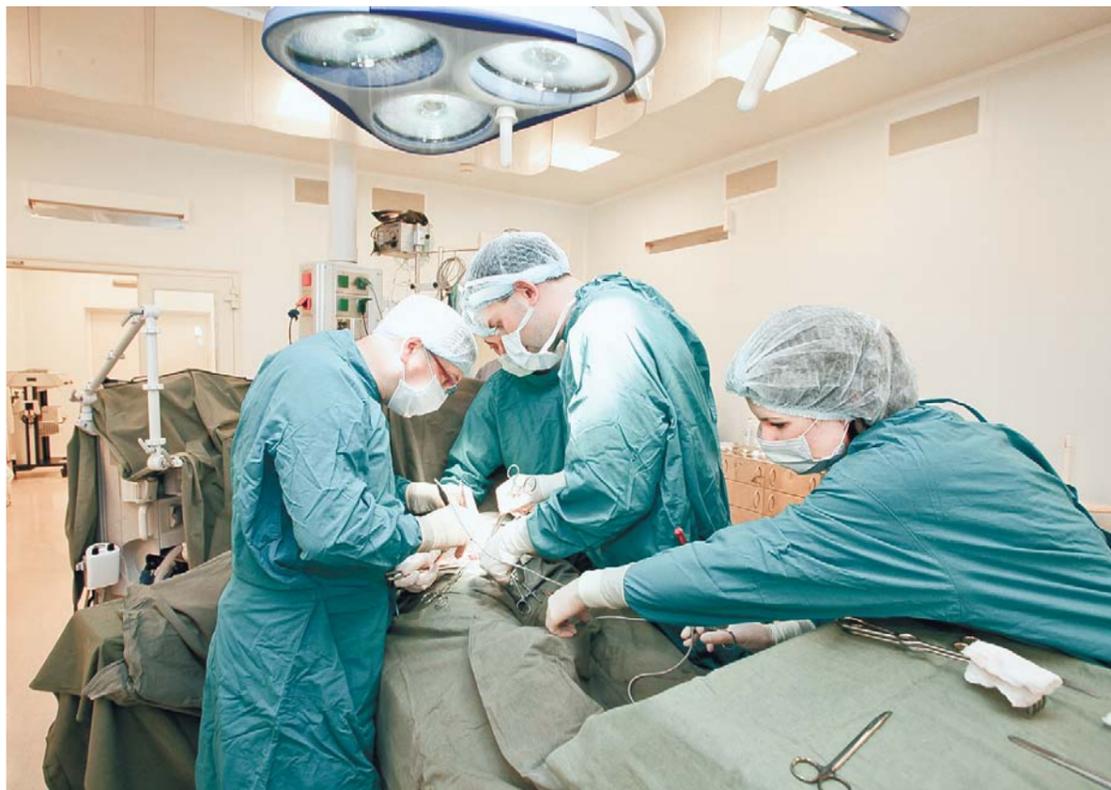
Что только не услышишь, когда речь заходит об изъятии органов умершего в качестве донорских!

Время от времени в СМИ вспыхивают жаркие дебаты вокруг проблемы либерализации вопроса о трансплантации донорских органов. Чаще всего это происходит, когда следственные структуры заводят очередное дело против «врачей-убийц».

...Не так давно в одну из подмосковных больниц поступил пожилой пациент с отравлением этиловым спиртом. Спасти его не удалось, правда, смерть наступила по другой причине – от отёка головного мозга и гематом вследствие травмы головы, которая была получена за 3 суток до госпитализации. Без подписания пациентом или его родственниками согласия врачи изъяли у умершего почку. По документам пенсионер проходил как бездомный, хотя его супруга впоследствии настаивала, что звонила в больницу и собиралась проведать мужа. Правоохранительные

органы подвергли сомнению законность данной процедуры, в ответ на что врачи ссылались на действующую в России презюпцию согласия на изъятие органов умершего человека.

Комментируя действия коллег из Подмосковья, директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, главный трансплантолог Минздрава России, академик РАН Сергей Готьё заметил: «В России действует «презюпция согласия» при изъятии органов умершего человека, согласно которой изъятие может быть произведено без ведома его родственников. Подобная процедура не имеет никакой криминальной подоплёки и предусмотрена законом «О трансплантации органов и (или) тканей человека», который был принят ещё в 1992 г. и позволил врачам спасти сотни человеческих жизней».



когда не может принимать добровольных и ответственных решений на основе полной, достоверной информации, предоставленной ему в доступной форме. А каково врачу общаться с родственниками умирающего или только что умершего человека? Это чрезвычайно сложная и ответственная этическое-психологическая задача.

«Уходя, не забирай с собой органы!»

В мире проблема дефицита донорских органов решается различными путями. Например, создаются искусственные органы, разрабатываются методы их получения от животных, путём культивирования соматических стволовых клеток, создания искусственных органов на основе достижений биоэлектроники и нанотехнологий. И конечно же, главный на сегодня путь – пропаганда пожертвования органов после смерти человека с прижизненным оформлением согласия.

Девиз современной трансплантологии таков: «Уходя из этой жизни, не забирай с собой органы. Они нужны нам здесь». Однако большинство людей при жизни редко оставляют распоряжения об использовании своих органов для трансплантации после своей смерти. Причём, как уже было сказано, не только в России. Это связано,

с одной стороны, с действующими в конкретной стране правовыми нормами забора донорских органов, с другой – с субъективными причинами этического, религиозного, морально-психологического характера. У нас эта тема, можно сказать, находится под негласным запретом. Порой даже некоторые специалисты-трансплантологи сетуют на «чёрствость» и «заостренность» большинства россиян.

Действительно, на сегодняшний день российское законодательство не предусматривает возможности фиксирования отказа пациента от донорства в случае смерти. Более того, Минздрав России готовит законопроект, который, сохраняя презюпцию согласия, предусматривает возможность регистрации прижизненного волеизъявления пациента. Тщательно и вдумчиво прорабатываются детали документа. Долго? Несомненно. Но спешка в столь деликатном вопросе неуместна.

А тем временем сенатор от Владимирской области, кстати, педиатр по основной специальности, Антон Беляков в конце 2014 г. внёс в Государственную Думу РФ законопроект, который призван спасти жизни пациентов, нуждающихся в пересадке органов.

«Во многих западных странах государство активно занимается поддержкой донорского дви-

жения, – рассказывает Антон Беляков. – Социальную рекламу, призывающую своим поступком сохранить жизнь другого человека, можно встретить повсюду: в магазинах, журналах, на телевидении. Тем самым в обществе формируется понимание важности спасения неизлечимо больных. Поэтому неудивительно, что даже в тех государствах, где для изъятия органов у трупа законодательно закреплена «презюпция несогласия», посмертное донорство развито намного лучше, чем в Российской Федерации».

В самом деле, в мире ежегодно проводятся десятки тысяч операций по трансплантации. В России, несмотря на законодательство, предоставляющее достаточно широкие возможности для трансплантации органов, таких операций выполняется намного меньше. У нас в условиях действия презюпции согласия летальность больных, находящихся в листе ожидания и нуждающихся в пересадке органов, составляет около 60%, а в США, где действует презюпция несогласия, – 6%.

«В ряде штатов США и стран ЕС совершеннолетние граждане в обязательном порядке фиксируют своё согласие в водительских правах или в страховом свидетельстве, где для этого имеется специальная графа, – поясняет

сенатор. – При наступлении соответствующего случая зарубежным врачам не нужно терять драгоценное время на поиск родственников, им достаточно посмотреть водительские права и удостовериться, что человек был согласен на изъятие его органов для пересадки. Конечно, такой подход резко повышает шансы на изъятие у умершего наиболее «качественных» органов для последующей пересадки. По моему убеждению, такой опыт может быть использован и в нашей стране. Сведения о согласии совершеннолетнего лица на изъятие его органов или тканей для трансплантации могут фиксироваться в основных документах гражданина, перечень которых будет определён правительством. Такими документами, на мой взгляд, могут стать паспорт, водительские права, военный билет, универсальная электронная карта. Подобная практика позволит создать электронную базу данных потенциальных доноров, с помощью которой необходимые сведения о донорах будут доступны на всей территории России и предоставляться в кратчайшие сроки».

Автор законопроекта вовсе не призывает всех в одночасье и в обязательном порядке становиться донорами. Люди вправе не только принимать решение по этому вопросу, но, если надо, и менять его, причём неоднократно. Для кого-то спасти жизнь другого человека после своей смерти – высокая гуманная миссия. Таким образом, для них эта юридическая новелла обосновывается соображениями гуманности.

Немного о «подводных камнях»

Некоторые опасаются, что наличие документально зафиксированного согласия совершеннолетнего на изъятие его органов или тканей для трансплантации может стать основой для настоящей «индустрии смерти», когда личные данные граждан, касающиеся состояния их здоровья (группа крови, резус-фактор, наличие или отсутствие заболеваний, препятствующих трансплантации и т.д.) станут достоянием криминальных структур, организующих убийства потенциальных доноров по заказу. Известно, что цены на подобного рода операции и у нас в стране, и за рубежом чрезвычайно высоки, а рынок велик и платёжеспособен. Имеется информация, что целые бригады «чёрных трансплантологов» активно работали и продолжают действовать в зонах военных конфликтов, и не только... Как при этом избежать этой опасности? Гарантий никто дать не может.

«Посмертное волонтерство»

Ожидается, что в 2015 г. в России существенно преобразится работа трансплантационной службы. В частности, впервые будет урегулировано и разрешено изъятие донорских органов после смерти у детей. Разумеется, наивно полагать, что это даст «зелёный свет» трансплантологии в России. А что касается пациентов, то, право, наши обыватели в массе своей не очень-то охочи провозглашать себя «посмертными волонтерами». И вовсе не из-за своей «чёрствости». Есть серьёзные и обоснованные опасения по поводу всевозможных злоупотреблений.

Таким образом, несмотря на большие перспективы в области оказания медицинской помощи людям, трансплантология остаётся пока недостаточно востребованной. В значительной степени это по-прежнему область научных исследований и экспериментов. Возможно, новый законопроект что-то поменяет к лучшему. Поживём – увидим.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 9 (1861)

По определению Американского общества пластических и реконструктивных хирургов, эстетическая хирургия представляет собой область хирургии, занимающуюся изменением внешнего вида, формы и взаимосвязей анатомических структур любых областей человеческого тела, которые должны внешне не отличаться от нормы и учитывать возрастные и этнические особенности конкретного человека. Косметические операции необходимо выполнять в строго определённых ситуациях, в соответствии с решением компетентного специалиста и таким образом, чтобы не повредить физическому и психическому здоровью человека.

Образно выражаясь, можно сказать, что реконструктивная хирургия — это попытка вернуться к «норме» (после травм или заболеваний, а также естественных для человеческой жизни изменений, связанных с родами и кормлением ребёнка).

Эстетическая хирургия — это попытка «превысить» норму. Никто не может стать пластическим хирургом, пока не овладеет навыками в обеих областях и не научится не только уменьшать объём тканей, но и увеличивать его, придавая тканям определённую форму. Те, кто этого не достиг, представляют угрозу как для пациента, так и для эстетической хирургии. Ведь уменьшение объёма швов почти всегда сочетается с их последующим моделированием, в том числе с помощью добавления пластического материала. Поэтому каждый хирург может удалить часть тканей носа или молочной железы, но лишь немногие могут достичь хорошего эстетического результата.

Можно выделить следующие особенности эстетической хирургии:

1. Конечной целью эстетической хирургии является не восстановление утраченного здоровья пациента, а повышение качества его жизни.

2. Эстетическая хирургия направлена на улучшение внешнего вида практически здоровых людей, поэтому операции в большинстве случаев выполняются на нормальных, хотя и изменённых с возрастом тканях.

3. Она не является обязательной, так как операции можно делать, а можно не делать; хотя отказ от вмешательства и не влияет прямо на здоровье, возрастные изменения внешнего вида человека способны создать у него сильнейший комплекс неполноценности, который может привести, в свою очередь, к депрессивному состоянию, влияющему на общее состояние здоровья.

4. Так как эстетическая хирургия не является для пациента обязательной, он должен за неё платить, поскольку государство и страховые компании оплачивают лишь те виды операций, которые необходимы для возвращения человека к нормальному состоянию из состояния болезни.

5. В 95% случаев пациентами являются женщины, это связано со следующими причинами:

а) особенности психологии женщин определяют тот факт, что для них вообще внешний вид более важен, чем для мужчин;

б) рождение ребёнка (особенно двух и более) всегда существенно изменяет фигуру женщины, форму молочных желёз, расслабляет переднюю брюшную стенку; это, в свою очередь, может изменить взаимоотношения в семье;

в) многие незамужние женщины часто считают дефекты внешнего вида причинами своего одиночества.

Подготовка

Как правило, пациент приходит в клинику в день операции. Перед вмешательством его помещают в палату, где он попадает в совершенно непривычную для него обстановку, которая может существенно усилить волнение человека и его страх перед встречей с хирургом на операционном столе. Вот почему принципиально важное значение в эстетической хирургии имеет создание в палате максимального комфорта, как в современной гостинице.

Особое значение имеет нахождение пациента в одноместной палате, так как его контакты с больными, перенёвшими операцию, крайне нежелательны. Вид пятен крови на чужой повязке, отёк тканей лица, рассказы о неприятных ощущениях и боли, пере-

носимых другими пациентами, могут стать основной причиной немедленного отказа от операции. Отвлечь больного от неприятных мыслей помогают включённый телевизор, наличие которого в палате обязательно, комфортная обстановка и приветливость персонала.

В целом необходимо максимально сокращать срок ожидания пациентом операции, так как, по мнению многих из них, этот момент является иногда самым мучительным во всём процессе лечения.

В идеальном случае человеком, которого пациент видит перед операцией последним и первым после неё, должен быть хирург. Это в максимальной степени сохраняет доверие пациента и его расположение к лечащему врачу. После окончания вмешательства важно уведомить об этом род-

Омоложивающие операции на лице. История и классические примеры

ственников пациента по телефону. И тот хирург, который это сделает, почувствует их признательность за внимание.

В послеоперационном периоде важно быть доступным для пациентов в любое время дня и ночи. Это достигается созданием в клинике соответствующей дежурной службы, способной оперативно реагировать на любую ситуацию (от круглосуточно дежурящей медсестры-координатора до полноценной дежурной службы во главе с дежурным хирургом).

Анестезия

Операции в эстетической хирургии относятся к категории как простых, так и сложных. Существенно может колебаться их продолжительность: от нескольких минут до нескольких (7-8) часов. Операции проводятся как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, причём доля амбулаторных операций составляет около 35%.

Предоперационное обследование проводится в соответствии с общепринятыми стандартами и обязательно включает рутинные лабораторные исследования, электрокардиографию и осмотр анестезиологом.

Важна оценка психологического статуса пациента, так как это, кроме всего прочего, влияет на выбор метода анестезии, хотя в большинстве случаев пациенты в клинике эстетической хирургии и предпочитают находиться в состоянии медикаментозного сна даже в ходе небольших амбулаторных операций.

Взаимопонимание и взаимное доверие анестезиолога и пациента имеют большое значение для выбора метода обезболивания и оценки пациентом качества проведённой анестезии.

Как известно, на выбор того или иного метода анестезии влияют множество факторов:

- травматичность операции;
- область тела, на которой проводится вмешательство;
- продолжительность операции;
- положение пациента на операционном столе;
- степень влияния операции и анестезии на кровообращение, дыхание и другие системы жизнедеятельности пациента;
- проведение операций в амбулаторных или стационарных условиях.

Особенности анатомии тканей лица

Кровоснабжение

Кровоснабжение мягких тканей лица осуществляется главным образом по ветвям наружной сонной артерии и в меньшей степени по ветвям глазной артерии, отходящей от внутренней сонной артерии. Лицевая артерия, обогнув нижнюю челюсть и достигнув переднего края жевательной мышцы, поднимается по поверхности щёчной мышцы к внутреннему углу глаза. На своём пути лицевая артерия отдаст ряд ветвей, из которых практическое значение для описываемых ниже операций имеют:

- 1) подбородочная артерия, идущая по

нижней поверхности челюстно-подъязычной мышцы к подбородку, отдающая на своём пути ветви к поднижнечелюстной слюнной железе, соседним мышцам и нижней губе;

2) концевые верхняя и нижняя губные артерии, которые отходят на уровне углов рта и образуют с аналогичными ветвями другой стороны артериальный круг.

Поверхностные вены представлены хорошо развитой сетью, которую создают парные, сопутствующие артериям вены, лежащие в подкожной жировой клетчатке над поверхностной фасцией. Кровь из них оттекает в более крупные венозные стволы — переднюю и заднюю лицевые вены.

Угловая вена, расположенная у внутреннего угла глазной щели, является начальным отделом передней лицевой вены. Задняя лицевая вена образуется путём слияния поверхностной височной и верхнечелюстной вен. Обе лицевые вены, сливаясь, образуют общую лицевую вену, впадающую во внутреннюю яремную вену.

Поверхностные вены образуют многопетливую сеть, густота которой весьма изменчива. Именно различным строением поверхностной венозной системы лица объясняется тот факт, что при пластических

Иннервация

К коже лица подходят чувствительные нервные стволы из всех трёх ветвей тройничного нерва, кроме того, в среднем и нижнем отделах лица кожа получает чувствительную иннервацию от ветвей шейного сплетения. Вследствие наличия большого количества анастомозов между нервами чётких границ зон иннервации отдельных нервных стволов в некоторых областях лица не существует. Двигательная иннервация обеспечивается двигательными ветвями 3-й, 4-й, 5-й, 6-й и 7-й пар черепных нервов.

Возрастные изменения лица

Старение кожи

Общеизвестно, что биологический процесс старения начинается во второй половине жизни, хотя созревание тканей заканчивается к 20 годам. Старение лица зависит от образа жизни, болезней, влияния окружающей среды (включая солнечное излучение) и таких показателей, как наследственность и пол. У подростков кожа гладкая и мягкая, бархатистая, тонкая и эластичная с жировой клетчаткой, покрывающей лицевой

скелет. Кожа пожилого человека, наоборот, имеет сероватый оттенок, сухая, тонкая, неэластичная, не скрывает костных выступов. У большинства 30-35-летних людей уже определяются носогубные (гравитационные) складки. К 40 годам появляются морщины на лбу, переносице и у наружного угла глаз («гусиная лапка»). Эти морщины являются результатом сокращения круговой мышцы глаза.

В результате работы этой же мышцы кожа верхних век значительно растягивается. В области переносицы вертикальные складки являются результатом сокращения мышц, сморщивающих брови, горизонтальные — мышцы гордецов. Горизонтальные морщины на лбу формируются под действием лобной мышцы.

В целом складки и морщины на коже лица всегда образуются в перпендикулярном направлении по отношению к направлению сокращения мышц. Возникновение мелких перекрёстных морщинок в верхнечелюстной и щёчной областях и на линии губ может быть обусловлено длительным солнечным облучением и является следствием атрофии подкожного слоя тканей.

Этот же повреждающий фактор приводит к появлению пигментации кожи лица. К 50 годам морщины уже постоянны; кончик носа несколько опускается и вытягивается; становится очевидным истончение хрящевых структур носа. Вокруг рта и подбородка появляются борозды и складки (ортостатические линии), опускаются ткани в нижнечелюстной зоне. Жировые структуры распределяются неравномерно, и поэтому истончается верхнечелюстная область.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Сосуды, особенно в височной области, начинают просвечивать через истончённую кожу. Многочисленные морщины в последующее десятилетие прогрессируют; кожа век ещё больше истончается, более значительно контурируются «мешки» под глазами; наружный кантус опускается; кожа лица также истончается и теряет эластичность.

Изменения жирового слоя

Жировой слой лица имеет относительно небогатую ретикулярную основу, которая в своих ячейках содержит капельки жира. В течение жизни объём жировой ткани может как увеличиваться, так и уменьшаться, что зависит от возраста, пола и других факторов. В некоторых случаях возрастные изменения могут стать причиной почти тотального исчезновения объёма, особенно в поверхностном подкожном слое (височная и верхнечелюстная зоны), тогда как в других местах (полость орбиты, жировое тело щеки) объём жирового слоя остаётся относительно постоянным.

Таким образом, основные закономерности возрастных изменений жировой ткани лица заключаются в следующем:

- объём жировой ткани на лице с возрастом увеличивается на минимальной степени;
- жировая ткань накапливается непропорционально — преимущественно в нижней части щёк и в подчелюстной зоне;
- атрофия жировой ткани развивается преимущественно в верхнечелюстной и височной зонах;

– в подчелюстной зоне и на шее жировая ткань накапливается преимущественно над платизмой; медиальные накопления жира встречаются очень редко.

Мышцы лица и возраст

С возрастом трофика мышц лица ухудшается, снижаются их эластичность и сократимость. В конечном счёте развивается гипотрофия мышц с уменьшением их объёма и снижением числа клеточных элементов. Выраженность перечисленных изменений зависит от множества факторов, в том числе от таких, как особенности кровообращения, курение, развитие атеросклероза и т.д.

Важная особенность старения мышц лица заключается в том, что основные эстетически значимые возрастные деформации обычно связаны с изменениями подкожных мышц шеи, которые на фоне атрофии покрывающих их тканей в большинстве случаев компенсаторно гипертрофируются: медиальные края мышц становятся хорошо заметны; появляются вертикальные хорды; мышцы расслабляются в связи со снижением их тонуса.

Кости

С возрастом в костях черепа происходят процессы кавернозной ревакуляризации и деминерализации с уменьшением числа остеоцитов. Происходит потеря объёма костной ткани, наиболее выраженная в альвеолярных отростках верхних и нижних челюстей. Важно отметить, что конфигурация костных выступов находится в прямой зависимости от процессов старения, развивающихся в мягких тканях лица.

Так, истончение и птоз мягких тканей уплотняют верхнечелюстную область. Нижний край глазницы становится более очерченным с относительным увеличением высоты нижних век. Уменьшение подбородка подчёркивается при накоплении жира в подчелюстной и подбородочной областях.

Особую роль играет возрастное увеличение шейно-подбородочного угла. Эта деформация (сглаженность) является результатом как изменений подбородка, так и нарушений в распределении слоёв мягких тканей. Чтобы правильно оценить выраженность этих изменений, следует помнить, что шея у молодых людей имеет характерные особенности:

- край нижней челюсти отчётливо контурируется без нависания жирового тела щеки;
- под подъязычной костью определяется естественное вдавление;
- визуально определяется выступ щитовидного хряща гортани;
- хорошо контурируются передние края грудино-ключично-сосцевидных мышц;
- шейно-подбородочный угол составляет 105-120°.

Отметим, что увеличение шейно-подбородочного угла может быть результатом низкого расположения подъязычной кости, микрогении, шейного кифоза, а также непараллельности заднего и переднего профилей шеи.

Подтяжка

История

Эстетическая хирургия, направленная на устранение морщин на лице, начала активно развиваться в начале 1900-х годов. В 1908 г. С. Miisch в Чикаго опубликовал первое сообщение на эту тему. Первые операции выполнялись под местной анестезией и заключались во множественных изолированных эллипсоидных иссечениях кожи в височной, передушной, позадиушной областях. Постепенно в течение 20-х годов хирурги перешли от эллипсоидных иссечений кожи к более широкому разрезу, контактирующим с глубокими структурами.

Процесс постепенного совершенствования хирургических методик значительно ускорился в 60-е годы, когда были всесторонне изучены результаты подтяжки кожи лба и бровей, разработана техника создания дубликатуры фасции слюнной железы, резекции передних краёв платизмы и удаления жирового тела в субментальной области.

Это привело к качественному скачку в омолаживающей хирургии лица в 70-е годы, когда была подробно изучена роль глубоких тканевых структур в возникновении возрастных изменений лица и шеи. Предложенные рядом хирургов вмешательства на поверхностной мышечно-фасциальной системе, платизме и костях лицевого скелета позволили устранять даже крайне выраженные возрастные и врождённые деформации. С ростом количества новых технологий в геометрической прогрессии росло и число комбинаций их применения у пациентов.

В настоящее время выделяют следующие основные типы подтяжки тканей лица и шеи:

1. Простая (кожная) шейно-лицевая.

2. Расширенная шейно-лицевая (с ограниченным вмешательством на глубоких структурах).

3. Комбинированная (с расширенным вмешательством на глубоких структурах).
4. Подтяжка верхних двух третей лица.

Предоперационная подготовка

Фотографирование является обязательной процедурой и выполняется в трёх стандартных позициях без косметики на лице пациента.

Соблюдают следующие условия фотосъёмки:

- объектив с фокусным расстоянием 90-105 мм;
- позиция фотокамеры – вертикальная;
- расстояние до лица – 1 м.

Необходимо также учесть, что при фотосъёмке в боковой и косой проекциях тень на фоновой поверхности от стандартной лампы-вспышки не должна располагаться впереди лица.

Несомненные преимущества даёт использование круговой лампы-вспышки, не искажающей контуров лица за счёт отсутствия односторонней тени. Наиболее высокое качество фотосъёмки достигается при использовании источников освещения с рассеивающими оптическими элементами.

После поступления в стационар за 1 час до операции голову пациента моют антисептическим шампунем и высушивают феном. Затем производят разметку линии разрезов маркером и укладку волос пациента с использованием специального геля. После премедикации пациента подводят в операционную, где размещают на операционном столе, головной конец которого поднимают на 20°.

Обезболивание

Наиболее часто используют интубационный наркоз и внутривенную анестезию в сочетании с местным инфльтрационным введением в зону вмешательства 0,25%-ного раствора лидокаина с адреналином в разведении 1 : 200 000. Особенно важен эффект гидропрепаровки в заушной, височной областях и в проекции грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Через 10-15 минут после введения раствора можно приступать к операции.

Техника операции

Стандартная подтяжка кожи лица предполагает выделение кожно-жирового лоскута в пределах трёх больших зон (височной, щёчной и позадиушной) с последующей подтяжкой глубоких структур (лоскуты поверхностной мышечно-фасциальной системы). У некоторых пациентов требуется дополнительная операция в субментальной области.

Хирургический доступ. На выбор линии разреза кожи влияют многие факторы: характер и расположение передней линии роста волос, причёска, предпочтения хирурга и т.п. Разрез, используемый при подтяжке кожи лица, имеет сложную форму и чаще всего проходит в следующих пяти зонах:

- 1) височной;
- 2) передушой (два варианта);
- 3) позадиушной;
- 4) поперечный разрез в сосцевидной области;
- 5) нисходящий разрез на скальпе.

В височной области линия рассечения кожи проходит в пределах волосяного покрова и обычно имеет форму дуги, обращённой назад. По линии роста волос на виске разрез должен идти в следующих случаях:

- 1) у пациентов с редкими волосами;
- 2) у пациентов в возрасте до 45 лет, которые могут быть кандидатами на повторную подтяжку;
- 3) при наличии выраженных «гусиных лапок» для профилактики красного некроза тонкого кожно-жирового лоскута, который в этом случае выделяют до наружного угла глаза;
- 4) когда нежелательно смещение линии роста волос на виске назад.

Если подлежит удалению значительное количество кожи, то при формировании доступа может быть выполнена горизонтальная резекция треугольного участка кожи височной лоскута, расположенного под нижней линией роста волос.

В передушной области выбор хирурга лежит между пред- и позадиозелковым доступом. Классическая передушная линия разреза идёт с небольшим изгибом и поворотом над козелком, что предупреждает развитие грубого рубца. Позадикозелковый доступ прекрасно маскирует рубец, однако его выполнение технически сложно и у некоторых пациентов создаст опасность исчезновения предкозелкового давления.

Избежать последнего удаётся путём преднамеренного снятия всего жирового слоя с

внутренней поверхности дермы в зоне её укладки на козелок, а также наложением внутреннего постоянного или временного наружного шва в точке наибольшего его углубления в предкозелковой зоне. Опасность ухудшения кровоснабжения этого участка лоскута минимальна при его укладке на козелок и наложении шва на кожу с отсутствием какого-либо натяжения.

В позадиушной области разрез проходит по задней поверхности раковины на расстоянии 0,5 см от заушной складки до уровня нижней ножки противозавитка ушной раковины, где плавно под углом 45° смещается на сосцевидную область. Такой ход линии разреза позволяет сформировать на задней поверхности ушной раковины тонкий рубец, незаметный при внешнем осмотре. Как известно, при наложении шва на кожу непосредственно в заушной складке или на сосцевидной области рубец практически во всех случаях гипертрофируется.

Формирование кожно-жирового лоскута – технически сложная и ответственная процедура в ходе её кожу отслаивают:

- в пределах волосистой части головы позади ушной раковины и в височной области – сразу под уровнем волосных лукович;
- на задней поверхности ушной раковины, в сосцевидной области и в зоне грудино-ключично-сосцевидной мышцы – непосредственно под кожей;
- над слюнной железой и далее вперёд на щеке и шее – в подкожном жировом слое (при толщине жировой прослойки около 2-3 мм).

Во всех случаях используют бинокулярную лупу с волоконным осветителем, а также биполярную коагуляцию, что позволяет выполнять тщательную остановку кровотечения в ходе всей операции.

Кожно-жировой лоскут начинают формировать скальпелем последовательно в височной, передушной, а затем и в заушной областях. Отслоенные на 2-3 см лоскуты удерживают острыми четырёхзубыми крючками в положении под острым углом к поверхности раны, и под визуальным контролем продолжают диссекцию на необходимое расстояние специальными изогнутыми по плоскости ножницами с закруглёнными концами. При этом концы ножниц должны быть направлены в сторону кожи, а рассечение тканей чередоваться с их расслоением как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях.

За передним краем слюнной железы продвижение идёт в жировом слое щеки вперёд до носогубной складки; на шее – вперёд от грудино-ключично-сосцевидной мышцы по поверхности подкожной мышцы шеи. Границы отделения кожно-жирового лоскута зависят от степени выраженности возрастных изменений. Они могут быть минимальными при относительно небольшом птозе мягких тканей (или при расширенной подтяжке поверхностной мышечно-фасциальной системы), а могут распространяться на переднюю поверхность шеи, соединяясь с субментальным доступом. С современной точки зрения, последнее оправдано лишь при наличии выраженной боковой релаксации тканей лица и шеи.

Вмешательство на глубоких структурах. В настоящее время интерес к вмешательствам на поверхностной мышечно-фасциальной системе и подкожных мышцах шеи существенно возрос, так как этот вариант подтяжки позволяет более эффективно устранять значительные возрастные изменения тканей лица при более длительном сохранении полученной коррекции. В связи с тем, что формирование таких лоскутов в щёчно-скуловой области и на боковой поверхности шеи отличается повышенной сложностью, техника этих вмешательств рассмотрена в отдельном разделе.

Натяжение и иссечение лоскута, ушивание раны

После отслойки кожного лоскута и проведения вмешательства на глубоких структурах окончательно останавливают кровотечение и после промывания раны приступают к завершающему этапу операции. Вначале при умеренном повороте головы в противоположную по отношению к ране сторону впереди позадиушной части кожного лоскута последовательно фиксируют со значительным натяжением двумя временными швами над ушной раковиной. При этом основная линия натяжения тканей проходит от вершины подбородочно-шейного угла сразу позади нижней челюсти к точке, расположенной впереди от сосцевидного отростка височной кости. После этого передний фиксирующий шов снимают, а задний обеспечивает натяжение лоскута.

Особое внимание при выполнении этой процедуры уделяют равномерному распределению кожи вдоль длинной оси ушной раковины. Важно не допустить избыточного натяжения тканей, при котором

на боковой поверхности шеи образуется глубокая борозда, а ткани лоскута по ходу линии наибольшего натяжения бледнеют вследствие критического снижения уровня кровообращения.

Следующим этапом с помощью маркировочного зажима определяют точку расположения верхнего шва на передневерхней части лоскута на уровне верхней трети ушной раковины. После иссечения избытка кожи лоскута в височной зоне накладывают танталовые швы степплером.

Затем иссекают избыток кожи в заушной области. Для этого с помощью маркировочного зажима отмечают на линии наибольшего натяжения лоскута точку, располагающуюся наиболее краниально в заушной части раны, и после иссечения избытка тканей фиксируют лоскут одним-двумя узловыми швами с прошиванием кожи и надкостницы. Этот шов всегда расположен в области сосцевидного отростка височной кости в непосредственной близости к заушной борозде.

Важно отметить, что данный фиксирующий шов должен полностью сохранять натяжение лоскута, которое до этого момента обеспечивалось временным фиксирующим швом, расположенным над ушной раковиной. Все последующие швы накладывают по ходу раны так, чтобы края кожной раны точно сопоставлялись без малейшего натяжения. В волосистой части головы могут быть наложены танталовые швы степплером, а на открытом пространстве – погружной удалаемый шов викрилом № 4/0.

Наиболее важными и технически сложными моментами являются иссечение кожи и наложение швов вокруг ушной раковины. В заушной области край лоскута формируют так, чтобы кожа, перегибаясь в заушной борозде, свободно ложилась и точно сопоставлялась с противоположным краем раны по раковине уха. При значительном исходном опущении мочки уха её одновременно преднамеренно смещают вверх на несколько миллиметров.

На задней поверхности ушной раковины накладывают погружной узловой или непрерывный внутридермальный шов раны викрилом № 4/0.

Наиболее сложным является формирование края лоскута впереди от ушной раковины. Данная процедура требует точного глазомера и хорошей хирургической техники.

В некоторых случаях местное присасывающее действие трубки может привести к дополнительному снижению кровотока в периферической части кожного лоскута и тем самым способствовать возникновению краевого некроза. При сохранении к концу операции признаков недостаточного питания этих участков лоскута соответствующая трубка должна быть удалена.

Пассивное дренирование целесообразно использовать при относительно небольшой отслойке лоскутов, когда их длина не превышает 5-6 см, и при достаточной уверенности хирурга в тщательности остановки кровотечения. Дренажные выпускники устанавливают в пределах волосистой части головы в направлении линии швов в височной и заушной областях.

Операцию завершают наложением асептической нежно давящей марлевой повязки с сохранением возможности визуального контроля за состоянием тканей щёк и шеи для своевременного выявления гематом в ближайшем послеоперационном периоде. Поэтапно иссекают в соответствии с выбранной конфигурацией разреза, а швы накладывают послойно без малейшего натяжения: погружной узловой – викрилом № 4/0 и затем непрерывный – атланом № 6/0 (для прецизионного сопоставления краёв кожного разреза).

Дренирование раны является важным этапом операции и предполагает использование активных или пассивных дренирующих систем.

Активное дренирование осуществляется аспирационными системами, включающими силиконовые трубки небольшого диаметра. Показания к нему возникают во всех без исключения случаях, когда длина кожножирового лоскута (от его основания до края) превышает 5-6 см.

При подтяжке кожи лица наиболее целесообразно использовать две трубки, наружные концы которых выводят в стороне от операционного разреза в пределах волосистой части головы. Одну из трубок устанавливают впереди от ушной раковины параллельно и на расстоянии 3-4 см от линии шва. Вторую – позади уха в наиболее отлогих участках заушной зоны и области шеи.

(Продолжение следует.)

Сергей ШВЫРЁВ,
пластический хирург,
врач высшей категории,
действительный член Российского
общества пластических, реконструктивных
и эстетических хирургов России,
Международного общества эстетических
пластических хирургов.

При участии Минздрава России в рамках программы Международного фестиваля актуального научного кино, прошедшего в Москве, состоялся специальный показ фильма «Привитые: любовь, страх и вакцины».

«Недоверие многих людей к медицине было для меня удивительно, – говорит Соня Пембертон, режиссёр фильма, – и я начала интересоваться тем, что происходит в мире людей, которые ставят под вопрос или вовсе отрицают вакцинацию. И я поняла, о чём будет мой фильм».

Трудный выбор

Главный вопрос: в чём настоящая опасность – в вакцинации или отказе от прививок, после просмотра фильма всё же остался без ответа. Выбор трудный, и каждому предстоит сделать его самостоятельно, оценив риски, пользу и возможные последствия принятого решения. В любом случае сюжеты документального кино «Привитые: любовь, страх и вакцины» никого не оставят равнодушным. Противоположными гранями фильма становятся случаи, когда ребёнок едва не погибает от коклюша из-за отказа матери от вакцинопрофилактики – здесь польза прививки очевидна. И наоборот – ребёнку, сделав прививку, «подарили болезнь» – активировали полиомиелит. Почему такое возможно? Как избежать ошибок и принять правильное решение? Об этом фильм.

«Вакцинопрофилактика и чистая вода. Доказано – вот те вещи, которые влияют на общественное здоровье», – говорит главный эпидемиолог Минздрава России Николай Брико, отвечая на вопрос о целесообразности вакцинопрофилактики и о том, стоит ли делать прививку против полиомиелита в России – стране, более 10 лет назад сертифицированной Всемирной организацией здравоохранения как страна, свободная от полиомиелита.

До тех пор, пока в мире есть случаи полиомиелита, вакцинация необходима, полагает Николай Брико и поясняет, что с 1988 г. – момента старта программы глобальной вакцинации ВОЗ количество случаев этого тяжёлого заболевания в мире снизилось с 250 тыс. (1988 г.) до 400 (2013 г.). Сегодня случаи полиомиелита известны, в частности, в Сирии, на фоне боевых действий, а также в странах, где не всё население охвачено вакцинопрофилактикой. Координировать действия в этом русле поможет синхронизация национальных календарей прививок стран мира.

Говоря о российском Национальном календаре профилактических прививок, Н.Брико отметил, что он, как и отечественная система вакцинопрофилактики в целом, обеспечивают один из самых высоких в мире уровней охвата населения профилактическими прививками. Национальный календарь прививок предусматривает применение как российских, так и зарубежных вакцин – у всех есть возможность выбирать, что закреплено в Законе об иммунопрофилактике инфекционных болезней.

При этом, как пояснил советник министра здравоохранения РФ Игорь Ланской, «календарь развивается, в 2014 г. в него внесена новая, пневмококковая

прививка – к концу года Минздрав России планирует довести её до субъектов РФ. Кроме того, по всем позициям Национального календаря прививок, «более чем на 90% мы обеспечены отечественными вакцинами и не зависим от иностранных производителей».

Плановая вакцинация детей против пневмококковой инфекции введена приказом Минздрава России № 125н от 21.03.2014 «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Говоря о сходстве и различиях

остановки дыхания», – считает директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения. И искренне желает всем избежать ситуации, когда ребёнок, не получивший прививки, как в фильме Сони Пембертон, буквально на грани гибели от коклюша.

И всё же, нельзя не заметить, что, согласно календарю прививок, уровень инъекционной нагрузки на детей очень высокий – порядка 16 уколов до 2 лет жизни! И как быть, чтобы избежать трагических последствий: сделав прививку не получить сомнительный «подарок» – тяжёлую форму болезни?

ями (ИДС), независимо от того, является ИДС физиологическим, первичным (наследственным или врождённым) или вторичным – приобретённым в постнатальном периоде.

Не допускается применение некоторых видов противокклюшных вакцин у детей с тяжёлыми поражениями нервной системы. Как видим, ограничения есть, но это не повод для полного отказа от иных видов вакцинации, предусмотренных Национальным календарём прививок. Ведь «вакцины делают против тех болезней, которые наиболее опасны», – утверждает руководитель лаборатории

образа жизни, неотъемлемой частью которого является вакцинопрофилактика – так считают эксперты. Минздрав России проводит конкурс плаката, ориентированного на молодых мам и детскую аудиторию, одна из тем конкурса, несомненно, будет посвящена прививкам.

Не отставать от жизни

«Заставить делать прививки нельзя, – поясняет советник министра здравоохранения РФ Игорь Ланской, – мы можем и должны терпеливо объяснять, что, например, в случае с гриппом мутация вируса вызывает необходимость ежегодной вакцинации».

Весной, в апреле, в России и мире пройдёт традиционная Неделя иммунизации Всемирной организации здравоохранения под девизом «Не отставай от жизни!». Мы должны об этом говорить, считает Н.Брико, о том, что есть возможность защитить себя и своих близких от инфекций с помощью вакцинопрофилактики.

«Вакцинация – это наша ответственность перед самими собой, – считает И.Ланской. – Главная цель информационных мероприятий – развеять те мифы, которые сложились вокруг иммунизации, показать, что они не имеют под собой реальной рациональной основы». Действительно, искажение фактов порождает самые неожиданные мифы и причудливые рекомендации о том, как противостоять болезням.

Учиться и ещё раз учиться

«Вакцинация – это инвестиции в будущее! Многие мифы о вреде вакцинопрофилактики основаны на том, что вакцинация и заболевание ребёнка совпали по времени, но это временная, а не причинно-следственная связь», – считает Л.Намазова-Баранова. – Если вакцинация проводится правильно, с учётом состояния ребёнка и с применением современных вакцин, она безопасна и не вызывает осложнений».

«Всегда надо думать о том, что будет завтра», – поддерживает её М.Костинов и отмечает, что необходимо повышать образовательный уровень медицинских специалистов в области вакцинации. Все российские врачи должны проходить обучение, и в первую очередь врачи первичного звена, которые организуют процесс вакцинопрофилактики. Обучение должно быть непрерывным – это важно: постоянно появляются новые вакцины и схемы проведения вакцинации.

«Весь мир живёт по понятиям доказательной медицины: нужно доказать, что данное воздействие эффективно и безопасно. Для вакцинации всё уже доказано миллион раз! И безопасно, если всё делать правильно!» – завершила дискуссию Лейла Намазова-Баранова.

Всемирная организация здравоохранения объявила 2011–2020 гг. десятилетием вакцин, результатом должно стать снижение смертности и инвалидности от заболеваний, контролируемых вакцинопрофилактикой.

Давайте следовать девизу ВОЗ в сфере иммунопрофилактики: «Не отставай от жизни!»

Наталья ЗАКАРПАТСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Проблемы и решения

Эта коварная профилактика...

Прививки: как избежать ошибок и принять правильное решение?



российского Национального календаря прививок и календарей других стран, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей Лейла Намазова-Баранова отметила, что сегодня в российском календаре 12 прививок. Государство оплачивает прививки всех детей против 11 инфекций и группы риска против 12-й инфекции: много это или мало? «В развитых странах национальный календарь прививок включает от 15 до 17 позиций. У нас меньше, но хороший охват по всем позициям – свыше 95%», – отметила Л.Намазова-Баранова и напомнила о том, что в календаре есть и уникальная позиция – защита будущих детей – вакцинация беременных против гриппа.

«Вакцинируя беременных, мы примерно до 6 месяцев защищаем детей от гриппа. А дальше мы их самих должны прививать, и тогда у нас не будет этих кошмаров – в период до 3 месяцев, когда ребёнок впервые получает свою прививку против коклюша, у него сохраняется высокий риск заболеть и погибнуть от

Главный специалист по вакцинопрофилактике детей Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга Сусанна Харит поясняет, что большое количество прививок связано с недостаточным использованием ассоциированных 5-6-компонентных вакцин для профилактики инфекций.

Для того, чтобы не получить болезнь от, казалось бы, благо – прививки, необходимо знать две вещи: что такое инфекция и какую вакцину мы используем.

«Подарили болезнь»: кто виноват и что делать?

«Секретов нет, – считает С.Харит, – информация о препаратах есть в открытом доступе, в том числе в сети Интернет. Можно узнать, что является показанием, а что противопоказанием. Несмотря на то, что вакцины в мире разные, принципы изготовления схожи. И примерно одинаковые показания и противопоказания».

Итак, абсолютным противопоказанием является использование живых вакцин лицами с иммунодефицитными состояни-

вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова Михаил Костинов, и прививки от них делать необходимо.

Безопасны ли вакцины, есть ли гарантии, что неправильная дозировка, маркировка или иные нарушения технологии изготовления препаратов не станут причиной трагедии, защищено ли производство вакцин от ошибок, готовы ли российские производители к работе по стандартам GMP – вопросы остаются, и они далеко не праздные.

Нет культуры здоровья

Такого мнения придерживается М.Костинов, говоря о родителях, которые переоценивают риски и отказываются от прививок. И рекомендует: «Советуйтесь с врачом! От любой инфекции человек может и должен быть защищён при условии грамотного подхода». Безусловно, здесь важна и позиция врача: если вы не знаете – не вредите, не давайте рекомендаций, которые могут привести к тяжким последствиям!

«К сожалению, в конце 90-х у нас появился пункт, разрешающий родителям отказаться от прививок, – комментирует ситуацию Л.Намазова-Баранова. – Ни в Америке, ни в Великобритании, ни в Австралии вы не сможете отдать своего ребёнка в детский сад, если не принесёте справку о наличии прививок».

Сусанна Харит рекомендует родителям и врачам уделять пристальное внимание здоровью детей: иммунодефицит проявляется себя одновременно с рождением ребёнка, в частности, тяжёлыми бактериальными заболеваниями. Именно благодаря грамотному подходу к вакцинопрофилактике вакциноактивированного полиомиелита в России нет! Необходимо всем по мере сил и возможностей принимать активное участие в пропаганде культуры здоровья, здорового

Свершилось! Попытки пересадить матку, предпринимаемые на протяжении долгих лет специалистами в ряде стран, наконец увенчались успехом, причём полным – женщина с пересаженным детородным органом выносила и родила ребёнка. Малыш появился на свет в Швеции в сентябре 2014 г. Сенсация облетела весь мир, вызвав огромный интерес в медицинских кругах. А уже через несколько месяцев российские специалисты имели возможность общаться с автором успешной трансплантации профессором Гётеборгского университета (Швеция) Матсом Браннстромом.

Произошло это в рамках состоявшегося недавно в Москве IX Международного конгресса по репродуктивной медицине, куда шведский профессор был приглашён в качестве докладчика.

Вне политики

И ведь не отказал доктор! А с удовольствием приехал. Что говорит о многом, в том числе и об уровне конгресса, организованного Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова при поддержке Министерства здравоохранения РФ. Ставший традиционным он воспринимается как значимое событие не только в России. Его отличительной чертой является широкое участие ведущих учёных мира, президентов крупнейших ассоциаций, директоров университетских клиник. Из нашей страны и стран ближнего зарубежья в научном форуме участвуют заведующие отделениями, заведующие кафедрами. Специалисты собираются в Москве, чтобы поделиться друг с другом тем новым, что имеется в медицине. Как правило, освещаются самые важные вопросы, касающиеся невынашивания беременности, вспомогательных репродуктивных технологий, применения эндоскопической техники, роботхирургии, хирургии плода и др.

Нынешний, IX Международный конгресс по репродуктивной медицине, как отметила председатель организационного комитета мероприятия, заместитель директора НЦАГиП им. В.И.Кулакова, главный акушер-гинеколог Минздрава России, академик РАН Лейла Адамьян, имел фантастический успех.

– Несмотря на тяжёлые времена, которые касаются не только нашей страны, но и всего мира, был аншлаг, – сказала она.

Присутствовали как зарубежные авторитетные специалисты из многих стран Америки, Европы (Франция, Израиль, Италия, Бельгия, Испания, Великобритания и т.д.), так и российские практически из всех субъектов.

– Надо гордиться тем, что в России есть место под названием Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, которое служит своего рода шоу-румом для новых технологий и общения специалистов, – подчеркнула Л.Адамьян.

В рамках конгресса состоялось 12 пленарных заседаний. Осуществлялась прямая трансляция операций в конференц-зал, в режиме онлайн шло обсуждение всех этапов оперативного вмешательства в исполнении отечественных хирургов совместно с зарубежными коллегами.

– Конгресс впервые транслировался по всем международным порталам. Мы получали вопросы по Интернету и отвечали практически в эфир, – заметила Л.Адамьян.

Так сбываются мечты

Конечно же, российским специалистам было о чём рассказать.

В последние годы в стране резко снизилась материнская смертность, что можно расценивать как большую победу. Заметно сократилась пери-

Новые подходы

Другая медицина

Она предстала перед участниками одной знаковой встречи в Москве



натальная смертность, в том числе за счёт создания трёхуровневой системы оказания помощи, где важнейшую роль играют перинатальные центры, концентрирующие самых сложных больных. К 2016 г. планируется возведение ещё 32. Такая организационная структура, по словам заведующей отделом медико-социальных исследований НЦАГиП им. В.И.Кулакова кандидата медицинских наук Марины Шуваловой, позволяет достичь высоких результатов. Выживаемость детей с экстремально низкой массой тела по стране в перинатальных центрах достигает 70%, а в НЦАГиП – 80-85%.

Определены порядок и маршрутизация пациентов: кто, куда, в какой момент должен быть госпитализирован. Каждая женщина высокого риска заранее приписывается к тому стационару, где ей может быть оказана полноценная медицинская помощь.

Разработаны стандарты и клинические рекомендации, которые являются огромным подспорьем как для врачей, так и для больных. Пациенты могут ознакомиться с ними в открытом доступе и иметь чёткое представление, всё ли сделано так, как положено.

Экстракорпоральное оплодотворение, являющееся одним из путей увеличения рождаемости и улучшения демографической ситуации, включено в программу обязательного медицинского страхования. В 2013 г. государство профинансировало 21 тыс. циклов. Предыдущая цифра достигала всего 520.

С 1 января 2015 г. здравоохранение перешло на одно-

канальное финансирование. Практически вся медицинская помощь в стране переведена на оплату по системе обязательного медицинского страхования. Программа государственных гарантий на 2015-2017 гг. отражает тот объём медицинских услуг и те гарантии государства, которые оно взяло на себя в части оказания

бесплатной медицинской помощи. В нынешнем году эта программа расширена. Например, в неё включены онкологические заболевания, раньше они финансировались за счёт средств субъектов РФ.

Узаконена регистрация 500-граммовых детей как полноценных граждан страны. Несмотря на огромные проблемы, показатель их выживаемости с минимальными осложнениями возрос.

– Ещё совсем недавно мы и мечтать не могли о фетальной хирургии. А нынче проводим диагностику пороков развития плода внутриутробно, и в случае, если порок возможно устранить, прибегаем к его коррекции, – заметила Л.Адамьян.

Достоянием не только крупных федеральных центров, но и регионов стала хирургия с помощью минимально инвазивных доступов при миоме матки, эндометриозе, бесплодии, недержании мочи, тазовых болях.

Сегодня опухоль не является приговором. Специалисты обеспечивают женщине нормальные роды даже при её наличии.

При миоме матки теперь не всех больных оперируют. Есть новые препараты для её консервативного лечения.

– Я работаю в гинекологии 44 года, – призналась Л.Адамьян. – Сейчас другая медицина, чем десятилетия назад, – направленная непосредственно к пациентке.

Безусловно, остаётся и немало проблем, среди которых – невынашивание беременности, большое количество аборт (хотя оно и снизилось, но всё равно высокое: несколько лет назад было 1 млн 200 тыс., сейчас 880 тыс.).

По словам Лейлы Владимировны, аборт как ураган, он сносит всё, нарушая нормальное функционирование организма. Возникают психозы, неврозы, воспаления, кровотечения. Почти все аборты проходят с осложнениями, даже когда выполняются самыми уникальными руками. Правда, осложнения не всегда видны сразу, а проявляются потом.

– Как гинеколог, как человек

и гражданин считаю, надо повышать уровень воспитания молодёжи, формировать ответственное отношение к половой жизни, – сказала академик.

О профилактике абортов, а также заболеваний, передающихся половым путём, говорилось и на отдельном заседании конгресса, и во многих вы-

ступлениях. В ходе форума затрагивались различные аспекты репродуктивных потерь, проблемные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий и многое другое.

родственники, поскольку это позволит снизить риск отторжения органа и уменьшить дозы иммунодепрессантов. В Швеции практически во всех случаях донорами выступили мама, сестра, бабушка, и только в одном – не родственник, а друг семьи – 61-летняя женщина. Именно этот случай и завершился рождением ребёнка.

Мальчик появился на свет весом 1775 г в результате кесарева сечения на 31-й неделе гестации. Во время вынашивания женщины, чтобы избежать отторжения матки, пришлось принимать иммунодепрессанты, в частности циклоспорин. Но ребёнок родился вполне здоровым.

Готовы к сотрудничеству

Сама по себе трансплантация детородного органа – операция непростая: матка имеет множество мелких кровеносных сосудов, кроме того, помещается в довольно труднодоступном месте. Хирургическое вмешательство проводится одновременно в двух операционных с участием 10 оперирующих хирургов.

– Конечно, это уникальная операция, требующая помимо большого количества высококвалифицированных специалистов ещё высокотехнологичной, хорошо оснащённой операционной, – прокомментировала неординарное событие Л.Адамьян. – Но самое главное – общая идеология, объединяющая и подготовку пациентки, и иммунодепрессию, и высочайший уровень ЭКО, и слежение за беременностью. Меня даже больше поражает не сам факт того, что операция завершилась успешно в плане трансплантации, а то, что пересаженная матка прекрасно функционирует. Точно так же, как и нормальная, она явилась плодомместилищем, отвечающим на все запросы. Размер нормальной матки – чуть меньше кулака, но во время беременности она увеличивается в 40 раз и занимает всю брюшную полость, а после родов должна сокращаться.

По словам Л.Адамьян, профессор Браннстром готов подписать с российскими специалистами договор о сотрудничестве и проводить эти операции на базе НЦАГиП им. В.И.Кулакова, потому что центр считается самой крупной клиникой в мире, имеющей на своём счету наибольшее количество операций по созданию влагаллища (кстати, выполненных по собственной методике).

– Приезд профессора Матса Браннстрема – свидетельство глубокого уважения к нам, нашему труду, – заметила Лейла Владимировна. – Если у нас появятся такие пациентки, которые решатся на пересадку матки, мы её сделаем. Это не проблема в техническом отношении. Дело за донором.

На сегодняшний день имеется 324 пациентки с аплазией влагаллища и матки. Поле для деятельности – огромное. При наличии донора трансплантация детородного органа у них возможна. Но вред ли операция станет, как говорится, повседневной, – это слишком «дорогое удовольствие».

Учёные полагают, что наиболее подходящими являются близкие родственники, поскольку это позволит снизить риск отторжения органа и уменьшить дозы иммунодепрессантов. В Швеции практически во всех случаях донорами выступили мама, сестра, бабушка, и только в одном – не родственник, а друг семьи – 61-летняя женщина. Именно этот случай и завершился рождением ребёнка.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Методология современного клинического диагноза должна базироваться на системном подходе, опирающемся на ряд принципов, каждый из которых важен и имеет свою историю. Их совокупность способна обеспечить полноценный развёрнутый индивидуальный диагноз больного, позволяющий избирать адекватную тактику лечения и давать адекватный прогноз.

Принципы построения клинического диагноза следующие: синдромология поражения, топика, нозология, визуализация, возрастной подход, фазный подход, достаточность данных, их интеграция, индивидуальный подход.

Предварим более подробный анализ принципа визуализации кратким изложением содержания других принципов методологии диагноза на примере черепно-мозговой травмы.

Принцип синдромологии. У пострадавшего с ЧМТ определяют ведущий в клинике синдром: оболочечный, эпилептический, пирамидный, подкорковый, среднемозговой, мозжечковый и т.д.

Принцип топика. Определяют полушарную или мозжечковую латерализацию, долевою или стволовую локализацию повреждений, конвекситальную, базальную или перивентрикулярную топика повреждений и т.д.

Принцип нозологии. Определяют клиническую форму ЧМТ: сотрясение мозга, очаговые ушибы лёгкой, средней или тяжёлой степени, диффузные аксональные повреждения, сдавление мозга внутричерепными гематомами, вдавленными переломами или пневмоцефалией и т.д.

Принцип возрастного подхода. Учитывают анатомо-физиологические особенности организма, его реакций, причин и биомеханики ЧМТ у детей, молодых, лиц среднего, пожилого и старческого возраста (особая ранимость и вместе с тем высокая пластичность незрелого мозга, выраженные атрофические и сосудистые изменения инволюционного мозга; в ответ на травму бурные реакции с преобладанием внутричерепной гипертензии и отёка мозга у детей и молодых, торпидные реакции с преобладанием внутричерепной гипотензии и сосудистых нарушений у пожилых и стариков; сравнительная редкость внутричерепных гематом у детей, их сравнительная частота у взрослых, особенно стариков; тропность к диффузным аксональным повреждениям у детей и молодых, тропность к очаговым повреждениям у пожилых и стариков и т.д.).

Принцип фазного подхода. С учётом уровня компенсаторно-приспособительных возможностей организма (определяемых по общемозговому, очаговому, стволовому и соматическим показателям) устанавливают клиническую фазу ЧМТ: компенсации, субкомпенсации, умеренной или грубой декомпенсации, а также терминальную. Фазность клинического течения является основой оптимизации и динамической коррекции тактики лечения применительно к каждой конкретной форме ЧМТ.

Принцип достаточности данных. Процесс распознавания, особенно в остром периоде ЧМТ, должен быть сжат во времени. Поэтому используют методы, способные сразу разрешить если не все, то главные диагностические затруднения. Исследование начинают с наиболее

информативных из них. Обычно подавляющее большинство вопросов в пределах часа после поступления пострадавшего разрешает комбинация неврологического и КТ-методов. Если, например, на КТ чётко выявляется оболочечная гематома, то, как правило, отпадает необходимость в каких-либо дополнительных уточняющих диагнозах исследованиях – реализуется принцип достаточности данных. Если (в

отразилось на психологии врача, заставило пересмотреть многие привычные представления. Более того, методы неинвазивной визуализации придали нейрохирургическому диагнозу новые функции – исследовательские и контрольные.

Ниже представлены основные сферы влияния на диагноз ЧМТ методов прямой визуализации внутричерепного содержимого (КТ и МРТ).

сдавление желудочковой системы отёчной тканью мозга. Вместе с тем при компрессии мозга полушарными гематомами часто развивается односторонняя дислокационная гидроцефалия, а при компрессии гематомами задней черепной ямки – окклюзионная гидроцефалия.

КТ и МРТ позволили изучить эволюцию и саногенез неоперированных очагов разможения мозга, внутримозговых, внутри-

инвазивной ангиографии, но и коренной пересмотр тактики хирургического лечения ХСГ. От доминирования радикальных травматических вмешательств с использованием костнопластической трепанации и тотального удаления гематомы вместе с её наружной и внутренней мембраной перешли к щадящим – закрытому наружному дренированию ХСГ через фрезевое отверстие. Как показал

Профессиональный взгляд

Методология клинического диагноза в нейрохирургии

Подробный анализ принципов и их совокупности



случае, например, изоденсивных внутричерепных гематом) КТ не визуализирует объёмный травматический субстрат, а выявляет лишь косвенные признаки его воздействия на мозг, то для уточнения диагноза необходимо произвести магнитно-резонансную томографию и т.д.

Принцип интеграции данных. Все полученные данные о больном (анамнестические, клинические, инструментальные, лабораторные и др.) сопоставляются и обобщаются для уточнения диагноза и тактики лечения.

Принцип индивидуального подхода. Естественно, что унификация отдельных клинических показателей и классификационная стандартизация форм ЧМТ не отменяют индивидуального диагноза конкретного больного, учитывающего все только ему свойственные особенности проявления и течения ЧМТ. Например, субарахноидальное кровоизлияние не является фактором угрожающего сдавления мозга, требующим оперативного лечения. Однако при выраженном краниостенозе оно может стать компримирующим мозг субстратом. Индивидуальный подход к диагностике ЧМТ, естественно, включает также деонтологические аспекты с учётом состояния сознания и личности больного, его социального положения, характерологических особенностей родных, близких и т.д.

Принцип визуализации. Благодаря методам интроскопии нейрохирурги получили в своё распоряжение возможность неинвазивного прижизненного изучения анатомии и топографии головного мозга. Это резко изменило понимание сущности и динамики патологии, несоизмеримо расширило возможности диагностики и лечения, глубоко

Влияние КТ и МРТ на диагноз черепно-мозговой травмы:

1. Прижизненная объективизация субстратов клинических форм ЧМТ.
2. Выявление краниocereбральных соотношений и состояния ликворных пространств головного мозга.
3. Визуализация реакций мозга на ЧМТ.
4. Изучение эволюции и саногенеза очагов ушиба, разможения, гематом и гндром.
5. Прослеживание динамики течения травматической болезни головного мозга.
6. Изучение кровоснабжения мозга.
7. Исследование двигательных и речевых функций мозга.

КТ и МРТ внесли значительную определённость в наши представления о различных видах повреждений головного мозга. С неопровержимой очевидностью показана несостоятельность утверждения, что все внутричерепные гематомы образуются в первые минуты или часы после травмы. Оказалось, что существует значительная группа оболочечных и внутримозговых гематом, появляющихся (но не проявляющихся) спустя часы, сутки и более после травмы.

Только благодаря КТ и МРТ мы прижизненно и однозначно можем судить о сочетании различных повреждений мозга, наличии, локализации и размерах множественных ушибов и многом другом.

КТ и МРТ раскрыли особенности реакций на травму, показав, в частности, что острая водянка вследствие гиперпродукции ликвора – редкость; напротив, в первые часы и на протяжении ряда суток после ЧМТ доминирует

желудочковых кровоизлияний, оболочечных гематом.

При оболочечных гематомах благодаря КТ прослежены изменения их плотности от гиперденсивных до изоденсивных и гиподенсивных – по мере разжижения содержимого и распада элементов крови.

С помощью КТ- и МРТ-исследований изучены дислокационные механизмы при ЧМТ. Установлено, что различные этапы тенториального и затылочного вклинения ствола мозга имеют характерные признаки в сопряжении с фазностью клинического течения травматического процесса. Благодаря КТ и МРТ прослежены динамика травматической болезни мозга, развитие различных её осложнений и последствий.

Методы неинвазивной визуализации мозга диалектически привели к существенному изменению хирургической концепции при ЧМТ.

Влияние КТ и МРТ на хирургическую концепцию при черепно-мозговой травме:

1. Кардинальное повышение точности определения «мишеней» операции.
2. Перевод ряда хирургических вмешательств из травматичных в минимально инвазивные (дренирование, шунтирование, стереотаксическая аспирация, эндоскопические операции и т.д.).
3. Обоснование расширения показаний к консервативному лечению при очагах разможения и внутримозговых гематомах.
4. Отказ от хирургического вмешательства при диффузном аксональном повреждении мозга.
5. Объективный контроль качества лечения.

В качестве примера рассмотрим ситуацию с хроническими субдуральными гематомами (ХСГ). Каротидная ангиография многие годы обеспечивала – по характерной бессосудистой зоне – однозначный диагноз нозологии и топика этого патологического процесса. КТ и МРТ принципиально расширили возможности их распознавания, в том числе определения консистенции содержимого ХСГ (гипер-, гипо-, изо-, гетероденсивность), всех деталей строения (трабекулы, листки капсулы, число камер), расположения и соотношения с мозгом и ликворными пространствами. Это обусловило не только вытес-

материал НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, частота осложнений при этом сократилась в 4 раза, летальность снизилась с 12-18 до 1%. Важно, что конечный эффект от щадящих операций (с оставлением капсулы гематомы) оказался радикальным и у молодых, и у стариков.

КТ и МРТ позволили проследить и понять процесс саногенеза ХСГ при их дренировании. Устранение местного гиперфибринолиза при промывании ХСГ физиологическим раствором прекращает геморрагии в полость гематомы из неполноценных сосудов капсулы и создаёт предпосылки для постепенного расправления длительно сдавленного головного мозга и полной резорбции содержимого гематомы с рассасыванием её капсулы. Этот процесс, по нашим данным, занимает от 2 недель (у детей и молодых) до 3 месяцев (у лиц пожилого и старческого возраста).

Адекватное использование принципа визуализации повреждения – стратегический путь улучшения распознавания в нейрохирургии и предупреждения ошибок.

Повсеместное приближение специализированной помощи к населению, распространение методов неинвазивной невро-визуализации патологии головного и спинного мозга резко ускорили темп диагностического прогресса. На смену пассивной (установление диагноза путём наблюдения) пришла активная, немедленная диагностика. Эффективное использование её возможностей требует в подходе к больному клинического мышления, осуществляющего методологически продуктивный системный подход к явлению с позиций целостного организма – основы диалектики в нейрохирургическом диагнозе.

Практическая реализация представленных принципов диагноза весьма актуальна, иначе могут проявиться и усилиться негативные компоненты влияния научно-технической революции на клинический диагноз.

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

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Валентинка от «МГ»

Зачем нам губы?

Рассуждения накануне Дня всех влюблённых

Люди обладают одной необыкновенной отличительной особенностью: их рот окружает сверхчувствительная и легко-ранимая розовая ткань. Птицы прекрасно обходятся без губ, губы черепах настолько затвердели, что тоже превратились в клюв. Губы имеются у большинства млекопитающих, но люди составляют среди них совершенно особый класс, поскольку наши губы вывернуты наружу. Они, вроде, лишняя деталь на нашем лице, то пересыхают, то трескаются зимой, то мы их прикусываем, а это очень больно. Но, оказывается, они имеют настолько большое значение, что нам приходится с этим мириться.



Лишь третья «профессия»

Первый навык использования губ, которым мы овладеваем буквально с рождения, это умение сосать. Сосательный рефлекс в сочетании с другой примитивной реакцией, корневым рефлексом, позволяет новорожденным питаться молоком матери.

Второе. В лингвистике губы представляют собой два из многих других мест артикуляции звуков или тех точек в ротовой полости и гортани, где происходит прерывание струи воздуха, выдыхаемого из лёгких. Это даёт нам возможность произносить те или иные звуки.

И лишь третья «профессия» губ – поцелуй. Классическое объяснение эффекта поцелуя таково: простое прикосновение особой к губам друг друга возбуждает ощущение удовольствия. А обилие нервных окончаний в губах способно привести к экстазу.

Человеческие губы исключительно восприимчивые части нашей плоти. Тот отдел мозга, который отвечает за распознавание прикосновений, или осязание, оно же тактильное чувство, называется соматосенсорной корой головного мозга. Он находится в теменной доле коры больших полушарий мозга и располагается вдоль так называемой постцентральной извилины.

Сюда поступают и обрабатываются тактильные ощущения от всех частей тела. Каждая из них имеет свой участок вдоль пост-

центральной извилины. Размер этого участка отражает, скорее, количество рецепторов, чем площадь поверхности кожи, к которой можно прикоснуться. Например, участки, отражающие ощущения, которые поступают от груди или живота, относительно невелики. Напротив, участки, обрабатывающие ощущения от кистей рук и губ, просто гигантские. Подобно тому, как кисти рук служат одним из основных инструментов познания мира, ту же функцию выполняют и губы.

Контрольный поцелуй

Как отмечает американский исследователь Гордон Гэллап, в тех культурах, которые не знают поцелуев, «сексуальные партнёры могут дуть друг другу в лицо, лизать либо потирать её или его лицо, прежде чем вступить в половой акт». Но так называемый «эскимосский поцелуй» не предназначен для того, чтобы просто тереться носами, как считали первые полярные исследователи; его цель обнюхивание – обмен запахами. Вероятно, акт целования мог возникнуть, как приятный способ учуять партнёра по запаху.

Гэллап изучал манеру целоваться в группе студентов американских колледжей. Он и его коллеги установили, что главный метод, с помощью которого женщины студенческого возраста определяют, хорошо ли целуется их партнёр, базировался на химических маркерах, вкусе и запахе.

Участницы исследования заявили, что они с меньшей вероятностью стали бы заниматься любовью с мужчиной, предварительно не поцеловавшись с ним. Независимо от того, обладают ли люди феромонами, то есть выделяемыми организмом веществами, возбуждающими, в частности, сексуальное влечение, или нет, и способны ли мы их улавливать, если они у нас есть, поцелуи стимулируют обмен телесными запахами.

В ходе другого исследования профессор Гэллап задавал респондентам вопрос: «Оказывались ли вы в такой ситуации, когда, испытывая поначалу влечение к кому-либо, после первого поцелуя теряли этот интерес?» Из числа испытуемых утвердительный ответ дали 59% мужчин и 66% женщин.

Хотя его исследования были, очевидно, ограничены кругом студентов американских колледжей, сравнение полученных результатов с данными межкультуральных исследований и наблюдений за поведением животных позволяет заключить, что тесный контакт, возникающий во время поцелуя, даёт целующимся возможность обнюхать друг друга. Осознаём мы это или нет, но поцелуи позволяют нам вынести заключение о потенциальной совместимости с теми, кого мы желаем.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам сайта Future BBS
и журнала Scientific American.

Ракурс

Мужчины, вне зависимости от собственного возраста, мечтают об интимной близости с женщинами, чей возраст колеблется вокруг 25 лет. При этом мужчины и женщины кардинальным образом расходятся в определении идеального возраста полового партнёра, причём женские предпочтения в жизни оказываются гораздо чаще реализуемыми, чем мужские. Как полагают сделавшие это открытие финские психологи, такое положение дел вполне объяснимо с эволюционной точки зрения – женский выбор всегда играл решающую роль в сфере сексуальных отношений.

25 – идеальный возраст

Авторы исследования проанализировали данные о более чем 12 тыс. жителей Финляндии обоих полов и выяснили, что женщины в среднем в течение всей жизни более всего интересуются партнёрами-ровесниками или же несколько старше себя.

Мужчины же, вне зависимости от собственного возраста, мечтают о партнёршах, чей возраст 25 лет ± 2 года. Эта тенденция актуальна и для тех, кому ещё нет 20, и для тех, кому перевалило за 30, 40 и т.д.

Как полагают психологи, такая фиксация мужского сексуального интереса на 25-летних может быть связана с тем, что на этот возраст приходится пик женской фертильности.

Таким образом, в эволюционном прошлом человечества мужчины,

имевшие сексуальные отношения преимущественно с 25-летними женщинами, оставляли больше потомства, чем их не столь удачливые соплеменники.

А тот факт, что в жизни мужские сексуальные предпочтения реализуются значительно реже, чем женские, говорит, полагают авторы исследования, во-первых, о большей пластичности женской природы, подсознательно предпочитающей того партнёра, который с более высокой вероятностью обеспечит поддержку и защиту ей и потомству. А во-вторых, о том, что мужское поведение в сфере половых отношений всегда ограничено женским выбором.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам журнала
Evolution and Human Behavior.



Однако

Пережёвывающая бактерии

«Жевательная резинка оказывает защитное действие для здоровья полости рта не хуже, чем зубная щётка и нить», – считают нидерландские исследователи из Гронингского университета.

В ходе исследования группе добровольцев в ротовую полость было введено некоторое количество специально культивированных бактерий, обычно присутствующих в ротовой полости (в основном

стрептококки и актиномицеты). Испытуемых попросили жевать жвачку от 30 секунд до 10 минут.

Оказалось, что на каждой использованной пластинке специалисты обнаружили около 100 млн бактерий налипших на неё. Эксперты пришли к выводу, что использование жевательной резинки после еды можно приравнять по эффекту к чистке зубов.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению Reuters.

Эврика

Прорыв в лечении гипертонии?

В Британии проведены успешные клинические испытания нового портативного устройства, вживляемого в организм человека, которое существенно снижает артериальное давление.

Описаны результаты испытания на 83 пациентах устройства размером с канцелярскую скрепку, которое вводится в организм в паховой области. Все они испытали немедленное снижение артериального давления. Однако примерно у трети пациентов наблюдался отёк в месте введения устройства, что требовало особого лечения. Врачи считают,

что это устройство может стать новым методом устойчивого снижения артериального давления, особенно у тех пациентов, которые не поддаются медикаментозному лечению.

Гипертонией в той или иной степени страдает примерно треть взрослого населения Британии, а примерно у 5% из этой группы наблюдается резистентная гипертония, которая не поддаётся лечению лекарственными препаратами.

Устройство, получившее название «каплер» (coupler), разработано в Калифорнии. Оно создаёт полость между артерией и веной в районе верхней части бедра,

которая снижает сопротивление при прохождении крови и уменьшает артериальное давление.

Учёные Университета Квин Мэри в Лондоне, проводившие исследование, финансируемое американской компанией-разработчиком, испытали устройство на 42 пациентах, которые не реагировали на лекарственные препараты по крайней мере трёх типов. Они сравнили полученные результаты с контрольной группой из 35 пациентов, получавших стандартное лечение. Пациенты были набраны в 16 медицинских центрах по всей Европе.

По наблюдениям, спустя 6 месяцев после начала исследо-

вания у пациентов, которым было вживлено устройство, имело место значительное снижение артериального давления. Пациенты этой группы испытывали меньшее число гипертонических кризов и в большинстве случаев могли снизить дозу принимаемых лекарств.

Доктор Мелвин Лобо, директор гипертонической клиники при больнице Св. Варфоломея, который возглавлял группу в Университете Квин Мэри, заявил, что такая процедура является крайне простой и объясняется, вероятно, турбулентностью крови, вызываемой введением устройства в паховую область. Однако он

признал, что медикам ещё не всё известно о новом устройстве. Необходимо проведение дополнительных исследований долгосрочных последствий применения каплера с тем, чтобы добиться лучшего понимания, как это устройство воздействует на организм в целом.

Профессор Том Макдональд, президент Британского гипертонического общества и профессор клинической фармакологии Университета Данди, заявил, что новое устройство может радикально изменить лечение гипертонии.

«Речь идёт о потенциально весьма значительном достижении в лечении гипертонии, – заявил он. – Оно не лишено проблем, но последствия его неудачного применения легко обратимы».

Юрий БОРИСОВ.

По материалам The Lancet.

Далёкое — близкое

Её военная судьба

Эта когда-то маленькая и худенькая медсестра имеет 40 боевых наград

— Какая же ты маленькая, худенькая, жалко на фронт посылать, — сказали медсестре Анечке Хитровой в ярославском военкомате и отправили в тренировочный лагерь. Затем было назначение в госпиталь, расположенный в городской школе № 49. Приходилось также сопровождать эшелоны с ранеными до Москвы, куда добирались по 3–5 суток. Обстановка на фронтах становилась всё более тяжёлой, требовались медицинские работники, и девушку направили в отдельную роту медицинского усиления на Карельский фронт. Так начался её боевой путь.

Отделение челюстно-лицевой хирургии, где служила операционная медсестра, было, наверное, самым тяжёлым в госпитале. Поступали раненые без лица, с раздробленными челюстями. «Когда шли бои, оперировать приходилось сутками. Нас и кормили прямо в

операционной, чтобы не «размываться» — некогда было. Хирурги были крупные, обычно мужчины, а мы, медсёстры, маленькие и худенькие. Врачи нас жалели. Видят, что от усталости стоять у стола не можем, — отправляли в коридор поспать на стуле. Кажется, только глаза закрыла, а уже будят — пора в операционную», — вспоминает Анна Александровна.

Здесь нашла девушка свою судьбу. Офицер сапёрной роты Алексей Казначеев был ранен при взрыве — осколок весом 14 г, застрявший в нижней челюсти, не позволял говорить.

Такое тяжёлое ранение в прифронтовом госпитале не взяли оперировать и отправили бойца в Ленинград. Пока ждал самолёт, «без слов» попросил у симпатичной медсестры адрес. Она его пожалела, ведь парень был родом из Курска, тогда там шли жестокие бои, и решила написать. Треугольники полевой почты от Казначеева стали приходить в госпиталь, где служила девушка, — в Белоруссию, Восточную Пруссию, Германию.

В маленьком немецком городке Канте встретила Анна День Победы. «Помню, проснулись в 5 утра, на улицах крики, стрельба — от радости расстреляли весь запас патронов», — продолжает рассказ Анна Александровна. Вернулась старший сержант медслужбы в Ярославль, и к ней в гости приехал Алексей. Пошли гулять по набережной, дошли до загса, расписались. Офицер в то время служил в Маньчжурии, уехала молодая жена вместе с ним.

После демобилизации решили жить в Ярославле. В 1947 г. Анна Казначеева поступила на работу в областную детскую больницу, которую позже реорганизовали в ДКБ № 1. Здесь она трудилась 46 лет. Была лаборантом, медсестрой в физиотерапевтическом отделении. «Мне уже 70 исполнилось, была на пенсии, когда попросили помочь. Сколько здоровье позволяло, работала», — говорит Анна Александровна.

Нынче, 27 января, ей исполнился 91 год. Остаётся только удивляться, откуда в хрупкой с виду женщине такой запас жизненных сил. Память у Анны Александровны прекрасная, дома чистота и порядок — всё сама делает. Жалуются только, что нитку в иголку вдеть не может и генеральную уборку сделать одной уже сил не хватает. Но в этом ей помогают сын, внуки и правнуки.

Анна Александровна Казначеева неоднократно получала почётные грамоты и другие знаки отличия. Только за участие в боевых действиях у неё около 40 наград. Среди них особое место занимает орден Отечественной войны II степени.



А.Казначеева. Фото 28 января 2015 г.



Медработники отделения челюстно-лицевой хирургии военного госпиталя, справа Анна Хитрова. Фото 25 марта 1945 г.

Елена
МАРЬИНА.

Архивариус

В Великобритании опубликовано исследование под названием «Обеды диктаторов», в котором описываются кулинарные пристрастия тиранов современности. Авторы Виктория Кларк и Мелисса Скотт задумались над тем, чем питались диктаторы, и изложили собранный материал в книге «Обеды диктаторов: справочник дурных пристрастий в еде у тиранов». В ней можно отыскать рецепты любимых блюд диктаторов всего мира и узнать об их маленьких пищевых маниях. Но всех их объединяло одно: страх быть отравленным.

Этим мемуаристы объясняют любовь советского генералиссимуса к вареным в крутую яйцам. Точнее будет выразиться — предпочтение. Знарок грузинской кухни, конечно, яйца яством не считал, но ценил их за то, что быстро и незаметно внести туда яд почти невозможно.

Согласно утверждениям авторов исследования, Никита Хрущёв говорил в отношении своего предшественника Иосифа Сталина: «Я не думаю, что существуют лидеры, сравнимые с ним по уровню, которые бы проводили столько времени за столом, чтобы есть и пить». По словам Хрущёва, застолье могло длиться до 6 часов, участникам предлагались многочисленные блюда. (Кстати, приготовленные и дедом Владимира Путина, кремлёвским поваром Спиридоном Путиным.) Эти бесконечные обеды с алкоголем,

Пир в вальтасаров

Путеводитель по царственным диетам



Так из мифов о царе Вальтасаре предстаёт его последний пир

песнями, танцами и надоевшими анекдотами могли быть настоящей пыткой для гостей. Авторы исследования сообщают, что Тито, бывший югославский руководитель,

был вынужден очистить желудок прямо в рукав своего мундира.

Гитлер был вегетарианцем и параноиком. Он не употреблял ни мяса, ни рыбы. Ел только све-

жие продукты и запрещал себе алкоголь и сигареты. Из боязни быть отравленным он держал на службе 15 дегустаторов, блюда на его стол доставлялись через 45 минут после того, как они были опробованы этими специальными людьми.

Муссолини предпочитал простой салат из сырого лука с до-

бавлением оливкового масла и лимонного сока. Ливийский лидер Каддафи постоянно пил молоко верблюдиц, которых он брал с собой даже в зарубежные поездки.

Настоящим гурманом был бывший северокорейский диктатор Ким Чен Ир: его послы привозили из стран аккредитации книги по национальной кухне. Личный повар ездил по миру и привозил самые изысканные продукты, включая иранскую чёрную икру. Рассказывают, что диктатор любил свежайшее суши. Его любимым блюдом был суп из плавников акулы. А в его подвалах хранились 10 тыс. бутылок с разнообразным спиртным, в том числе элитный коньяк.

Кстати

Бойся прислугу, еду приносящую

В ходе недолгого пребывания в брисбенском отеле Hilton во время саммита G-20 блюда для Президента РФ В.Путина пробовали перед тем, как он начинал есть, чтобы убедиться, что они не отравлены. Наш президент, как говорится в материале, любит простую русскую кухню, а именно борщ, блины и пельмени.

Его зачастую окружала толпа сотрудников органов безопасности, — сообщала зарубежная пресса. Анонимный сотрудник отеля приоткрыл завесу над строгими мерами безопасности и требованиями одного из самых влиятельных гостей. Именно сопровождавшие российского лидера лица заняли 75% номеров в отеле, передаёт его слова издание.

Сотрудник отеля также положил конец домыслам, почему Путин покинул саммит ранее, чем ожидалось. По сведениям этого источника, его отъезд в воскресенье во второй половине дня был запланирован с самого начала.

Игорь НИВКИН.

По сообщению The Daily Mail.

Прошло уже достаточно много времени с того момента, когда могла закончиться моя земная жизнь, но случилось чудо – пробыв в ледяной весенней полынье полтора часа, я остался жив.

А было это так. Пасхальный день выдался очень тёплым, хотя на озёрах ещё стоял лёд. И мы с друзьями в составе пяти человек выбрались на озера на весеннюю утиную охоту.

Было приподнятое настроение, и радости прибавляло увиденное – шёл весенний перелёт утки и гуся. Меня оставили на одном из озёр, предварительно экипировав в защитный зелёный костюм, длинные рыбацкие сапоги, шапку, вручив ружьё и два патронташа. Я остался один, а друзья поехали охотиться в другие места и вечером должны были меня забрать на обратном пути.

Осмотревшись, я различил прибрежную полосу воды, дальше стоял скованный льдом камыш, и чистую ледяную центральную часть озера. Было тихо, и ничего, казалось бы, не предвещало беды. Слабый ветер шевелил камыш, скрадывая звук моих шагов по льду.

Посреди озера я увидел небольшую островок камышей – идеальное место для того, чтобы, спрятавшись в нём, вести оттуда стрельбу. Понаблюдав за лётом птиц, я убедился в том, что через это место время от времени летят гуси. Недолго думая, а вернее, уже ни о чём не думая, я добежал до островка и спрятался в ожидании птицы. Ждать пришлось недолго – два гуся появились на горизонте и, как по мановению магнитной стрелки, летели прямо на меня. Сердце выпрыгивало из груди от волнения, и вот уже цель на мушке – два выстрела и одна из птиц комом падает вниз. Зрелище для охотника захватывающее. Слышен был удар об лёд – она упала в камыши недалеко от меня. Уподобившись охотничьей собаке, забыв обо всём, и в первую очередь об опасности провалиться, я бросился к месту её падения. Был слышен звук трещащих крыльев раненной птицы, и вдруг за 2–3 метра до цели я проваливаюсь под лёд и зависаю на руках.

А ещё был случай

От жизни к смерти, и обратно

Валерий КОЗЫРИН



Казалось бы, выбраться, подтянувшись, достаточно просто, но не тут-то было: вода набралась в сапоги, одежда намочила, патронташи – как грузила на удочках тянут вниз. Все мои попытки не имели успеха. Силы покидали меня.

Сняв часы и положив их перед глазами на лёд, я наблюдал за временем. Прошло уже полчаса, как я оказался в воде. Холода не чувствовалось, но я медленно погружался в воду, на поверхности оставались только голова и руки. Их свело судорогой, пальцы вмерзли в лёд, из них текла кровь. Сознание помрачилось, а часы неумолимо отсчитывали время моей земной жизни.

Прошёл час. Я чувствовал, как наступает смерть. Боясь потерять сознание, я из последних сил пытался двигать ногами, но тело не слушалось и, словно налитое свинцом, медленно тянуло вниз. Мысли вернулись в детство, и вот уже с неба на меня укоризненно смотрели давно ушедшие из жизни мои любимые бабушка и отец. Отчётливо слышал его голос, голос военного человека,

пережившего войну, три раза побывавшего на грани жизни и смерти. Голос повторял: «Борис Валерик (так меня звали в детстве), не сдавайся! Ты ещё нужен на земле, ко мне всегда успеешь». Но сил уже не оставалось!

Балансируя на грани сознания и обморока, я, не моргая, смотрел в небо. Начались галлюцинации. Я грезил о спасении, тепле, уюте, любви, обо всём том, что называется простой человеческой жизнью. Я молил Бога о спасении, окончательно осознав, что в этот день – Светлое Христово Воскресенье – я сотворил самое страшное – я убил! Убил птицу, казалось бы, что в этом такого? Но не просто так воскликнул однажды, проснувшись утром, великий Эйнштейн: «Боже, я много понимаю, но не могу понять, как ты всё это сотворил – землю, небо, воду, рыбу, птиц, людей и создал такую для них гармонию жизни». Я нарушил эту гармонию и должен был дать Богу ответ за содеянное. И Бог карал меня. Уже исчезли видения, остались лишь звуки.

И вдруг я услышал звук челове-

ческого голоса. Он приближался, и вот уже, как ангела с неба, я увидел человека...

Сознание возвращалось очень медленно. Вдруг бурным потоком нахлынуло всё пережитое – озеро, люди, утки, гуси, Пасха – всё переплелось. Где я? Мозги работали очень плохо.

Я попытался открыть глаза, но всё, что удавалось различить, – это туманный силуэт белых стен, огниво ярких лампочек на потолке. Я чувствовал, что с потолка на меня идёт огненный дождь, он безжалостно «жалит» мою обнажённую кожу. И снизу также тело обжигало что-то очень горячее. Хотелось говорить, но губы не подчинялись. Потом ощущение ожога несколько ослабло, огненный дождь прекратился, но начали накатывать мощные волны боли. По телу словно изо всех сил били молотками. Каждую секунду кто-то будто втыкал острый нож в мышцы и связки. Нестерпимая боль.

Мне сделали укол, боль быстро отступила, становясь с каждой секундой слабее. Прошли судороги, стало легче дышать, но появилось другое ощущение – укусы множества пчёл везде, по всему телу. Сотни крошечных пчёл ранили сильнее и сильнее. Попытка защитить лицо ни к чему не привела – я понял, что я привязан к койке. Вокруг было много людей, все они что-то делали. По моему лицу непроизвольно текли слёзы, отчасти от боли и изнеможения, отчасти от радости. Я понял, что до Бога дошли мои молитвы. Я жив! В этот момент я был бы идеальной моделью для художественного полотна под названием: «Воскрешение из мёртвых».

И вдруг перед моим взором – очень близко возникло молодое красивое женское лицо. Женщина была в белом халате, и в его

вырезе чётко просматривались пышные формы женской груди не менее 5-го размера. Непроизвольно у меня вырвалось: «Ого!» На что она улыбнулась и сказала: «Этот будет жить». Как я позже узнал, то была медсестра реанимационного отделения Юля. Следующий вопрос был: «Где я?» Эти слова дались с невероятным трудом. Гудела голова. А вокруг снова вали врачи, проводя манипуляции, возвращающие меня к жизни...

Со слов моих друзей знаю, что, когда я уже был готов уйти из жизни, меня обнаружил сын моего друга Женя, которого они послали меня искать, не найдя на берегу.

Прошло много времени, и я понял, что у меня в жизни был и остаётся извечный вопрос: «Что может человек против Бога?» Ведь каждому из нас, живущих на Земле, он с момента рождения и до тризны определил свой путь. Так было до нашей эры, и так будет всегда.

...Спустя 10 лет мы снова поехали на открытие утиной охоты на озеро. И снова была Пасха. Я сделал первый выстрел, и цевьё от ружья улетело в озеро и утонуло. Таким образом, Бог отвёл мою руку от греха.

Но человек грешен, и я, испытывая милость Бога, продолжаю грешить. Таков мой удел...

ОБ АВТОРЕ. Валерий Козырин – отличник госсанэпидслужбы, сейчас – главный санитарный врач филиала Центра гигиены и эпидемиологии в Челябинской области в г. Миассе и г. Карабаше. В свободное от работы время с увлечением занимается фотографией, у него прошло несколько персональных выставок. Любит рыбалку и охоту. Пишет стихи и рассказы.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

От вирусов никуда не уйти

- Народная медицина вышла в люди и стала соответствовать рынку услуг.
- Сошёл с ума - не выдержал высоты разума.
- Трусливый из двух дорог убегает по десятой.
- Много знать – мозгов не хватит.
- Психианалитики - это специалисты, которые не стали настоящими врачами.
- Сколько в зеркало не смотрю, а соседке не нравлюсь.
- Последнее слово - это подпись под отчётом за жизнь.
- Где тот человек, который нужен каждому человеку?!
- Оптимисту - всех пессимистов мало. Пессимисту - всех оптимистов много.
- Для таракана все площади - жилые.
- Сцепились языками – не поговорить.

- У больных вопросов и ответы с тем же диагнозом.
- Пришёл на свидание с богемной жизнью. Она его и за-сосала.
- Если язва на кухне, то язва в желудке – обеспечена.
- Мечта: увидеть себя в зеркале и похудеть.
- В городах столько потеряно здоровья, что улицы захламыны - не пройдёшь.
- Надо уметь слушать тех, кто умеет говорить.
- Обучаете свою дочь готовить? Сразу учите, как сидеть на диете.
- Чтобы не терять своё лицо, надо чаще хвататься за голову.
- Грипп – сезоннокосилка.
- Срок хранения мысли зависит от курса вашего образования.
- Сошёл с ума, но на землю так и не опустился.

- У будильника много функций. Самая вредная - не дать выспаться хозяину.
- Очки помогают только тем, кто хочет видеть.
- Наделал глупостей - и все дела.
- Без вирусов никуда: ни в больницу, ни в Интернет.
- Генетика - наука о мелочах большой жизни.
- Стучишь себе в грудь, а в голове - эхо.
- Чтобы уши не держали себя востро, на них навешали лапши.
- Кто летит на низкой скорости, тот не падает.
- Рассеянный склероз даёт сумасшедшие всходы.
- Где ума не хватает, туда его и не поставляют.
- Трудно повторить последний шаг.
- Смотрим глазами, видим мозгами.
- Жизнь в электричке: туда и обратно.
- Глоток свободы закусил зуботычиной.
- Желание пропало, инстинкты остались.
- Сам выматерился, чужие уши - прочистил.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-01-00155
Тираж 31 185 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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

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