

Медицинская

21 июня 2017 г.
среда
№ 44 (7762)

Газета®

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

События

Всемирное признание нашего офтальмолога

Его опыт известен далеко за пределами России



Российский врач стал обладателем высокой международной медицинской награды. Председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Борис Малюгин награждён медалью имени Бинкхорста.

Корнелиус Бинкхорст (Cornelius Binkhorst, Нидерланды) – всемирно известный офтальмолог, который был одним из основоположников метода интраокулярной коррекции катаракты в конце 50-х годов XX столетия. Американское общество катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS) ежегодно вручает медаль имени Бинкхор-

Б.Малюгин принимает первые поздравления

ста учёным-офтальмологом из разных стран за особый вклад в развитие данного раздела медицинской науки и практики. Этой традиции уже двадцать два года. И вот в нынешнем году на очередном конгрессе ASCRS медаль имени Бинкхорста была вручена врачу из России Б.Малюгину.

Согласно традиции, лауреат должен выступить с почётной лекцией перед семитысячной аудиторией конгресса. Темой лекции профессора Б.Малюгина были особенности выполнения катарактальных операций при узком зрачке.

– Узкий зрачок сопряжён с развитием целого ряда серьёзных осложнений. В хирургии катаракты при узком зрачке есть масса «под-

водных камней», которые хирургу необходимо преодолеть, чтобы завершить операцию в нестандартном клиническом случае с хорошим результатом, – говорит профессор.

Успешный хирургический опыт Б.Малюгина по преодолению проблемы узкого зрачка при катарактальных операциях известен далеко за пределами нашей страны. Тем не менее, по словам российского специалиста, решение президиума ASCRS о присуждении ему высокой награды и предложение выступить с почётной лекцией стали для него приятной неожиданностью.

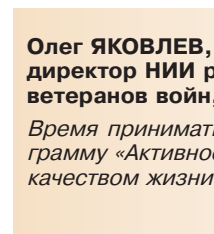
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



Ольга БЛАГОВА,
профессор кафедры факультетской
терапии № 1 Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова,
доктор медицинских наук:

Можно эффективно заниматься лечением ИБС и гипертонии, не будучи учёным, но заниматься болезнями миокарда и не быть при этом учёным – нельзя.

Стр. 6-7



Олег ЯКОВЛЕВ,
директор НИИ реабилитации
ветеранов войн, профессор:

Время принимать государственную программу «Активное долголетие с высоким качеством жизни населения РФ».

Стр. 10-11



Ашот МКРТУМЯН,
заведующий кафедрой
эндокринологии и диабетологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Коррекция гликемии включает в себя модификацию образа жизни.

Стр. 12

Акции

Донорский марафон

Медперсонал Челябинской областной клинической больницы № 3 сдал кровь, которая, возможно, вскоре пригодится пациентам этого медучреждения. Акция прошла в рамках донорского марафона «Вместе работаем, вместе помогаем!», стартовавшего на Южном Урале в этом году. В больницу приехали сотрудники областной станции переливания крови.

«Это жизненно необходимое мероприятие для нашей больницы. Бывает, что мы сталкиваемся с дефицитом крови для лечебного процесса, – говорит главный врач ОКБ № 3 Олег Маханьков. – В советское время доноров активно поддерживали, потом это движение на несколько лет заглохло. Многие стали бояться заразиться ВИЧ-инфекцией или гепатитом С. К счастью, в последнее время благодаря средствам массовой информации люди почувствовали ответственность и стали более активно участвовать в спасении жизни других».

Ежегодно в ОКБ № 3 проводится более 20 тыс. операций. В медучреждении 31 операционная, 78 реанимационных коек. Порядка 80% поступлений пациентов – экстренные больные. Сюда направляются

пациенты с челюстно-лицевыми, сочетанными и нейротравмами. В том числе пострадавшие на дорогах федерального значения из окрестностей Челябинска. Как правило, это больные с множественными переломами, большими кровопотерями, и переливание крови в ближайшие часы им жизненно необходимо.

Служба крови в ОКБ № 3 работает круглосуточно, в год в больнице переливается более 1200 л эритроцитарной массы, более 600 л плазмы. В больнице около 500 доноров, сдающих кровь на регулярной или эпизодической основе. Общий штат – 2500 сотрудников, значит в донорстве участвовали или участвуют 20% коллектива.

Мария ХВОРОСТОВА,
вншт. корр. «МГ».

Челябинск.

Тенденции

«Фестивальные» операции

В Краснокаменске Забайкальского края прошла традиционная двухдневная региональная конференция по хирургии, которая в этом году обрела название «Фестиваль хирургии Забайкалья». В нём приняли участие 125 хирургов.

Открыл мероприятие министр здравоохранения Забайкальского края, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Сергей Давыдов.

О состоянии дел в краевой хирургии участникам фестиваля доложил главный

хирург региона Сергей Мясников. По традиции лучшие специалисты получили грамоты и благодарственные письма от губернатора края, регионального Минздрава, местных депутатов и руководства города и района.

Научно-практическая часть встречи хирургов оказалась как никогда насыщенной, коллеги затронули практически все направления – кардиологию, онкологию, эндопротезирование и др. Отдельной темой прозвучала реабилитация. В ней также было подчёркнуто, что вскоре

именно в Краснокаменске, в краевой больнице будет открыто реабилитационное отделение.

В рамках фестиваля ведущие хирурги Забайкальского края провели 5 операций. Одну из них, по замене крупного сустава жителю Краснокаменска, выполнил министр здравоохранения региона травматолог-ортопед С.Давыдов.

Елена ОВЧАРЕНКО,
вншт. корр. «МГ».

Забайкальский край.



МЕДИЦИНСКАЯ
МЕТРОЛОГИЯ

АРЕНДА

УЗ-сканер
GE Logiq 9
52 000 € в месяц

Линейный и конвексный датчики в комплекте

+7 495 609 66 89
info@medmetr.ru



Новости

Оценка за реформу

Треть россиян позитивно оценили изменения в здравоохранении и социальном обслуживании, заявила спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко, выступая на II Форуме социальных инноваций регионов в Подмосковье.

По словам В.Матвиенко, необходимо добиться того, чтобы в любой точке страны граждане имели возможность жить достойно, не испытывали дискомфорта из-за разницы в качестве образования, доступности социального обслуживания, в уровне медицинской помощи. «Чтобы каждому был обеспечен стандарт благополучия», – отметила парламентарий.

«Жизнь показывает, что только при чётком взаимодействии государства, бизнеса, структур гражданского общества и граждан возможно полноценное движение к социально-экономическому росту страны», – подчеркнула сенатор.

Константин ШАРЬИН.

Первопроходцы из столицы

В государственных медицинских учреждениях, находящихся в структуре Департамента здравоохранения Москвы, работает около 60 пилотных проектов в сфере здравоохранения. Об этом сообщил заместитель руководителя столичного Департамента информационных технологий Владимир Макаров.

«В городе реализуется в настоящий момент порядка 60 «пилотов» в разных поликлиниках и медицинских учреждениях, это площадки, на которых как мы, так и Департамент здравоохранения, «обкатываем» различные технологии», – сказал В.Макаров.

По словам чиновника, в рамках запущенных проектов ведётся работа над подготовкой так называемых паттернов – образцов для лечения целого ряда нозологий.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Москва.

Ежегодно –
200 миллионов таблеток

Первая очередь завода по изготовлению современных препаратов, предназначенных для лекарственной терапии онкобольных, запущена в особой экономической зоне Санкт-Петербурга.

Площадь первой очереди завода составляет 4 тыс. м², а мощность четырёх производственных линий будет позволять ежегодно выдавать «на-гора» 200 млн таблеток, 22 млн флаконов растворов и 15 млн флаконов порошков.

В церемонии открытия завода участвовали губернатор Георгий Полтавченко и заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб.

По отзывам экспертов, построенный за 2,5 млрд руб. фармзавод отвечает самым строгим международным стандартам. Специалисты также утверждают, что на площадях этого научно-производственного комплекса высокое качество лекарственной продукции гарантировано. Тем более что предприятие видит базой для своих научных исследований некоторые ведущие НИИ и образовательные учреждения.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Санкт-Петербург.

Всё в комплексе...

Новый перинатальный центр открылся в столице Ингушетии Назрани. Он состоит из 7 этажей, рассчитан на 130 мест и 100 посещений в смену. Под отделение патологии беременности и патологии новорождённых в общей сложности будет выделено 60 коек, под отделение анестезиологии и реанимации – 18 и 20 мест – под гинекологическое отделение с оперблоком на 2 операционные.

Помимо самого центра, возводится целый комплекс объектов для обеспечения безопасности родов и снижения детской смертности. В комплекс войдут многопрофильная больница, детская клиника и центр гемодиализа, а также жилые дома для персонала лечебных заведений.

Андрей ДЫМОВ.

Республика Ингушетия.

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

В центре внимания

Лету быть здоровым!

К этому призывали в Ростове Великом

В рамках проекта «Здоровое лето», организованного совместно медиками, членами и экспертами комиссии Общественной палаты Ярославской области, в Ростове Великом прошёл День здоровья.

Мероприятие, которое проводилось на базе Ростовской ЦРБ, началось со встречи медицинского персонала больницы с председателем комиссии Общественной палаты главным терапевтом области Марией Можейко.

«Роль врачей в создании единой профилактической среды огромна. Собственным примером вы можете воодушевить пациентов отказаться от курения, убедить вести здоровый образ жизни, а самое главное – рассказать о том, какие последствия имеют вредные привычки и к каким заболеваниям они приводят», – отметила М.Можейко.

Продолжился День здоровья на площадке перед больницей, где была организована импровизированная поликлиника. В палатках на свежем воздухе были размещены регистратура, «кабинеты» для проверки артериального давления, уровня сахара и холестерина крови, измерения индекса массы тела и проверки состояния лёгких.

Как отметили доктора, из 80 человек, прошедших обследование, очень высок процент курящих,



Квалифицированные консультации смог получить каждый ростовчанин

подавляющее большинство (около 90%) страдают гипертонией вследствие избыточной массы тела, несколько человек болеют сахарным диабетом. Всем были даны профессиональные консультации и рекомендованы способы по снижению факторов риска. Каждый смог получить информационные материалы и буклеты, а для всех желающих проводился мастер-класс по альпийской ходьбе.

Проект «Здоровое лето» реали-

зуется в рамках стратегической задачи по формированию единой профилактической среды, целью которой является увеличение продолжительности жизни, здоровье и активное долголетие жителей региона. Выездные мероприятия планируется провести во всех муниципальных районах области и на некоторых промышленных предприятиях.

Иван САВРАНОВ.

МИА Cito!

Деловые встречи

Первый съезд терапевтов
Дальнего Востока

Владивосток на два дня стал местом проведения одного из крупнейших событий в медицине Дальневосточного федерального округа – в главном городе Приморского края прошёл первый съезд терапевтов Дальнего Востока.

Участниками съезда стали более 200 врачей – терапевты, врачи общей практики, гастроэнтерологи, пульмонологи, кардиологи, неврологи, гепатологи, эндокринологи, нефрологи и ревматологи, которые обсуждали новые тенденции в медицине, делились мнениями и опытом.

Программа съезда также охватила широкий спектр вопросов диагностики, профилактики и лечения внутренних болезней с учётом

передового опыта России и мира. Среди основных тем – паллиативная помощь, сердечно-сосудистые заболевания, вопросы повышения качества и доступности медицинской и лекарственной помощи, клиентоориентированный подход в современном здравоохранении, вопросы современной диагностики и многие другие. В рамках съезда прошёл 2-й образовательный паллиативный медицинский форум, соорганизатором которого является Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, а также состоялся конкурс молодых терапевтов.

Отличительной особенностью этой встречи терапевтов Дальневосточного федерального округа стало то, что по итогам её проведения все зарегистрированные

участники получили особые свидетельства.

– Это нововведение, которое призвано повысить образовательный уровень участников. При условии посещения съезда на протяжении всей его работы аккредитованные специалисты получили свидетельства Министерства здравоохранения РФ о прохождении обучения в рамках реализации новой модели непрерывного медицинского образования. Полученные кредиты могут быть засчитаны как учебные часы при очередной аккредитации специалистов, – подчеркнули в оргкомитете мероприятия.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Рядом с нами

Школа, которая не уходит на каникулы

У нас есть такие школы, в которых учебный год продолжается даже летом, потому что болезни на каникулы не уходят. Речь идёт о школах диабета.

По данным региональной статистики, в 2016 г. в Ставропольском крае зарегистрировано 85 105 человек, страдающих «сладкой» болезнью, более 90% – это больные сахарным диабетом 2-го типа. Какую роль могут сыграть и сыграют вышеназванные школы и оправдывают ли они в принципе своё на-

звание? С этого вопроса мы начали беседу с главным врачом краевого эндокринологического диспансера, главным эндокринологом Ставропольского края, кандидатом медицинских наук, заслуженным врачом РФ Еленой Славицкой.

– Сегодня на одного эндокринолога приходится более тысячи диспансерных пациентов только с сахарным диабетом. И врачей, конечно, не хватает. В этой связи обучение в групповых школах диабета – это прекрасный инструмент получения необходимых знаний и

навыков для управления заболеванием и охвата большего числа пациентов.

– Ещё в 2015 г. в масштабах всей страны стартовал проект под названием «Каждый день – это ваш день» по обучению пациентов с сахарным диабетом на инсулине в малых группах по 8-10 человек, – говорит Елена Семёновна.

Всего за 2016-2017 гг. в крае обучены более 400 человек. В школах предусмотрено всего 8 занятий, вначале – одно занятие в неделю, затем – одно в квартал

с обязательным контролем уровня гликированного гемоглобина как главного индикатора достижения целевых результатов. Программа осуществляется при поддержке Министерства здравоохранения края и предусматривает кроме информирования обучающихся ещё и круглосуточную горячую линию поддержки в течение всего периода обучения. Занятия проводятся врачами-эндокринологами, прошедшими специальную подготовку в национальном эндокринологическом центре.

Остаётся добавить, что, по данным Ставропольского краевого центра медицинской профилактики, по посещаемости школ диабета пациентами Ставрополье является одним из передовых регионов в программе и занимает третье место в России. Пациенты могут пройти обучение в кабинетах школы диабета в 9 городах края.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Решения

Резервный фонд поможет регионам

Минздраву России из резервного фонда Правительства выделяются бюджетные ассигнования в размере 358,5 млн руб. для предоставления субсидий пяти субъектам Федерации на капитальный ремонт медицинских организаций, находящихся в ведении региональных органов исполнительной власти и укрепление их материально-технической базы. Соответствующее распоряжение № 1218-р от 12.06.2017 в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» подписал председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Эти деньги будут потрачены на софинансирование капитальных вложений в ремонт и переоснащение Псковского областного

онкологического диспансера, Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Чувашской Респу-

блики (Чебоксары), Челябинского областного клинического противотуберкулезного диспансера, Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С.Карповича, Магаданского областного онкологического диспансера.

Документ был рассмотрен и одобрен на заседании Правительства РФ 8 июня 2017 г.

Соб. инф.

Инициатива

Поощрение за профессионализм

Около 278 тыс. москвичей страдают онкологическими заболеваниями. Ежегодно этот показатель увеличивается на 40-45 тыс. человек. Такие цифры в ходе заседания президиума правительства Москвы привёл руководитель столичного Департамента здравоохранения профессор Алексей Хрипун.

По словам главы столичного сегмента отрасли, всего лишь треть из поставленных диагнозов была сделана на начальной стадии. «За последние 5 лет был создан большой ресурс, который позволяет диагностировать онкологические заболевания, – это и тяжёлая высокоточная техника, эндоскопия экспертного класса и т.д. Методы лечения также

серьёзно укрепились за последнее время, – отметил А.Хрипун. – Финансирование лечения онкопациентов увеличилось более чем в два раза.

Что характерно, мэр Москвы Сергей Собянин учредил гранты для столичных поликлиник за каждый случай раннего выявления онкологических заболеваний. Соответствующее решение было также принято на заседании президиума столичного правительства.

«Очень важно настроить всю поликлиническую сеть на раннее выявление таких заболеваний», – заявил С.Собянин.

Постановление правительства предусматривает предоставление 30 грантов в 6 категориях: раннее выявление рака предстательной

железы (за каждый выявленный случай – 115 тыс. руб.), колоректального рака (110 тыс.), рака лёгкого (95 тыс.), рака молочной железы (80 тыс.), рака желудка (35 тыс.), рака шейки матки (30 тыс.).

По словам А.Хрипуна, средства грантов будут направлены на материальное поощрение медперсонала. «Учреждение этого гранта будет способствовать улучшению всей нашей работы по обследованию и лечению больных онкологического профиля», – сказал он. Получателей и общие размеры гранта будет дважды в год определять комиссия Департамента здравоохранения Москвы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Акценты

Нога в ногу. Иначе – нет смысла

Промежуточные результаты и дальнейшие перспективы информатизации медицинской отрасли обсудили на очередном заседании Координационного совета по здравоохранению в Сибирском федеральном округе. Встреча его участников состоялась в Улан-Удэ.

Основная задача информатизации здравоохранения, как было подчеркнуто на совещании, – сыграть системообразующую роль в интеграции всех уровней оказания медицинской помощи. Поэтому на повестке дня были вопросы оцифровывания технологий, создания единых реестров и единого информационного пространства. Руководители региональных министерств здравоохранения, учёные и главные врачи крупных лечебных учреждений Сибири поделились опытом использования уже вне-

дрённых информационных технологий.

В частности, и.о. министра здравоохранения Республики Бурятия Валерий Кожевников рассказал, что в регионе реализован проект «электронная регистратура», создан вычислительный центр Минздрава Бурятии, за пять последних лет оснащённость лечебных учреждений автоматизированными рабочими местами увеличилась в 2,5 раза.

Однако не везде и не всё так гладко. Коллеги говорили и о проблемах, с которыми приходится сталкиваться в процессе информатизации отрасли. Одна из них – недостаток финансовых средств для строительства цифровой инфраструктуры, что позволило бы подключить к единому информационному пространству не только федеральные, областные и городские ЛПУ, но и учреждения сельской медицины, включая ФАПы.

Но для достижения главной цели информатизации здравоохранения очень важно всем регионам идти в ногу, в противном случае затея теряет смысл. Поэтому, как сообщил председатель Координационного совета по здравоохранению СФО, директор Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна Минздрава России, профессор Михаил Садовой, данное заседание фактически дало старт работе нового федерального проектного офиса. Одним из основных направлений его деятельности будет информатизация здравоохранения Сибири посредством разработки единых подходов для всех субъектов федерального округа.

Елена ЮРИНА.

МИА Сити!

Улан-Удэ.

Профилактика

Шаги к здоровью

Жители Подмосквья в очередной раз сказали табакокурению «Нет»!

В Московской области в рамках акции «Здоровый город» прошли широкомасштабные профилактические мероприятия.

Во многих городах были объявлены территории, свободные от курения. Наибольшее число участников собрали утренние зарядки, танцевальные разминки, активные игры, велопробеги, эста-

феты, флешмобы, которые проводились на центральных площадях городов, в парках и на спортивных площадках. Шаги к здоровью проделали по основным улицам городов и в парковых зонах. Открытые школы и уроки здоровья, семинары, лекции проводились на темы здорового образа жизни и профилактики табакокурения. Скрининговые обследования, включающие определение уровня СО в выдыхаемом воздухе, проводились медицинскими ра-

ботниками центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики. Мастер-классы, в том числе по скандинавской ходьбе и танцам, направленные на повышение физической активности, привлекли внимание как людей пожилого возраста, так и молодёжь. Во всех городах-участниках подведены итоги творческих конкурсов, в том числе конкурсы рисунков на асфальте на тему «Я выбираю здоровье».

Екатерина ИВАНОВА, главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Минздрава Московской области.

Однако

Активисты Общероссийского народного фронта провели мониторинг официального сайта Министерства здравоохранения Московской области на наличие сведений о доходах 277 руководителей государственных учреждений здравоохранения городов Подмосквья. Согласно размещённым сведениям, в среднем главный врач городской больницы получает зарплату в пределах 150 тыс. руб. в месяц, а максимальная сумма заработной платы руководителя государственного учреждения здравоохранения городов Подмосквья составила порядка 750 тыс. руб.

Разница в зарплате поражает...

По данным, указанным в декларации, 101 человек получил за 2016 г. от 1,5 до 2 млн руб., что равняется в среднем около 150 тыс. руб. в месяц, 57 человек получили от 2 до 2,5 млн, что составляет около 190 тыс. руб. в месяц, 26 человек – 2,5 до 3 млн или порядка 230 тыс. руб. в месяц. Почти 300 тыс. руб. в качестве зарплаты получают 11 человек, официальный доход которых от 3 до 4 млн руб. в год. А 380 тыс. руб. получают 5 главных врачей, их доход за год – от 4 до 5 млн. Двое задекларировали доход более 7 млн, что составляет порядка 600 тыс. в месяц. И ещё двое – более 8 млн в год, соответственно, заработная плата в месяц составляет примерно от 680 до 750 тыс. руб.

«Стоит отметить, что средняя зарплата врачей, как следует из данных Росстата, составляет 48 тыс. руб. Зарплата главного врача городской больницы не должна в разы превышать зарплату рядового врача», – отметил сопредседатель регионального штаба ОНФ в Московской области Алексей Малый.

Из проведённого активистами ОНФ мониторинга следует, что главный врач государственного автономного учреждения здравоохранения Московской области «Центральная городская клиническая больница Реутова» заработал за год 7 млн 171 тыс. 866 руб. – таким образом, его зарплата за месяц составляет более 590 тыс. руб. Зарплата плата главного врача государственного бюджет-

ного учреждения здравоохранения Московской области «Лыткаринская стоматологическая поликлиника» в месяц составляет 624 тыс. руб., что составляет сумму в 7 млн 488 тыс. 634 руб. в год. Доход главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Люберецкая районная больница № 2» составил за год 7 млн 989 тыс. 706 руб., что в среднем 665 тыс. руб. в месяц. Лидером по уровню доходов стал главный врач государственного автономного учреждения здравоохранения Московской области «Химкинская центральная клиническая больница», указавший в декларации сумму в размере 9 млн 31 тыс. 617 руб. в год, а значит, заработная плата за месяц составляет порядка 750 тыс. руб.

Следует отметить, что часть денежных средств от общей суммы дохода, задекларированного руководителями государственных учреждений здравоохранения Подмосквья, могла быть получена от научной и творческой деятельности или от продажи какого-либо имущества. Только один главный врач, зарабатывающий миллионы, указал, что часть его годового дохода получена от продажи имущества.

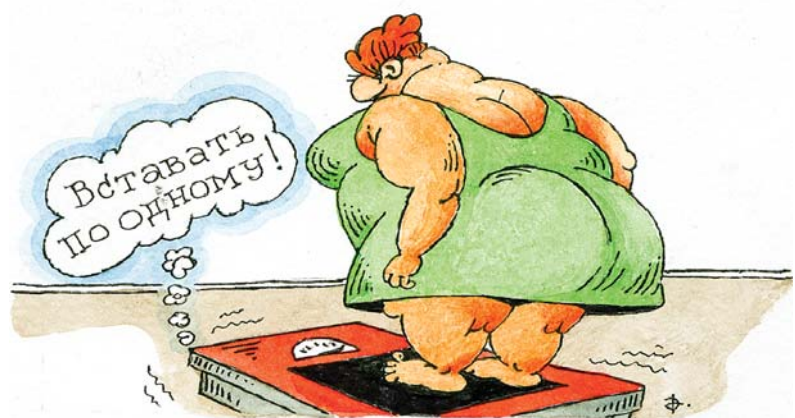
Активисты ОНФ направят запрос в Министерство здравоохранения Московской области с целью получить обоснование столь высоких доходов главных врачей в больницах региона.

Алексей ПАПЫРИН, обозреватель «МГ».

Москва.

Угроза

Территория лишнего веса



Заболеваемость ожирением среди взрослого населения нашей страны за период 2011-2015 гг. увеличилась в 2,3 раза. Об этом сообщается в докладе Роспотребнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 г.»

Так, по данным ведомства, в 2011 г. заболеваемость ожирением в России составляла 123,6 случая на 100 тыс. населения, а в году позапрошлом – уже 284,8 случая.

«Наиболее высокие уровни заболеваемости ожирением среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше со впервые в жизни

установленным диагнозом, по данным 2015 г., в Ненецком автономном округе (1031,96 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста), Алтайском крае (975,90), Пензенской области (678,08)», – отметили в Роспотребнадзоре.

Примечательно, что, согласно данным исследования, проведённого Организацией экономического сотрудничества и развития, лидером по распространённости ожирения стали США: лишним весом страдают 38,2% американцев старше 15 лет. В России этот показатель составляет 19,6%, что почти в два раза меньше.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Финансирование – не главный тормоз в развитии онкологической службы. Корень проблемы заключается в организации медицинской помощи для населения. Об этом заявила на «круглом столе» «Сохранение качества жизни онкологических пациентов» в Общественной палате РФ начальник Управления модернизации системы обязательного медицинского страхования Федерального фонда ОМС Ольга Царёва.

«Не могу сказать, что ничего не делается для борьбы с раком. Во-первых, у нас увеличиваются объёмы средств, направляемых на лечение пациентов с онкологией. Во-вторых, мы усиливаем объёмы высокотехнологичной медицинской помощи, это порядка 55-60 млрд руб. ежегодно, которые идут на лечение онкобольных, – сказала О.Царёва. – Но, к сожалению, врачи боятся этих пациентов, и это не связано с отсутствием финансирования. Необходимо рассказывать пациенту и родственникам, что им нужно делать дальше, использовать зарубежный опыт».

Вместе с тем представитель Федерального фонда ОМС согласилась с наличием проблем, связанных с нехваткой грамотных специалистов и отсутствием государственной программы по онкологии.

Онкология XXI века должна содержать принцип персонализации лечения – к такому выводу пришли участники дискуссии, обсудив, как качество жизни влияет на эффективность терапии.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что около 2,5 млн россиян, больных раком, живут с высоким риском смерти, полагает первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Эдуард Гаврилов. По его словам, ежегодно порядка 500 тыс. граждан заболевают раком.

«В среднем где-то порядка 280 тыс. ежегодно умирают, и, к сожалению, около 100 тыс. умирают в течение первого года после того, как был поставлен страшный диагноз – это, конечно, очень пугающие цифры», – сказал Э.Гаврилов.

Многое делалось и делается в интересах отрасли, в интересах онкобольных, но в то же время проблемы остаются, отметил общественник. «Что касается модернизации, то очень много сделано, но в то же время в ряде регионов онкодиспансеры так и не дождался ремонта, а в Калининградской области вообще отсутствует учреждение второго уровня – онкодиспансер», – подчеркнул он.

анализ крови в руках опытного терапевта: всегда есть возможность заподозрить онкологию, скорость оседания эритроцитов по гемоглобину. На мой взгляд, это, конечно, неправильно», – сказал зампред Комиссии Общественной палаты РФ.

Президент ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!» Ирина Борова отметила, что онкологические больные стали от-

онкобольных, ассоциация провела опрос среди 62 респондентов.

«Согласно результатам опроса, больше 80% респондентов считают, что качество их жизни ухудшилось. К сожалению, это правда, поскольку лечение бывает достаточно травмирующим, токсичным и тяжёлым в психологическом плане. Плачевная ситуация с сопровождением пациентов в психотерапевтической части: почти 80% респондентов

качества жизни профессор Татьяна Ионова рассказала, что для онкологических пациентов тема сохранения качества жизни является очень важной, но зачастую они не очень понимают, что оно означает.

«Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Мы должны учитывать не только факторы, связанные с самим заболеванием, но и факторы, отражающие качество жизни», – подчеркнула Т.Ионова.

Эксперт отметила, что на этапе диагностики с последующим выявлением тяжёлого диагноза крайне важна информационная, психологическая и социальная поддержка, и в данном случае высока роль пациентских организаций. «Мы можем контролировать симптомы при грамотной поддерживающей терапии», – пояснила она.

Директор Евразийского противоракового фонда онколог Мария Дардык, в свою очередь, подтвердила, что качество жизни и психологическое состояние пациента существенно влияют на результаты лечения, и рассказала о проблемах в данной области.

«На этапе диагностики плохо осуществляется информационная поддержка, – полагает она. – Врачи в силу разных обстоятельств не способны объяснить пациенту, что с ним происходит, и правильно подготовить его к решению проблемы. Остро стоит вопрос с образованием, к сожалению, в вузах теме онкологии уделяется слишком мало времени. Также нельзя забывать о том, что поток пациентов очень высокий, и проблема профессионального выгорания популярна, нашим врачам приходится нелегко», – отметила М.Дардык.

Все рекомендации по итогам дискуссии будут переданы в Министерство здравоохранения РФ. В завершение встречи И.Борова высказала идею о проведении «круглого стола» по теме финансовой составляющей онкологии.

Константин БЕЗНЕГ

МИА Сито!

«Круглый стол»

Почему доктор боится пациента...

Онкология: финансирование не решит всех проблем



Качество жизни помогает оценивать, усугубляется состояние пациента или нет

По мнению Э.Гаврилова, решение убрать общие анализы крови и мочи, а также биохимический анализ крови с первого этапа диспансеризации было ошибочным и исключило возможность заподозрить онкологию ещё на этапе посещения терапевта. «Я думаю, все понимают, что значит общий

крыто заявлять о своих проблемах, и теперь их голос звучит очень громко, поскольку на кону стоит жизнь. По её словам, качество жизни нужно оценивать, поскольку врачи должны понимать, усугубляется состояние пациента или нет. Для того чтобы понять, как выглядит картина качества жизни в глазах

очень нуждались в психологической поддержке с первого дня постановки диагноза, но, к сожалению, её не получили, 50 респондентов сообщили о том, что лечение, так или иначе, было отсрочено, хотя есть последний приказ Минздрава России о двухнедельном сроке ожидания. Некрасивая картина складывается с поддерживающей терапией, поскольку люди совсем не понимают, зачем она нужна, а самолечение в данном случае может серьёзно усугубить ситуацию», – подчеркнула И.Борова.

Глава ассоциации отметила, что мы можем иметь большой процент неинвалидизации людей при грамотной реабилитации. «Ни одна страна в мире не покрывает лечение пациента на 100%, но есть страны, где государство ищет возможности финансирования лечения со стороны работодателей и представителей бизнеса. В России пациент сам «варится» в своей проблеме и ищет деньги. Но ведь чаще всего онкобольным тяжело этим заниматься, и это приводит к плачевному результату», – заявила общественница.

Председатель совета Межнационального центра исследования

Острая тема

Когда врач не пригоден по возрасту?

Когда он становится руководителем медицинского учреждения

В Госдуму РФ недавно внесён проект федерального закона о возрастном цензе для главных врачей, который рекомендован к принятию в первом чтении её Комитетом по труду, социальной политике и делам ветеранов. Законопроект предлагает установить предельный возраст для замещения должностей руководителей и заместителей руководителей государственных и муниципальных медицинских организаций до 65 лет. «Такие должности могут занимать лица не старше 65 лет независимо от времени заключения с ним трудовых договоров», – гласит пояснительная записка к документу.

Лица, занимающие указанные должности и достигшие возраста 65 лет, переводятся с их письменного согласия на иные должности, соответствующие их квалификации, уточняется в проекте закона. Учредитель имеет право продлить срок пребывания в должности руководителя государственной или муниципальной медицинской организации до достижения им возраста 70 лет по представлению общего собрания работников государственной

или муниципальной медицинской организации.

Трудовые договоры, заключённые с руководителями и заместителями, которым исполнится 65 лет на день вступления закона в силу или в течение 3 последующих лет, будут действовать до истечения своего срока, но не более 3 лет после вступления закона в силу.

Авторы законопроекта: член Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов Андрей Исаев, председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов Михаил Тарасенко, член Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов Татьяна Сапрыкина и первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по жилищной политике и жилищно-коммунальному хозяйству Александр Сидякин.

Установление предельного возраста для замещения должностей руководителей и заместителей руководителей государственных и муниципальных медицинских организаций обеспечит плавную ротацию кадров и откроет перспективы

для более молодых врачей, заявил на заседании комитета А.Исаев. Парламентарии, по его словам, намерены внести поправки в ст. 350 Трудового кодекса РФ. «Их цель – обеспечить, с одной стороны, ротацию кадров, с другой – преемственность кадров в медицинских учреждениях. Многие молодые специалисты, не видя перспектив, переходят в частные клиники. Тем самым очень квалифицированные талантливые люди могут работать только на одну часть населения, более обеспеченную материально. Нам бы хотелось, чтобы они работали на всех граждан», – сказал парламентарий.

Аналогичные нормы, ограничивающие предельный возраст, существуют для государственных служащих, руководителей научных организаций, а также для ректоров высших учебных заведений. «Очень важно, что по решению конференции трудового коллектива этот возраст (главных врачей и их заместителей) может быть продлён до 70 лет. Это позволит выстроить в условиях оптимизации здравоохранения отношения между руководителем и трудовым коллективом», – добавил А.Исаев. По его мнению, учитывая, что сегодня медучреждения модернизируются,

осваивают новые информационные технологии, связанные с организацией управленческого процесса, целесообразно обеспечить приток более молодых кадров именно на эту организационную работу.

«Для очень уважаемых людей, которые, несмотря на солидный возраст, сохраняют работоспособность, основали научные школы, законопроектом предполагается перевод их на другую работу по соответствующей квалификации. В высших учебных заведениях вопрос, например, был решён введением должности президента. Думаю, наверняка подобное решение будет найдено и в сфере здравоохранения», – отметил депутат. Он полагает, что поправки в Трудовой кодекс РФ не ущемляют ничьих интересов и ни в коей мере не смогут повредить медицинскому сообществу.

Принятие данного законопроекта приведёт не к отстранению врача от своей профессии, а к освобождению его от написания платёжек, выбивания труб для канализации и решения подобных вопросов, убеждён А.Исаев.

Однако в Профсоюзе работников здравоохранения РФ решительно выступают против введения возрастного ценза для главных врачей

и их заместителей, поскольку в случае принятия закона может привести лишь к росту коррупции в этой сфере.

«Мы были категорически против этого. Я ещё с депутатами буду беседовать, потому что мы против», – заявил председатель ЦК профсоюза Михаил Кузьменко. Он согласен с мнением коллег, что такой закон может привести к росту коррупции в здравоохранении.

«Мы потеряем очень много хороших руководителей. Уже сегодня не хватает более 40 тыс. врачей. Страна у нас большая, и я сомневаюсь, что вот так сразу можно подобрать главного врача, который пойдёт в глублинку», – заключил М.Кузьменко.

Между тем первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов М.Тарасенко сообщил, что Правительство РФ, Министерство труда и социальной защиты РФ и Министерство здравоохранения РФ поддерживают данный законопроект с рядом замечаний. Их планируется устранить ко второму чтению.

Валерий СУВОРИН.

МИА Сито!

Итоги и прогнозы

Такие вот добавки

Порадует ли здравоохранение федеральный бюджет на нынешний и 2018-2019 гг.?

Государственная Дума РФ приступает к рассмотрению представленного Правительством России законопроекта № 185935-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.» Чего ожидать российскому здравоохранению – сокращения или добавки?

Каждому – своё

Всего по программе «Развитие здравоохранения» законопроект планируется увеличить бюджет на 2,6 млрд руб., однако с учётом одновременно предлагаемых сокращений сумма прибавки составит чуть более 1,8 млрд руб. из 361,8 млрд предложенных Правительством дополнительных трат в текущем году. Проект закона опубликован в автоматизированной системе обеспечения законодательной деятельности Госдумы. Как следует из пояснительной записки к нему, корректировки в бюджет вносятся из-за ошибки в расчётах по нефтегазовым и другим доходам, допущенной в принятой Государственной Думой РФ версии Федерального закона о бюджете на 2017 г. Доход оказался выше прогнозных значений на 1,1 трлн руб. Соответственно, в Правительстве приняли решение дофинансировать министерства и ведомств.

Средства в 1,8 млрд руб., предусмотренные на программу «Развитие здравоохранения», будут распределены по подпрограммам: 600 млн руб. – на медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан, 424 млн – на развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей, на подпрограмму охраны здоровья матери и ребёнка – дополнительные 250 млн.

Дополнительные средства, как следует из пояснительной записки к законопроекту, планируется направить на подпрограмму профилактики и формирования здорового образа жизни (свыше 29 млн), совершенствование высокотехнологичной медпомощи (почти 150 млн).

Самая большая дотация в размере 609 млн руб. предусмотрена для развития подпрограммы «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан».

Из наиболее значимых расходных статей: 535,6 млн руб. – на обеспечение донорской кровью и её компонентами, около 500

млн – на строительство и оснащение НИИ пульмонологии ФМБА, 150 млн – на закупки оборудования для подведомственных учреждений ФМБА, ещё 130,1 млн – на завершение ремонта лаборатории Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники Росздравнадзора.

Минздрав должен будет потратить дополнительные деньги на ремонт и закупку оборудования для своих многочисленных исследовательских институтов. В пояснительной записке указаны конкретные проекты, на которые пойдут федеральные средства. В их числе – закупка медицинского оборудования для НИИ пульмонологии ФМБА, капитальный ремонт главного корпуса и фасада здания Института хирургии им. А.В.Вишневского, запуск отделений вспомогательных технологий в лечении бесплодия в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. На 200 млн руб., планирует Правительство, Минздрав закупит оборудование для Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова.

Росздравнадзор также получит дополнительные федеральные деньги, большую часть из которых – 130 млн руб. – потратит на ремонт лаборатории подведомственного Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники.

Кроме того, больше 17 млн руб. может пойти на повышение оплаты труда отдельных категорий работников федеральных и казённых учреждений Роспотребнадзора. Также могут быть увеличены зарплаты центрального аппарата ФМБА «в связи с увеличением численности» – на 500 тыс. руб.

Отдельно поправками предложено включить в бюджет госпрограммы «Развитие здравоохранения» проведение приёма от имени Правительства РФ в рамках 70-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в сумме 1,3 млн руб.

Урезать, так урезать...

Изначально на реализацию программы «Развитие здравоохранения» в 2017 г. в федеральном бюджете текущего года заложено 261,1 млрд руб. Поправками предлагается увеличить размер ассигнований по этой статье на 1 817,5 млн – до 262 902,8 млн.

Вместе с тем по некоторым проектам Минздрава России изменения в бюджете предусматривают сокращение финансирования. К примеру, как указано в пояснительной записке, на капитальный ремонт объектов здравоохранения в общей сумме недодадут 236 млн руб., потому что проектная документация на капремонт на 31 марта так и не была составлена.

В частности, предложено урезать бюджет строительства Федерального высокотехнологичного центра медицинской радиологии ФМБА в Ульяновской области.

Расходы на развитие инновационной и персонализированной медицины предлагается сократить на 24 млн руб. Также может быть урезано финансирование на программы развития международных отношений в сфере здравоохранения. А закупку медицинских инструментов и оборудования для обеспечения государственных нужд предложено сократить на 17,3 млн.

Предлагается сократить и ассигнования на зарплату сотрудникам различных подведомственных структур Минздрава и Роспотребнадзора. На эти цели предусмотрено только 35,4 млн руб., указано в пояснительной записке. А зарплатный фонд территориальных управлений Роспотребнадзора вообще урежут на 10,1 млн руб.

Ничего не сказано о выделении средств на закупку препаратов против ВИЧ. Минздрав неоднократно поднимал этот вопрос. Так, зимой 2017 г. ведомство пыталось согласовать дополнительные 70 млрд руб. для государственной стратегии противодействия ВИЧ, но Минфин в деньгах отказал.

Обойдёмся крохами?

Однако, несмотря на прогнозируемое увеличение доходов федерального бюджета в 2017 г. до 14,7 трлн руб. вместо заложенных ранее 13,5 трлн, он всё равно останется дефицитным: расходы составят 16,6 трлн. Поэтому «лишние» деньги не прольются дождём на все нуждающиеся в них отрасли. Как пишет одно из российских изданий, неожиданную прибыль государство решило потратить в основном на силовые структуры, затраты на эти ведомствакратно превысят расходы на здравоохранение и образование.

Так, Министерство финансов намерено выделить значительную сумму на госпрограмму «Обеспечение общественного порядка и

противодействия преступности». Таким образом, Министерство внутренних дел дополнительно получит 11,4 млрд руб., из которых основная часть пойдёт на зарплату руководящему составу – 7,3 млрд. При этом зарплатный фонд рядовых сотрудников МВД, наоборот, будет сокращён до 8,9 млрд руб., что значительно меньше, чем планировалось ранее.

Депутат Госдумы РФ от «Справедливой России» Федот Тумусов так прокомментировал предложение Минфина. «Я уже говорил о том, что расходы на силовые структурыкратно превысят расходы на здравоохранение и образование. Теперь эту разницу хотят увеличить ещё больше. Мало того, что деньги распределены самым неправильным путём, их ещё и урезают обычным полицейским, повышая содержание высшим офицерам. Только ведь они по вызову не приедут, а не хватает у нас именно рядовых», – написал парламентарий на своей странице в социальной сети.

«Минздрав бился за деньги на медицину, но экономический блок выдвинул условие: повышаете расходы – повысьте и доходы. Естественно, что сделать это в государственной медицине невозможно, и денег не дали. Конечно, мы будем голосовать против, будем выступать и убеждать коллег, лоббируя интересы страны», – заявил Ф.Тумусов. Он добавил, что «реально ситуацию можно менять, лишь сменив социально-экономический курс развития страны и поддержав тех, кто на самом деле отстаивает интересы общества».

Отреагировали на сокращение финансирования Минздрава и правозащитники. «Надо заставить их считать. Здоровье включает в себя способность трудиться, без труда вообще нет экономики. Так же, как нет возврата денег, – это вообще целиком инвестиционная сфера, и цифры некоторые есть. Экономические модели должны включать в себя заботу о здоровье, например, не должны считаться убытками», – убеждён президент общественной организации «Лига защиты пациентов» Александр Саверский.

Новый виток дискуссий вокруг «бюджетного пирога» ещё только начинает раскручиваться. Впереди – рассмотрение в трёх чтениях в Госдуме РФ, решение Совета Федерации – одобрить или отклонить законопроект, и наконец подписание закона главой государства в случае положительного решения парламента. Так что посмотрим, услышат ли на этот раз власти голос медицинской общественности...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Сосредоточились на главном

Проектное управление позволяет точно наметить пути решения проблемы и получить видимый эффект – к такому выводу пришли в Министерстве здравоохранения Республики Тыва. С начала этого года в регионе реализуется одновременно несколько крупных федеральных и региональных проектов: «Развитие санитарной авиации», «Здоровый малыш – здоровая нация», «Остановим туберкулёз вместе», «Движение против рака», «Электронное здравоохранение», «Доступные лекарства» и «Бережливая поликлиника».

По информации Минздрава Тувы, в рамках федерального проекта «Развитие санитарной авиации» республика уже получила вертолёт МИ-8, оснащённый медицинским оборудованием. Крылатый госпиталь начал совершать первые вылеты в отдалённые районы региона и эвакуировать оттуда больных в республиканские лечебные учреждения.

Что касается проекта «Здоровый малыш – здоровая нация», он предполагает техническое и технологическое дооснащение республиканских учреждений родовспоможения, активизацию работы службы планирования семьи и повышение ответственности врачей женских консультаций за постановку беременным на учёт на ранних сроках и профилактику преждевременных родов. Промежуточным результатом этих усилий уже стало снижение показателя младенческой смертности до 8,1 промилле, что является историческим минимумом для Республики Тыва. В прошлом году данный показатель составлял 9,4 промилле.

В рамках проекта «Движение против рака» отделение реанимации и интенсивной терапии Республиканского онкологического диспансера получило новое оборудование на 8 млн руб. и полностью укомплектовало штат сотрудников. Большие надежды на повышение эффективности лечения онкобольных здесь связывают с предстоящим вскоре открытием патоморфологической лаборатории. Как подчёркивают в Минздраве Тувы, появление такой лаборатории в структуре онкодиспансера позволит сократить срок получения результатов исследований с 3 недель до 40 минут! Благодаря этому хирурги смогут определять тактику лечения больного непосредственно интраоперационно.

Ещё одно актуальное для Тувы направление, обретшее форму проекта, – борьба с туберкулёзом. Проект Минздрава Тувы «Остановим туберкулёз вместе» предполагает, в частности, организацию работы по социальному сопровождению больных и их близких родственников.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Новости

ФАПы празднуют новоселье

25 новых модульных фельдшерско-акушерских пунктов планируется ввести в эксплуатацию в этом году в Чувашии. В республике уже отметили новоселье в помещении современного образца каждый четвёртый ФАП.

«Каждый четвёртый ФАП в сельской местности мы снесли и сделали современные ФАПы с горячей водой, теплом. Теперь моя задача – снести каждый третий ФАП и построить новый», –

заявил на панельной сессии «Три измерения эффективности здравоохранения» Петербургского международного экономического форума глава Чувашии Михаил Игнатьев.

С 2013 г. в регионе построено 125 современных фельдшерско-акушерских пунктов. По словам М.Игнатьева, в республике также развиваются офисы врача общей практики и высокотехнологичная медицина. Так, число жителей Чувашии, получивших высокотехнологичные медицин-

ские услуги, увеличилось за 10 лет в 7 раз.

Как отметила председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству Гузель Улумбекова, уровень здравоохранения в Чувашии – на пятом месте по эффективности среди 85 субъектов РФ. По её словам, ожидаемая продолжительность жизни в республике – на уровне средней в России.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!



Открытие модульного ФАПа в Цивильском районе Чувашии

Профессор, доктор медицинских наук Ольга Благова и её коллеги по кафедре факультетской терапии № 1 и Факультетской терапевтической клинике им. В.Н.Виноградова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (заведующий кафедрой и директор клиники член-корреспондент РАН Виктор Фомин) выступили с инициативой создания центра по болезням миокарда и перикарда.

Сотрудники кафедры и клиники помогают пациентам с тяжёлыми заболеваниями сердца. Проводят научные исследования, работают над созданием неинвазивных методов диагностики, успешно решают самые сложные проблемы клинической кардиологии, среди которых – диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний миокарда (НКЗМ). О том, для чего необходимо создание центра по болезням миокарда и перикарда, о междисциплинарных научных исследованиях, терапии и трансплантации сердца, экономике инновационной кардиологии рассказывает О.Благова.

Инновационная кардиология: спрос и предложение

Хотелось бы начать с того, что тема НКЗМ органично возникла в отделении кардиологии ФТК, которое всегда занималось полным спектром кардиологических заболеваний. С момента его создания в 1976 г. научной работой руководит профессор Александр Недоступ, многие исследования которого посвящены нарушениям ритма сердца, в том числе поиску их этиологии. На каком-то этапе нас особенно заинтересовала природа «идиопатических» аритмий. Возникла идея исследования иммунных механизмов аритмий (и применения плазмафереза), проведения биопсии миокарда.

Идею проведения биопсии поддержал заведующий кафедрой и директор клиники в 2004–2016 гг. профессор Виталий Сулимов, который не только сразу поверил в необходимость научного поиска в неизведанной области кардиологии, почувствовал перспективность нового направления, но и сделал всё для его реализации: в 2007 г. впервые на Девичьем поле на базе созданного им отделения интервенционной кардиологии организовал и лично проводил эндомиокардиальную биопсию (ЭМБ), привлёк к сотрудничеству лучших морфологов университета.

Последним горячим пожеланием Виталия Андреевича незадолго до смерти было: «Не останавливайтесь!» Его потерю мы с горечью ощущаем каждый день, но и сила его поддержки, энтузиазма, веры в успех, заданная им высокая планка работы и научного поиска, идеи дальнейших исследований остаются с нами. Создание центра по болезням миокарда и перикарда – закономерный итог и продолжение 10-летних поисков. За эти годы у нас сформировались солидные регистры больных с «идиопатическими» аритмиями (более 400 пациентов) и синдромом дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) (более 300), среди которых значительную долю составляют миокардиты, регистры перикардитов (более 50), некомпактного миокарда (более 100), аритмогенной дисплазии правого желудочка (более 50) и др.

Создание такого центра увеличит поток пациентов, поможет им быстрее попасть к нам. Врачи, которые слышат нас на конгрессах, будут рады оперативно направлять к нам больных со всей России. Пациентам с НКЗМ обращаться особенно некуда. «У нас нет перимиокардитного отделения», – типичная форма отказа даже в центральных учреждениях. Биопсию в России выполняют единичные клиники. Сходная ситуация и в Европе. Это связано с объективной сложностью диагностики и лечения,

Проблемы и решения

Вернуть пациенту здоровое сердце

Профессор Ольга БЛАГОВА: Мы готовы к созданию центра по болезням миокарда и перикарда



а фактор времени при НКЗМ очень важен: терапия в начале болезни намного эффективнее, чем позднее.

Биопсия миокарда – способ выяснить природу заболевания

Диагностировать заболевание миокарда очень трудно, даже применяя КТ, МРТ, сцинтиграфию и ЭхоКГ. Для большинства НКЗМ и в первую очередь для миокардитов биопсия миокарда остаётся «золотым стандартом» диагностики. По выражению многолетнего директора ФТК Владимира Маколкина, только она позволяет «увидеть кусочек болезни».

Интервенционные кардиологи не очень любят этот метод, потому что он сопряжён с определённым напряжением и риском. Биотом через сосуды подводится к стенке сердца, и под рентгенологическим контролем щипцами забирается кусочек миокарда около 1 мм. Важнейшим звеном является анализ биоптата. Морфологическое исследование проводит заведующий кафедрой

патологической анатомии им. А.И.Струкова профессор Евгения Коган. Качество её заключений – на самом высоком уровне. С первых процедур проводится ПЦР-диагностика вирусной инфекции, с 2015 г. – иммуногистохимическое исследование. О малой информативности ЭМБ говорят обычно лишь те специалисты, которые не имеют возможности её выполнять.

Наконец, необходимы клиницисты, которые знают, что дальше делать с пациентом, которому поставлен диагноз. В России так сложилось, что биопсия чаще

миокарда, что позволяет диагностировать миокардит без применения биопсии. Это важный научный результат. Практический выход был тоже совершенно конкретный: мы начали лечить такие аритмии противовоспалительными средствами, и это дало результат. Либо аритмии уходили, либо мы гасили активность миокардита, что позволяло направить больного на операцию. Если оперировать активный миокардит, эффекта не будет. Нередко мы видим: пациенты сначала попадают к хирургам, им проводят радиочастотную

стоит в том, чтобы не опоздать и не поторопиться, уловить тот момент, когда иного выхода нет.

Трансплантация сердца или терапия?

Законодательных проблем трансплантации сердца взрослым нет, но мы стремимся избежать операции. Почему? Приведу пример: молодой человек, которому грозила пересадка сердца, фракция выброса – 20%. Мы поставили диагноз миокардита, начали активное лечение – сегодня функциональные воз-

выполняется в кардиохирургических стационарах, вопрос медикаментозного лечения остаётся открытым. Мы считаем оптимальным для пациента вариантом выполнение ЭМБ в терапевтической клинике. Мы разработали уточнённые критерии отбора на биопсию, прямую ориентированные на дальнейшее лечение, и с успехом их применяем.

Удалось

найти критерии, по которым можно ставить диагноз «миокардит». Сегодня такая установка в мире, что если вы диагноз миокардита не подтвердили с помощью биопсии миокарда, то не имеете права его лечить. В результате миокардит в России не лечат совсем, либо поздно или недостаточно агрессивно. Проблема в том, что само лечение очень непростое – иммуносупрессивная терапия имеет свои побочные эффекты, врач хочет быть уверен в диагнозе. Разработанный нами алгоритм неинвазивной диагностики миокардита решает эту задачу, когда нет возможности сделать ЭМБ. Должна быть разумная, взвешенная смелость в работе с такими больными – отказ от лечения миокардита губителен для многих из них.

Когда мы начали делать биопсии миокарда, то уже по первым 20 больным получили полный спектр причин идиопатических аритмий. Стали сопоставлять данные с неинвазивными методами и нашли критерии латентных миокардитов, в частности антитела к различным структурам

абляцию (РЧА), но не получают результата и задумываются: а чем же пациент болеет? Почему у молодого человека такая частая и упорная экстрасистолия? И направлять к нам исключать миокардит. Хирурги тоже поняли, что идиопатической аритмии не бывает – за ней всегда что-то стоит. Правильный путь – сначала ставить диагноз и лечить, потом направлять на хирургию.

Вслед за аритмическими пришли наиболее тяжёлые пациенты – с синдромом ДКМП, который часто обусловлен всё тем же миокардитом. Это молодые, трудоспособные люди, у которых увеличилось сердце, заметно упала его сократимость. Как правило, первый метод лечения, который им предлагают, – это пересадка сердца. Мы делаем биопсию, видим активный процесс (миокардит) и лечим его. Пациенты не становятся полностью здоровыми, но при

возможности его сердца на очень приличном уровне, он возвращается к значительным нагрузкам. Если бы он сразу пошёл в центр Шумакова, ему бы сделали эту операцию, не очень разбираясь с причинами болезни (это не задача хирургов). Но пациент не выходит здоровым после такой операции. Он, можно сказать, на всю жизнь остаётся под большим колпаком: с определённой периодичностью приезжает и делает ЭМБ с целью диагностики реакции отторжения. Получает очень недешёвые иммуносупрессивные и противовирусные препараты.

Возможны осложнения и в самом трансплантированном сердце (васкулопатия, аритмии), а также инфекции и опухоли. Чтобы их регулярно отслеживать, приходится повторять коронарографию, КТ, МРТ, проводить баллонную ангиопластику и т.д. Если посчитать затраты – экономический эффект от нашего

СПРАВКА «МГ».

Ольга Владимировна Благова с 1999 г. работает в отделении кардиологии ФТК, где прошла путь от клинического ординатора до профессора. Ведёт учебную, лечебную работу и консультативный приём пациентов. Автор более 200 научных работ, соавтор 4 монографий, Национального руководства по кардиологии, Российских рекомендаций по диагностике и лечению мерцательной аритмии, учебника «Внутренние болезни», работ по истории ФТК. С 2008 г. – учёный секретарь кафедры. Основные направления лечебной и научной работы: нарушения ритма сердца, комплексная клинико-морфологическая диагностика НКЗМ, разработка подходов к базисной иммуносупрессивной и противовирусной терапии миокардитов и перикардитов. Является членом Европейского и Российского кардиологических обществ, Всероссийского научного общества аритмологов, рабочей группы Европейского общества кардиологов по болезням миокарда и перикарда.

условии приёма препаратов нередко возвращаются к нормальной жизни, работе. Задача нашей диагностики и лечения – максимально увести больных от трансплантации. Но если мы видим, что возможности исчерпаны, стараемся своевременно направлять их в Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова. Практически ни разу нам не отказали. Большинство пациентов успешно прооперированы. Сложность со-

лечения несомненный. И это только если говорить о больном, избежавшем трансплантации. А если посчитать, кто просто умер бы, не получив адекватного лечения, то в масштабах страны наши диагностика и лечение дают очень большую выгоду для экономики.

Экономика инновационной кардиологии

Какой может быть экономическая поддержка? Пока мы видим только один путь – включить

диагностику и лечение НКЗМ в высокотехнологичную медицинскую помощь. Не говорю здесь об имплантации устройств и РЧА, которые проводят по квотам в нашей клинике. Вероятно, вопрос должен решаться на уровне Минздрава России, фонда ОМС. Мы готовы выступить с инициативой, обосновать включение обследования и лечения этих больных в ВМП. Статус первого в России центра по болезням миокарда и перикарда здесь также может быть полезен.

Мы понимаем, что для создания такого центра необходимы финансирование и организационные усилия, но надеюсь, что поток пациентов позволит окупить затраты. Нам бы также очень хотелось, чтобы в Российско-японском центре визуализации сердца была внедрена МРТ: без неё говорить о визуализации сердца сегодня несерьёзно. Болезни миокарда – именно та область, в которой возможности МРТ наиболее востребованы. Если томограф будет закуплен для центра, у него будет целевое назначение – кардиология.

Генерируем идеи, которые находят поддержку в мире

Важно отметить, что мы практически ни в чём не уступаем, а в чём-то и опережаем европейских коллег. Например, по инициативе сотрудника отдела лучевой диагностики Нины Гагариной мы стали использовать при НКЗМ мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с контрастированием. Оказалось, её эффективность практически не уступает МРТ, причём данные МСКТ мы напрямую сопоставили с ЭМБ, чего в мире никто не делал. Когда мы доложили об этом на Европейском конгрессе 2013 г., наши данные не вызвали активного интереса, но в 2016 г. появилась целая серия работ европейских и японских коллег на эту тему. Все поняли, что МСКТ – отличный метод, особенно когда нельзя выполнить МРТ (более 30% больных с ДКМП имплантированы устройства). Мы одновременно можем оценить состояние миокарда, коронарных сосудов, исключить тромбоз в сердце и в лёгочных артериях – это очень выгодно и с экономической точки зрения.

Прогнозируем ответ на иммуносупрессивную терапию

Есть у нас разработки и по иммуносупрессивной терапии миокардита. С Е.Коган мы уже установили чёткую корреляцию уровня toll-like рецепторов, маркеров врождённого иммунитета, с активностью миокардита – теперь совместно с сотрудниками иммунологической лаборатории мы надеемся начать определение их уровня в крови, прогнозировать ответ на лечение; технологически это возможно. Ещё одна острая тема – возможность иммуносупрессивной терапии у вирус-позитивных больных. Считается, что если в миокарде найден вирус, то такая терапия противопоказана. Мы глубоко уверены, что это не всегда так, и хотим максимально эффективно лечить пациентов. Вирус может запускать иммунные реакции, не менее значимые для течения миокардита, чем сам вирус, и лечить надо и то, и другое. Спорим на эту тему с европейскими коллегами, пытаемся их убедить своими данными и недавно получили подтверждение

своей правоты от специалистов из Клиники Шарите.

Наметилась также перспектива улучшения диагностики перикардита, который А.Недоступ очень точно назвал «пасынком кардиологии». Наши кардиохирурги поддержали идею проведения торакоскопической биопсии перикарда, которую в России никто не выполняет. Надеемся, что удастся провести обучение кардиохирургов в одном из центров Европы с последующим внедрением метода в УКБ № 1. Наш опыт нозологической диагностики при перикардитах весьма успешен, однако возможности прямой биопсии (и лечебных торакоскопических вмешательств при рецидивирующих перикардитах) просто невозможно переоценить.

За выздоровление пациента бьёмся до последнего

Наши данные по этиологии идиопатических аритмий и синдрома ДКМП, по сочетаниям генетических и воспалительных заболеваний миокарда очень интересны с точки зрения фундаментальной науки. Всегда считалось, что если вы поставили диагноз генетической болезни сердца, миокардита уже не будет. На самом деле они друг друга очень любят, и в генетически неполноценном миокарде миокардит возникает легче, способствуя ускоренной реализации аномальной генетической программы.

На ежегодном Российском конгрессе кардиологов мы на протяжении 5 лет формируем программу 7 разноплановых симпозиумов по НКЗМ, наши работы принимаются на всех крупных европейских конгрессах, есть публикации в европейских журналах. Мы приняли участие в Парижском конгрессе по сердечной недостаточности 29 апреля – 2 мая, а в августе 2017 г. пройдёт Европейский кардиологический конгресс – там будут представлены наши работы. Недавно дал предварительное согласие на участие в Российском конгрессе кардиологов автор наиболее значимых исследований в области миокардитов профессор Римского университета Андреа Фрустачи – наше предложение приехать в Санкт-Петербург в октябре 2017 г. показалось ему интересным.

Научная составляющая обязательно присутствует в нашей повседневной работе. Я всегда говорю своим аспирантам, что можно эффективно заниматься лечением ИБС и гипертонии, не будучи учёным, но заниматься болезнями миокарда и не быть при этом учёным нельзя. Такова эта область кардиологии – она требует очень глубокого освоения современных научных достижений, постоянного осмысления собственного опыта. Здесь мало доказательств и высока цена экспертного мнения. Однако главный научный и практический результат нашей работы – пациенты, которые приходят с направлением на пересадку сердца, и мы ставим их на ноги. За нашими больными ухаживают даже не жёны и не дети, а мамы, которые более здоровы, чем они. Вернуть такому пациенту здоровое сердце – главный результат, за который мы бьёмся до последнего.

Записала
Наталья ЛИТВИНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Ситуация

Есть ли будущее у беби-боксов?

В Госдуме обсудили правовой статус мест для анонимного оставления детей

В настоящее время в разных городах нашей страны открыты несколько десятков специально оборудованных мест для анонимного оставления детей (беби-боксы). Их правовой статус стал предметом дискуссии за «круглым столом» в Государственной Думе Федерального Собрания РФ.

Неизвестный «родственник» – анонимная мать

Итак, если мать не хочет воспитывать новорождённого, она может оставить его в местах (точнее, в выдвижных ящиках), чёткое правовое регулирование работы которых в российском законодательстве сегодня отсутствует, требования к безопасности и порядок эксплуатации которых не установлены. А тех, кто «нашёл» новорождённого в «специально оборудованном» для него месте, в любой день и час может ждать встреча с ближайшей «родственницей» малыша – его кровной матерью. Наверное, поэтому законопроект № 133733-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (в части создания мест для анонимного оставления ребёнка) и вызвал острую дискуссию участников «круглого стола», в которой приняли участие депутаты Госдумы РФ, члены Совета Федерации, представители профильных министерств и ведомств, правоохранительных органов.

...Ещё в 2015 г. в Госдуму РФ группой членов Совета Федерации был внесён законопроект, обязывающий организовывать беби-боксы в каждом регионе. Однако уже в июне 2016 г. сенатор Елена Мизулина инициировала проект нового федерального закона – о полном запрете специализированных мест для оставления детей, пояснив, что они провоцируют сомневающийся женщин к оставлению ребёнка. Но в марте 2017 г. ряд депутатов Госдумы внесли на рассмотрение коллег проект закона, предусматривающий наделение региональных органов власти полномочиями по организации беби-боксов.

«Дискуссии ведутся в обществе и идут в нашей фракции, потому что у нас нет однозначного решения. Различные представители «Единой России» настаивают на разных требованиях», – отметил заместитель председателя Госдумы Андрей Исаев. Он выразил надежду, что обсуждение этой проблемы даст возможность выработать сбалансированное решение. Главное, по словам вице-спикера, сохранить жизнь матери и ребёнка.

Один из авторов депутатского законопроекта, Оксана Пушкина, считает, что решение об организации беби-боксов должны принимать регионы. Она уверена, что это разумный выход для спасения жизни младенцев.

Положительно оценила легальную организацию беби-боксов и директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Батышева. Она привела примеры из своей практики, когда оставленных малышей не удавалось спасти. Версию о том, что наличие беби-боксов сможет спровоцировать у женщины отказ от ребёнка, эксперт назвала аб-

сурдом. За годы существования «окон жизни» было спасено 69 детей.

Председатель Комитета Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Тамара Плетнёва от имени своих коллег заявила, что поддержит решение о том, чтобы субъекты Федерации сами определялись по вопросу организации у себя мест для оставления младенцев.



Беби-боксы пока готовы принять малышей...

Позиция Минздрава

Однако в целесообразности сохранения беби-боксов усомнилась директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина. Она отметила, что Министерство здравоохранения РФ не поддерживает проект закона о наделении региональных властей правом устанавливать беби-боксы. По её словам, против законопроекта выступают также Министерство образования, Министерство труда и социальной защиты и Министерство юстиции РФ.

Ранее министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что опыт российских беби-боксов свидетельствует об их низкой востребованности в регионах, кроме того, они могут причинить вред помещённому в них младенцам. «Когда ребёнка опускают в беби-бокс, он оказывается в полной темноте, причём его попадание туда сопровождается пронзительным тонким сигналом», – рассказала глава Минздрава. Министр отметила, что врачи не всегда реагируют незамедлительно на попадание ребёнка в беби-бокс. «И если ребёнок задерживается там по какой-то причине, это тоже чревато. Поэтому риски, конечно, есть», – объяснила В.Скворцова.

По её словам, в прошлом году более 100 тыс. женщин обратились в специальные кабинеты психологической поддержки. Их удалось убедить оставить беременность в 60% случаев. Буквально единицы из них воспользовались беби-боксом.

«Сама проблема не стоит того, чтобы её всем миром так обсуждать. Проблема не в этом, а в том, чтобы женщины не шли на аборт и не отказывались от своих детей в родильных домах», – считает глава Минздрава. По её словам, за последние 3 года в стране на треть сократилось число женщин, которые оставляют своих детей в родильных домах.

Запретить нельзя оставить

«Практика показывает, что, несмотря на опасения противников данной идеи, на протяжении нескольких лет существования «окон жизни» массового анонимного отказа от детей не произошло», – заявил на «круглом столе» старший помощник председателя Следственного комитета России Игорь Комиссаров. Он также добавил, что в ряде регионов, где есть бе-

би-боксы, сократилось количество убийств новорождённых.

Депутат Государственной Думы РФ Светлана Бессараб привела данные статистики ряда опросов: к женщинам, отбывающим тюремный срок за детоубийство, обратились с вопросом, совершили бы они это тяжкое преступление, если бы знали, что ненужного им младенца можно оставить в специализированном месте, где его спасут. Осуждённые говорили, что воспользовались бы беби-боксами.

А председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов предложил избежать термина «беби-бокс» заменив его формулировкой «комната для оставления ребёнка». Отдельное помещение, по его мнению, принесёт меньше стресса для оставленного ребёнка. «Так как спички сами по себе не порождают пожар – беби-боксы не провоцируют отказы», – выразил он своё мнение.

Запрещать беби-боксы нельзя, считает председатель Комитета Госдумы РФ по законодательству и государственному строительству Павел Крашенинников. «Моё личное отношение: если их не будет, будет больше аборт, – подчеркнул он. – Нельзя аборт запрещать, и нужно беби-боксы разрешать. Другое дело, что это необходимо всё регулировать и контролировать», – отметил депутат. – С помощью запретов можно что-то регулировать, но только не семейные отношения. Это моё мнение как человека, который давно занимается семейным правом», – сказал П.Крашенинников.

Представители МВД, Общественной палаты РФ, медицинского сообщества, депутаты региональных парламентов поддержали инициативу по праву субъектов Федерации организовывать места для анонимного оставления детей.

Подводя итоги дискуссии, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Ольга Окунева сообщила, что все высказанные участниками мероприятия позиции и предложения будут учитываться в дальнейшей законодательной работе.

Так что в «запретить нельзя оставить» запятую поставит время. Согласно статистике, из 22 беби-боксов, действовавших в 11 регионах страны, сейчас осталось 15. Всего с 2011 г. через них было получено 34 отказных младенца.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 41 (2071)

Боль в ухе

Федеральные клинические рекомендации

Описание уровней доказательности

Категория доказательности	Источники	Определение
A	Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Большое количество данных	Доказательность основана на результатах хорошо спланированных РКИ, которые предоставляют данные, соответствующие данным в популяции, для которой представлены рекомендации. Категория A требует проведения значительного количества исследований с участием большого количества пациентов
B	Рандомизированные контролируемые исследования. Ограниченное количество данных	Доказательность основана на результатах исследований, включающих вмешательства в ход заболевания (интервенционные исследования), с ограниченным числом участников; на post hoc анализе; анализе подгрупп РКИ или метаанализе РКИ. В целом к категории B относятся данные небольшого количества рандомизированных исследований, небольших по размеру, проведенных с участием популяции, отличающейся от популяции, для которой даются рекомендации, или если результаты указанных исследований в некоторой степени противоречивы
C	Нерандомизированные исследования. Наблюдательные исследования	Доказательность основана на исходах неконтролируемых или нерандомизированных исследований или наблюдательных исследованиях
D	Заключения экспертов	Данная категория применяется только в тех случаях, когда предлагаемые рекомендации представляются обоснованными, но клинической литературы по данному вопросу недостаточно для того, чтобы поместить утверждение в одну из вышеизложенных категорий. Заключение экспертов основано на клиническом опыте или знаниях, которые не соответствуют вышеперечисленным критериям

Настоящие рекомендации включают уровни доказательности, описание которых приведено ниже в таблице.

Определение понятия

Боль в ухе – достаточно часто встречающаяся жалоба. Бывает исключительно интенсивной, нестерпимой. Встречается во всех возрастных группах, особенно распространена у детей. Наиболее частая причина боли в ухе у детей – средний отит.

Дифференциальная диагностика достаточно трудна, особенно сложна у грудных детей, так как единственными её проявлениями могут быть плач и рвота. Врачу необходимо иметь хороший навык отоскопии.

Подходы к шифрованию по кодам МКБ-10

Боль в ухе

ОТОСКОПИЯ

Причина боли установлена и явно визуализируется при отоскопии

Да

Наружный отит
Фурункул НСП
Средний отит
Травма уха
Иностранное тело НСП
Herpes zoster (синдром Ханта)
Баротравма

Нет

Есть

Тубоотит

Заложённость уха

Нет

Осмотр полости рта, фарингоскопия

Причина установлена

Заболевания зубов
Отражённая боль при: тонзиллите, фарингите, злокачественных новообразованиях полости рта и глотки

Нет

Травма уха; закрытая ЧМТ; синдром височно-нижнечелюстного сустава; инфекционный паротит; перихондрит ушной раковины; гигантоклеточный артериит

Схема 1. Общий алгоритм «Боль в ухе»

Группы наиболее вероятных причин болей в ухе

Заболевания наружного уха	Перихондрит ушной раковины (травмы, пирсинг и т.д.); наружный отит (Candida; Aspergillus niger; Pseudomonas aeruginosa; Staph. aureus); фурункул наружного слухового прохода; травмы; злокачественные новообразования; синдром Ханта ¹ ; буллезно-геморрагический мiringит ² (БГМ); серные пробки
Заболевания среднего уха	Тубоотит; баротравма; острый средний отит; хронический средний отит; холестеатома; острый мастоидит
Другие заболевания	Болезни зубов; дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника; синдром височно-нижнечелюстного сустава; эпидемический паротит; гигантоклеточный артериит; лимфаденит шейных лимфоузлов; фарингит; тонзиллит

¹ Синдром Рамсея Ханта – описан в 1917 г. американским неврологом J.R.Hunt (1872-1937); синоним – синдром коленчатого узла – это ганглионит коленчатого узла (узла лицевого нерва, вызываемый вирусом опоясывающего герпеса и проявляющийся болью в узле, часто с иррадиацией в лицо, затылок, шею, высыпаниями в области наружного слухового прохода, барабанной перепонки, иногда на языке и нёбе, поражением лицевого нерва с параличом мимической мускулатуры и преддверноулиткового нерва с головокружением, шумом в ухе и снижением слуха на стороне поражения. Лечение противовирусное.

² Возбудителями БГМ чаще всего являются вирусы, часто гриппа. Появляется сильная боль в ухе, на БП и прилегающих к ней стенках НСП появляются пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым.

Дифференциальная диагностика при боли в ухе

Самая вероятная причина	Средний отит (вирусный или бактериальный) Наружный отит Синдром височно-нижнечелюстного сустава
Наиболее опасные заболевания	Злокачественные новообразования наружного уха Злокачественные новообразования языка, глотки Синдром Ханта Мастоидит Холестеатома
Возможные диагностические ошибки и/или «пропуски»	Иностранное тело наружного слухового прохода Серные пробки Баротравма Болезни зубов, особенно третьих маляров Синдром височно-нижнечелюстного сустава Невралгия тройничного нерва Ранний послеоперационный период после тонзиллэктомии (боль, повреждение височно-нижнечелюстного сустава)
«Маски» или состояние, при котором боль в горле не является основной жалобой	Депрессия – пациент при депрессии может жаловаться на всевозможные болевые ощущения, боль в ухе не самая частая из жалоб, однако обращать внимание на это явления необходимо Инфекции мочевыводящих путей

Жалобы, анамнез и обследование

Жалобы	
Боль	Локализация и иррадиация боли Обстоятельства возникновения боли Характер боли От чего усиливается/ослабевает Какие признаки сопутствуют: снижение слуха; выделения; головокружение; шум в ухе/ушах; изменения на ушной раковине; боль при открывании рта; явления респираторной инфекции
Анамнез	
Вопросы, на которые надо получить ответ:	Где место наибольшей болезненности? Где боль сильнее: в ухе; позади/спереди уха; снизу от уха Болят одно/оба уха Есть боль в горле? Не было ли рвоты? Температура тела нормальная? Есть/были выделения из уха Слух изменился? Принимали антибиотики – пенициллины? Есть аллергия на лекарства? Недавно плавали/ныряли?
Обследование	
Области	Ушная раковина – осмотр, пальпация Лицо и шея – кожа, травмы, лимфоузлы, слюнные железы Височно-нижнечелюстные суставы – осмотр, пальпация перед ушной раковиной и пальпация нижней стенки НСП (мизинцем) при открытом и закрытом рте
Отоскопия	Правильно подобрать воронки: детям до 4 лет – 2,5 мм, взрослым 4-6 мм Правильно оттянуть ушную раковину (взрослым – назад и вверх, детям до 4 лет – назад)

Лабораторная диагностика и дополнительные исследования

Лабораторная диагностика	
Клинический анализ крови	Лабораторные исследования у взрослых требуются редко. У детей – общий анализ крови для выявления признаков интоксикации
Исследование слуха	Тест с шёпотной речью, камертонами, аудиометрия. У маленьких детей – тимпанометрия ³
Микроскопия/посев	Отделяемого при среднем отите – после перфорации барабанной перепонки
При подозрении на опухоль проводят компьютерную томографию или МРТ	

³ Тимпанометрия (импедансометрия) – метод объективного исследования функции среднего уха, степени подвижности барабанной перепонки и проводимости слуховых косточек путём создания вариаций давления воздуха в слуховом канале. Результаты исследования не могут быть использованы для оценки чувствительности слуха (результаты тимпанометрии всегда следует рассматривать в сочетании с данными аудиометрии)

Если диагноз после отоскопии неясен, нужно исключить следующие состояния:

Приложение

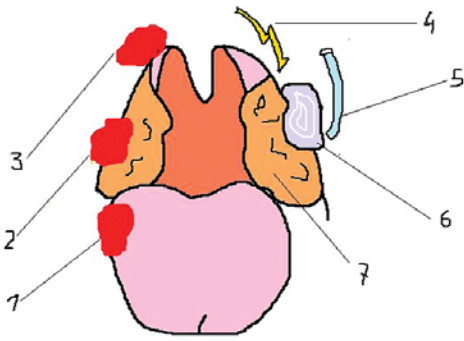


Рис. 1. Отражённая боль в ухе при заболеваниях полости рта и глотки

Злокачественные новообразования: языка – 1, нёбных миндалин – 2, нёба – 3; травмы нёба, слизистой рта – 4; невралгия языкоглоточного нерва – 5; афтозный стоматит – 6; заболевания нёбных миндалин: ангина, паратонзиллярный абсцесс; боль после тонзилэктомии – 7

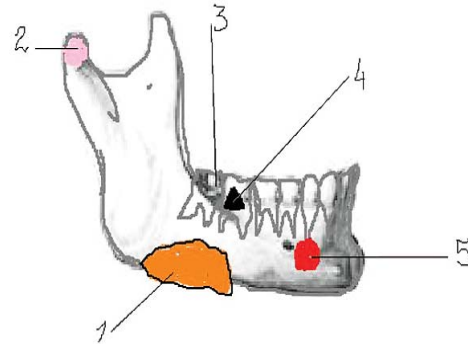


Рис. 2. Отражённая боль в ухе при заболевании нижней челюсти

Злокачественные новообразования кости – 1; заболевания височно-нижнечелюстного сустава – 2; болезни VIII зубов нижней челюсти – 3; кариес – 4; верхушечный периодонтит (гранулёмы и кисты) зубов – 5

Особенности боли в ухе при различных состояниях

Наружный отит	Часто связан с водными видами спорта и отдыха. Лечение в основном местное, эффективно при достаточной проходимости НСП; поэтому необходимо очищение НСП
Фурункул или абсцесс НСП	Воспаление наружного волосяного фолликула, сильная боль при нажатии на ушную раковину у взрослых — отличительный признак для исключения среднего отита. Общее состояние страдает при развитии абсцесса и флегмоны
Серные пробки	При удалении серных пробок особое внимание надо обратить на целостность БП. У детей лучше пользоваться специальными каплями
Инородное тело НСП	Достаточно частая находка. Выбор между промыванием, удалением с помощью зонда/катетера или инструмента. При подозрении на перфорацию БП удаление промыванием противопоказано. Необходима консультация оториноларинголога при невозможности удалить инородное тело
Баротравма	Изменение давления в НСП при закрытой слуховой трубе. Встречаются у аквалангистов и дайверов, иногда после авиаперелётов
Перихондрит ушной раковины	Редко встречается. Часто после травм, пирсинга
Мастоидит	Резкое ухудшение общего состояния, боль и отёк вокруг сосцевидного отростка. Срочно лечение в стационаре
Буллезно-геморрагический менингит	Осложнение вирусной инфекции. Геморрагические высыпания. Не применяются антибиотики
Средний отит	Средний отит – самое частое детское заболевание – требует тщательного лечения. Чаще в холодное время года, сопутствует вирусным инфекциям. Пики заболевания у детей 6-12 месяцев и 6-8 лет. Две трети случаев – возбудитель бактериальный (чаще всего – Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae)

Ситуации, требующие обязательной консультации у специалиста

Неполное выздоровление после ОСО	Возможно, потребуются решение о пластике БП
Инородное тело, не поддающееся извлечению	Неотложная помощь, госпитализация, лор-хирург
Гноетечение после острого среднего отита	Продолжение гноетечения более 3 месяцев
Стойкая тугоухость после отита	Консультация и обследование у сурдолога
Подозрение на мастоидит или другие тяжёлые осложнения	Стационарное лечение, особенно у детей до 5 лет
Рецидивирующий средний отит	Углублённое обследование
Эпитимпанит, холестеатома	Стационарное и/или специализированное лечение
Аномалии строения черепа	Стационарное и/или специализированное лечение

Важная информация для подбора терапии и организации лечения

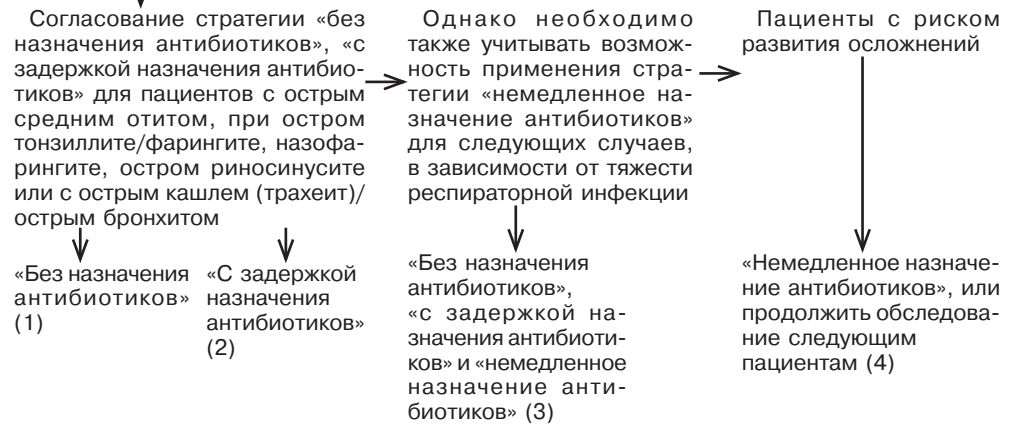
Фактор	Применение информации
Антибиотики следует назначать, применяя принципы трёхступенчатой стратегии подбора – см. приложение, уровень доказательности А	При многих респираторных заболеваниях достаточно симптоматического лечения
Назначение симптоматической терапии вирусной инфекции применяется при наличии симптомов, уровень доказательности А	Применение сосудосуживающих капель без отёка слизистых не оправдано. Эффективность применения Н1-блокаторов не доказана
Препаратами выбора для антибактериальной терапии являются пенициллины (защищённые). Допустимо применение цефалоспоринов и макролидов, уровень доказательности А	Применение антибиотиков зависит от типа возбудителей и оправдано при высоком риске осложнений
Эффективность антибиотикотерапии оценивают в течение первых 48 часов, уровень доказательности С	Если состояние не улучшится через 72 часа, необходимо снова обратиться к врачу
Для купирования болевых ощущений в ухе при отитах более эффективны парацетамол и ибупрофен, уровень доказательности А	Эффективность купирования болевого синдрома у НПВС выше, чем у антибиотикотерапии, их назначение оправдано в самом начале симптоматической терапии

Стратегия трёхступенчатого подхода к назначению антибактериальной терапии при респираторных инфекциях

При первом осмотре пациента в амбулаторной практике, в том числе при обращении за неотложной помощью, проводится комплексная клиническая оценка состояния пациента, в том числе по:

- анамнезу – представленные симптомы, использование самолечения, истории развития болезни, факторы риска, сопутствующие заболевания
- данным обследования, необходимым для установления диагноза

Информированное согласие пациента/законного представителя для проведения вмешательства с выбором стратегии антибактериальной терапии «без назначения антибиотиков», «с задержкой назначения антибиотиков» и «немедленное назначение антибиотиков»



1. Необходимо объяснить пациентам: что при их состоянии антибиотики не нужны сразу, потому что не будет большой разницы в результате лечения, но могут возникнуть побочные эффекты, например диарея, тошнота и сыпь.

2. Необходимо объяснить пациентам: то, что при их состоянии антибиотики не нужны сразу, потому что не будет большой разницы в результате лечения, но могут возникнуть побочные эффекты, например диарея, тошнота и сыпь.

Предупреждаем о том, что при возникновении ухудшения состояния необходима повторная консультация для решения вопроса о назначении антибиотиков.

3. В зависимости от клинической оценки степени тяжести респираторной инфекции рекомендуется «немедленное назначение антибиотиков» для:

- детей младше 2 лет с двусторонним острым средним отитом;
- детей с гноетечением из уха на фоне острого среднего отита;
- пациентов с острой болью в горле/острым тонзиллитом, при наличии трёх или более критериев стрептококкового фарингита (критерии: лихорадка, экссудат на миндалинах, переднешейная лимфоаденопатия, нет кашля).

4. С тяжёлым общим состоянием, высокой интоксикацией:

имеющим симптомы серьёзных заболеваний и/или осложнений: пневмония, мастоидит, паратонзиллярный абсцесс, внутриглазные абсцессы, внутричерепные осложнения (менингит, параорбитальное воспаление);

имеющим высокий риск серьёзных осложнений из-за сопутствующей патологии: серьёзные заболевания сердца, лёгких, почек, печени или нервной системы, снижение иммунитета, муковисцидоз, недоношенные дети до года,

пациенты старше 65 лет с острым кашлем, имеющие два или более признака из нижеприведённого списка, пациенты старше 80 лет с острым кашлем, имеющие один или более признака из нижеперечисленных:

- госпитализации в предыдущем году,
- сахарный диабет 1-го или 2-го типа,
- наличие сердечной недостаточности,
- использование пероральных глюкокортикоидов.

Объясняем всем пациентам:

- примерные средние сроки длительности заболеваний:
 - острый средний отит – 4 дня
 - острый фарингит/острый тонзиллит – 1 неделя
 - острый риносинусит – 2,5 недели
 - острый трахеит/острый бронхит – 3 недели
- даём рекомендации по симптоматической терапии, включая терапию лихорадки (парацетамол, ибупрофен).

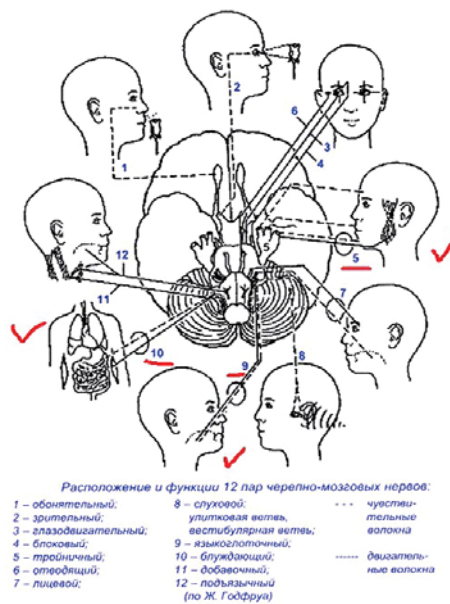


Рис. 3. Исследование функции черепно-мозговых нервов
Вторая ветвь тройничного нерва – V пара; IX и X пары черепных нервов

Под редакцией главного специалиста Минздрава России по семейной медицине (общей врачебной практике) академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений

- БГМ – буллезно-геморрагический менингит
- БП – барабанная перепонка
- ВДП – верхние дыхательные пути
- ГКС – глюкокортикостероиды
- ЛАП – лимфоаденопатия
- МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- НСП – наружный слуховой проход
- ОСО – острый средний отит
- ХСО – хронический средний отит

По прогнозам экспертов ООН, доля людей старше 60 лет увеличится с 2015 по 2025 г. с 24 до 28% в Европе, с 20 до 24% в РФ.

Что уже сделано, что принимается государством и обществом для адекватного решения сложившихся жизненно значимых социальных и медицинских вопросов для старшего поколения в связи с важной проблемой – растущим процессом старения населения Российской Федерации? Как оценивает эти перемены и что возможно сделать завтра – размышляет известный геронтолог, организатор госпитальной государственной и общественной медицины профессор Олег Яковлев после участия в работе II конгресса и очередного съезда геронтологов.

Президентский вектор – путь к долголетию

Важным следствием государственной социальной политики в сфере отечественного здравоохранения стало реформирование отрасли. За последние 7-8 лет достигнуты оптимально возможные в сложной экономической ситуации страны важнейшие демографические показатели: средняя продолжительность жизни увеличилась с 67,6 лет в 2007 г. до 72 в 2016 г. Но если число смертей по всем основным причинам снизилось за 2016 г. на 17,5 тыс., то смертность в старших возрастных группах в общей смертности нарастает: в 2011 г. – 71%, в 2014 г. – 73%, в 2015 г. – 75% (из выступлений министра Вероники Скворцовой на итоговых апрельских коллегиях Минздрава России в 2015 и 2016 гг.). Потребность в длительном уходе за пожилыми увеличивается ежегодно, число этих людей, неспособных более заботиться о себе, к 2050 г. возрастёт в 4 раза – так констатируют эксперты ВОЗ.

Что делает штаб Федерального здравоохранения – министерство?

1. Инициативно, напряжённо, совместно с законодательной властью, с федеральными министерствами и ведомствами Минздрав России участвовал в подготовке и реализации Указа Президента РФ Владимира Путина № 606 от 2012 г. «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» и участвует в эффективном решении задач по увеличению рождаемости, уменьшению детской смертности, увеличению средней продолжительности жизни населения страны. Важный результат – «Русский крест», по выражению академика Ю.Лисицина, изъят из Российской многолетней демографической тенденции – страна перестала вымирать!

2. Геронтологический научно-клинический центр Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова вновь становится Федеральным геронтологическим научно-клиническим центром. Грамотный, активный организатор и учёный-геронтолог, главный геронтолог Москвы назначен директором центра и главным специалистом Минздрава России.

3. Пишется современная концепция развития геронтологической помощи в Российской Федерации, ставшая фундаментом приоритетного направления II: «Обеспечение здоровья людей пожилого возраста» в «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г.», утверждённой председателем Правительства РФ (февраль 2016 г.).

4. Издаётся первый приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «геронтология» (январь 2016 г.).

Обратите внимание на важнейшие положения концепции «Стратегия действий», которые уже реализуются в здравоохранении:

качества жизни людей старшего поколения;

– медицинская помощь пожилым людям должна быть доступна вне зависимости от специализации, а также вне зависимости от технологичности с учётом показаний специалистов и должна оказываться во всех лечебных учреждениях, ориентированных на специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, а пожилой возраст не должен являться поводом для отказа от любого вида медицинской помощи;

– считать новой стратегией развитие геронтологической службы, отвечающей современным требованиям;

сокотехнологичных ангиорентгеноэндоскопических, ортопедо-травматологических и других инновационных методов диагностики и лечения при сердечно-сосудистых, ортопедических, гематологических, урологических и других заболеваниях.

Из истории Российской геронтологии

Ещё в 1994 г. мы с академиком Геннадием Котельниковым побывали в Совете Европы в Страсбурге, затем в штабе ВОЗ в Женеве для согласования пионерских планов в области прикладной геронтологии.

Авторитетное мнение

Первые успехи российской геронтологии и геронтологической геронтологии

О решениях задач, важнейших для старшего поколения, размышляет профессор Олег Яковлев

– создание единой системы профессиональной подготовки специалистов (в том числе психологов и медсестёр и социальных работников по геронтологии и специалистов по уходу) и др.

Автору этой статьи год назад от инфаркта миокарда после появления приступов затянувшейся стенокардии помогли «убежать» специалисты Самарского кардиодиспансера. Они выполнили стентирование 3 коронарных артерий. После кардиореабилитации занимаюсь научными исследованиями в области медицинской реабилитации ветеранов и пишу (по-прежнему по ночам) в «МГ». Так вот, в Самаре инновационные технологии в виде АКШ и стентирования коронарных артерий если в 2005 г. и выполнялись, то это были единичные операции. В 2016 г. выполняется уже около 2 тыс. стентирований только в кардиодиспансере, причём 50% из них при остром коронарном синдроме, и доступны

В рамках впервые созданного Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн (СОКГВВ) с 1996 по 2006 г. функционировал НИИ «Международный центр по проблемам пожилых». Президент ВОЗ нас спросил: «Почему мы назвали НИИ – центр по проблемам, а не по вопросам пожилых. Проблемы – это вопросы, которые практически не решаются». Поэтому в 90-е годы, в период расцвета геронтологии как науки, а геронтологии как новой эры врачевания с введением новой врачебной и научной специальностей, многих проблем не было и вопросы решались. Впервые создали Межведомственный совет РАМН и Минздрава России по геронтологии под председательством профессора Л.Лазебника, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-западного отделения



Ольга Ткачёва, главный специалист по геронтологии Минздрава России



Владимир Шабалин, академик РАН

они пожилым – почти каждому второму. Летальность – 0! Протезирование искусственных суставов уже в 4 клиниках только Самары. И прежде всего нуждаются в этой высокотехнологичной помощи, всем понятно, граждане пожилого возраста.

Буквально за последние годы пожилым россиянам проведены в рамках ОМС сотни тысяч вы-

Сейчас уже в 12 вузах работают кафедры и курсы, на которых последипломную подготовку по геронтологии получили тысячи терапевтов. Но сейчас в эпоху стандартов оказания медицинской помощи, современных клинических протоколов надо перечислять самих преподавателей. Раньше – до сегодняшнего министра – этому вопросу должного внимания не уделялось. Открылись диссертационные советы в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре. Были защищены только по научной специальности «геронтология и геронтология» десятки значимых кандидатских и докторских диссертаций. Тысячи монографий, научных статей, методических пособий и рекомендаций написаны по актуальным геронтологическим темам практически во всех медицинских вузах РФ. Ежегодно проводились международные конференции в Санкт-Петербурге, соорганизатор – главный геронтолог Санкт-Петербурга доцент Э.Пушкова; главный редактор журнала «Клиническая геронтология» профессор П.Воробьёв проводил московские форумы, в Новосибирске директор НИИ терапии СО РАМН М.Воевода – конференции, СамГМУ и НИИ «МЦПП» – международные семинары «Самарские лекции». Им же были изданы первые: «Руководство для врачей по геронтологии», учебник для студентов «Геронтология и геронтология», «Пожилый пациент», даже «Популярная энциклопедия пожилого челове-

геронтологов и геронтологов. Вице-президент РАМН А.Мартынов и заместитель министра здравоохранения РФ академик РАМН В.Стародубов на торжественной церемонии вручения первых премий МС РАМН и Минздрава России в области медицинской геронтологии после вручения наград победителям I Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь ветеранов войн» называли Самару столицей клинической геронтологии и госпитальной медицины. Впервые избирается президентом Европейской ассоциации геронтологов и геронтологов российский учёный – профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ В.Хавинсон.

III съезд геронтологов и геронтологов в Новосибирске в 2012 г. проводился под девизом «Гражданам России – активное долголетие с высоким качеством жизни». Самое важное – съезд поддержал предложенные академиком В.Шабалиным материалы проекта государственной программы «Активное долголетие с высоким качеством жизни». Вместе с председателем исполкома Российской ассоциации геронтологов и геронтологов – координатором проекта В.Купиним – организовали рабочую группу проекта госпрограммы из 130 ведущих учёных РАМН – геронтологов и геронтологов, депутатов Государственной Думы и Совета Федерации, руководителей Министерства труда и занятости,

Как известно, сахарный диабет (СД) представляет собой заболевание, характеризующееся хронической гипергликемией. Данное патологическое состояние обусловлено абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, что приводит к нарушению обмена веществ и развитию патологических изменений в различных органах и тканях. Распространённость СД в мире с каждым годом увеличивается и, по предварительным оценкам экспертов, к 2040 г. составит 642 млн человек. По данным российского национального эпидемиологического исследования (NATION), в РФ у 5,4% населения диагностируется СД, что составляет 8-9 млн человек.

На тканевом и клеточном уровнях

СД приводит к снижению качества жизни, утрате трудоспособности, увеличивает смертность. Так, в общей структуре смертности СД уступает сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Наибольшую опасность представляют хронические (поздние) осложнения СД, обуславливающие высокую смертность и инвалидизацию. Ежегодно вследствие осложнений СД тысячи людей в мире теряют зрение, начинают заместительную почечную терапию и погибают от сердечно-сосудистых заболеваний.

Выделяют две группы сосудистых осложнений СД: диабетические макроангиопатии и микроангиопатии. Диабетическая макроангиопатия – собирательное понятие, объединяющее атеросклеротическое поражение крупных артерий при СД, клинически проявляющееся ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, заболеваниями артерий нижних конечностей. К диабетическим микроангиопатиям относятся повреждения микрососудистого русла: диабетическая ретинопатия и нефропатия.

Основными факторами риска развития сосудистых осложнений СД являются хроническая гипергликемия, нарушения липидного обмена (дислипидемия), артериальная гипертензия, ожирение и курение.

Ключевая роль в развитии поздних осложнений СД принадлежит гипергликемии. Согласно теории M. Brownlee (2001), в результате хронической гипергликемии запускаются биохимические реакции: активируются полиоловый и гексозаминовый пути метаболизма глюкозы, образуются конечные продукты гликозилирования белков, активируется протеинкиназа С. Полиоловый путь характеризуется превращением глюкозы во фруктозу через образование промежуточного продукта – сорбитола.

В ходе данных реакций происходит истощение запасов основных антиоксидантов организма. В то же время вследствие повышенной продукции сорбитола происходит избыточное образование активных форм кислорода, повышается осмотическое давление внутри клеток. Гипергликемия также запускает гексозаминовый путь метаболизма глюкозы, в результате которого синтезируются гликозаминогликаны. Данные вещества связываются с остатками аминокислот в регуляторных белках, приводя к ремоделированию сосудов, снижению синтеза сосудорасширяющих факторов и повышению сосудосуживающих, протромботических факторов. В условиях гипергликемии происходит образование конечных продуктов гликозилирования белков (КПГ). КПГ изменяют структуру белков (коллагена, миеллина, кристаллина) и концентрацию цитокинов, воздействуют на внутриклеточные нуклеиновые кислоты. Гипергликемия запускает каскад реакций, приводящих к активации протеинкиназы С, что вызывает повышение проницаемости сосудистых стенок, склерозирование тканей, нарушение внутриорганной гемодинамики, активацию перекисного окисления липидов.

В результате хронической гипергликемии и описанных выше механизмов метаболизма глюкозы происходит избыточное накопление свободных радикалов. Окислительный стресс нарушает нормальное функционирование эндотелиальных клеток, развиваются ключевым звеном в развитии сосудистых осложнений СД.

АГ значительно ухудшает прогноз: увеличивается частота развития ишемической болезни сердца в 3-5 раз, повышается риск возникновения инсульта в 3-4 раза, полной потери зрения – в 10-20 раз, терминальной стадии почечной недостаточности – в 20-25. Исследование UKPDS показало, что повышенный уровень артериального давления у

ка 600 адипокинов, включающих цитокины, белки, регулирующие сосудистый гемостаз, ангиогенез, метаболизм белков и углеводов. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между массой тела и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний.

Курение также приводит к дисфункции эндотелия, гиперплазии

глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1), ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2).

Уменьшение массы тела вызывают аГПП-1 и иНГЛТ-2, кроме того, данные группы препаратов способны снижать уровень артериального давления (АД) и рекомендованы при сердечно-сосудистых заболеваниях. При наличии сердечной недостаточности предпочтение отдаётся иНГЛТ-2 (эмпаглифлозину). Также необходимо учитывать стадию ХБП: при 1-3а стадии ХБП (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ≥ 45 мл/мин/1,73 м²) рекомендованы иНГЛТ-2, препараты сульфонилмочевины и аГПП-1. При ХБП 3б-5-й стадии (СКФ < 45 мл/мин/1,73 м²) преимущественно назначаются иДПП-4, инсулинотерапия.

Коррекция уровня АД включает в себя нефармакологические и фармакологические методы. Рекомендуются ограничение употребления поваренной соли до 3 г/сут, снижение избыточной массы тела. В зависимости от возраста пациента и наличия ХБП устанавливаются целевые уровни АД.

Так, пациентам в возрасте до 70 лет рекомендуется поддерживать уровень систолического АД в диапазоне от 121 до 140 мм рт.ст., уровень диастолического АД от 71 до 85 мм рт.ст., а в более возрастной группе допускается повышение уровня АД до 150/90 мм рт.ст. Для достижения целевых значений АД, как правило, назначается комплексная антигипертензивная терапия. Препаратами первого выбора в лечении АГ при СД являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов к ангиотензину II, обладающие нефро- и кардиопротективными свойствами. Терапевтические цели лечения диабетической дислипидемии включают в себя снижение уровня ХС менее 4,5 ммоль/л, концентрации ТГ – менее 1,7 ммоль/л, содержания ХС ЛПНП – менее 2,5 ммоль/л. У больных СД с очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний концентрация ХС ЛПНП не должна превышать 1,8 ммоль/л.

Значения ХС ЛПВП рекомендуется поддерживать на уровне более 1 ммоль/л для мужчин и более 1,3 ммоль/л для женщин. Препаратами первого выбора для лечения диабетической дислипидемии являются статины. Многочисленные исследования доказали безопасность и эффективность их применения. Статины необходимо назначать всем пациентам с СД старше 40 лет и более молодым пациентам с многочисленными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При отсутствии эффекта от применения статинов рекомендуется комбинированная терапия с добавлением эзетимиба.

* * *

Таким образом, современная концепция лечения СД предусматривает пациенториентированный подход, который включает в себя не только достижение целевых значений гликемии, но и борьбу с факторами риска осложнений СД с помощью лекарственных средств, в наибольшей степени учитывающих индивидуальные особенности пациента.

Надежда МИЩЕНКО,
аспирант.

Татьяна МАРКОВА,
кандидат медицинских наук,
доцент.

Ашот МКРТУМЯН,
доктор медицинских наук,
профессор,
заведующий кафедрой.

**Кафедра эндокринологии
и диабетологии Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.**

Зайнаб ЭФЕНДИЕВА,
эндокринолог городской
клинической больницы № 52
Департамента
здравоохранения Москвы.

Слово о болезни

Подход, ориентированный на пациента

Современные аспекты профилактики осложнений сахарного диабета



Клиническая вариабельность

Нормализация уровня глюкозы крови приводит к снижению риска развития микро- и макрососудистых осложнений СД. Так, результаты многоцентрового исследования UKPDS продемонстрировали, что интенсивная сахароснижающая терапия достоверно уменьшает частоту развития микроангиопатий на 25%. Снижение уровня гликированного гемоглобина на 1% снижает риск развития инфаркта миокарда на 14%, атеросклероза периферических сосудов – на 43% и инсульта – на 12%.

Особое значение в развитии макрососудистых осложнений СД имеет не только гликемия натощак, но и постприандиальная гликемия (через 2 часа после нагрузки углеводами). Исследование DECODE доказало, что постприандиальная гипергликемия в большей степени, чем тощаковая, влияет на развитие сердечно-сосудистых осложнений и повышает риск смерти от любой причины.

Наряду с гипергликемией артериальная гипертензия (АГ) является одним из ключевых факторов возникновения микро- и макроангиопатий. Патогенез АГ при сахарном диабете 1-го типа (СД1) и сахарном диабете 2-го типа (СД2) различается. В основе развития АГ при СД1 лежит диабетическое поражение почек, при котором повышается концентрация натрия в плазме крови и объём циркулирующей крови. Механизм повышения уровня артериального давления при СД2 связан с инсулинорезистентностью.

Гиперинсулинемия вызывает активацию симпатической нервной системы, повышает активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, стимулирует пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки. Наличие СД и

больных СД2 в большей степени связан с развитием макрососудистых осложнений, чем хроническая гипергликемия.

Не менее важным фактором формирования сосудистых осложнений СД является дислипидемия, при которой выявляется повышение концентраций триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и снижение уровня липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП). У больных СД1 дислипидемия определяется при отсутствии компенсации углеводного обмена. Патогенез дислипидемии при СД2 связан с гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью. Диабетическая дислипидемия, развивающаяся при СД2, характеризуется гипертриглицеридемией, сниженным уровнем ХС ЛПВП и повышенной концентрацией ХС ЛПНП. Каждый компонент диабетической дислипидемии вносит свой вклад в повышение сердечно-сосудистого риска у больных СД, взаимно отягощая его.

Хроническая гипергликемия, АГ и дислипидемия способствуют формированию атеросклеротических изменений стенки сосуда вследствие метаболических изменений, оксидативного стресса, развития эндотелиальной дисфункции, воспаления и нарушения свёртывающей системы крови. Атеросклероз при СД характеризуется более распространённым, диффузным, дистальным поражением сосудов в сравнении с больными без СД, обуславливая повышенный риск развития макроангиопатических осложнений.

К факторам риска развития сосудистых осложнений СД относятся также ожирение и курение. Жировая ткань является источником синтеза ряда факторов, обладающих эндокринным действием. Адипоциты вырабатывают поряд-

стенки сосудов и является одним из факторов прогрессирования микроангиопатических (в большей степени диабетической нефропатии) и макроангиопатических осложнений.

Таким образом, для профилактики развития осложнений СД необходим многофакторный подход, воздействующий на разные звенья патогенеза диабетических микро- и макроангиопатий. Терапевтические цели лечения СД включают в себя достижение компенсации углеводного обмена, нормализацию уровня артериального давления, показатель

Руководство к действию

Согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД», опубликованным в нынешнем году, на первом этапе коррекция гликемии включает в себя модификацию образа жизни, направленную на снижение веса, отказ от курения, расширение физической нагрузки, назначение метформина. При отсутствии достижения целевого уровня HbA1c не позднее чем через 6 месяцев следует интенсифицировать сахароснижающую терапию. Назначается комбинированная сахароснижающая терапия, состоящая из 2-3 препаратов, при необходимости добавляется инсулинотерапия. Целевой уровень гликемии устанавливается индивидуально с учётом возраста, наличия макрососудистых осложнений и риска возникновения гипогликемических состояний. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) не должен превышать 7,5-8% у пожилых пациентов с тяжёлыми сосудистыми осложнениями и высоким риском гипогликемий.

В то же время у молодых пациентов без выраженных осложнений и риска гипогликемий допустимо снижение уровня HbA1c менее 6,5%. Результаты многочисленных исследований доказали, что гипогликемические эпизоды способны повышать риск острых сердечно-сосудистых событий и когнитивных нарушений. Наибольшую опасность представляют гипогликемические состояния у пожилых пациентов.

Таким образом, принимая во внимание последние клинические рекомендации по лечению СД, выбор противодиабетических препаратов зависит не только от эффективности лекарственного средства в плане снижения гликемии, но и от его влияния на гипогликемические состояния, массу тела, сердечно-сосудистую безопасность, хроническую болезнь почек (ХБП). Так, наименьшим риском возникновения гипогликемических состояний обладают ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4), агонисты

Новые подходы

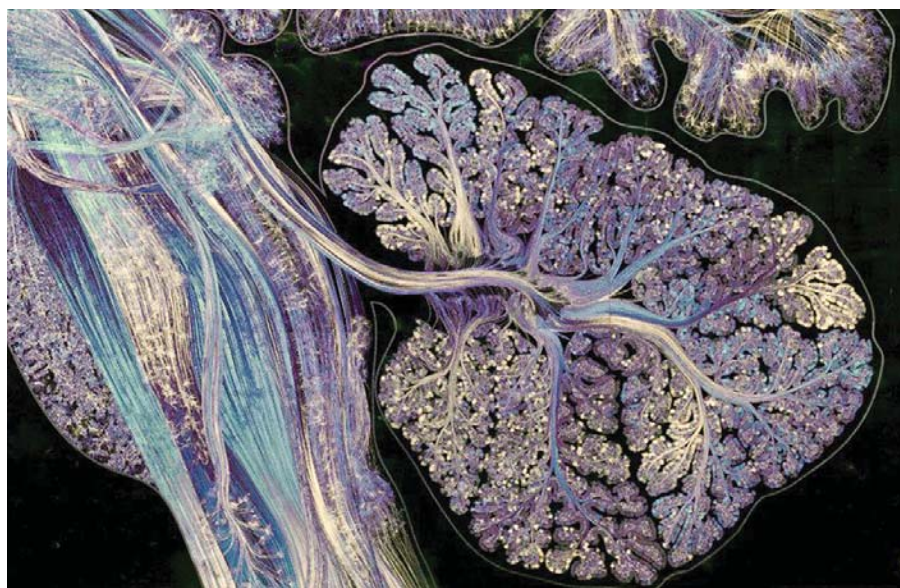
Нейробиологи и специалисты других направлений в качестве хобби ставят диагнозы различных заболеваний, опираясь на картины признанных мастеров. В клинике Майо в городе Рочестер таким образом, опираясь на накопленный за долгие годы опыт, поставили диагноз одного из неврологических синдромов Кристине Олсон.

Интересно, что врачи свою «пациентку» видели только на картине «Мир Кристины» Эндрю Уайета, написанной в 1948 г. Среди других примеров часто приводят Купидона с избыточным весом кисти Караваджо. Такой подход можно использовать в качестве аналогии «продвинутых» нейросетей искусственного интеллекта.

Глубокое знание

Компьютерные программы таких сетей получили название «Глубокое знание», формирующееся благодаря накоплению большого числа примеров – «экземпляров» (врачебного и иного опыта). Сети применяются для распознавания лиц и голосов, химических формул веществ для будущих лекарств фармкомпаний, а также поиска сходных признаков машинной диагностики сложных клинических случаев. Для ускорения процессинга данных в Массачусетском технологическом институте (MIT) предложили новый подход с использованием свето-чипов, что приведёт к повышению быстродействия и эффективности машинного «самообучения».

В Университете штата Огайо в опытах на мышах показали, что даже умеренное сотрясение мозга приводит к варикозному расширению длинных нервных отростков (аксонов) с образованием «узелков» по их ходу. Такого рода изменения «коммуникационных» отростков нервных клеток может лежать в основе пластичности мозга, проявляющейся, в частности, при обучении чтению даже у взрослых людей. Недавно это было показано на примере взрослых индийцев, участвовавших в программе ликвидации неграмотности. Бьют тревогу и американские учителя, у которых 20% детей испытывают трудности при чтении текстов. В том же MIT сотрудники решили «выйти в поле», чтобы обследовать с помощью МРТ изменения в мозгу 6-9-летних детей разного социального статуса в 2 летних школах. Из 65 детей 40 была предложена 6-недельная «интервенция» в виде ежедневных «читок», и МРТ показал у «чтецов» утолщение коры мозга.



Мозжечок (справа) с клетками нашего «позиционирования», слева синие двигательные пути в стволе мозга, страдающие при паркинсонизме, и «золотые», восходящие в большой мозг, несущие сенсорную информацию

Особо выраженным изменениям подверглась кора Сильвиевой борозды и прилегающих её отделов, нейроны которых отвечают за слух и осмысление речи. Мозг детей из семей низкого статуса увеличил толщину в зрительных отделах затылочных долей, а также в коре височных и теменных долей (кора последних считается ассоциативной, то есть «сочетающей» самые разные импульсы). Свою статью учёные назвали «Социоэкономический статус и (нарушения) неспособность к чтению: нейроанатомия пластичности в ответ на интервенцию».

Остаётся отметить, что даже нанопотонным чипам пока ещё далеко до коммуникационных сетей мозга, показывающего не только миниатюрность своих цепей, но и их динамическую «подвижность», проявляющуюся в необычайной пластичности нервных клеток и их отростков, чутко реагирующих на разного рода воздействия – как физические, так и интеллектуальные. Этим творческий мозг человека, да и тех же мышей, пока ко-

ренным образом отличается от всех созданных технологических сетей даже в наноформате.

Недавно компания из новозеландского Окленда по использованию живых нейронов сообщила о том, что клетки свиной помогли 4 людям с болезнью Паркинсона. Каждому из них в одно из полушарий вводили по 40 капсул диаметром 0,5 мм, внутри которых содержались клетки из мозга свиной, вырабатывающих допамин/дофамин, нехватка которого приводит к гибели нейронов, контролирующим движения. Стенки капсул сделаны из альгината, то есть продукта морских водорослей, поры которого пропускают небольшие молекулы нейромедиатора, но не позволяют проникнуть иммунным клеткам человека, отвечающим за отторжение. В ноябре ожидается публикация результатов лечения 18 человек, которым вводили по 120 капсул.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist.

Открытия

Сотрудники Университета Калифорнии (США) сделали новое открытие. Так, по их мнению, у людей с хроническими болями существенно снижаются показатели внимания и памяти, что является прямой предрасположенностью к развитию деменции.

Исходя из этого, учёные предположили, что хроническая боль напрямую связана с патологическими изменениями в головном мозгу. Особенно опасными считаются длительные по характеру и острые боли, которые нарушают процесс консолидации памяти.

Исследователи проанализировали медицинские показатели и истории болезни больше 100 тыс. человек. В их случаях было установлено, что процесс ухудшения памяти и когнитивных способностей происходил на 9,2% быстрее,

Боль навеки

чем у людей, которые не имели в клинической картине хронического болевого синдрома. Отмечается и то, что этиологию такого клинического проявления не принимали во внимание в ходе исследований.

По мнению учёных, такое положение вещей может быть обусловлено несколькими причинами. Основной предрасполагающей является активное употребление обезболивающих на основе опиоидных составляющих. Также не последнее место в этом занимает и характер самого болевого синдрома, так как он может кодировать когнитивные функции и некоторые воспоминания.

Следует принять во внимание и то, что хронически текущая острая боль приводит к ухудшению

морального состояния человека. В данном случае активизируются гормоны стресса, что в конечном итоге также может приводить к ухудшению памяти, психического здоровья человека. Все эти факторы в совокупности крайне негативно сказываются на когнитивном статусе человека.

Решения этой проблемы пока что нет, так как отказаться от приёма обезболивающих невозможно в некоторых случаях. Однако можно уменьшить количество принимаемых препаратов, если соблюдать меры профилактики и вести здоровый образ жизни.

Борис БЕРКУТ.

По информации Science Daily.

Иген

Страсти по ДНК

Исследователи из Университета Твенте (Нидерланды) создали стеклянный микрочип, позволяющий существенно ускорить секвенирование (сепарацию и пурификацию) фрагментов ДНК. Такой чип достаточно дешёв. Он поможет разделить ДНК и очистить фрагменты от лишней соли за считанные минуты. Устройство можно использовать как для медицинской диагностики, так и для судебно-медицинской экспертизы.

Традиционный подход подразумевает применение электрического поля к фрагментам ДНК, помещённым в специальный гель. Более крупные фрагменты перемещаются медленнее меньших, таким образом происходит процесс отделения одних фрагментов от других. Недостаток этого метода состоит в

том, что все молекулы двигаются в одну сторону, так как поле имеет единственное направление.

Именно в этой области вели свои изыскания нидерландские учёные. Они решили периодически включать электрическое поле разной магнитуды в двух направлениях, перпендикулярных друг другу, и это успешно сработало.

Для сбора фрагментов ДНК по сторонам квадратного чипа расположено множество микроканалов. На самом чипе – резервуар для образца ДНК и электроды. В ходе экспериментов устройству потребовалось всего 2 минуты, чтобы успешно фракционировать фрагменты ДНК, состоявшие из 500-10 000 базовых пар.

Генрих ВЕРНЕР.

По сообщению Science Daily.

Гипотезы

Сальмонеллами – по глиобластоме

Исследователи из Университета Дьюка (США) объявили о разработке нового способа лечения одной из наиболее агрессивных форм рака мозга, глиобластомы, с помощью штаммов сальмонеллы. Эксперименты на крысах показали полный успех новой методики.

Средний срок жизни человека при этом заболевании составляет 15 месяцев, а дольше 5 лет после постановки диагноза выживают только 10% больных. При этом современные методы лечения глиобластомы неэффективны, так как препараты не могут пробиться через гематоэнцефалический барьер. Кроме того, полностью удалить опухоль хирургическим путём практически невозможно, так как глиомы представляют собой опухоли с нечёткими краями, при этом остатки ракового образования порождают новые опухоли.

Инженеры использовали генетически изменённый штамм бактерии Salmonella typhimurium с недостаточным содержанием пурина

– жизненно важного фермента, заставляющего бактерии искать это вещество вовне. Как известно, опухоли являются отличным источником пуринов, поэтому бактерии активно устремляются внутрь новообразований.

При этом они производят два соединения – азурин и P53, программирующие раковые клетки на самоубийство. Тестирование нового метода на крысах с тяжёлыми случаями заболевания показало 20% выживаемости в течение 100 дней, что является эквивалентом 10 лет человека, прожившего с полной ремиссией.

Как пояснил декан школы инженерии Университета Равви Беллаконда, бактерии лишены своей естественной токсичности, а следовательно, не вызывают иммунной реакции. Кроме того, сразу после разрушения опухоли бактерии погибали, фактически уничтожив собственный источник питания.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По сообщению журнала UPI.

Выводы

Чем меньше, тем лучше

Научные сотрудники Оксфордского университета и Лондонского колледжа (Великобритания) провели масштабное исследование и установили, что даже небольшое количество алкоголя может крайне негативно сказаться на работе головного мозга. Информация о результатах этого исследования уже опубликована.

Так, по мнению учёных, даже незначительное, но регулярное употребление спиртных напитков может провоцировать разрушение головного мозга и, как следствие этого, приводить к нарушению когнитивных способностей. Такие выводы были сделаны на основе анамнеза и клинических данных более 550 человек.

Отмечается, что среди добровольцев были как те, кто злоупотребляет алкоголем, так и люди, которые в умеренном количестве употребляли спиртные напитки или исключили их вовсе. По мнению учёных, такое положение вещей обусловлено следующим – при употреблении алкоголя (неважно, в какой дозе) повышается уровень атрофии гиппокампа.

В ходе практических исследований было установлено, что наибольший риск развития таких патологических процессов был у тех людей, которые употребляли около 30 единиц алкоголя в неделю. Однако отмечается и то, что у тех людей, которые употребляли не больше 20 единиц в неделю и это вполне можно считать умеренной дозой, риск развития когнитивных нарушений и разрушения белого вещества был существенно выше, чем у тех, кто вообще не употребляет спиртные напитки.

При проведении практического эксперимента учёные принимали во внимание возраст, личный и семейный анамнез, социальное положение человека и другие факторы, которые могли повлиять на результаты, однако наследственно-причинной связи обнаружено не было. Также в ходе исследований не было установлено фактора, который можно было бы расценивать как положительный для здоровья человека и функционирования головного мозга в частности.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

По информации Deccan Chronicle.

Ситуация

Генетическая «обречённость»

Предрасположенность к простудным заболеваниям может быть вызвана редкой генетической мутацией, которая препятствует нормальной функции белков, обнаруживающих присутствие риновируса в организме. Такое заявление сделали учёные американского Национального института аллергии и инфекционных заболеваний, исследовав случай 5-летней девочки, которая часто болеет простудными заболеваниями.

Первый случай поражения риновирусом был зафиксирован у девочки, когда ей исполнился один год. Одновременно с этим в организме ребёнка начал развиваться вирус гриппа. В результате оба вируса развились настолько, что ребёнка пришлось доставить в стационар, так как она уже практически не могла дышать.

С тех пор девочка была госпитализирована более 15 раз с различными вирусными заболеваниями, включая простуду, грипп и бактериальные пневмонии. Сильная предрасположенность к инфекционным болезням заставила учёных задуматься, что иммунная система ребёнка не функционирует должным образом. Исследуя иммунитет девочки, они секвенировали её геном и обнаружили мутации в гене IFIH1, который участвует в производстве иммунных белков MDA5, помогающих обнаружить присутствие вирусов внутри клетки, а также иницирующих активацию других белков, уничтожающих вирусы.

Как выяснилось, белки MDA5 девочки действительно не могли распознать риновирусы. Это означало, что вирусы могли беспрепятственно размножаться, приводя к тяжёлым заболеваниям. Исследователи обратились к базе

данных, содержащей информацию о геномах более чем 60 тыс. человек, и нашли ещё несколько мутаций, приводящих к дисфункции белков MDA5, хотя эти мутации и возникли крайне редко.

Непонятным оказался тот факт, что большинство людей, обладающих мутирующим геном IFIH1, имели высокую продолжительность жизни (самый ранний возраст смерти человека с такой мутацией составил 81 год). Кроме того, все носители мутагенов оставили здоровое потомство. Исследователи подозревают, что эти люди, возможно, имели другие генетические факторы, которые компенсировали неправильно работающий белок MDA5, или просто не сообщали о частых простудах.

Тем не менее, по мнению исследователей, именно мутации в гене IFIH1 в итоге приводят к серьёзным осложнениям от простуды, особен-

но если заболевание проходит на фоне хронической астмы, ХОБЛ или других проблем со здоровьем. Несмотря на то, что иммунная система девочки с дисфункцией MDA5 перестроилась и начала формировать антитела, способные идентифицировать вирусные атаки, что частично компенсирует дефектный белок, ребёнок ещё долго будет нуждаться в интенсивной терапии. Её генетическая мутация повышает риск только одной, риновирусной, инфекции, но, к сожалению, негативные факторы здоровья увеличивают её восприимчивость к другим респираторным вирусам, включая грипп и ОРВИ.

Однако учёные надеются найти способы активации необходимых белков и вывести ребёнка из группы риска, хотя, по словам самих исследователей, в скором времени ожидать появления таких препаратов не приходится.

Почему бы и нет?

Желание людей рассказывать о себе в соцсетях может иметь важное научное значение. Исследование Северо-восточного Университета (США) доказало, что крупные вспышки гриппа можно прогнозировать при помощи данных из Twitter.

«Гадание» на твитах

В рамках исследования были проанализированы 50 млн твитов, в которых использовались ключевые слова, связанные с гриппом, и геотеги. На основании этих данных и традиционных методов (уровень иммунизации, инкубационный период и пр.) была создана модель вычисления прогноза гриппа с высокой степенью надёжности. Это первая модель, которая прогнозирует очаг распространения и масштаб заболевания с использованием твитов.

Она основана на данных трёх сезонов гриппа в 2014-2016 гг. в США, Италии, Испании и проверена на традиционных системах прогнозирования гриппа, использованных в этих странах. Поразительно, но новый алгоритм смог спрогнозировать на 6 недель раньше пик заболеваемости гриппом и его интенсивность с точностью 70-90%.

В будущем это поможет специалистам здравоохранения принимать решения, когда и где начинать кампании по информированию общественности о методах профилактики гриппа и проводить вакцинацию. Планируется также использовать и другие данные для предсказаний вспышек гриппа, такие как поисковые запросы и онлайн-опросы.

Грани

Опасная диета

Супружеская пара из Бельгии отдалась условным сроком за смерть 7-месячного сына. Приверженцы «здорового питания» кормили малыша растительным молоком, в итоге он скончался от недоедания.

Сообщается, что суд бельгийского города Дендермонд приговорил к 6-месячному условному сроку обоих родителей малыша, который умер от недоедания. Супружескую пару обвиняли в непреднамеренном убийстве.

Трагедия произошла аж в 2014 г., и всё это время длилось следствие и судебное разбирательство. Родители Лукаса владеют магазином «здоровой пищи» и сами являлись приверженцами «веганства», то есть наиболее строгой формы вегетарианства, исключающей любое потребление продуктов животного происхождения. Они на протяжении нескольких месяцев кормили новорождённого ребёнка растительным молоком, приготовленным из смеси овса, гречихи, риса и киноа (хлебная зерновая культура. — прим. ред.), и к 7 месяцам масса тела мальчика составляла всего 4,3 кг.

В итоге родители всё-таки обеспокоились состоянием сына и обратились к врачу-гомеопату, который убедил их немедленно вызвать «скорую». Ребёнок скончался по пути в больницу. По данным медиков, смерть наступила от недоедания и обезвоживания.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Daily Mail, newsru.com, Reuters, The Journal of Experimental Medicine, BBC, mcgill.ca.

Взгляд

С учётом всех факторов

Успех операций по трансплантации почек зависит от возраста и пола не только пациентов, но и доноров. Причём если у женщин реципиентов с возрастом уменьшается риск отторжения новой почки, то у мужчин наоборот — с возрастом риск увеличивается. Это установили учёные из Центра здоровья Университета Макгила (Канада), исследовав записи почти 160 тыс. реципиентов почечного трансплантата, зарегистрированных в реестре Научной базы данных реципиентов, которая включает также реципиентов в США.

Учёные обнаружили, что в случае, когда донор — мужчина, женщины всех возрастов значительно хуже принимают новую почку, чем мужчины. Когда донором была женщина, то только женщины-реципиенты в возрасте 15-24 лет хуже

принимали новую почку, нежели мужчины этого же возраста. При этом отмечается, что с возрастом женщины-реципиенты начинают лучше принимать трансплантат, чем взрослеющие мужчины — от 24 лет и старше.

Ведущий автор исследования доктор Бет Фостер предполагает, что это может быть связано с воздействием половых гормонов на иммунную систему. В частности, из исследований, проводившихся вне сферы трансплантологии, известно, что женский половой гормон эстроген стремится активировать иммунную систему, в то время как мужские половые гормоны, такие как тестостерон, как правило, подавляют её, отмечает доктор Фостер.

Этим можно объяснить высокий риск отторжения трансплантата у женщин в возрасте 15-24 лет, на который приходится пик продукции эстрогена.

Однако

Между офтальмологом и психиатром

Привидения и неясные образы, которые человек иногда выхватывает из реальности краем глаза, могут говорить вовсе не о помутнении рассудка, а о помутнении центральной зоны сетчатки и сосудистой оболочки глаза.

По словам британского лазерного хирурга Давида Алламби, видения, из-за которых люди иногда попадают к психиатру, могут быть следствием редкого синдрома Шарля Бонне, при котором на фоне макулярной дегенерации сетчатки большой начинаешь видеть странные галлюцинации. «Возможно, весь сюрреалистический опыт человечества является следствием таких состояний», — пояснил Д.Алламби.

Механизм этого явления кроется

в способности мозга воспроизводить недостающую информацию. Если из-за глаукомы, катаракты и дегенерации жёлтого пятна человек начинает терять периферическое зрение, то, компенсируя недостаток информации, мозг пытается восполнить этот пробел, иногда создавая образы, которые в реальности «здесь и сейчас» не существуют.

Примерно половина людей, страдающих от дегенерации жёлтого пятна (основной причиной слепоты у взрослых), могут в какой-то момент начать видеть странные галлюцинации. Это могут быть простые узоры, сетки, фигуры, цветные точки или яркие, детальные образы. Галлюцинации длятся несколько часов и затем затихают самостоятельно, без применения лекарств.

Ракурс

В Великобритании местная горячая линия, принимающая звонки от подростков, у которых появились мысли о суициде, сообщила, что за последние 5 лет количество таких детей удвоилось. О самоубийстве думают даже те, кто ещё не достиг подросткового возраста — самым юным собеседникам едва исполнилось 10 лет. Постоянное воздействие социальных сетей, беспокойная жизнь дома, домашнее насилие и проблемы в школе — вот основные причины, которые побуждают детей думать о том, что они никому не нужны и лучше бы их не было.

Незавидная женская доля

В 2015-2016 гг. специалисты горячей линии провели более 300 тыс. разговоров. За 12 месяцев почти 20 тыс. детей (5 лет назад их было менее 9 тыс.) позвонили, чтобы получить консультацию или просто пообщаться. В 6 случаях из 7 это были девочки, и чаще всего — девочки в возрасте 12-15 лет. Один 13-летний подросток поделился: «Я чувствую себя никем, я никому не нужен и ничего ни для кого не значу». 15-летняя девочка рассказала: «У меня скоро экзамены, и мы с моей семьёй постоянно об этом спорим. Я не знаю, как с этим справиться, думаю о суициде и уже распланировала, как это сделать. Сейчас я режу себя, и это помогает, но каждый порез получается глубже предыдущих, и

я боюсь, что однажды они станут слишком глубокими».

Эстер Ранцен, директор горячей линии, прокомментировала, что её очень беспокоит количество детей, которые чувствуют себя настолько несчастными, что решают расстаться с жизнью. В своём годовом отчёте специалисты её организации рассказали, что в среднем в день линия принимает более 50 звонков — и 6 из них приходится срочно передавать в службы быстрого реагирования, настолько они пугающие. Э.Ранцен добавила, что взрослым необходимо задуматься о том, почему сейчас дети чувствуют себя настолько одинокими и несчастными, что они вынуждены кричать о помощи.

Ну и ну!

Эффект отражения



Японские учёные пришли к выводу, что при употреблении пищи перед зеркалом аппетит повышается, а еда кажется вкуснее. Это может помочь пожилым людям, которые зачастую едят в одиночестве.

Так, учёные Университета Нагоя (Япония) провели исследование на тему проблем с аппетитом. Ранее уже было известно, что при трапезе в компании других людей еда кажется более вкусной, сейчас решили проверить, даст ли такой же эффект «компания» в виде своего же отражения.

В эксперименте участвовали 16 пенсионеров и 16 молодых людей. Их попросили сначала съесть попкорн в одиночестве, сидя перед стеной, а затем перед зеркалом. Участники эксперимента отмечали, что во время поедания попкорна перед своим отражением он казался им намного вкуснее. Об этом сказали и молодые, и пожилые участники эксперимента.

По мнению учёных, польза от этого открытия может быть в первую очередь для стариков. Они часто едят в одиночестве и испытывают по этому поводу депрессию. Зеркало поможет поддержать аппетит.

В США в своё время было проведено интересное исследование – в течение целого поколения социологи изучали жизнь нескольких тысяч человек для выяснения, какое значение имеет для их здоровья духовная связь с близкими и окружающими. Оказалось, что те, у кого эта связь наиболее крепкая, обладали завидным здоровьем и долго жили в отличие от людей одиноких.

Династию врачей Богиных начал ещё прадед Юрия Николаевича, которого он никогда не видел, но всегда подозревал, глядя на деда и отца, что тот также был умён и привлекателен. Дедушка Юрия Николаевича, Иосиф Александрович, после окончания медицинского факультета университета, стал уездным врачом в городе Егорьевске. Лечить он умел всё – инфекционные болезни у детей и взрослых, бронхиты, принимать роды, амбулаторно оперировать. Когда началась Первая мировая война, принимал активное участие в работе госпиталя, куда свозили раненых. В те времена профессия врача была не менее трудной и ответственной, чем сейчас. Видя, как работает дед, отец Юрия Николаевича, Николай Иосифович, «потянулся» в медицину, поступив в Московский медицинский университет. В 1916 г. после окончания дополнительных курсов ему присвоили специальное звание, и он ушёл добровольцем на фронт. Только с окончанием гражданской войны он в 22 года смог окончить с отличием университет и получить заветный диплом врача. Вскоре он женился на матери Юрия Николаевича, выпускнице женской гимназии.

И тут началась история, напоминающая известный фильм «Офицеры» – Николая, служившего до 1917 г. на стороне царской армии, отправляют в Среднюю Азию «воевать с басмачами». Жена последовала за ним и благодаря природному обаянию смогла расположить к «медицинской» семье многих начальников, в результате чего молодожёнов вернули в Москву. Там Николай быстро стал востребованным врачом. К нему потянулись пациенты, с каждым годом их становилось больше, репутация доктора росла.

И вот 22 апреля 1925 г. в центре Москвы родился Юрий Николаевич. В школе он учился хорошо, но, по собственному признанию, «больше любил гонять мяч во дворе». И даже некоторое время с подачи отца активно занимался спортивной борьбой.

Военные годы

Но вот наступил 1941 г., а за плечами только 9 классов школы, которую из-за начала Великой Отечественной закрыли. Юрий начал трудиться на военном заводе, где делали авиабомбы, параллельно оканчивал 10 класс. Отец в это время работал в подмосковном госпитале и рекомендовал стать сыну вольным слушателем в первом медуниверситете. Потом по повестке из военкомата он отправляется в Киров, где поступает в военно-морскую медицинскую академию, эвакуированную из Ленинграда. С третьего курса курсантов перебрасывают обратно в Ленинград, где все числятся на военном положении и выполняют фельдшерскую работу: делают уколы, вливания, ассистируют на операциях.

Но тут произошло страшное: Юрий стоял на смотровой вышке, когда прогремел взрыв, и молодой курсанта взрывной волной сбросило вниз. Из-за контузии произошла потеря сознания и слуха. Катастрофа? Крест на карьере врача? Но молодой человек учится хорошо, товарищи помогают переписывать лекции, подсказывают ответы, слух по-

степенно восстанавливается, но не до конца. И с этого момента всю жизнь Юрий Николаевич обречён носить слуховой аппарат.

По окончании академии в 1948 г. Юрия направляют служить в Советскую гавань, город-порт в районе Сахалина, старшим врачом авиационного полка. Должность очень ответственная – каждый полётный лист лётчика утверждается командиром части, затем подписывается старшим инженером и старшим врачом, который осматривает пилота перед вылетом. И многое здесь зависит от взаимного доверия лётчика и доктора.

различающихся токов средней частоты вызывал так называемые биения, которые являют собой низкочастотные токи, оказывающие целебное воздействие на организм. Интерференционные токи оказывают не такое сильное действие, как постоянные, поэтому их используют в неврологии при периферических поражениях в подострой стадии процесса. К сожалению, аппарат скоро вышел из строя – встал вопрос о создании отечественного устройства.

Прибор врач использовал для проведения электронаркоза и для выведения камней из моче-

ультразвуковую диагностику и термографию. Врачи старались применять самые эффективные, безвредные и недорогие методы диагностики. Аппарат УЗИ постепенно становился более портативным. За советами стали обращаться специалисты из других клиник, в частности по поводу спортивных травм. Оказалось, что УЗИ отлично справляется с просмотром разрывов сухожилий и мышц.

Однажды Игорь Стулин, молодой специалист и ученик Ю.Богины, пожаловался, что не может сделать пациентке люмбальную пункцию, а сам процесс

Так был внедрён новый метод медицинского обследования. Впоследствии термография хорошо зарекомендовала себя для обнаружения частой причины мужского бесплодия.

Награда нашла героя

В 1988 г. на адрес больницы пришло письмо из Вашингтона: «Уважаемый доктор Ю.Н.Богин! Как пионера ультразвуковой диагностики, просим Вас принять участие в историческом конгрессе по ультразвуку». В конце была приписка: если нет средств поехать за свой счёт, можно бу-

Имена и судьбы

Секрет творческой жизни докторов Богиных

Эта династия может служить достойным примером для современников



Пионер УЗИ

Но вот война закончена, проходит послевоенный период, в армии начались сокращения, благодаря которым Юрию Николаевичу удалось в конце 1956 г. вернуться в Москву и устроиться на работу в терапевтическое отделение ЦКБ № 1 МПС СССР. Нашему герою исполнилось 27 лет, а его руководителю Марии Левитанской – около 70. Через 3 года ему предлагают стать заведующим физиотерапевтическим отделением и дают две комнаты в трёхкомнатной квартире рядом с больницей. Теперь Богин может перевезти к себе семью, которая до этого жила в Ленинграде. В ЦКБ он проработает до 1997 г.

Как-то, зайдя в отделение физиотерапии, Юрий Николаевич обнаружил неиспользуемый австрийский портативный аппарат интерференцтерапии и начал его изучать. Аппарат при «сложении» незначительно

точников. С австрийским аппаратом Богин отправился на тушинский механический завод и попросил помочь сконструировать русский аналог. Вскоре был создан прибор БКБ-62 – с его помощью пациента вводили в состояние наркоза, благодаря чему хирургам сразу удалось сделать несколько удачных операций. Аппаратом заинтересовались коллеги, стали приглашать в гости. Так в Харькове, в неврологической больнице МПС, москвичам показали настоящее чудо – аппарат ультразвуковой диагностики в заводской упаковке, местные врачи просто не знали, что с ним делать. Вскоре аппарат весом около тонны оказался в Москве.

В 1961 г. на базе больницы под руководством Богины была создана одна из первых в стране лабораторий ультразвуковой (биолокационной) диагностики.

«И с тех пор я увлёкся ультразвуком, – вспоминает Юрий Николаевич. – Этот метод удивительный, он имеет неограниченные возможности. И каждый раз было очень радостно придумывать и находить что-то новое». Именно УЗИ – первый этап определения повреждения мягкотканых компонентов, не такой дорогостоящий метод, как МРТ, и очень мобильный.

И боль отступила

Помимо традиционных методов лучевой диагностики, таких как рентгенография и скинтиграфия, в МПС под руководством Ю.Богины стали использовать

очень болезненный. Но, может, с помощью УЗИ получится? Взяли датчик, тонкий металлический штифт. Поставили датчик на позвончик, стержень стали перемещать в разные стороны. Используя линейный датчик, Богин определил среднюю линию на желаемом уровне позвоночника при продольном и поперечном сканировании. С помощью поперечного доступа Юрий Николаевич отметил локализацию остистых отростков позвоночника над и под выбранным местом, и на следующий день в выбранной точке Игорь спокойно сделал пункцию. А ведь до этого при проведении такой процедуры часто возникали осложнения, в Израиле такими осложнениями занималась целая клиника. В США же было принято правило, что анестезиологи обязаны делать люмбальную пункцию только с применением разработанной методики.

Тепловидение

Однажды Ю.Богин увлёкся тепловидением. Если ультразвук определяет морфологические особенности организма, то термография уточняет: идут ли воспалительный и метаболический процессы, рост тканей, функциональные изменения. Термография представляет собой один из методов медицинского исследования, принцип действия которого базируется на преобразовании инфракрасного излучения человеческого тела в электронный импульс.

Комплексное использование УЗИ и термографии оказалось очень эффективным в диагностике опухолей молочных желёз. Обследование проводилось на отечественном аппарате «Тепловизор», позволяющем объективно фокусировать и в динамике наблюдать температуру различных участков поверхности человеческого тела за счёт инфракрасного излучения, испускаемого организмом. На основании большого числа обследований было выявлено, что часто доброкачественные опухоли имеют разницу кожной температуры не выше 1,5°C. Из 26 больных раком молочной железы термографически был дан правильный ответ в 19 случаях.

дет воспользоваться средствами спонсоров конгресса.

Юрий Николаевич написал письмо в Министерство путей сообщения. Ответ, который он получил, был подписан с такой резолюцией: «МИД не рекомендует ехать за счёт принимающей стороны». Так был поставлен крест на участие в конгрессе – откуда у него тогда могли быть несколько тысяч долларов, чтобы добраться до США, пробить там неделю и вернуться обратно?

К счастью, в тот момент в Вашингтоне оказалась сотрудница академика Святослава Фёдорова. Она и привезла учёному диплом и награду. В США Богины присвоили звание пионера ультразвука WFUMB и FIUM. У Юрия Николаевича, как ветерана ВОВ, наград много, но особенно дороги две: это всемирное почётное звание и письменное поздравление Президента РФ Владимира Путина с 90-летием.

Соблюдая два правила

Юрий Николаевич всё время что-то пишет, придумывает, считает. Хотя ему уже 92 года! Он очень благодарен своей жене, тоже врачу, Лидии Александровне за поддержку и вдохновение. Отсчитывая десятый десяток прожитых лет, он продолжает научную работу, ведёт свой сайт и даёт медицинские консультации. Под руководством Богины было защищено 6 кандидатских диссертаций, получено много патентов на изобретения. Он считает, что в любой профессии можно быть счастливым, если соблюдать самые простые вещи: избегать вредных привычек, быть умеренным во всём, интересоваться происходящим вокруг и любить своих близких. Когда пионера УЗИ спрашивают, в чём секрет его долголетия, он отвечает так: «Секрета, конечно, никакого нет. Просто всю жизнь я соблюдал два правила: знал чувство меры во всех своих желаниях и пристрастиях и старался заниматься по жизни тем, что мне интересно и ново».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

В институт я пробилась с первого захода. Была ли у меня со школьных лет тяга к медицине? Не думаю. Скорее, казалось общее образование. Да и родители упорно вдалбливали мысль о востребованности врача всегда и везде. Это уже в годы студенчества меня всё больше стала занимать профессия, к которой шла.

Малосостоявшаяся

И кем только не видела себя в будущем! Прослушав курс микробиологии, надумала непременно пойти в науку и работать над созданием новых вакцин. Потом решила стать хирургом и обязательно известным, у которого нет отбоя от больных. То видела себя мчащейся в самолёте в тундру, где ожидалась сложная роды...

Мечты мечтами, они как перистые облака, то всплывают, то стелются неожиданно рассеиваются. А реальная жизнь намного прозаичнее. Она-то и привела меня по окончании института в кресло участкового врача одной из московских поликлиник. Многие сокурсники в ту пору даже позабывали: «В глуши по крайней мере прозябать не будешь...» Было это невеста когда. Тридцать пять? Нет, уже почти сорок лет назад.

С однокурсниками своими не часто доводится встречаться. У каждого свои дела и заботы. Знаю, многие высоко шагнули. Николай Р. давно в профессорах ходит, слышала, метит в членкоры академии. Милена Р. живёт в Милане (надо же, такое звучит!) и проявила себя там высококлассным организатором кардиохирургической службы. Ирина Н. – главный врач крупной московской больницы. Мне на их фоне похвастаться нечем. Как-то во время одной из редких наших традиционных встреч бывший сокурсник даже бросил мне: «Кто бы мог подумать, что ты так засидишься в участковых врачах!» Я и сама себя считала малосостоящейся, а тут ещё больно кольнула эта фраза, в которой сочувствие сквозило с пренебрежением: на большее, мол, неспособной оказалась. И без того тяготило повседневное однообразие обязанностей. Утешало лишь сознание, что кто-то же должен и выполняемую мною работу вести. К тому же отлично понимала, что в силу характера своего я ни публичностью, ни пробивными способностями не обладала.

Двенадцать минут на всё про всё

Со временем вполне прицепилась к своей работе. А когда нам, участковым врачам, денюжка прибавилась – было это, если не ошибаюсь, в начале нового столетия, – и вовсе приободрилась: значит, труд наш ценится. Правда, вскоре и эти добавки перестали быть ощутимыми. Но не об этом речь. Вот только угнетала писанина, которая всё больше на участкового терапевта наваливалась и практически отнимала все 12 минут, по нормативам отведённых на каждого пациента. Элементарный осмотр часто приходилось вести на ходу. Моментами переставала даже ощущать себя врачом. Особенно много времени занимало оформление документов, связанных с получением бесплатных лекарств. Понимаю, это деньги, а они требуют учёта.

А ещё был случай

Между мечтой и реальностью

Исповедь терапевта поликлиники



Да и себя надо подстраховывать от любых проверок. Вот и пишешь, пишешь... В это время, порой, пациент пытается поведать, что его беспокоит. Я вроде всё слышу, но сосредоточиться на его рассказе не могу – обоснование выдачи льготного рецепта полностью владело моим вниманием. Между тем примерно треть моих пациентов – именно те, кто ежемесячно приходит на приём за его получением. Всегда ли это оправдано? Ведь если больной хронический и по оценке врача состояние его стабильное, мне представляется, нет необходимости каждый месяц приходить ему на приём только для получения рецептов на одни и те же лекарства? Может, разумнее выписывать их, скажем, на 3 месяца? Как-то попыталась поделиться своими соображениями с руководством поликлиники, но в ответ услышала «Не положено!» Что ж, не положено, так не положено. Кто я такая, чтобы считаться с моим мнением.

Не надо лишать творчества

Смирилась я и с необходимостью строго придерживаться стандартов лечения, хотя они, как правило, ориентированы на болезнь, а не на больного, состояние которого зависит от многих его индивидуальных особенностей (возраст, иммунитет, душевный настрой). Поневоле вспоминаю своих учителей – таких корифеев отечественной медицины, как академики Е.Тареев, В.Неговский, В.Василенко, прививавших нам, студентам, нестандартный подход к каждому пациенту. А нынче (подозреваю, в какой-то мере из соображений материальных) тенденция иная – лечить всех больных одной и той же основной патологии одинаково. Артериальная гипертензия? Вот тебе 2-3

утверждённых препарата, и, как говорится, иди, гуляй. Хотя даже мой скромный опыт подсказывает: иному пациенту требуется ряд препаратов, стандартами не предусмотренных. Первое время, когда дело касалось человека, имеющего право на льготное приобретение лекарства, пыталась доказывать своим непосредственным руководителям необходимость их назначения. «Вы что, под монастырь нас подвести хотите?» – следовал ответ. Поначалу страдала. Даже закрадывалась мысль обратиться к вышестоящему начальству, а потом себя отсекала: какой я борец? И постепенно пыл души остывал.

Понимаю, исключать стандарты в медицине неразумно. Но мне всегда представлялось, что они должны служить фундаментом, базисом при лечении человека, а не финансовым ограничителем, к тому же ещё лишаящим врача возможности клинически мыслить: диагноз установлен, изволь основываться на трафаретах.

Ох уж эти реорганизации...

Потом пришло новое высокое медицинское руководство, а это неминуемо сопряжено с определёнными реорганизациями. К сожалению, по крайней мере на мой взгляд, состояние нашей службы они не улучшали. Например, мы теперь уже не участковые врачи. Мы – терапевты поликлиники, и посетитель независимо от места жительства обращается по душе врачу, кто больше ему по душе. Вроде бы это не лишено логики. Человек вправе сам выбирать себе лечащего доктора. Но при этом сбрасывается со счетов, что участковый врач, нередко годами наблюдавший за больным, умел уловить малейшие изменения в состоянии его здоровья. А с «новичками» труднее. По крайней мере ко мне приходят и прихо-

дят новые пациенты. И как за те же отведённые на каждого 12 минут понять, что с ним. Даже анамнез за это время по-человечески не соберёшь. К тому же у меня никакой я вижу в первый и последний раз и что в последующее своё посещение поликлиники он не предпочтёт другого терапевта. Уже не говорю о том, что нас отстранили от домашних вызовов (впрочем, к этому я ещё вернусь).

А вот что хорошо, так это то, что нас снабдили компьютерной техникой и научили ею пользоваться. Теперь терапевт может имеющуюся информацию о пациенте черпать из интернета и, в свою очередь, вносить туда свои наблюдения о нём. Сомнений нет, современная медицинская помощь немаловажна без единой базы данных. Но опять же палка о двух концах. Врачу, чтобы войти в сеть и найти интересующую его информацию, требуется время. Я лично в её поисках судорожно нажимаю на клавиши компьютера (может, опыта ещё маловато!), сожалею, что этот процесс отнимает у меня те же драгоценные 12 минут, отведённые на непосредственное общение с больным. И ловлю себя на мысли, что больше общаюсь с интернетом, чем с посетителем. Мало того, что встречаю его, обращаясь к компьютеру, так ещё и провожаю, запрашивая всё у той же машины выписки на получение, предположим, необходимых пациенту справок или направлений на анализы. А медсестёр, работавших вместе с участковыми врачами и бравших на себя немалую часть нашей «писанины» (повторно прошу извинить меня за этот вульгаризм), у нас отняли. Большинство из них сейчас работают в компьютерных центрах. Там пациентам на основании отпечатанных терапевтом запросов подбирают время, когда ему предстоит пройти назначен-

ные врачом исследования или быть принятыми «узким» специалистом. Там же выписывают запрашиваемые им документы. Не возьму в толк, насколько оправдан весь этот дубляж. Усложнилась и выписка рецепта на лекарства. Нынче врач с соответствующей записью в амбулаторной карте вынужден обращаться в специальный кабинет, где другие медицинские сёстры наберут текст рецепта в компьютерном варианте. Снова двойная работа. Не слишком ли мы увлеклись техникой? Да и болит душа за наших сестричек. Занятых, главным образом, компьютерными наборами, они теряют свою медицинскую квалификацию.

Забывтая преемственность

Ощутимо со всеми реорганизациями в амбулаторной службе (по крайней мере опять же на мой взгляд) пострадала помощь больному на дому. Её, с ликвидацией системы участковой, оказывают врачи из бригады, обслуживающей несколько поликлиник. Как рассказывают пациенты, нагрузка таких врачей велика, и не всегда им удаётся посетить больного в день вызова. При этом они вечно торопятся, даже артериальное давление больному не всегда измеряют. Чаще прямо с порога зададут несколько трафаретных вопросов, сопровождаемых парой банальных советов, добавив, что у них впереди ещё очень много вызовов. И след их простыл. Тут уж наверняка можно сказать, что пациент, который нуждался в помощи врача, больше того, кто его посетил, не увидит. И преемственность с поликлиникой, где больной на учёте, во всяком случае, по моим наблюдениям, не осуществляется. Видимо, это считается теперь излишней роскошью. Вычеркнуты из жизни и активные визиты, которые были неотъемлемой частью работы участкового врача. В прошлом ушли также стационары на дому к лежачим больным. Между тем только в этих условиях поликлинический терапевт имел возможность по-настоящему причаститься к клинике заболевания. Да и у участкового врача хватало времени не только на активные визиты, но и на стационары на дому, особенно в период, спокойный от вспышки гриппа.

* * *

P.S. Сама удивляюсь, что подвигло меня на все эти откровения. Я, к беде своей, как уже отмечала, не тот человек, который умеет отстаивать свои убеждения. Верно, права мои бывшие сокурсники, записав меня в неудачницы. И всё же вот выплеснула, что наболело. Может кто-то прочтёт и хоть задумается над соображениями терапевта поликлиники почти с 40-летним стажем.

Согласилась на эту публикацию в профессиональной газете с условием, что ни моя фамилия, ни поликлиника, в которой работаю, названы не будут. Пусть исповедь прозвучит в знакомой рубрике «А ещё был случай», ведь в конечном счёте изложила своё личное видение того, чем занимаюсь, и, может, это пригодится моим коллегам.

Исповедь бывшего участкового врача Татьяны Ш. записала Марина МЕЛКОНЯН, вконт. корп. «МГ».

Москва.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегия – Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-05-00202 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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