Медицинская газета®

21 октября 2016 г.
пятница
№ 80 (7700)

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

Ориентиры

К стоматологу спешат на переменке

В Абакане детям успешно лечат зубы «без отрыва от учёбы»

У зубных врачей в школах Хакасии сегодня работы особенно много

В столице Республики Хакасия Абакане – в самом разгаре реализация проекта «Школьная стоматология». На днях здесь начал принимать пациентов кабинет зубного врача, оборудованный на базе Республиканской национальной гимназии. Это уже второй школьный стоматологический кабинет, открытый в городе.

Первыми возможность лечить зубы «без отрыва от учёбы» получили учащиеся школы № 26. Задумка себя оправдала: за год работы кабинета за медицинской помощью к стоматологу обратились 370 детей, то есть каждый третий ученик школы.

В Министерстве здравоохранения республики подчёркивают, что лечение зубов проводится с применением обезболивающих препаратов и современных пломбировочных материалов. Все медицинские услуги школярам оказываются бесплатно в рамках обязательного медицинского страхования.

Стремясь повысить доступность стоматологической помощи детскому населению Абакана, региональный Минздрав не только ведёт переговоры с другими школами об открытии зубоврачебных кабинетов, но и рассматривает возможность, чтобы ребята из учебных заведений, расположенных неподалёку от национальной гимназии и школы № 26, также имели возможность пользоваться здесь услугами стоматолога.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Владимир ИВАШКИН,
главный гастроэнтеролог Минздрава России, академик РАН:

Неалкогольная жировая болезнь печени является серьёзным предиктором развития и прогрессирования сахарного диабета 2-го типа и кардиоваскулярной патологии.

Стр. 6

Геннадий СУХИХ,
директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, академик РАН:

Научной основой современного акушерства становятся молекулярная биология и генетика.

Стр. 10-11

Иван АРТЮХОВ,
ректор КрасГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, профессор:

Именно индивидуальный подход в образовании повышает интерес студента к процессу получения знаний.

Стр. 12

Работают мастера

Жизнь начинается снова

По кусочкам собрать разрушенный позвоночник и вернуть, казалось, навсегда парализованным людям способность свободно двигаться… Операции, которые проводят московские хирурги, привлекают внимание коллег со всего мира: ведущие зарубежные специалисты приезжают в столичные клиники с целью ознакомления с работой российских коллег.

Мужчина, 24 года, 2 месяца назад разбился на мотоцикле. Позвонок вдребезги. Без операции он будет прикован к кровати, не сможет даже сидеть. Таким пациентам теперь помогают в городской клинической больнице № 67 Департамента здравоохранения Москвы. Значительный опыт хирургов и современные технологии позволяют делать практически невозможное. Результаты впечатляют как российских коллег, так и мировых ведущих специалистов.

«Подобные операции в мире – большая редкость, а у нас в Италии практически нет даже такого оборудования. Поэтому для меня важно присутствовать здесь, чтобы посмотреть, как российские специалисты будут работать», – отмечает профессор университетской клиники города Катания (Италия) Джузеппе Барбагалло.

Перед сложной операцией хирурги ещё раз обсуждают все детали. Им предстоит установить 10 титановых имплантатов, соединённых пластинами, чтобы придать позвоночнику правильное положение. И здесь нет места для ошибки, самую ответственную часть операции доверяют роботу, где человеческая рука может дрогнуть, стальная машина с ювелирной точностью закрепит сложную конструкцию.

Ход операции выводят на монитор, чтобы его детально увидеть, нужны 3D-очки, как в кинотеатре. Глядя через них, создаётся ощущение, что операцию делаешь сам, только скальпеля в руках не хватает. Хирург видит точно такое же объёмное изображение высокой чёткости, но только не через очки, а через специальный микроскоп.

Примечательно, что хирурги часто сравнивают себя с горными спасателями, которые разбирают завал, чтобы найти живых людей. Так и здесь аккуратно убирают костные отломки, чтобы дать возможность восстановиться неповреждённым нервным клеткам.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

События

Не упустить свой шанс

Более 150 высокотехнологичных операций по направлению «челюстно-лицевая хирургия» выполнили с начала года врачи медицинского центра Дальневосточного федерального университета. Так что они отмечают своеобразный юбилей. В настоящее время здесь ещё есть свободные квоты по этому профилю. И сегодня в клинике готовы принять пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Как напомнили в Департаменте здравоохранения администрации Приморского края, операции по квотам в медицинском центре ДВФУ для пациентов бесплатны. Часть такой медпомощи оказывается за счёт средств федерального бюджета, а часть – за счёт фонда обязательного медицинского страхования.

По словам врачей, на консультацию к специалисту можно попасть по направлению из поликлиник города и края. В медицинском центре университета проводятся практически все виды операций. Здесь готовы помочь всем, кому требуются вмешательства по удалению новообразований головы и шеи, ортогнатическая хирургия, операции при расщелинах верхней губы и нёба, устранение посттравматических деформаций лицевого отдела черепа, травматических патологий челюстно-лицевой области. Некоторые операции, которые выполняют в медицинском центре, единичны и уникальны для Приморского края.

– Например, установка костно-дистракционных аппаратов детям и взрослым, реконструкции обширных дефектов лица сложными реваскуляризированными лоскутами, – поясняет челюстно-лицевой хирург Александр Бочарников. – Для выполнения таких сложных вмешательств необходимо специальное высокотехнологичное оборудование и слаженная работа операционной бригады. Челюстно-лицевая хирургия тесно связана с оториноларингологией, офтальмологией, нейрохирургией. Именно поэтому все эти специалисты входят в состав Центра нейрохирургии и неврологии медицинского центра ДВФУ.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Новости

Как же обуздать туберкулёз?

Всемирная организация здравоохранения призывает страны активнее двигаться в направлении предотвращения угрозы распространения туберкулёза, чтобы достичь 90% сокращения смертности от этого заболевания к 2030 г. Об этом говорится в докладе ВОЗ.

Согласно данным ВОЗ, в минувшем году зафиксировано 10,4 млн случаев заболевания туберкулёзом по всему миру, 60% от общего числа заболевших приходится на 6 стран: Индию, Индонезию, Китай, Нигерию, Пакистан и Южную Африку. В прошлом году в мире от туберкулёза скончалось около 1,8 млн человек. Несмотря на то что с 2000 по 2015 г. в глобальном масштабе уровень смертности от туберкулёза снизился на 22%, заболевание вошло в десятку основных причин гибели людей во всём мире в прошлом году, опередив при этом ВИЧ и малярию.

Отсутствие прогресса в борьбе с туберкулёзом является трагедией для миллионов людей, страдающих этим заболеванием, заявил директор глобальной программы ВОЗ по борьбе с туберкулёзом Марио Равильоне. По его словам, для того, чтобы спасти больше жизней, необходимо получить рекомендованные быстрые тесты на определение наличия заболевания, лекарственные препараты, а также возможность пройти курс лечения нуждающимся в нём.

«Те усилия и инвестиции, которые мы имеем на сегодняшний день, гораздо меньше требуемых. Мир наконец-то начинает осознавать угрозу антимикробной резистентности, самое время ускорить реализацию мер по борьбе с туберкулёзом с множественной устойчивостью к лекарствам», – сообщил он.

По данным ВОЗ, ситуация с распространением туберкулёза с множественной устойчивостью к лекарствам наиболее обострена в Индии, Китае и России – в этих странах зарегистрирована почти половина всех случаев заболевания.

В докладе ВОЗ также отмечается необходимость увеличения финансирования борьбы с этой болезнью. В 2016 г. государствам на эти цели требовалось 8,3 млрд долл. Для разработки новых лекарств и методик по борьбе с туберкулёзом ежегодно требуется ещё как минимум 1 млрд.

«Необходимо общее объединение усилий, или страны продолжат отставать в борьбе с этой смертельной эпидемией, и мы упустим осуществление этих амбициозных планов», – заявила генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен, представляя ежегодный доклад организации о ситуации с туберкулёзом в мире.

Алина КРАУЗЕ.

Чтобы руки были чистыми

Всемирный день чистых рук, решение о ежегодном проведении которого принято Генеральной Ассамблеей ООН совместно с детским фондом ЮНИСЕФ и ВОЗ, недавно дружно и весело встретили воспитанники детского сада № 44 Омска. Он прошёл под наблюдением врачей из детской городской больницы № 4 и областного Центра медицинской профилактики. Дети слушали в игровом зале увлекательный рассказ «волшебников в белых халатах» о том, что если они не хотят болеть, то надо чаще мыть руки…

Как отметила заведующая отделением Центра медицинской профилактики Гюльнара Нематова, очень важно обучать детей с раннего возраста приёмам личной гигиены. Ведь больше половины заболеваний передаётся через грязные руки. Сейчас начинается эпидсезон, и нужно помнить о том, что не только кишечные инфекции, но и острые респираторные заболевания могут таиться на грязных руках.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Осеннее обострение конкуренции

Конкуренция бывает разной. Среди страховых медицинских организаций она принимает в последнее время, можно сказать, неприличные формы. Страховая медицинская организация России ОАО «РОСНО-МС» на примере поступающих обращений граждан предупреждает в специально распространённом сообщении – не дайте себя обмануть!

«За последние несколько дней к нам поступают предложения заменить ранее выбранную ими страховую компанию «РОСНО-МС» на другую. Как выясняется, назойливые «представители СМО» приводили самые разнообразные аргументы для необходимости неотложного переоформления ими полиса и предлагали самые разнообразные способы: от личного визита в квартиру до прибытия группы сотрудников на предприятие или в организацию.

«Ни один из аргументов, для чего необходимо переоформлять полис, не выдерживает никакой критики и является банальным обманом доверчивых граждан», – комментирует ситуацию директор Департамента клиентского сервиса и маркетинга этой компании Анна Макашова.

При этом все обратившиеся граждане, застрахованные в СМО, не испытывают никаких трудностей при обращении в медицинские учреждения за получением бесплатной медицинской помощи по полису ОМС. Они самостоятельно сделали выбор и никаких нареканий к качеству работы страховщиков не имеют. В качестве примера приводится одно из письменных заявлений, поступивших в московскую штаб-квартиру компании. Застрахованная гражданка указала буквально следующее: «Сегодня, представившись сотрудниками одной из страховых компаний, в наш посёлок приехали какие-то люди. Сказали, что полисы, выданные страховой компанией, в которой я застрахована, нужно продлевать, но продлить они их могут только своей печатью. Позвонив в страховую компанию РОСНО-МС, где я уже много лет застрахована со своей семьёй и не раз обращалась за консультациями и помощью, убедилась, что нас вводят в заблуждение».

Подобное осеннее обострение конкурентной борьбы связано, скорее всего, с тем, что, согласно Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», граждане имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации. А сделать это можно один раз в год – до 1 ноября текущего года (за исключением случаев смены места жительства).

Алексей ПИМШИН.

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

Тенденции

Для «скорой» — новые скорости

Оперативная медицина должна быть также качественной

Губернатор Томской области Сергей Жвачкин передал врачам учреждений здравоохранения региона ключи от новых автомобилей скорой помощи. В этот раз автопарк областной медицинской службы пополнился сразу 11 машинами, среди которых один реанимобиль марки «форд» и 10 «скорых» «газелей» и «УАЗов».

Губернаторское напутствие томским медикам

Для региональной станции скорой медицинской помощи предназначены 7 автомашин, остальные будут служить в томской городской детской больнице № 1, Бакчарской, Зырянской и Колпашевской центральных районных больницах.

– Медицина в необходимых случаях должна быть оперативной и качественной. И работа службы скорой помощи в этом смысле – весьма знаковая, – подчеркнул С.Жвачкин.

Новые автомобили «скорой» готовы в дорогу

Глава региона вручил руководителям медицинских учреждений ещё 20 сертификатов на получение новых машин, которые должны поступить в область до конца года. А всего за 3 последних года правительство Томской области приобрело для больниц 107 автомобилей «скорой».

Елена ЮРИНА.
МИА Cito!

Томск.

Деловые встречи

Семейная медицина на деле

Она всё активнее приходит в регионы

В клинико-диагностическом центре Тульской областной клинической больницы состоялась научно-практическая конференция «Современные технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний в общей врачебной практике (семейной медицине)». В работе форума приняли участие академики и члены-корреспонденты РАН и РАЕН, ведущие научные сотрудники Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, а также главные специалисты Министерства здравоохранения Тульской области.

Даже в перерывах на конференции было чем заняться

Открывая конференцию, главный специалист общей врачебной практики Минздрава Тульской области, врач высшей категории Зинаида Лебедь напомнила, что институт врача общей практики в области и стране только развивается. У практикующих докторов, равно как и у населения, возникает немало вопросов. В связи с этим З.Лебедь призвала врачей к активному обсуждению заявленных тем и обмену накопленным опытом. Говоря об основных задачах врача общей практики, она, в частности, подчеркнула: суть их работы сводится к осуществлению комплексного подхода в оказании первичной медико-санитарной помощи; к умению скоординированно проводить мероприятия по своевременной диагностике, лечению, профилактике, паллиативной, социальной помощи и реабилитации населения.

Разнообразная тематика заявленных на форуме докладов, активность участников форума свидетельствовали о заинтересованности врачей в широком обсуждении актуальных вопросов. На конференции, в частности, говорили о современных методах лечения артериальной гипертензии у пожилых, актуальных аспектах терапии ОРВИ и гриппа, обсуждали современные подходы к лечению диабетической полинейропатии.

Заместитель министра – директор Департамента здравоохранения Министерства здравоохранения Тульской области Татьяна Сёмина отметила абсолютную заинтересованность врачей в развитии семейной медицины, а также их стремление быть в курсе основных тенденций отечественного здравоохранения. Состоявшаяся конференция – прямое тому подтверждение.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Тульская область.

Решения

Под строгим контролем следствия

Председатель Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин поручил коллегам уделять особое внимание уголовным делам и материалам проверок по сообщениям о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

По словам главы СК РФ, на личных приёмах россияне регулярно обращаются к нему за помощью из-за врачебных ошибок. Открывая в Пскове оперативное совещание с руководителями следственных органов Северо-Западного федерального округа, А.Бастрыкин призвал коллег не оставлять без внимания такие случаи. И на днях СК РФ сообщил о двух делах в отношении врачей, которые А.Бастрыкин взял под личный контроль.

Так, следственными органами по Владимирской области продолжается расследование уголовного дела, принятого к производству из органов внутренних дел 25 июля 2016 г., в рамках которого тщательно оцениваются обстоятельства и качество оказания медицинской помощи пациентке Анне Б. Эта трагическая история произошла в областном перинатальном центре 10 июня 2016 г. После родоразрешения врачи констатировали у 32-летней женщины осложнение состояния здоровья, в связи с чем ей была проведена операция. После оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях Владимирской области пациентка в состоянии комы переведена в Москву в Гематологический научный центр Минздрава России, где находилась до 13 октября 2016 г. под наблюдением специалистов. Для продолжения профильного лечения Анна переведена в город Химки Московской области в Федеральный клинический центр высоких медицинский технологий Федерального медико-биологического агентства. Несмотря на принятые комплексные меры по спасению жизни роженицы, организм пациентки не выдержал, ночью 14 октября 2016 г. врачи констатировали её смерть.

В октябре 2016 г. супруг Анны обратился к председателю Следственного комитета РФ А.Бастрыкину через социальные сети, попросив обратить внимание на ненадлежащее оказание помощи его жене в лечебных учреждениях Владимирской области. По указанию председателя СК РФ руководитель регионального Следственного управления незамедлительно принял мужчину и приобщил к материалам уголовного дела представленные им сведения.

Сегодня действия подозреваемых следствие квалифицирует по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения должностным лицом своих профессиональных обязанностей). Ещё одно такое дело расследуется СК РФ по Рязанской области по факту ненадлежащего оказания медицинских услуг 21-летней местной жительнице.

По данным следствия, 29 сентября 2016 г. в городской роддом № 2 Рязани поступила роженица. Спустя несколько часов дежурный врач установил отсутствие сердцебиения плода. Супруг пострадавшей женщины недавно обратился к председателю СКР, сообщив, что в течение нескольких часов никто из врачей к роженице не подходил.

В настоящее время проводятся следственные действия, направленные на установление всех обстоятельств произошедшего. Назначена судебно-медицинская экспертиза, исследуется медицинская документация, допрашивается персонал роддома. По результатам расследования будет дана окончательная оценка деятельности медицинских сотрудников роддома по определению ими тактики и методов родовспоможения и принятию мер к предотвращению негативных последствий результатов родов. Подчёркивается, что ход расследования уголовного дела находится на особом контроле председателя Следственного комитета РФ.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Cito!

Москва.

Назначения

Новое начальство в Росздравнадзоре

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение № 2154-р от 13.10.2016 о назначении Дмитрия Юрьевича ПАВЛЮКОВА заместителем руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

До этого назначения Дмитрий Павлюков занимал пост в.и.о. руководителя территориального органа Росздравнадзора по Москве и Московской области.

Соб. инф.

У наших соседей

Последнее слово остаётся за государством

Парламент Азербайджана принял законопроект, предусматривающий запрет на продажу лекарств по цене, отличающейся от установленной государством. За продажи препаратов по ценам, отличным от установленных, будет накладываться штраф.

На пленарном заседании парламента Азербайджана был принят проект изменений к закону «О лекарственных препаратах», согласно которому за продажу и импорт лекарственных средств, не прошедших госрегистрацию, а также производство, продажу и импорт поддельных лекарств должностные лица будут оштрафованы на 1,5-2 тыс. манатов (от 60 тыс. руб.), юридические лица – на 5-7 тыс. (от 200 тыс. до 275 тыс. руб.).

Также, согласно проекту, производители лекарств будут обязаны предъявлять в органы исполнительной власти необходимую информацию, декларацию и отчёт с целью регулирования цен на прошедшие госрегистрацию препараты. Продажа препаратов без регистрации цены или по цене, не утверждённой государством, будет караться штрафом до 5 тыс. манатов (200 тыс. руб.).

За необоснованный отказ от регистрации лекарственных средств и регулирования их цен к должностным лицам будет применяться штраф в размере 500-800 манатов (до 30 тыс. руб.), штраф в размере 9 тыс. манатов (около 350 тыс. руб.) – за повторное правонарушение.

Примечательно, что в нашей стране существуют аналогичные проблемы. Президент РФ Владимир Путин на совещании с правительством особо подчеркнул, что при госзакупках лекарств фиксируются случаи сильного, «в разы», завышения цен. В связи с этим помимо Минздрава России и ФАС этим вопросом должны заняться спецслужбы, уделив особое внимание не только фармпроизводителям и оптовикам, но и ответственным за регулирование рынка чиновникам.

Валентин СТАРОСТИН.
По информации report.az

Перспективы

ОМС: расходы равны доходам

Мэр Москвы Сергей Собянин внёс на рассмотрение Мосгордумы проект бюджета Московского городского фонда обязательного медицинского страхования (МГФОМС) на 2017 г. и плановый период 2018-2019 гг. Предполагается, что в будущем году доходы и расходы МГФОМС превысят 211 млрд руб.

Ежегодные трансферты из бюджета Москвы в 2017-2019 гг. будут составлять 25 млрд 793 млн 33 тыс. руб., из которых на дополнительное финансирование базовой программы ОМС в столице ежегодно предусмотрено по 20 млрд 748 млн 747 тыс., а на оплату медпомощи гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС, – по 5 млрд 44 млн 286 тыс.

Согласно проекту, межбюджетные трансферты из фондов ОМС других регионов на оплату медицинской помощи, оказанной в Москве застрахованным в других регионах лицам, составят в 2017 г. 17 млрд 864 млн 110 тыс., в 2018-2019 гг. – по 19 млрд 257 млн 520 тыс. ежегодно.

Отмечается, что расходная часть бюджета будет равна доходам фонда.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Cito!

Москва.

Криминал

Врача застрелили на приёме

Как сообщили в Главном следственном управлении Следственного комитета по Красноярскому краю, вечером в больнице Норильска произошёл трагический случай.

28-летний пациент после приёма в поликлинике вернулся в кабинет с пистолетом и застрелил 35-летнюю женщину-врача.

Спустя 2 часа он был задержан. Подозреваемый пояснил, что был недоволен качеством лечения. Сейчас мужчине назначена психолого-психиатрическая экспертиза, которая установит его вменяемость на момент совершения преступления.

В настоящее время опрашиваются свидетели и очевидцы преступления. Оперативники также ищут оружие, из которого был совершён выстрел.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Cito!

Москва.

Подписка-2017

Продолжается подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России в разгаре подписная кампания.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017».

Для быстрого оформления достаточно указать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие;
42797 – на год.

Физические лица могут подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: **mg.podpiska@mail.ru** или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва, 129110**.

Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgzt.ru**

Форум «Россия – спортивная держава» был учреждён в соответствии с Указом Президента РФ в июле 2009 г., вскоре в целях расширения межнационального спортивного сотрудничества он получил статус международного. Впервые он был проведён в Казани, столице Татарстана. В этом году местом проведения форума стала Владимирская область, куда на днях в туристическо-курортный комплекс съехалось свыше 3 тыс. участников этого мероприятия из различных регионов РФ и стран зарубежья. В числе делегатов были Президент РФ Владимир Путин, министр спорта РФ Виталий Мутко, губернатор Владимирской области Светлана Орлова, члены Правительства РФ, депутаты Государственной Думы, представители Международного олимпийского комитета, ведущие спортсмены, руководители национальных и зарубежных спортивных федераций.

В центре внимания

Россия – спортивная держава

А значит, ориентирующаяся на укрепление здоровья нации

Так сложилось, что в день открытия форума наш президент находился с официальным визитом в Турции. В кулуарах высказывались даже мнения, что из-за крайней занятости международными проблемами он не сможет присутствовать на этом мероприятии. Однако уже на следующий день после полудня спортивный и энергичный президент под аплодисменты выступил перед участниками форума.

В начальной части своего доклада В.Путин сказал: «Настоящий спорт не имеет границ и национальностей. Он вне политики и направлен исключительно на созидание и объединение. Россия всегда готова активно участвовать в международной кооперации, в том числе по совершенствованию общего правового поля. Недавно мы присоединились к конвенции Совета Европы против манипулирования спортивными соревнованиями. Сейчас наша страна содействует разработке новой европейской конвенции о предотвращении насилия и асоциального поведения зрителей во время спортивных мероприятий».

Подводя итоги Олимпийских игр в Рио-де-Жанейро, Владимир Путин отметил, что выступление российской сборной было достойным. Наши спортсмены не только продемонстрировали силу духа, но и смогли преодолеть предвзятое к ним отношение. В то же время Президент обратил внимание, что допинговая проблема возникла во многом из-за просчёта российских спортивных ведомств. Работа антидопинговых структур должна быть откорректирована, но и международная система противодействия этому злу должна стать прозрачной.

«Мы видим сейчас, сколько разрешений по так называемым медицинским показателям получают те или иные спортсмены. Наверное, это так, я не буду

Владимир Путин померился силой на открытии форума

сейчас ставить это под сомнение. Но нужно понять, что с этим делать. Иначе мы можем столкнуться с тем, что в ближайшее время все рекорды и победы будут только за людьми, которые страдают, скажем, какими-то хроническими заболеваниями. Ясно, что должны быть защищены и эти спортсмены, но всем нам нужно понять, что с этим делать. Может, как-то в особую категорию их выделять, особым образом считать их заслуги, очки и секунды, достижения. Я не знаю пока, у меня нет ответа, но то, что над этим нужно подумать, это совершенно очевидно», – резонно заметил В.Путин.

На форуме были представлены все аспекты современного спорта, начиная от юношеского до спорта высоких достижений. Естественно меня как врача больше всего интересовали вопросы, связанные с медициной. Ей были посвящены ряд впечатляющих экспозиций.

Значительный интерес вызвала выставка, на которой были представлены лучшие образцы литературы о спортивной медицине. Продемонстрированные здесь книги и журналы полезны не только спортивным врачам, но и представителям иных направлений медицины. Ведь спортивная медицина – это не узкоспециализированная область знаний. В её компетенцию входят и общие медицинские вопросы, и проблемы лечения, оздоровительные работы, способствующие развитию науки о здоровом человеке и резервах его организма.

Поскольку владимирцы стали гостеприимными хозяевами форума, естественно они были достаточно широко представлены на этом празднике спорта и здорового образа жизни. Приветствуя делегатов и участников, губернатор Владимирской области Светлана Орлова сказала: «Торжественное великолепие знаменитых белокаменных храмов и монастырей XII века, бессмертные фрески гениального художника Андрея Рублёва, многовековая история, которая не единожды свидетельствовала о крепости духа, дружбе и величайшей ответственности многонационального народа за судьбу своего Отечества – всё это приметы нашего края. Мы горды тем, что получили право проведения VI Международного спортивного форума «Россия – спортивная держава» и благодарны Президенту России за высокое доверие, которое он оказал нашей области, приняв решение о проведении такого грандиозного спортивного мероприятия в нашем регионе».

Практическим подтверждением идей форума стала Международная научно-практическая конференция «Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» и массовый спорт в системе здорового образа жизни», проведённая во Владимирском государственном университете.

Во время заседания были подняты вопросы о применении физиологических методов, способствующих сохранению и укреплению здоровья нации. Физическая культура и спорт являются основными составляющими сохранения здоровья и снижения заболеваемости каждого человека. А в особенности это касается участников образовательного процесса – студентов и школьников. Своими знаниями в области спортивной медицины поделились ведущие специалисты в данной области.

На специально оборудованном стенде, под руководством заведующей кафедрой теоретических и медико-биологических основ физической культуры Владимирского университета профессора Тамары Батоцыреновой, с помощью аппаратно-программного комплекса каждый желающий с учётом возраста мог оценить своё функциональное состояние по результатам математического анализа ритма сердца.

В заседании «круглого стола» на тему «Культура здорового образа жизни: опыт регионов Российской Федерации по внедрению ГТО и информационно-пропагандистское обеспечение комплекса ГТО» приняли участие вице-президент общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» Николай Кононов, ректор Рязанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Роман Калинин, который лично выступил с докладом о внедрении комплекса ГТО в руководимом им медицинском вузе.

А закончить свой отчёт о форуме «Россия – спортивная держава» мне хотелось бы словами энтузиаста здорового образа жизни академика Николая Амосова:

«В большинстве болезней виновата не природа, не общество, а сам человек. Чтобы быть здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Движение – лучшее лекарство, но ни одно лекарство в мире не заменит действия движения».

Марк ФУРМАН,
внешт. корр. «МГ»,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Владимир.

Решения

Терапевты по ранжиру

В России составлен первый рейтинг терапевтов. Об этом сообщила заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец на пресс-конференции, посвящённой его презентации. В него вошли 500 участковых врачей, продемонстрировавших наилучшие объективные показатели работы. По мнению вице-премьера, такие рейтинги позволяют людям узнать, к кому обращаться за медицинской помощью, и будут способствовать повышению её качества.

«Впервые за всю историю РФ удалось представить населению рейтинг терапевтов. У докторов, которые работают в одной поликлинике, в одних условиях, совершенно разные показатели. Чтобы понять, кто справляется с задачами здравоохранения, а кто – нет, были проанализированы реальные результаты работы каждого участка. Сегодня мы имеем базу объективных результатов», – заявила О.Голодец.

Методика составления рейтинга была разработана отечественными специалистами, в том числе из Института организации здравоохранения и информатизации. Были учтены результаты работы 46 665 участковых терапевтов и врачей общей практики из городских поликлиник, на их участках обслуживаются свыше 80 млн пациентов.

Всего в рейтинг вошли 500 врачей, среди которых 21 врач из Москвы, 21 – из Подмосковья, 27 – из Краснодарского края, 23 – из Кемеровской области, 22 – из Ростовской, 19 – из Республики Татарстан, из Санкт-Петербурга, Красноярского края, Новосибирской области, Хабаровского края лучшими признаны по 18 терапевтов. С полным списком лучших врачей вскоре можно будет ознакомиться на сайте Министерства здравоохранения РФ.

«Когда мы говорим о том, что человек в системе ОМС может обращаться к любому врачу, прикрепляться к любому врачу, то очень важно при этом понимать, у какого специалиста какие результаты. Сегодня мы имеем объективную базу этих результатов», – сказала вице-премьер, уточнив, что для некоторых категорий врачей будет составлен отдельный рейтинг.

«Из рейтинга были исключены нетипичные участки, например есть поликлиники, которые обслуживают студентов. Для этих категорий будет составлен отдельный рейтинг, и мы сопоставим участковых врачей, которые обслуживают или очень молодое или, наоборот, очень пожилое население, по отдельным критериям, потому что здоровье человека тесно коррелирует с его возрастом. Здесь нет также педиатров, не учтено детское население», – пояснила вице-премьер.

О.Голодец также коснулась вопросов оплаты труда и заявила, что в соответствии с «майскими указами» Президента РФ средства на повышение зарплат медикам предусмотрены в бюджете РФ вплоть до 2019 г. в полном объёме.

Примечательно, что в минувшем году Министерство здравоохранения РФ составило рейтинг эффективности работы первичного звена системы здравоохранения. По результатам мониторинга было установлено, что самые эффективные участки действуют в поликлиниках 14 субъектов РФ.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Показать товар лицом

Минпромторг открыл проектный офис по продвижению продукции российского фармпрома

В рамках демонстрации результатов российских разработок, полученных в ходе реализации Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу», Минпромторг России запустил программу продвижения в формате проектного офиса.

Есть надежда, что вскоре прилавки наших аптек заполнятся ещё более разнообразной продукцией отечественных фармацевтических компаний

Основная задача программы – помощь российским разработчикам в анализе рынка, оценке перспективности и патентоспособности инновационных разработок, технологических возможностей и экономического потенциала для их масштабирования.

В настоящее время формируется список разработок, которые будут представлены экспертам из научного и бизнес-сообщества, регуляторных органов для оценки инвестиционного потенциала. За первые дни работы офиса заинтересованность в участии в проекте проявили более 20 отечественных компаний-разработчиков.

Впервые о проекте заявил заместитель руководителя Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Алексей Алёхин в рамках форума «Биотехмед», который прошёл в конце сентября в Геленджике. «У нас порядка 300 проектов прошли финансирование по «Фарме-2020». В части тех проектов, которые были профинансированы, мы сейчас запускаем новую программу, которая позволит нам отобрать наиболее перспективные», – отметил он. Представитель Минпромторга пояснил, что эти разработки будут представлены вниманию венчурных фондов, институтов развития, которые могли бы включиться в работу по дальнейшему их масштабированию и продвижению на рынок.

В рамках первого этапа программы объём поддержки фармпромышленности составил 19,5 млрд руб., из них более 14 млрд – на инновационные проекты. Реализуется более 50 проектов в области биотехнологий, на их развитие государство выделило около 5 млрд руб. Итоги работы проектного офиса будут подведены в конце декабря 2016 г.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Кстати

Без участия государства

По оценкам экспертов, к 2020 г. объём отечественного фармрынка достигнет 1,5 трлн руб. в год. К этому времени отечественные фармацевтические и медицинские компании будут обладать значительным объёмом разработок в области лекарственных средств, включая препараты, находящиеся на поздних стадиях клинических исследований, а также разработок в области медизделий.

Коммерциализация этих результатов позволит отечественным производителям инвестировать в процесс разработки новых инновационных лекарственных средств и медицинских изделий собственные средства без участия государства. В результате в стране будет запущен рыночный механизм разработки инновационной продукции в фармацевтической промышленности.

Ирина АНДРЕЕВА.
МИА Cito!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Вехи

Некогда почивать на лаврах

Омской областной детской клинической больнице исполнилось 80 лет. Крупнейшее не только в Прииртышье, но и в Западной Сибири, это лечебно-профилактическое учреждение оснащено самым современным медицинским оборудованием и соответствует высоким стандартам.

В структуре клиники непривычные всем отделения – специализированные центры: онкогематологический, эндокринологический, токсикологический, реанимационно-консультативный, хирургии новорождённых, муковисцидоза, детского церебрального паралича, эпилептологический, патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии, амбулаторной хирургии. Базируются здесь и 3 клинические кафедры Омского государственного медицинского университета, да и в штате самой ОДКБ научно-практической деятельностью занимаются 2 доктора медицинских наук и 10 врачей со степенью кандидатов наук. Впрочем, и их коллеги, как говорится, не лыком шиты: всё специалисты имеют сертификаты, а почти половина из них и вторую врачебную специальность. Клиника лицензирована на 84 вида медицинской деятельности и на 6 – высокотехнологичной помощи детям. Медики и среднего и высшего медицинского звеньев работать здесь почитают за высокую честь.

– Почивать на лаврах мы не собираемся, – сказал корреспонденту «Медицинской газеты» главный врач больницы Марат Адырбаев. – Сейчас, например, мы вплотную занялись развитием таких служб нашей клиники, как анестезиология и реанимация, лучевая диагностика. Совершенствуем высокотехнологичные виды медицинской помощи детям. Продолжаем внедрение в практику нашей деятельности современных информационных технологий. Телемедицины, например.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Акценты

Лекарства и рост бедности

Здравоохранение не перестаёт тревожить наших сограждан

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные опроса о том, какие проблемы более всего беспокоят россиян в масштабах страны. Как отмечает руководитель проекта ВЦИОМ Юлия Баскакова, «низкие зарплаты (15%) и экономические трудности (14%) по-прежнему возглавляют рейтинг проблем страны». В число проблем, тревожащих граждан, вошло также здравоохранение (12%). При этом под проблемами здравоохранения опрошенные, прежде всего, подразумевали дороговизну лекарств в аптеках. Особенно это стало насущным для пенсионеров, лиц с низким достатком.

В связи с поступающими запросами пресс-служба Минздрава России обращает внимание на то, что лекарственное обеспечение в условиях скорой помощи, стационаров и дневных стационаров обеспечивается из системы ОМС бесплатно для всех застрахованных в полном необходимом объёме. Более того, объёмы медицинской помощи населению, включая государственные гарантии по лекарственному обеспечению, не только не уменьшаются, а увеличиваются.

В амбулаторных условиях более 15 млн граждан из льготных категорий в настоящее время получают лекарства бесплатно на сумму более 150 млрд руб. Одновременно с этим более 13 млн граждан, которые имеют право на получение льгот по лекарственному обеспечению, получают денежную компенсацию.

Кроме того, в текущем году бюджетам регионов выделено 48,8 млрд руб. на лекарственное обеспечение граждан.

Перечень жизненно важных препаратов только за последние 2 года расширен почти на 100 международных непатентованных наименований лекарств, или почти на 5 тыс. ассортиментных позиций. Благодаря этому министерством зарегистрированы и контролируются цены почти на 30 тыс. лекарственных препаратов из перечня жизненно важных.

По данным проводимого Росздравнадзором мониторинга, за 9 месяцев 2016 г. повышение уровня розничных цен на жизненно важные лекарства в амбулаторном сегменте составило 0,5%, чуть выше – для дешёвых лекарств стоимостью до 50 руб. за упаковку (на 1,1%), дефектуры лекарственных средств (то есть отсутствия их отдельных наименований) не наблюдается. Ситуация на лекарственном рынке стабильная.

Для более эффективного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, не входящих в федеральный перечень, но получающих льготы из региональных бюджетов, Минздрав совместно с другими заинтересованными ведомствами и Государственной корпорацией «Ростехнологии» разрабатывает специальную информационно-аналитическую систему, которая позволит отслеживать все государственные и муниципальные закупки лекарств и устанавливать начальные цены контрактов по более низким рыночным показателям. Это позволит высвободить дополнительные средства регионам для расширения охвата отдельных групп пациентов льготным лекарственным обеспечением в амбулаторном звене.

Таким образом, результаты проекта ВЦИОМ показывают не столько оценки состояния системы здравоохранения, сколько снижение покупательной способности некоторых категорий опрошенных, в частности пенсионеров. Данный факт подтверждается тем, что число отметивших здравоохранение в качестве значимой проблемы в динамике коррелирует с экономическими показателями, включая рост цен. На это обращает внимание в сообщении и сам ВЦИОМ.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.

Современные технологии

Сумели обойтись без ампутации

Ангиограф при диабетической стопе показывает отличный результат

Врачи Республиканской клинической больницы Дагестана выполнили первые операции с помощью ангиографа для сохранения конечностей больным с тяжёлым осложнением сахарного диабета – диабетической стопой.

На днях такое вмешательство провели и 51-летней жительнице Ростовской области Латифе Абдулаевой. Женщина более 20 лет страдает сахарным диабетом, среди осложнений, вызванных болезнью, и катаракта. Пациентка уже несколько лет как ничего не видит, и вот недавно ей поставили ещё один серьёзный диагноз – диабетическая стопа.

Вмешательство проводили под местной анестезией, щадящим способом без скальпеля и разрезов восстановили кровообращение в закупоренных артериях. Это позволил сделать ангиограф, который недавно приобретён больницей. Таким образом полностью восстанавливается кровообращение. При необходимости в сосуды крупного диаметра имплантируется стент. Сама операция длится около 2 часов. Всё это время пациент находится в сознании и даже может общаться с врачами. После операции его переводят в общую палату, а на следующий день он уже может двигаться и ходить.

По словам заведующего отделением рентгенохирургических методов диагностики, лечения и кардиологии РКБ Шамиля Магомедова, такие операции теперь будут проводиться регулярно и станут стандартными. «Если раньше при осложнениях сахарного диабета ампутация была неизбежна, то теперь мы имеем прекрасную возможность сохранить не только конечности больного, но даже его жизнь», – сказал он.

С помощью ангиографической установки врачи больницы проводят не только баллонопластику, но и другие высокотехнологичные операции, такие как стентирование коронарных и сонных артерий, операции при нарушении мозгового кровообращения, некоторые виды вмешательств при новообразованиях, миомах матки, а также имплантацию кардиостимуляторов.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Из первых уст

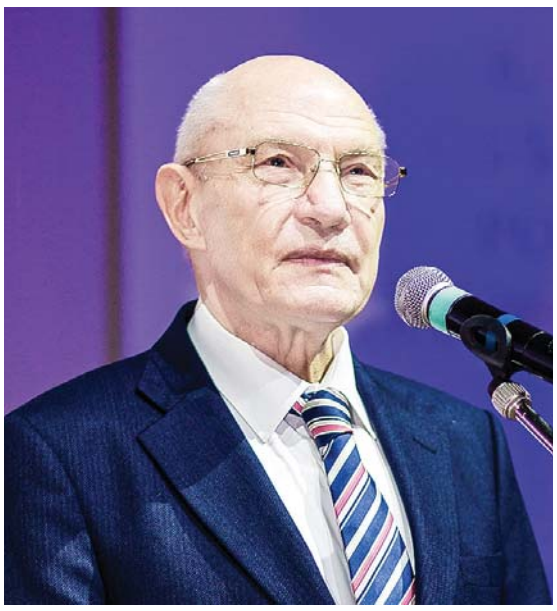
Предвестник катастроф

Неалкогольная жировая болезнь печени – фактор риска множества патологий

В Москве состоялась 22-я объединённая российская гастроэнтерологическая неделя. Главной темой форума выступила проблема алкогольной и неалкогольной жировой болезни печени, о которой рассказал ведущий эксперт нашей страны в области заболеваний ЖКТ, крупный учёный-интернист, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и директор Клиники гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный гастроэнтеролог Минздрава России, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, академик РАН Владимир ИВАШКИН.

Тяжкое бремя алкоголя

– Необходимо в корне пересмотреть отношение к лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией, – заявил В.Ивашкин. – К пьющим людям нельзя относиться как к «отбросам» общества – это люди с зависимостью, точно такие же, как наркоманы. Те регионы России, где наиболее велик уровень потребления алкоголя, имеют самую высокую смертность от заболеваний органов пищеварения, и по сообщениям главных региональных гастроэнтерологов стало понятно, что умирают эти пациенты преимущественно от желудочно-кишечных кровотечений, а также осложнений алкогольных циррозов, ведущих, в свою очередь, к фатальной печёночной недостаточности. Однако иметь корректную статистику в этой области достаточно сложно. Существуют некоторые парадоксы между тем, что у нас столь распространены реальные последствия алкоголя в виде соматических заболеваний, и тем, что Россия относится к числу стран, где государство предпринимает очень жёсткие меры по отношению к пьющим людям. Тем не менее обозначенная проблема существует, и, возможно, мы сами недостаточно участвуем в её решении, уделяя внимание



Выступает академик В.Ивашкин

узкой соматической проблеме, с которой обращаются к нам пациенты.

Как известно, хроническое злоупотребление алкоголем у большинства лиц в 95% случаев приводит к стеатозу – доброкачественному состоянию, которое при условии «завязки» полностью разрешается. Однако, как правило, такие люди не перестают «поддавать», вследствие чего заболевание прогрессирует до стадии цирроза печени, и чаще всего такой пациент попадает к врачу с признаками печёночной недостаточности.

Ломая стереотипы

Наряду с этим главный гастроэнтеролог нашей страны подробно остановился на проблематике неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

– В последнее время всё больше внимания сосредотачивается на раскрытии механизмов формирования ожирения, – сказал он. – Хочу акцентировать ваше внимание, уважаемые коллеги, на том, что такие симптомы, как усталость и общее недомогание, характерны, в том числе, и для заболеваний печени. На сегодняшний день НАЖБП страдает более трети российского населения: количество наших сограждан с данным диагнозом приближается к 40%. Хочу подчеркнуть: стеатоз печени является индикатором изменений со стороны внутренних органов. К сожалению, наша страна подвержена эпидемии ожирения и, как следствие, – стеатоза печени. А вообще, НАЖБП является одним из широко распространённых заболеваний ЖКТ во всём мире, что обусловливает непрекращающийся поиск оптимальных методов патогенетической терапии, – подчеркнул В.Ивашкин.

Примечательно, что как социологические популяционные, так и клинические рандомизированные исследования убедительно доказали, что НАЖБП является печёночной манифестацией метаболического синдрома. Такие его компоненты, как дислипидемия, инсулинорезистентность, ожирение, являются факторами риска развития НАЖБП и её прогрессии.

– Опыт России показывает, что добиться изменений стереотипа питания очень сложно, его нужно формировать с детского возраста, менять надо культуру питания и потребление калорий, – отметил академик В.Ивашкин. – Значительная часть людей полностью осознаёт пагубность избыточной массы тела, наличие которой означает снижение продолжительности жизни. В ряде случаев неалкогольная жировая болезнь печени становится первым органным поражением при метаболическом синдроме, будучи серьёзным предиктором развития и прогрессирования сахарного диабета 2-го типа и кардиоваскулярной патологии, смертность от которых занимает лидирующее положение в мире.

Акцент – на врачебную подготовку

Следует заметить, что понятие НАЖБП охватывает спектр поражений печени, включающий жировую дистрофию или жировой гепатоз, жировую дистрофию с воспалением и повреждением гепатоцитов – неалкогольный стеатогепатит, развитие фиброза с возможностью прогрессии и исходом в цирроз печени. Современные подходы к лечению неалкогольной жировой болезни печени направлены главным образом на устранение или ослабление факторов, ведущих к её развитию (снижение массы тела, коррекция гиперлипидемии и гипергликемии, отмена потенциально гепатотоксических препаратов).

С сообщением «Алкогольная болезнь печени: терапевтические подходы на различных стадиях заболевания» выступила профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и Клиники гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко Первого МГМУ Марина Маевская:

– По мнению врачей, выраженная связь между употреблением алкоголя и возникновением заболевания алкогольной болезнью печени имеется у 22,2% мужчин и 8,7% женщин, – констатировала она. – А среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем, только 16,5% обращаются к лечащему врачу и 10,4% – к наркологу, 8,5% не считают потребление ими спиртных напитков проблемным, а 64,4% полагают, что могут справиться со своей проблемой самостоятельно. Лишь 25% врачей назначают специфические противоалкогольные препараты и 15% самостоятельно инициируют противоалкогольную терапию. Однако 65% активно расспрашивают обследуемых о потреблении алкоголя, а 80% постоянно оказывают пациентам психологическую поддержку. К сожалению, лишь каждый четвёртый врач признаёт, что ему не хватает знаний и навыков по диагностике и лечению алкоголизма. Около 50% врачей рекомендуют своим пациентам обратиться к наркологу. Врачи должны мотивировать пациентов на сокращение или отказ от приёма спиртных напитков, активно наблюдать и оказывать поддержку больным с проблемным потреблением алкоголя, инициировать противоалкогольную терапию в содружестве с наркологами, что позволит улучшить прогноз и снизить летальность от алкогольной болезни печени.

В ходе форума также прозвучали сотни других сообщений и проведены десятки мастер-классов и школ мастерства.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Ситуация

Цифры реальные и мнимые

Выявлять болезнь и лечить пациентов поможет регистр

Российские специалисты провели статистическое исследование по оценке распространённости в России ишемии нижних конечностей среди взрослого населения. Согласно полученным данным, в РФ реальное число больных с заболеваниями периферических артерий может составлять от 1,5 до 5%. До 3 млн больных нуждаются в помощи сердечно-сосудистых специалистов.

До настоящего момента в России не было проведено ни одного эпидемиологического исследования распространённости ишемии нижних конечностей. Единственная работа, которая упоминает об этих цифрах, ориентируется на данные зарубежных источников. Поэтому исследователями была поставлена задача: оценить распространённость ишемии нижних конечностей в РФ на 2014 г.

Специалисты Лиги защитников пациентов, Института хирургии им. А.В.Вишневского, Института стволовых клеток человека собрали и обработали данные, полученные из всех федеральных округов РФ с суммарной численностью населения около 71 млн человек.

Среди населения старше 40 лет в РФ распространённость симптомной ишемии конечностей составила 0,51%, с перемежающейся хромотой – 0,36%, а с критической ишемией конечностей – 0,13%. Число ампутаций среди больных с диагнозами «атеросклероз артерий конечности» или «облитерирующий тромбангит» – 6,9%.

В мире распространённость заболеваний периферических артерий среди населения старше 25 лет составляет 8,3%. В полученных российскими специалистами данных эта цифра равнялась всего 0,5%. Исследователи отметили, что в статистическом опросе учитывалась симптомная ишемия, которая проявляется недомоганием, дискомфортом и болью в мышцах нижней конечности. Её частота составляет от 10 до 35% среди всех пациентов с заболеваниями периферических артерий. Поэтому реальное число больных среди взрослого населения, включая бессимптомных больных, может составлять 1,5-5%.

Заболеваемость больных с перемежающейся хромотой в исследовании составила 0,36%, тогда как, по данным международной статистики, эта цифра достигает 4,5-6%. Скорее всего, причиной таких низких цифр является плохая выявляемость заболевания, что может быть связано в том числе с недостаточной осведомлённостью врачей первичного звена о данной патологии.

Диагноз критической ишемии нижних конечностей обычно ставится сердечно-сосудистым хирургом, поэтому неудивительно, что в российском исследовании число больных с критической ишемией составило 1271 на 1 млн населения старше 40 лет (0,13%). Результаты сопоставимы с мировыми (500—1000 человек на 1 млн населения).

Если ориентироваться на знаменитое Фремингемское исследование, длящееся почти 65 лет, которое является одним из самых продолжительных эпидемиологических исследований в истории медицины, в результате которого установлены главные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, то необходимость в хирургическом вмешательстве возникает у 1 из 4 пациентов с выявленным заболеванием периферических артерий. Исходя из этих цифр, ежегодно около 87 тыс. пациентов в нашей стране нуждаются в хирургическом лечении. Тем не менее, по информации академика РАН Анатолия Покровского и кандидата медицинских наук Владимира Гонтаренко (ежегодный отчёт Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов), число операций в 2014 г. составило 23 204, то есть в 4 раза меньше.

Остальным пациентам с заболеванием периферических артерий традиционно назначается коррекция факторов риска и изменение образа жизни, тренировочная ходьба, показаны препараты, увеличивающие дистанцию безболевой ходьбы, а также направленные на терапевтический ангиогенез (российский инновационный препарат Неоваскулген).

Исследователями был сделан вывод о недостаточной выявляемости пациентов с ишемией конечностей в РФ, что, в свою очередь, приводит к развитию запущенных форм заболевания. Результаты лечения заболеваний периферических артерий и в частности критической ишемии, остаются неудовлетворительными и сопровождаются высокими цифрами выполненных ампутаций и летальности. Специалисты также отметили необходимость создания в РФ регистра больных с заболеваниями периферических артерий и ишемией нижних конечностей, подобно уже существующим в США или Европе. Это позволит точнее формировать бюджет здравоохранения на лечение подобных пациентов.

Елена ЛЬВОВА.
МИА Cito!

Москва.

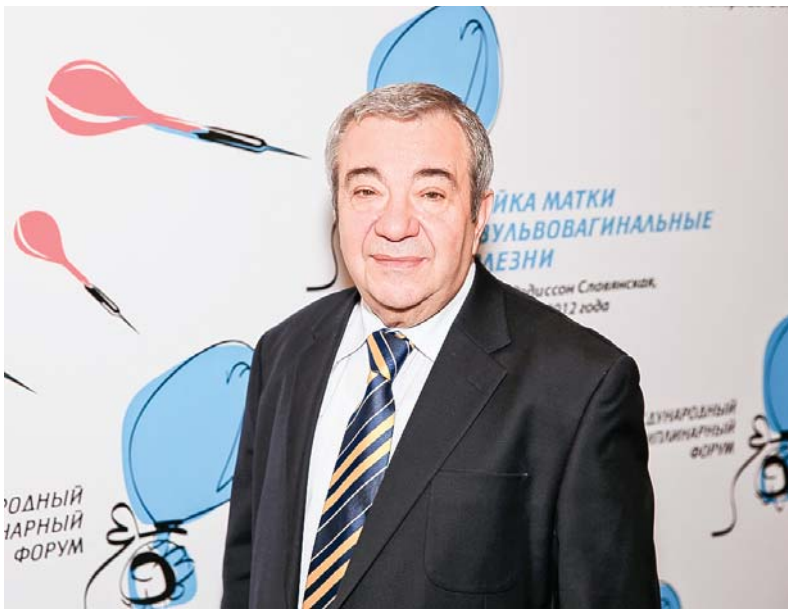
Искоренение предрассудков и ошибок – так формулируется главная задача всероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии». Состоявшийся в этом году в девятый раз, он собрал более 3 тыс. специалистов – акушеров-гинекологов, неонатологов, врачей смежных специальностей, фармакологов. Форум привлекает насыщенной и разнообразной научной программой, возможностью участия в практических занятиях во время прямых трансляций из операционных, презентациями новых медицинских технологий. Но главное – на его площадках можно дискутировать, высказывать своё мнение, в конструктивном диалоге находить истину.

О том, какие темы волнуют специалистов, мы беседуем с одним из ведущих авторитетов в данной области, вдохновителем и организатором форума, заведующим кафедрой акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ Виктором РАДЗИНСКИМ.

Авторитетное мнение

Лицо цивилизованного общества

Как можно его обрести?



– Виктор Евсеевич, известно, что знаковым показателем цивилизованного общества является материнская смертность. Как обстоят дела с этим в мире и в России в частности?

– В 1970 г. ВОЗ разработала концепцию снижения материнской смертности к 2000 г. в 2 раза. Она тогда была 500 тыс., соответственно, к 2000 г. ожидалось 250 тыс. Однако показатели не снизились, а выросли на 20%. И по причине беременности, родов и в послеродовом периоде в 2000 г. умерли 590 тыс. женщин!

В основу концепции был положен не тот приоритет. Уповали на планирование семьи, а именно – прекращение родов после 45 лет и увеличение интервала между родами до 2 лет. Доказано, что в развивающихся странах эти действия позволяют в 4 раза снизить детскую смертность и в 2 раза – материнскую. Ставка в развитых странах была сделана на профилактику абортов.

Однако, несмотря на огромное количество выделенных средств, мир на этот призыв не ответил. Женщины продолжали рожать. Соответственно, вопрос материнской смертности оставался открытым…

Но вот наступил 2010 г., и все обрадованно увидели, что показатели значительно улучшились, стабилизировавшись в 2013-2015 гг. на цифрах около 300 тыс.! Хотя в 2010 г. никто не связал это со снижением рождаемости!

– То есть цифры пошли на убыль из-за этого?

– Да, в многодетных регионах мира сменилась парадигма: от 12-14 к 6-7 детям в семье. Таков основной немедицинский фактор.

Что же касается медицинских факторов, то использование контрацепции пока не срабатывает в должной мере; от абортов женщины умирали и продолжают умирать.

К счастью, появился такой метод, как медикаментозный аборт, то есть прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов. От него в 10 раз меньше непосредственных осложнений и в 100 раз – отдалённых, в том числе бесплодия.

И сегодня проблема остаётся важнейшей для всего мира. На сегодняшний день 8 стран мира дают основную материнскую смертность; в этом списке лидируют Индия, Афганистан и Нигерия.

Причём определённо прослеживается зависимость от дохода на душу населения. Богатые умирают реже! Поэтому в индустриально развитых странах материнская смертность колеблется на уровне 10-12 на 100 тыс. живородящих, а в развивающихся странах она составляет 239. У нас наконец идёт плавное, постепенное снижение.

– Меняются ли причины материнской смертности?

– Конечно. Если раньше главными были кровотечения, то теперь это экстрагенитальные заболевания. И это колоссальная проблема страны. Прогрессом стал Порядок оказания акушерской помощи. Он декларирует – и это принципиальный политический вопрос! – что больную беременную должны лечить не в роддоме. У роддома нет ни специалистов, ни лицензии на лечение непрофильных заболеваний, например, таких серьёзных болезней, как пороки сердца. Женщина должна, так же, как во всём мире, находиться в профильном отделении (в той же кардиохирургии), где ей будут оказывать на протяжении всей беременности и после родов профильную помощь.

А уж акушеры туда приедут, примут роды, надо – прооперируют, сделают кесарево сечение, ещё и ребёнка заберут в перинатальный центр.

Но пока это ещё не стало общероссийской практикой. Всё зависит от политической воли руководителя региона. Приведу пример Краснодарского края. Здесь перинатальный центр расположен на территории областной многопрофильной больницы, главный врач которой, профессор Григорий Артёмович Пенжоян, будучи по специальности акушером-гинекологом, понимает важность проблемы. Беременная там находится в том отделении, где могут лечить её заболевание. Родильный дом – рядом. Можно – её туда переведут на роды, нет – оттуда придут и её роды разрешат.

– Насколько я знаю, такой опыт есть и в других регионах, например в Свердловской области…

– Да, такие примеры, к счастью, есть. Но в целом проблема непонимания во многих регионах сохраняется: профильные специалисты боятся беременных (материнская смертность!), не привыкли оказывать им помощь, да и тарифы на лечение… те же, что для небеременных, а средств требуется больше!

Следующий политический момент – маломощные родильные дома: в начале 2000-х мир узнал, что если в больнице меньше 600 (!) родов в год, то такие учреждения не снижают материнскую смертность: нет потока, конвейера, готовности к экстренной помощи! И у нас начали закрывать небольшие родильные дома. Главы местных администраций были против, народ возмущался. А посчитали: в районных больницах проходит от 8 до 300 родов в год.

Никогда в каждом райцентре у нас не будет ни технологии, а самое главное – специалистов, которые смогут лечить этих больных детей. А сейчас реально снижается их смертность.

– Вследствие преждевременных родов появляются недоношенные, маловесные дети. Повлияло ли выхаживание таких детей на показатели увеличения рождаемости? Существуют ли вообще какие-либо рычаги улучшения демографии?

– Судите сами: в 2012 г. у нас умирало 70% младенцев со сверхнизким весом, а сейчас – 60%.

Что же касается мировых показателей, то планировалось, что к 2014 г. на планете Земля должно быть 7 млрд 300 млн жителей, а к 2016-му – 9 млрд. В действительности всё застопорилось на 7 млрд 300. Потому что рождаемость по регионам мира снижается, а 53% стран имеют отрицательный прирост.

Известно, что у нас в 1991 г. был так называемый «русский крест», когда смертность превысила рождаемость. Впервые за всю историю государства российского – а это более 300 лет – вдруг стали больше умирать, чем рождаться. Эту демографическую трагедию мы преодолевали много лет. В 2013 г. наконец стало вровень.

Вроде ситуация улучшилась, но уже в этом году за полгода мы не досчитываемся 35 тыс. человек. К большому сожалению, в мире не придумали средств, стимулирующих рождаемость. Не помогают никакие льготы.

Это не значит, что таких условий не надо создавать! Просто не надо рассчитывать, что это быстро повлияет на увеличение рождаемости.

На что же нам в России надеяться? Особенно не на что. Потому что количество детей, которые родились в конце 90-х годов, составляет всего четверть населения. Значит, им надо родить как минимум в среднем хотя бы 2,15 ребёнка – только чтобы маму-папу воспроизвести. А у нас все годы было 1,5, 1,6, максимум – 1,8. То есть до мамы с папой не дотягиваем.

И так во всей Европе.

Ну и наконец, не менее существенный фактор: состояние здоровья женщин репродуктивного возраста. Когда сравнили показатели 23-летних девушек и их 46-летних матерей, оказалось, что дочери имеют в два раза больше накопленных болезней, чем их мамы.

Природа заложила в женщину главную биологическую функцию. В каждой религии сказано: «Плодитесь и размножайтесь!» Так вот, наши с вами прабабушки имели за всю свою жизнь 60 менструаций и столько же овуляций – выходов яйцеклетки. В 16 они выходили замуж, 9 месяцев носили ребёнка, 2 года кормили и далее – по кругу. Женщина рожала в среднем 7 детей, и кормила, страшно представить, 18 лет! И благодаря каждой беременности по 3 года матка и яичники отдыхали.

В таком ритме и запрограммирован работать яичник. А каждый месяц выдавать новую яйцеклетку он не приспособлен: отсюда анемии, ухудшение женского здоровья и, как следствие, один из факторов риска материнской смертности.

– Понятно: демографический кризис с помощью денег не преодолеть. А с помощью абортов?

– Аборты были, есть и остаются национальной проблемой. Когда-то их делали до 3,5 млн в год. Сейчас – менее миллиона (официальная цифра – 700 тыс.). В стране за 2 минуты происходит 7 родов и только 3 аборта. А ещё 15 лет назад было наоборот. Это значит, у нас по-прежнему нет разумной контрацептивной политики. И аборт для многих россиянок по-прежнему остаётся чуть ли не единственным средством регулирования рождаемости. Подтверждают это различные исследования, которые демонстрируют полную неосведомлённость большинства наших женщин в вопросах контрацепции. А гормональной контрацепции по-прежнему боятся и женщины, и врачи! И причина простая: неосведомлённость.

Помню, как в 70-е годы, когда в мире начался расцвет заместительной гормональной терапии, мы удивлялись: приезжают француженки, им по 70 лет, а они бегают по всем объектам старины, ездят по миру в автобусные туры. Это не потому, что они были здоровее, а потому, что они получали заместительную, как она тогда называлась, сейчас – менопаузальную гормонотерапию. И не делали столько абортов, сколько у нас, поскольку пользовались контрацептивами.

У нас ведь этот вопрос рассматривался политически. Логика была самой примитивной: станут предохраняться, значит, меньше рожать. И государство отказалось закупать гормональные контрацептивы, объясняя: они опасны для здоровья. Стали распускать всякие легенды, якобы научно обоснованные, о вреде гормонотерапии.

И они, к сожалению, так глубоко засели в сознание старшего поколения, которое сейчас заведует женскими консультациями, руководит отделениями, что преодолеть его очень тяжело. Такой гормонофобии, как в нашей стране, нет, наверное, больше нигде в мире.

Настораживает и другое проявление малограмотности: разговоры о возможном запрете абортов. Мнение медиков на этот счёт мы докладывали в Государственной Думе. У нас такое уже было: с 1936 по 1955 г. аборты были запрещены. И женщины умирали от сепсиса после криминальных абортов.

Любая запретительная кампания по поводу абортов – губительна. Она способна вспять повернуть наше общество, уже достигшее многих цивилизованных показателей в охране материнства и детства.

Единственный путь повышения рождаемости и снижения материнской смертности – это экономическая, политическая и эмоциональная стабильность общества в совокупности с высокой контрацептивной, сексуальной и репродуктивной грамотностью населения.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Когда об этом доложили губернатору Кубани, в один день, боюсь соврать, закрыли 6 или 7 таких роддомов. И сейчас результаты Кубани – одни из лучших в стране, это отмечает и министр здравоохранения России. Но делать такие реорганизации нужно только на местах с учётом удалённости, наличия дорог и их качества! Ведь в нашей стране есть места, куда добраться можно только по воде или по воздуху. Там родильные отделения необходимы, но рожать в них должны только здоровые женщины.

Ещё одной важной проблемой являются преждевременные роды. За 60 последних лет их число в мире не снижается: 10% было, 10% остаётся. 15 млн детей из 120 млн каждый год на земном шаре рождаются преждевременно.

О причинах – разговор отдельный, но самым главным в данном случае является необходимость доставить женщину, у которой начинаются преждевременные роды, туда, где ей окажут необходимую помощь.

Вот для этого и создавались перинатальные центры. Не для больных женщин, а для маловесных и больных детей.

Должен сказать, что перинатальные центры – одно из главных достижений последнего времени в охране материнства и детства. Потому что это не только красивый и комфортный родильный дом – это ещё центр, который осуществляет методическое руководство всеми специалистами своего региона. И сейчас у нас есть потрясающие примеры, когда 90% беременных с угрозой преждевременных родов довозят до перинатального центра, где есть возможность сохранить здоровье и матери, и ребёнка.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 76 (2015)

Диффузное аксональное повреждение головного мозга

В последние десятилетия в связи с исключительной автоматизацией мира стала повсеместно распространённой такая тяжёлая форма черепно-мозговой травмы, как диффузное аксональное повреждение (ДАП) головного мозга. Сюда относят распространённые разрывы аксонов в сочетании с мелкоочаговыми геморрагиями, обусловленные травмой преимущественно инерционного типа. При этом наиболее характерными территориями аксональных и сосудистых нарушений являются ствол мозга, мозолистое тело, паравентрикулярные зоны и белое вещество больших полушарий. Одновременно возможны скользящие парасагиттальные ушибы мозга.

Биомеханика и патогенез

Для понимания механизма формирования ДАП наиболее приемлема «ротационная теория», подтверждённая экспериментальными исследованиями. Мозг при ударах головой совершает движения в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях. При этом ротации в основном подвергаются относительно подвижные полушария, в то время как фиксированные стволовые отделы остаются неподвижными и подвергаются травматизации вследствие перекручивания.

Повреждения мозга возникают и тогда, когда отдельные части его вместе с оболочками и цереброспинальной жидкостью либо отдельные слои мозга смещаются в момент травмы по отношению друг к другу. Даже незначительное смещение мозга может быть достаточным для разрыва нервных волокон и кровеносных сосудов и тем более асинапсии. Теоретически была предсказана возможность асимметричного распределения подобных повреждений в головном мозгу при ротационной травме. Поскольку полушария мозга отображают себя зеркально, то следует ожидать, что при вращении мозга в какой-нибудь плоскости симметричные нервные волокна, идущие в одних направлениях, будут избирательно повреждены в одном полушарии и интактны в другом.

Основным следствием, вытекающим из ротационной теории, является возможность первичного повреждения ствола мозга в результате его перекручивания и натяжения, что объясняет изначальную кому с грубой стволовой симптоматикой. Повреждения аксонов в мозолистом теле, внутренней капсуле и прилежащих к ней отделах мозга, а также на различных уровнях ствола зависят от направления воздействия внешней нагрузки и места её приложения к голове. Эта взаимосвязь объясняется ротацией мозга в полости черепа.

Благодаря исследованиям, проведённым на приматах с помощью специального устройства, позволяющего сообщать голове различные виды ускорения в разных плоскостях (голова животного защищалась особым шлемом от прямого удара), был изучен механогенез ДАП. Во-первых, этот вид травмы может возникать и без непосредственного контакта головы с твёрдым тупым предметом. Достаточно лишь углового ускорения порядка 0,75–1 радиан/с. Это объясняет частое отсутствие перелома черепа и даже повреждений мягких тканей головы у пострадавших с диффузной аксональной травмой. Во-вторых, угловое ускорение головы, приданное в сагиттальной плоскости, приводит преимущественно к повреждению кровеносных сосудов с образованием внутримозговых геморрагий, а ускорение головы в боковой или косой плоскости приводит к избирательному повреждению аксонов с изначальной травматической комой. Следует подчеркнуть, что приведённая экспериментальная модель ДАП наиболее близка к биомеханике автомобильной травмы у человека. В клинических исследованиях показано преобладание ДАП при автодорожных травмах, а также приводятся случаи возникновения ДАП в условиях множественных ударов по голове.

Экспериментальные исследования на моделях ДАП, осуществлённые в конце 1990-х годов, показали, что большую роль в развитии комы тотчас вслед за травмой играет повреждение аксонов в стволе мозга, тогда как связь между развитием комы и распространёнными аксональными повреждениями в других отделах головного мозга не найдена.

Патоморфология

Патологоанатомический диагноз тяжёлой формы ДАП может быть верифицирован при обязательном наличии трёх типов повреждений мозга, характерных для этого вида ЧМТ: 1) диффузное повреждение аксонов; 2) очаговое повреждение мозолистого тела; 3) очаговое повреждение дорсолатерального квадранта оральных отделов ствола мозга, переходящее на ножку мозжечка. Так как указанные очаговые повреждения видны макроскопически, то при их наличии диагноз ДАП может быть установлен уже при макроскопическом исследовании мозга на аутопсии. Вместе с тем повреждения аксонов можно выявить только при специальном исследовании. И потому для распознавания ДАП средней или лёгкой степени, при которых нет макроскопически видимых повреждений характерной локализации, необходимо тщательное микроскопическое изучение ткани мозга.

Очаговое повреждение мозолистого тела в первые несколько дней часто выглядит как типичное кровоизлияние диаметром не более 3–5 мм, тогда как его протяжённость может достигать нескольких сантиметров в переднезаднем направлении. Очаг может располагаться как в нижней, так и в верхней части мозолистого тела по средней линии или несколько латерально, может захватывать прозрачную перегородку и свод. В ряде случаев очаг повреждения в мозолистом теле имеет вид надрыва ткани с геморрагическим пропитыванием краёв дефекта. Через несколько дней после травмы очаг первичного повреждения мозолистого тела макроскопически представляет собой ржаво-пигментированную мелкозернистую ткань, а впоследствии обнаруживается пигментированный рубчик или небольшая киста.

Гистологическое изучение выявляет вначале периваскулярное, затем паренхиматозное кровоизлияние. Специальное исследование позволяет обнаружить множественные аксональные шары (при импрегнации серебром – через 15–18 часов, иммуногистологически – через 3 часа). В дальнейшем реактивные изменения выражаются в макрофагеальной реакции со стороны микроглии и астроцитов, пролиферации эндотелия капилляров, появлении липосодержащих макрофагов, что способствует постепенной санации. Реактивные астроциты и микроглиоциты выявляются в течение 4 часов после аксональной травмы мозга, тогда как отсутствует сегментоядерная инфильтрация ткани мозга, характерная для ушиба мозга. Конечная стадия этого процесса в мозолистом теле представляет глиальный рубчик из волокнистых астроцитов, среди волокон которых можно обнаружить макрофаги. Повреждения в ростральных отделах ствола мозга по существу претерпевают аналогичные изменения, за исключением того, что в этой зоне не наблюдается макроскопически видимых надрывов ткани, а также в конечной стадии организации очага кровоизлияния не формируются кисты.

У пострадавших с коротким сроком переживания повреждения аксонов проявляются большим количеством эозинофильных (при окраске гематоксилин-эозином) и аргирофильных (при импрегнации серебром) шаров на концах нервных волокон – так называемые шары Кахаля – в белом веществе полушарий мозга, стволе, мозжечке. Распределение этих шаров в белом веществе неоднообразно и несимметрично, однако наиболее часто они обнаруживаются в мозолистом теле на отдалении от очага первичного повреждения, в своде мозга, во внутренней капсуле, в мозжечке дорсальнее зубчатого ядра. В стволе мозга шары выявляются в различных трактах проводящих путей, при этом обращает на себя внимание нередкая асимметричность вовлечения кортикоспинального тракта, медиальной петли, медиального продольного пучка и центрального тракта моста. Часто обнаруживаются большое число аксональных шаров и набухание нервных волокон в тракте, идущем в одном направлении, однако их нет в соседнем тракте с другим направлением проводящих путей. В описываемый период хорошо выявляется деструкция миелина, в частности методом Марки.

Через несколько недель в этих участках обнаруживаются очаговые скопления микроглиоцитов в виде так называемых звёзд. На данной стадии повреждённые аксоны подвергаются фрагментации и миелиновая оболочка разрушается, поэтому на гистологических препаратах набухание волокон выявляется редко. На препаратах, окрашенных по Шпильмейеру, миелин не выявляется. По мере удлинения сроков переживания травмы дегенерация миелина распространяется по проводящим путям как в ствол мозга, так и в полушария. Процесс деструкции в белом веществе приводит к уменьшению его объёма в полушариях мозга, истончению мозолистого тела и расширению желудочков мозга.

Неврологическая семиотика

Состояние сознания. Характерной особенностью клинической картины ДАП тяжёлой степени является длительное коматозное состояние с момента травмы с тесной зависимостью между глубиной и продолжительностью комы. Выключение сознания сопровождается генерализованными позно-тоническими реакциями с симметричной либо асимметричной децеребрацией или декортикацией как спонтанными, так и легко провоцируемыми болевыми и другими раздражениями. Кома при ДАП часто сопровождается периодическим двигательным возбуждением, сменяющимся адинамией. Иногда степень двигательного возбуждения такова, что для его купирования необходим лечебный наркоз.

Стволовые симптомы. На фоне комы они достигают особой выраженности и частоты (снижение или отсутствие фотореакции, анизокория, «игра» зрачков, грубое ограничение взора вверх, разностояние глаз по горизонтальной или вертикальной оси, отсутствие или снижение корнеальных рефлексов и др.). Окулоцефалический рефлекс нередко отсутствует либо неполный.

Часто выявляется выпадение обеих фаз калорического нистагма (полный функциональный блок между корково-подкорковыми и стволовыми вестибулярными образованиями), что длительно сохраняется у больных после перехода комы в транзиторное или стойкое вегетативное состояние. Реже отмечается выпадение только быстрой фазы калорического нистагма при сохранности его медленной фазы в виде отклонения глаз и остановки их в направлении медленной фазы нистагма на период более 2 минут (частичный функциональный блок между корково-подкорковыми и стволовыми вестибулярными образованиями). Разные варианты спонтанного нистагма, выпадение или ослабление оптокинетического нистагма в одном или во всех направлениях могут сопутствовать ДАП.

Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига – обычные находки у пострадавших с ДАП. При этом они имеют преимущественно не оболочечный, а подкорково-стволовый генез. Следует отметить, что при ДАП особенно ярко выступают вегетативные расстройства: артериальная гипертензия, гипертермия, гипергидроз, гиперсаливация и др. В большинстве наблюдений тяжёлого ДАП выражены нарушения частоты и ритма дыхания, требующие искусственной вентиляции лёгких.

Двигательные нарушения. Для ДАП типичен пирамидно-экстрапирамидный тетрасиндром, часто грубо выраженный. При этом может проявляться асимметрия парезов конечностей. Для рук часто характерна поза «лапок кенгуру» – они приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, кисти свисают. В сфере сухожильных рефлексов при ДАП преобладает мозаичное расширение их рефлексогенных зон. Следует, однако, отметить, что в небольшие промежутки времени гиперрефлексия может сменяться гипорефлексией или даже арефлексией. Патологические стопные рефлексы, в том числе двусторонний симптом Бабинского, часто сопровождают ДАП.

Изменения мышечного тонуса. В остром периоде ДАП обычно выявляются чрезвычайно вариабельно – от диффузной мышечной гипотонии до горметонии. Для ДАП характерен динамизм мышечного тонуса с его асимметрией и диссоциацией по продольной оси тела, а также разнообразными сочетаниями пирамидных, экстрапирамидных и мозжечковых компонентов.

Варианты клинического течения

В динамике клинического течения тяжёлого ДАП можно выделить два варианта выхода из коматозного состояния. При умеренной коме (а иногда и глубокой) выход из неё характеризуется открыванием глаз спонтанно или в ответ на раздражения (болевые, звуковые), появлением признаков слежения и фиксации взора и выполнения отдельных простых инструкций. Реакция пробуждения с восстановлением элементов сознания после коматозного состояния у пострадавших проявляется по типу «включения». У выживших больных по мере увеличения периодов бодрствования расширяется словесный контакт, отмечается постепенный регресс стволовой и очаговой симптоматики.

Характерной особенностью клинического течения ДАП мозга тяжёлой степени является переход из длительной комы в стойкое или транзиторное вегетативное состояние, о наступлении которого свидетельствует открывание глаз спонтанно либо в ответ на различные раздражения. При этом нет признаков слежения, фиксации взора или выполнения хотя бы элементарных инструкций. Вегетативное состояние при ДАП длится от нескольких суток до нескольких месяцев и отличается развёртыванием нового класса неврологических признаков – симптомов функционального и/или анатомического разобщения больших полушарий и ствола мозга. При отсутствии каких-либо проявлений функционирования первично грубо неповреждённой коры мозга растормаживаются подкорковые, орально-стволовые, каудально-стволовые и спинальные механизмы. Хаотичная и мозаичная автономизация их деятельности обусловливает появление необычных, разнообразных и динамичных глазодвигательных, зрачковых, оральных, бульбарных, пирамидных и экстрапирамидных феноменов.

Сегментарные стволовые рефлексы активизируются на всех уровнях. Восстанавливается живая реакция зрачков на свет. Хотя анизокория может сохраняться, преобладает сужение зрачков с обеих сторон, нередко с изменчивым их спонтанным или в ответ на световые раздражения парадоксальным расширением. Глазодвигательные автоматизмы проявляются в виде медленно плавающих движений глаз в горизонтальной и вертикальной плоскостях; дивергенция сопровождается меняющимся разностоянием глазных яблок по вертикали. Отмечается спазм взора (чаще вниз). Болевые и особенно позные раздражения иногда приводят к тоническому сведению глаз и появлению крупного конвергирующего нистагма.

Вызывание роговичных рефлексов, в том числе с помощью падающей капли, часто обусловливает появление различных патологических ответов – корнеомандибулярного рефлекса, орального автоматизма, генерализованных некоординированных движений конечностей и туловища. Характерен тризм. Часто выражены лицевые синкинезии – жевание, сосание, причмокивание, скрежет зубами, зажмуривание век, мигание. Наблюдаются зевательные и глотательные автоматизмы. При отсутствии фиксации взора порой проявляется мимика боли, плача. Тетрапарез сохраняется. При этом нередка характерная поза рук – они согнуты в локтевых суставах, а кисти свисают, напоминая «лапки кенгуру».

На фоне пирамидно-экстрапирамидного синдрома с двусторонними изменениями мышечного тонуса и сухожильных рефлексов спонтанно или в ответ на различные раздражения, в том числе пассивную перемену положения тела, может развёртываться гамма позно-тонических и некоординированных защитных реакций: приводящие тонические спазмы в конечностях, повороты корпуса, повороты и наклоны головы, пароксизмальное напряжение мышц передней брюшной стенки, тройное укорочение ног, крупноамплитудные движения и сложно-вычурные позы рук, двигательные стереотипии и тремор кистей и др. При этом следует отметить их асимметричность, парадоксальность распространения, неадекватность предъявляемым стимулам. Например, на сильное болевое раздражение грудины какая-либо реакция конечностей отсутствует, а в ответ на обычное вызывание коленного рефлекса неожиданно возникают сведение и флексия рук.

Формула инвертированных реакций многократно меняется у одного и того же больного в течение даже короткого промежутка

времени. Среди бесконечного множества патологических рефлексов, обнаруживаемых при ДАП, могут встречаться и не описанные в литературе варианты (например, феномен двусторонней ирритации брюшных рефлексов на фоне тетрапареза с угнетением периостальных и сухожильных рефлексов и т.п.).

В клинике стойкого вегетативного состояния, обусловленного ДАП, наряду с активизацией спинального автоматизма проявляются и признаки полинейропатии спинномозгового и корешкового генеза (фибрилляция мускулатуры конечностей и туловища, гипотрофия мышц кисти, распространённые нейротрофические расстройства).

На описанном фоне при ДАП могут развиваться и пароксизмальные состояния сложной структуры с яркими висцерально-вегетативными слагаемыми – тахикардией, тахипноэ, гипертермией, гиперемией и гипергидрозом лица и пр. Определённый вклад в эти проявления, конечно, вносят и сопутствующие экстракраниальные воспалительные осложнения (пневмония, сепсис, полиорганная недостаточность).

Если больные с ДАП выходят из вегетативного состояния, то неврологические симптомы разобщения преимущественно сменяются симптомами выпадения. Среди них доминирует экстрапирамидный синдром с выраженной скованностью, дискоординацией, брадикинезией, олигофазией, гипомимией, мелкими гиперкинезами, атаксической походкой. Одновременно чётко проявляются нарушения психики, среди которых часто характерны резко выраженная аспонтанность (с безразличием к окружающему, неопрятностью в постели, отсутствием любых побуждений к какой-либо деятельности), амнестическая спутанность, слабоумие и пр. Вместе с тем наблюдаются грубые аффективные расстройства в виде гневливости, агрессивности, раздражительности.

Описанная клиническая картина ДАП соответствует тяжёлой его степени. Однако подобно очаговым повреждениям, диффузные повреждения мозга, имея общую биомеханику, также могут быть разделены на несколько степеней по своей тяжести, включая лёгкую и среднетяжёлую с кратковременной комой или её отсутствием.

Диагностика

Распознавание ДАП основывается на учёте биомеханики ЧМТ. Если имели место автотравма, кататравма или баротравма, то это серьёзный аргумент в пользу ДАП. Коматозное состояние пострадавшего, наступившее сразу после ЧМТ, с выраженными нарушениями стволовых функций, генерализованными позно-тоническими реакциями и характерной симметричной или асимметричной децеребрацией или декортикацией даёт все основания предполагать именно ДАП. При определённом опыте клинический диагноз ДАП вполне возможен. Однако его всегда следует подкрепить КТ- или МРТ-исследованием.

На компьютерной томографии ДАП характеризуется увеличением объёма мозга различной степени (вследствие его отёка, набухания, гиперемии) со сдавлением боковых и третьего желудочка, субарахноидальных конвекситальных пространств, а также цистерн основания мозга. При этом часто выявляются мелкоочаговые геморрагии в белом веществе полушарий мозга, мозолистом теле, а также в подкорковых и стволовых структурах.

Вместе с тем ещё в остром периоде обнаруживается довольно типичный для ДАП феномен скопления жидкости (с плотностными характеристиками ликвора) над лобными долями, преимущественно в передних отделах с одной или обеих сторон. При лёгких и среднетяжёлых формах ДАП на КТ выявляются лишь признаки незначительного увеличения объёма мозга либо компьютерная картина неотличима от нормальной. Повторные КТ-исследования, проведённые у больных с ДАП, обнаруживают довольно характерную динамику. Спустя 2–4 недели после травмы явления отёка и набухания мозга регрессируют, мелкоочаговые геморрагии либо не визуализируются, либо становятся гиподенсивными. Вместе с тем начинают отчётливо вырисовываться базальные цистерны и конвекситальные субарахноидальные щели на фоне более или менее выраженной тенденции к расширению желудочковой системы. Вентрикуломегалия и другие признаки диффузного атрофического процесса часто в дальнейшем нарастают.

Скопление ликвора в лобных областях и передних отделах межполушарной щели на фоне диффузного атрофического процесса становится особенно очевидным. По-видимому, преобладание атрофии в передних отделах мозга способствует этому. Примечательно, что в случаях, когда клинически в динамике отмечаются регресс грубых неврологических и психических выпадений и улучшение общего состояния больных, на КТ наблюдается уменьшение или полное исчезновение скопления жидкости в лобных областях и передних отделах межполушарной щели. Это согласуется с представлениями о возможности регенерации ранее повреждённых аксонов и восстановлением их функций, что более характерно для детей и лиц молодого возраста.

В отдалённом периоде (6 месяцев – 4 года после ЧМТ) КТ отражает динамику либо стабилизацию процессов после ДАП. Дегенеративно-деструктивные процессы выражаются в уменьшении объёма мозга, расширении желудочковой системы и субарахноидальных пространств, скоплении цереброспинальной жидкости над лобными долями, в передних отделах межполушарной щели и др. Репаративно-регенеративные процессы выражаются в увеличении объёма мозга, вытеснении избыточной жидкости из субарахноидальных пространств и т.д.

Магнитно-резонансная томография при ДАП обычно более информативна, чем КТ, чётко визуализируя повреждения мозолистого тела, ствола, других образований. Наиболее частая находка – разные по размерам гиперинтенсивные участки на границе серого и белого вещества, в паравентрикулярных зонах, мозолистом теле, в стволе мозга. В дальнейшем интенсивность их изображения снижается. При мелких кровоизлияниях в местах поражения аксонов на томограммах по Т1 могут обнаруживаться признаки наличия дериватов окисления гемоглобина, особенно чётко они выявляются при использовании режима SWAN. Множественные участки понижения сигнала на томограммах по Т2 и с использованием градиентного эха могут наблюдаться в течение многих лет после травмы. Диффузно-тензорная МРТ (трактография) в динамике показывает нарастающую атрофию проекционных и ассоциативных путей вследствие ДАП (см. фото.).

Лечение

ДАП не относится к хирургически значимым формам ЧМТ. Поэтому пострадавшие в остром периоде ДАП, подтверждённого КТ- или МРТ-исследованием, не подлежат оперативному вмешательству, в каком бы тяжёлом состоянии они ни находились. Показания к хирургии при ДАП возникают лишь при обнаружении сопутствующих очаговых повреждений (вдавленные переломы, оболочечные и внутримозговые гематомы и др.), если они вызывают угрожающее сдавление головного мозга. В случаях неуправляемой внутричерепной гипертензии иногда может появится резон для декомпрессивной трепанации черепа.

При ДАП часто определяются субдуральные скопления ликвора над передними отделами больших полушарий. Их могут ошибочно принимать за объёмные гигромы и прибегать к оперативному устранению. Этого делать не следует, ибо эти скопления ликвора не ведут себя агрессивно и, как правило, спонтанно резорбируются.

Находящиеся в коме пострадавшие с ДАП нуждаются в проведении длительной искусственной вентиляции лёгких, для чего осуществляется трахеостомия. Комплексная интенсивная терапия включает поддержание обменных процессов с использованием энтерального (зондового или через гастростому) и парентерального питания, коррекцию нарушений кислотно-основного и водно-электролитного балансов, нормализацию осмотического и коллоидного давления, системы гомеостаза, предупреждение пролежней, обеспечение работы тазовых органов. Для профилактики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений необходимо назначение антибактериальных препаратов с учётом чувствительности микрофлоры. Целесообразно раннее включение психостимулирующей терапии для восстановления эмоциональной и психической сферы, лечебной гимнастики для борьбы с парезами и предупреждения вторичных контрактур, логопедических занятий для коррекции речевых нарушений.

Для нормализации и улучшения общего состояния больного, компенсации нарушенных мозговых функций и ускорения темпа восстановления важно длительное систематическое назначение ноотропных, сосудистых препаратов, средств, влияющих на тканевой обмен; по показаниям – нейромедиаторов и антихолинэстеразных лекарств. Необходимости в применении гормональных препаратов при ДАП обычно не возникает.

Тяжесть состояния пострадавших и исходы ДАП зависят не только от степени распространённости первичного повреждения аксонов, но и от выраженности вторичных интракраниальных факторов (отёк, набухание, нарушение метаболизма мозга) и присоединения экстракраниальных осложнений. Поэтому требуются эффективные лечебные мероприятия, направленные на блокирование включения вторичных механизмов поражения мозга и внечерепной патологии. При развитии в промежуточном и отдалённом периодах ДАП таких хирургически значимых последствий, как нормотензивная посттравматическая гидроцефалия, каротидно-кавернозное соустье, хроническая субдуральная гематома, гиперкинетические и иные синдромы, осуществляется минимально инвазивное, эндоваскулярное либо стереотаксическое вмешательство.

Прогноз и исходы

Прогноз и исходы через 6 месяцев после ДАП прежде всего зависят от длительности и глубины комы. Треть пострадавших с ДАП мозга погибают. По данным НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, при продолжительности комы до 7 суток у большинства выживших наблюдается умеренная инвалидизация или даже хорошее восстановление. При продолжительности комы свыше 8 суток в структуре исходов резко возрастает удельный вес грубой инвалидизации и вегетативного состояния.

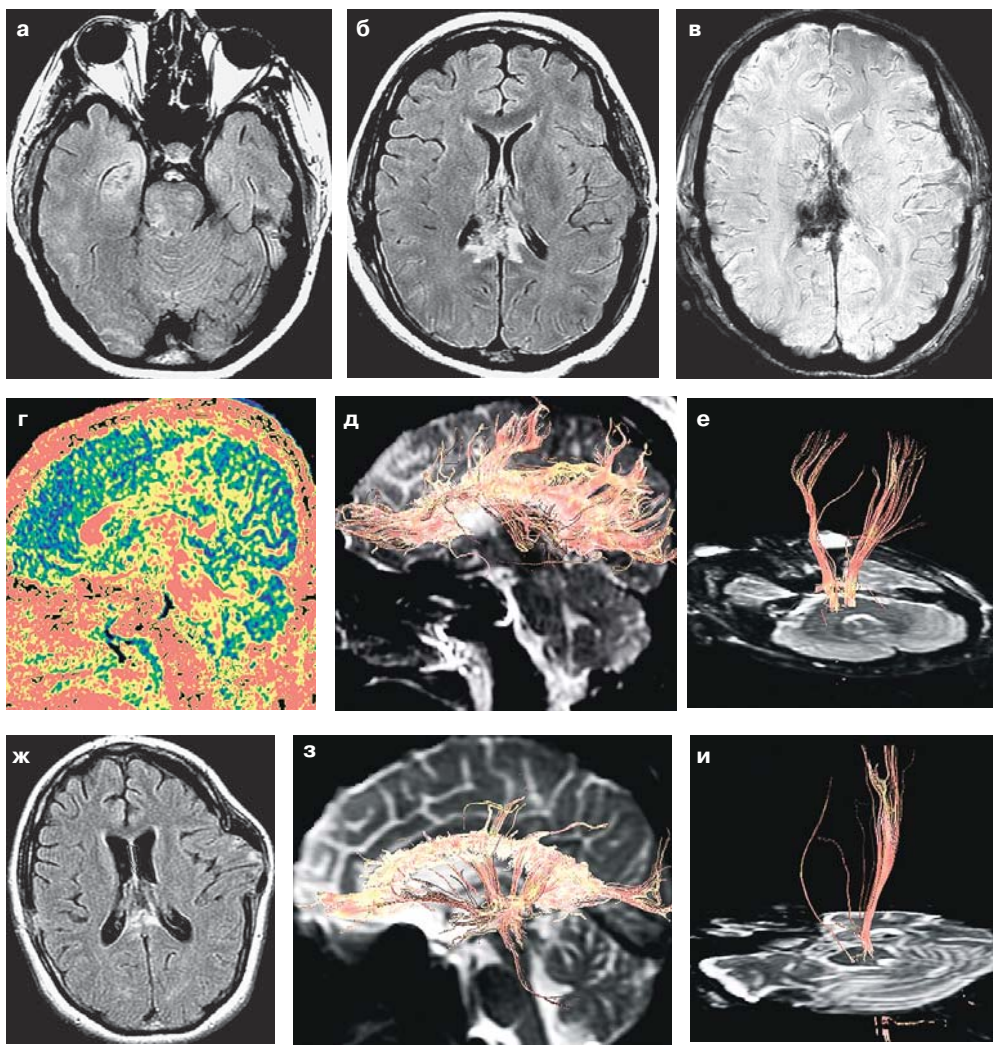
Корреляционный анализ показал достоверную зависимость между длительностью, глубиной комы и исходом ДАП. Чем длительнее и глубже кома, тем хуже исход. При этом существенное значение принадлежит и возрастному фактору. Корреляционный анализ выявил зависимость между длительностью коматозного состояния и исходами у детей и взрослых, которая оказалась более достоверной у детей. По мере удлинения комы у них учащается грубая инвалидизация или переход в стойкое вегетативное состояние при относительно меньшей летальности. Для взрослых же характерна высокая частота летальных исходов при относительно большей частоте умеренной инвалидизации.

Отдалённые исходы ДАП в сроки от 1 до 8 лет показывают, что хорошего восстановления чаще достигают дети. Но вместе с тем в этой же возрастной категории длительнее держится вегетативное состояние.

При клинической картине ДАП с учётом биомеханики ЧМТ (автотравма, кататравма, баротравма), подтверждаемого данными КТ или МРТ, допустимо прогнозировать характер его течения и исходов. Когда выявляется умеренное увеличение объёма мозга без мелкоочаговых геморрагий в глубинных структурах, кома чаще продолжается 4–10 суток, вегетативное состояние непродолжительно либо отсутствует, симптомы разобщения полушарий и подкорковых структур неярки и нестойки. На КТ через 2–3 недели исчезают признаки увеличения объёма мозга, а через месяц можно констатировать чёткие признаки развития диффузной атрофии мозга.

Как показали исследования НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, при ДАП в случае значительного улучшения состояния больного, включая психику и неврологический статус, возможно чёткое проявление тенденции к частичному или даже полному регрессу атрофии мозга (что подтверждают и данные КТ/МРТ-исследования). Увеличение объёма мозга происходит за счёт восстановления межнейрональных связей, роста аксонов, возрастания числа функционирующих дендритов и, соответственно, действующих капилляров, обеспечивающих их энергетические и трофические потребности. Всё вместе обусловливает увеличение мозгового кровотока и массы мозга. Исходы при этом характеризуются умеренной инвалидизацией и хорошим восстановлением почти у 1/2 больных, грубой инвалидизацией – у 1/3 пострадавших и гибелью – у 1/5.

Когда на фоне общего увеличения объёма мозга имеются мелкоочаговые кровоизлияния в его глубинных отделах и особенно деструктивные изменения в стволе, можно прогнозировать длительную кому (свыше 10 суток), продолжительное пребывание больного в вегетативном состоянии и развёртывание ярких симптомов разобщения коры и подкорково-стволовых структур. На КТ спустя 3–4 недели на фоне отчётливой тенденции к расширению желудочковой системы и субарахноидальных пространств мелкоочаговые геморрагии перестают выявляться (рассасываются либо становятся изоденсивными). В дальнейшем диффузная атрофия мозга нарастает в достаточно быстром темпе, становясь часто грубой в промежуточном периоде (спустя 3–6 месяцев). Исходы при этом варианте ДАП хуже и характеризуются гибелью 2/5 пострадавших, грубой инвалидизацией либо вегетативным состоянием у 1/3 больных; лишь у менее 1/3 пострадавших удаётся добиться умеренной инвалидизации или хорошего восстановления. Следует подчеркнуть, что адекватная интенсивная и восстановительная терапия, особенно у детей и молодых, нередко позволяет за 6–12 месяцев достигнуть у, казалось бы, бесперспективных больных, перенёсших ДАП, уровня умеренной инвалидизации.



Диффузное аксональное повреждение головного мозга. Автоавария, пострадавшая 22 лет. Исход: тяжёлая инвалидизация, правосторонняя гемиплегия и афазия.

Магнитно-резонансная томография в динамике на 4-е сутки после травмы. Режим Т2-FLAIR: а, б – мелкоочаговые повреждения в области перехода средний мозг – мост, геморрагические очаги в мозолистом теле и форниксе; в – режим SWAN, чётко видны множественные кровоизлияния; г – карта фракционной анизотропии – снижение анизотропии в задних 2/3 мозолистого тела. Магнитно-резонансная трактография: д – частичное отсутствие визуализации волокон мозолистого тела; е – кортикоспинальные тракты сравнительно симметричны.

33-е сутки после травмы. Режим Т2-FLAIR: ж – умеренно выраженные атрофические изменения вещества мозга; з – формирование менингоэнцефалоцеле в зоне оперативного вмешательства. МР-трактография: з – визуализируются лишь отдельные восходящие волокна мозолистого тела; и – грубая асимметрия кортикоспинального тракта с резким истончением его волокон слева

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.
НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Деловые встречи

Новые горизонты и старые проблемы

В Москве прошёл очередной Всероссийский форум «Мать и дитя»

Собравшиеся в столице акушеры-гинекологи, представители науки и практического здравоохранения из всех уголков России (и не только: присутствовали многочисленные гости из других стран) обсудили наиболее актуальные вопросы своей специальности, ознакомились с новыми наработками.

Перинатальное акушерство

Современное акушерство – это перинатальное акушерство. Оно существенно отличается от классического, которое, как отметил президент Российского общества акушеров-гинекологов академик РАН Владимир Серов, опиралось на совсем другие обстоятельства, такие как большое число родов, высокая детская смертность, преобладание выжидательной тактики, доминирующее мнение врача.

В настоящее время – особое внимание ребёнку, преобладает активная тактика, стремление к партнёрским родам. Врач уже не является доминирующей фигурой, он – партнёр. Принципиально новые условия в обществе (в том числе снижение количества родов) привели к переменам в акушерстве. По словам В.Серова, основной инструмент классического акушерства – щипцы. А основной инструмент перинатального акушерства – кесарево сечение.

Выступает Г.Сухих

– Я хорошо помню 70-е годы XX века, когда в России кесарево сечение составляло 1,5% ко всем родам, – сказал он, – материнская смертность тогда превышала 70 на 100 тыс. живорождений и очень высокой была младенческая смертность.

Жизнь заставила повышать процент кесарева сечения. Сейчас он достигает 27% ко всем родам, а в некоторых стационарах и 50%.

Несомненно, кесарево сечение оказало положительное влияние на показатели материнской и младенческой смертности. Однако сама по себе операция КС не может решить проблему перинатальной и младенческой смертности.

– Только в сочетании с неонатологической помощью можно рассчитывать на успех, – заметил В.Серов.

Подчеркнув важность строительства перинатальных центров, в частности для неонатологии, академик всё же отметил, что перинатальные центры для акушерства не совсем идеальные учреждения. По его мнению, идеальные учреждения для акушерства – это многопрофильные больницы, в состав которых входит акушерское отделение.

– У нас иногда открывают перинатальные центры в чистом поле, – сказал В.Серов, – то есть они не связаны с больничным учреждением. Этого нельзя допускать. Ведь мы многие годы боролись за то, чтобы ликвидировать акушерскую изолированность, вписать акушерство в общую медицину, в общую сеть.

Работа вместе с терапевтами, хирургами, анестезиологами, неонатологами позволяет добиваться хороших результатов. Так, структура материнской смертности в России стала европейской. Возросло число трудноуправляемых причин. Это, считает академик, накладывает на акушеров-гинекологов особые обязательства.

– Конечно, материнская смертность будет снижаться, но у меня такое впечатление, что мы почти на дне наших возможностей, – поделился соображениями В.Серов.

Резервы ещё есть

Однако с этим, похоже, не совсем согласна директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Елена Байбарина. Поблагодарив акушеров-гинекологов за «прогрессирующее снижение материнской смертности в стране» (В минувшем году показатель составил 10,1 на 100 тыс. родившихся живыми. В абсолютных цифрах, по данным Росстата, умерло 196 женщин), директор департамента отметила:

– Более половины смертей были признаны либо предотвратимыми, либо условно предотвратимыми. Это говорит о том, что поле деятельности у нас широкое, – сказала она. – Необходимо добиться, чтобы везде на необъятных просторах нашей Родины помощь оказывалась качественно и своевременно.

Перинатальная смертность также успешно снижается и достигла 8,3. Особенно радует снижение мертворождаемости (5,8), хотя оно и происходит медленнее, чем ранней неонатальной смертности. Это очень важный аспект, характеризующий качество правильного учёта и акушерской помощи.

Младенческая смертность имеет хорошую тенденцию к сокращению, за 7 месяцев 2016 г. показатель составил 6. Но в плане его улучшения есть ещё большая перспектива, так как не менее 30% смертей детей первого года жизни являются предотвратимыми. И здесь велика роль организационно-методических мер.

Правительством страны принята краткосрочная программа стратегического развития здравоохранения в продолжение Национального проекта «Здоровье». Она рассчитана на 2 года и включает, помимо прочего, такое направления, как совершенствование организации медицинской помощи матерям и детям. Цель – снизить младенческую смертность к 2018 г. до 5,8, закончить строительство 29 перинатальных центров, завершить формирование трёхуровневой системы оказания медицинской помощи путём совершенствования логистики с обеспечения доступности в отдалённых районах, укрепления взаимодействия и обратной связи между перинатальными центрами и акушерскими стационарами всех уровней с использованием дистанционных технологий консультирования и программ дополнительного профессионального образования) и контрольную (это новая функция: на основе клинических рекомендаций разрабатываются критерии оценки качества медицинской помощи). Она даст инструмент проверки качества не только организаторам здравоохранения, главным врачам, руководителям службы, но и контролирующим органам, страховым компаниям, Росздравнадзору.

Е.Байбарина привлекла внимание участников форума к недавно изданному приказу Минздрава России № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Он зарегистрирован Министерством юстиции РФ, значит обязателен для исполнения. Приказ вступит в силу с 1 июля 2017 г. До конца нынешнего года планируется дополнение критериев качества по группам заболеваний.

Говоря об информатизации медицины, Е.Байбарина напомнила, что вскоре предстоит полностью перейти на электронный документооборот, ведение истории болезни, карты амбулаторного больного в электронном виде, где критерии качества будут оцениваться в автоматическом режиме.

В зале во время пленарного заседания

«Костюм» для тебя

Заглянуть в будущее предложил участникам форума директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академик РАН Геннадий Сухих, посвятивший свое выступление перспективам развития специальности и медицины в целом. Отметив, что научной основой современного акушерства становятся молекулярная биология и генетика, академик приоткрыл новые горизонты, связанные с прецизионной (точной) медициной. Основная её цель – разработка индивидуальных способов лечения и борьба с шаблонным подходом. Исследование персональных геномов и постгеномных технологий с учётом фармакогенетики, онкогеномики, биоинформатики позволит создать точную кальку, по которой, как образно выразился академик Г.Сухих, будут шить костюм «для тебя» (а не просто подбирать его из имеющихся в магазине), и это уже будет называться персонализированная медицина. В США на развитие данного направления выделено 215 млн долл., в Китае ещё больше.

Что касается акушерства, неонатологии, то сейчас парадигма инноваций смещается на исследование плаценты.

Частой причиной неблагоприятных исходов беременности являются плацентарные нарушения. Факторы, приводящие к неблагоприятным исходам, формируются задолго до их манифестации. Влияние ранних плацентарных рестрикций на рост и развитие плода выражается в нарушении транспортной функции, неадекватном ангиогенезе, нарушении синтеза и матаболизма стероидов, усилении апоптоза, высоком оксидативном стрессе.

По словам Г.Сухих, плацента даёт о себе знать, посылая очень рано различные сигналы, пакуя их в разные упаковки, и по мере того, как нарушаются взаимоотношения матери и плода, всё больше

писем, сигналов SOS о помощи поступает в великую реку периферического кровотока. Уметь прочитать эти письма – задача современной науки.

Всё чаще теперь говорят и о плацентарном программировании: ишемическая болезнь сердца, гипертензия, сахарный диабет 2-го типа в большой степени зависят от взаимоотношения матери и плода, а на самом деле от работы системы плаценты. Последние исследования показывают, что астма, рак лёгких, колоректальный рак, лимфома Ходжкина, преждевременная смерть тоже с этим связаны.

Коснувшись вопроса микробиоты, академик сказал:

Елена Байбарина беседует с коллегой

– Мы до сих пор высокомерно относимся к микроорганизмам, которые живут на территории толстой кишки, ротовой полости, слизистой репродуктивного тракта. Очень многие состояния, связанные, в том числе, с репродукцией, это состояния недружественного взаимоотношения с этими микроорганизмами, чей суммарный геном на 2 порядка выше нашего генома. Надо пересмотреть классическую догму, что матка стерильна, плод стерилен, оболочки стерильны. Это не так. Другое дело, чем они заселены, кто там существует, что за микроорганизмы. Взаимодействие всей суммарной микробиоты – огромная непрочитанная книга, и мы открываем только первые её страницы. Материнский микробиом из репродуктивных и нерепродуктивных ниш принимает участие в инициировании родов, изменение микробного разнообразия способно привести к нарушению нормального течения беременности.

Наука не имеет границ. Поэтому докладчик ознакомил присутствующих с впечатляющим проектом, реализуемым Национальным институтом здоровья США. В течение следующих 10 лет исследователи должны начать разработку подробного руководства по аномалиям развития, которое будет включать данные многих организмов и описание молекулярных путей геномной и эпигенетической регуляции на всех этапах развития плода. Планируется создать библиотеку плюрипотентных клеток, из которых развиваются органы и ткани с потенциальной возможностью применения в клинической практике; добиться создания систематического биобанка плацент, который должен быть связан с генетическими и эпигенетическими данными, периодическим и стандартизованным фенотипированием потомства, ведь точная (прецизионная) медицина не может быть без исследования фенотипа. Предполагается начать исследование по воздействию на здоровье, рост и развитие в нескольких поколениях. Это исследование будет включать данные об индивидуальных генотипах, о воспитании, образе жизни и других факторах окружающей среды; о фенотипах (например, выносливость сердечно-сосудистой системы, резистентность к инсулину), и об эпигенетических изменениях ДНК клеток периферической крови, а также любых патологически изменённых тканей. Планируется обозначить шкалу сложных причин мертворождаемости и недоношенности и наметить профилактические меры, основанные на доказательной медицине. Создать четырёхмерный атлас внутриутробного развития с включением данных на генно-клеточном уровне, в котором будут описаны эффекты специфической экспрессии генов и эпигенетических изменений из-за состояния окружающей среды и других воздействий (например, социального окружения, лекарств) и соответствующая информация о фенотипах, развивающихся в результате этих воздействий.

Вводятся два новых понятия: «гестом» – система, характеризующая материнско-плацентарно-плодные взаимоотношения на молекулярном уровне, и «экспосом» – совокупность факторов, характеризующих воздействие окружающей среды на развивающийся плод.

Научные изыскания позволят прийти к пониманию того, как меняется микробиом в переходные периоды репродукции и как эти изменения влияют на здоровье; обозначить генетические, эпигенетические и экологические взаимодействия, лежащие в основе развития наиболее значимых гинекологических заболеваний, в том числе эндометриоза и миомы матки.

Совершенствоваться и расти

От науки – к практике, и от практики – к науке. Эти взаимодополняющие векторы прослеживались во всей программе форума.

«Конечно же, очень интересно услышать, над чем работают учёные, – делились в кулуарах впечатлениями участники форума из российской глубинки, – но нам, наверное, важнее уяснить для себя, как поступать в конкретной ситуации, с которой нередко приходится сталкиваться в практической деятельности, стоит ли, например, назначать те или иные витамины, вокруг которых до сих пор ведутся споры, или, скажем, как профилактировать тромбофилию у беременных».

В этом отношении большой популярностью у слушателей пользовались тематические симпозиумы.

Академик В.Серов, затронув вопрос о роли тромбофилии в акушерстве, отметил, что невынашивание, синдром потери плода, тяжёлая преэклампсия, хелп-синдром, микроангиопатия, акушерские кровотечения, тромбозы в большом числе случаев связаны с генетическими или приобретёнными формами тромбофилии.

– К сожалению, к этой проблеме мы подходим очень поверхностно, – сказал он. – Тромбофилия – это совсем не лабораторный феномен, это – клинико-лабораторная ситуация. Поэтому если имеется клиника, скажем, потери плода, искать надо тромбофилию.

Профилактика данной патологии, действительно, один из дискуссионных вопросов. Что делать, если у беременной высокий риск развития тромбофилии, но нарушений гемостаза ещё нет? Лечить здоровую женщину? Ведь когда появятся антитела к фосфолипидам, лечение будет уже бесполезно.

– В группах риска беременных нужно лечить, пока они ещё здоровы, – считает В.Серов и предлагает вопрос обсудить, чтобы прийти к единому мнению. Когда гемостаз нарушен – лечение запоздало и будет малоэффективным. Это обстоятельство часто не позволяет предупредить негативный исход беременности.

Среди новых проблем акушерства – быстрое увеличение числа беременных с врастанием плаценты, чаще это женщины, перенесшие операцию кесарева сечения. Органосохраняющее вмешательство при этой патологии чревато обильным кровотечением, опасным для жизни. Оказать помощь пациентке с врастанием плаценты в учреждениях первого уровня практически невозможно. Многие городские учреждения второго уровня также не готовы к перевязке подвздошных сосудов или их эмболизации, реинфузии.

О важности профилактики и выявлении ранних маркёров различной патологии говорила главный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России академик РАН Лейла Адамян.

– Стратегия современной медицины – профилактика, – напомнила она. – Стратегия современного акушерства – планируемая, хорошо подготовленная беременность.

Л.Адамян отметила, что лидерами гинекологической заболеваемости женского населения в XXI веке являются воспалительные заболевания, миома матки и эндометриоз. Она рассказала, какие новшества появились в диагностике и лечении наиболее распространённой патологии, привела результаты последних исследований зарубежных и отечественных специалистов. Так, новое в области экстракорпорального оплодотворения то, что эмбрионы могут развиваться in vitro в специализированной культуральной среде до 13-го дня. Кстати, в России, где ЭКО имеет государственную поддержку, за 2016 г. с помощью вспомогательных репродуктивных технологий родилось 15 944 ребёнка (это 0,9% от всех рождений).

Академик сочла необходимым сделать акцент на детской гинекологии. Раннее начало половой жизни, стресс, высокий инфекционный индекс, ожирение, курение и прочие негативные моменты, распространённые в детской и подростковой среде, приводят к нарушениям в репродуктивной сфере, влияют на заболеваемость.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

В клиниках и лабораториях

По принципу совместимости

На пути совершенствования терапии наследственных заболеваний

Институт стволовых клеток человека (ИСКЧ) сообщает о первом в России пациенте, успешно прошедшем все этапы лечения генетического заболевания новым высокотехнологичным методом. Девочке с синдромом Швахмана – Даймонда были пересажены стволовые клетки её брата, рождённого с помощью преимплантационной генетической диагностики (ПГД) и ЭКО. Брат был рождён генетически идентичным по тканевой совместимости и не унаследовал генетическое заболевание.

Синдром Швахмана – Даймонда (СШД) представляет собой тяжёлое генетическое заболевание, которое проявляется скелетными нарушениями, предрасположенностью к лейкозам, нарушением кроветворения, иммунной системы и функции поджелудочной железы. Единственным эффективным методом лечения является трансплантация стволовых клеток костного мозга или пуповинной крови от совместимого донора. Однако для большей части больных СШД найти совместимого донора не представляется возможным.

Девочка с СШД родилась в 2009 г. В семье она была вторым ребёнком. Первый ребёнок умер от симптомов, схожих с этим же наследственным заболеванием, однако генетическая диагностика не проводилась и диагноз установлен не был. В 6 месяцев в тяжёлом состоянии ребёнок был госпитализирован в больницу, где специалисты поставили диагноз и приняли решение о проведении трансплантации костного мозга. Ввиду отсутствия совместимого донора в 2010 г. девочке провели трансплантацию с использованием клеток отца, совместимого с дочерью только на 50%. Попытка закончилась отторжением трансплантата, но ребёнок выжил.

Родители девочки планировали рождение ещё одного ребёнка, но опасались, что он также может унаследовать СШД. На помощь семье пришли специалисты ИСКЧ.

Для проведения подобного лечения специалисты института используют разработанные в США уникальные персонализированные тест-системы, с помощью которых можно исследовать генетические мутации по одной единственной клетке.

Для семьи девочки с СШД во время ЭКО эмбриологи провели биопсию единичных клеток каждого из полученных эмбрионов (на 3-5-й день развития на стадии 8-50 клеток). Обычно во время процедуры ЭКО получают и оплодотворяют от 1 до 20 яйцеклеток. Далее генетики исследуют все эмбрионы: выявляют «больные» и свободные от тяжёлого заболевания, а также тканесовместимые с больным ребёнком. Такой и был имплантирован матери больной девочки.

Планировалось, что у рождённого ребёнка-спасителя будут собраны стволовые клетки пуповинной крови для последующей трансплантации сестре. Все этапы прошли успешно, и в 2014 г. в семье родился здоровый мальчик. Его полностью совместимая пуповинная кровь была собрана при родах и сохранена в гемабанке.

В мае нынешнего года специалисты ИСКЧ провели девочке трансплантацию с использованием пуповинной крови и кроветворных клеток костного мозга младшего брата. Трансплантация прошла успешно, клетки брата полностью прижились, и сегодня девочка чувствует себя хорошо.

Проведённая трансплантация – это первый в России случай использования преимплантационной генетической диагностики для лечения синдрома Швахмана – Даймонда. Всего в мире известно о нескольких десятках успешных трансплантаций кроветворных стволовых клеток от генетически совместимых братьев и сестёр, рождённых с помощью ПГД.

Впервые в мире подобный метод был внедрён в США и использовался также и в Европе для лечения анемии Фанкони, талассемии, лейкоза, болезни Краббе, синдрома Оумена, синдрома Даймонда – Блекфана.

Почти все этапы этой методики по отдельности уже используются в практике российского здравоохранения: сбор пуповинной крови, трансплантация пуповинной крови и костного мозга, ЭКО. Они финансируются государством при соответствующих показаниях. Кроме ключевого исследования для подобного лечения – ПГД, представляющего собой персонализированное генетическое исследование и разработку тест-систем под каждую отдельную мутацию в соответствии с генетическими особенностями семьи.

«Для знающих специалистов этот метод выглядит не так сложно, но на его реализацию в нашей стране за 6 лет мы потратили много сил, долго и терпеливо работали в ожидании результата. Полагаю, теперь этот метод и ПГД будут включены Минздравом России в стандарты лечения как один из вариантов терапии ряда наследственных заболеваний и станут доступны сотням семей», – прокомментировал директор ИСКЧ Артур Исаев.

Алина КРАУЗЕ.

Ориентиры

Иван Артюхов:

«Обучение и образование – не одно и то же»

Хороший университет должен ориентироваться на актуальные запросы государства и общества

«Принципы инновационной педагогики в медицинском образовании: «камера хранения» или университет будущего?» – так обозначил тему своего выступления на 7-й Общероссийской конференции «Неделя медицинского образования – 2016» ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, доктор медицинских наук, профессор Иван Артюхов.

«Камерой хранения» он называет вуз, куда родители «сдают» детей не ради получения хорошего образования, а просто для собственного спокойствия. Потерять инициативу, перестать развиваться и стать неконкурентоспособным на рынке образовательных услуг – значит превратиться в такую «камеру хранения», что для самого Красноярского медуниверситета является неприемлемым сценарием. По мнению ректора КрасГМУ, реализация стратегии «Университет будущего» возможна и необходима для всех российских высших учебных заведений.

– Мы внимательно следим за рейтингом лучших университетов США. Недавно в нём появилась новая номинация – самые прогрессивные. В список таковых попали университеты, которые стали новаторами в области учебного плана, технологий, кадровой политики, кампуса и студенческой жизни. Международный экспертный анализ показывает, что сегодняшний стандартизованный массовый подход не повышает качества образования, в том числе медицинского, а напротив, ведёт к его снижению. Ведь обучение и образование – не одно и то же. Обучение – это про то, как научить конкретного человека, а образование – про то, как организовать процесс массового обучения, чтобы удовлетворять потребность государства и корпораций в квалифицированных кадрах. Так вот, чтобы уровень знаний и умений наших выпускников удовлетворял ожиданиям наших заказчиков – государства, организаторов здравоохранения и пациентов, мы должны предусмотреть не только контент образовательной программы, но также оптимальную логистику и привлекательную «упаковку» образовательного процесса, – считает профессор И.Артюхов.

Модернизация образовательного процесса должна проводиться по следующим направлениям: использование возможностей смешанного обучения; перепланировка учебных аудиторий; внимание количественной и качественной оценке образовательного процесса; создание открытых образовательных ресурсов; постоянное совершенствование культуры преобразований и инноваций в вузе; повышение интенсивности сотрудничества между учебными заведениями. В КрасГМУ по этому пути пошли ещё несколько лет назад, и к сегодняшнему дню на примере университета можно увидеть, как на традиционном «фундаменте» высшего учебного заведения формируется настоящий бренд со всеми необходимыми в таких случаях атрибутами: оригинальными подходами к организации образовательного процесса и образовательного пространства при сохранении высокого качества обучения.

Свобода выбора

Как поясняет Иван Артюхов, студенты и курсанты на этапе последипломной подготовки должны иметь возможность выбирать ту форму знакомства с учебным материалом, которая удобна для каждого из них в данный момент. Речь идёт о легитимизации смешанного обучения, которое сочетает в себе лучшее из очного и онлайн-обучения, то есть дистанционного, с использованием интернет-технологий.

– Я абсолютно уверен, что в любом учебном заведении, а в медицинском особенно, живое общение преподавателя и студента никогда не может быть полностью заменено общением через компьютер. Поэтому мы не отрицаем и не исключаем традиционные формы обучения в форме лекций, семинаров и тренингов. Но в то же время предоставляем студентам и курсантам возможности для дополнительных занятий с использованием информационных технологий. Одно другому не мешает, напротив, дополняет и усиливает, – уточняет ректор КрасГМУ.

Для дистанционного обучения в КрасГМУ на разных уровнях образования – среднее, высшее, ординатура, аспирантура – обучающиеся имеют возможность пользоваться электронным учебно-методическим комплексом дисциплин (УМКД). В электронной библиотечной системе университета уже почти 600 видеолекций по всем основным и дополнительным образовательным программам, а также 182 видеоурока по практическим навыкам.

Разумеется, создание информационно-образовательных ресурсов требует определённых усилий и затрат, но они себя оправдывают. В ректорате университета подчёркивают, что восприятие онлайн-обучения в целом положительное, всё больше учащихся и преподавателей видят в нём эффективную альтернативу некоторым формам очного обучения.

Дизайн как стимул

Одна из самых затратных, но вместе с тем самых важных задач, по мнению ректора Красноярского медуниверситета, – перепланировка учебных аудиторий. Новые формы преподавания нуждаются в новых «апартаментах».

– Когда в лекционном зале 250-300 человек, эффективность обучения значительно ниже, чем в аудитории, ориентированной на маленькие группы студентов. Помещения в ведущих образовательных учреждениях мира всё чаще обустроены таким образом, чтобы обеспечить взаимодействие студентов и преподавателя в рамках проектной работы: привычная кафедра перемещена в центр аудитории и окружена круглыми столами, чтобы студенты могли свободно переходить из группы в группу. Практикуется создание «умных комнат», поддерживающих проведение веб-конференций, переоборудуется библиотечное пространство, а также холлы и коридоры: там устанавливается удобная мебель, розетки для зарядки мобильных устройств, а также ЖК-мониторы, которые можно подключить к ноутбуку. Всё это стимулирует у студентов интерес к учёбе, – перечисляет Иван Артюхов.

Кое-какие из этих дизайнерских новаций в КрасГМУ уже реализовали. К примеру, создали несколько лабораторий имитационного моделирования. Так, здесь появился университетский центр фармации – практически настоящая аптека, которая является основой для учебного процесса фармацевтов. А кафедра-центр симуляционных технологий обеспечивает освоение практических навыков и студентами, и курсантами на этапе последипломного обучения.

Идёт экзамен в центре симуляционных технологий

Оценка обязательна

Количественная и качественная оценка образовательного процесса – непременное условие, в противном случае преобразования превратятся в самоцель. По словам профессора Артюхова, цель такой аналитики – оценить факторы, влияющие на успешность студентов в освоении учебного материала, выработать лучшие педагогические методы, предоставить студентам возможность играть активную роль в собственном обучении, а также сосредоточиться на группах риска среди студентов.

– К настоящему времени в КрасГМУ каждый студент формирует собственное электронное портфолио и строит в нём свою индивидуальную образовательную траекторию: расписание занятий, доступ к электронному УМКД, архивирование его научных работ и рецензии на них. А для мониторинга «учебной дисциплины» мы разработали информационную панель успешности студента, электронный дневник производственной практики, электронные чек-листы для постановки задач перед студентами и контроля их выполнения. Инструменты такого рода позволяют не только преподавателям, но и самим студентам лучше оценить достигнутый ими прогресс, – поясняет ректор.

Не прячьте ваши лекции

Следующая важная задача для университета, который стремится быть конкурентоспособным, – формирование открытых электронных образовательных ресурсов для зарегистрированных пользователей. По признанию ректора КрасГМУ Ивана Артюхова, это очень непросто достигается, потому что многие преподаватели считают материалы своих лекций и семинаров своей интеллектуальной собственностью. И в каждом таком случае необходимо применять искусство дипломатии.

Тем не менее на сегодняшний день в университете создан достаточный электронный банк учебных материалов, и более того – в системе единого образовательного пространства объединились базы данных уже почти десятка медицинских вузов России. Здесь аккумулируется разнообразный цифровой контент: полные учебные курсы, отдельные учебники, видео, проверочные тесты, компьютерные программы.

Учиться врозь, а работать вместе

Задача с замысловатой формулировкой «совершенствование культуры преобразований и инноваций»: что она подразумевает?

– Для того чтобы адаптироваться к потребностям государства и общества, высшие учебные заведения должны быть максимально гибкими, то есть при разработке учебных программ многое можно позаимствовать из моделей стартапов: это и творческий подход, и готовность идти на риск, и выстраивание сотрудничества с другими вузами, госструктурами, научными институтами, – продолжает Иван Артюхов.

В частности, при подготовке специалистов для здравоохранения архиважно учитывать командный стиль их будущей работы. Причём в одной команде предстоит работать людям с высшим и средним специальным образованием. Надо ли говорить, как много сложностей возникает из-за этого на первых этапах? Между тем данную проблему можно профилактировать. К примеру, воспользовавшись опытом Красноярского медицинского университета, где практикуется технология командного тренинга: студенты КрасГМУ и студенты медколледжа вместе проходят тренинги эффективного взаимодействия на кафедре симуляционных технологий, фактически имитируя работу настоящей операционной бригады. Только в роли пациента не человек, а лабораторное животное.

Также в университете постоянно «осовременивают» программу подготовки управленцев для системы здравоохранения. Она потому и называется «Инновационный менеджмент», что новые времена предъявляют новые требования к знаниям и компетенциям лидеров, и это надо учитывать.

В поисках единомышленников

Интенсивное сотрудничество между учебными заведениями, как оказалось, всё сильнее влияет на качество высшего образования. В мире давно наметилась тенденция к созданию университетских консорциумов для проведения общих научных исследований, взаимного дополнения образовательных программ, создания единых электронных образовательных ресурсов.

Участвуют в этом процессе и российские вузы. Так, у Красноярского медуниверситета более 50 договоров о сотрудничестве с разными университетами, в том числе зарубежными. А в 2016 г. здесь приступили к реализации программы двойных дипломов на этапе последипломного обучения с университетами Японии. Что касается самих профессоров и преподавателей КрасГМУ, 10 из них имеют международные учёные степени PhD.

– Резюмируя, скажу: все перечисленные задачи по модернизации процесса обучения в равной степени важны для достижения главной цели – кастомизации образовательных услуг, то есть перехода от массового образовательного продукта к индивидуальному. Как бы мы ни дорожили многими традициями российской медицинской школы, надо уметь соотносить их с реалиями современной жизни и особенностями мировосприятия современного человека. Именно индивидуальный подход в образовании повышает интерес студента к процессу получения знаний, а без такого интереса мы никогда не получим выпускника, которого без преувеличения можно назвать пусть и молодым, но всё-таки специалистом, – убеждён ректор КрасГМУ Иван Артюхов.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Исследования

Первые крики новорождённых детей различаются в зависимости от того, на каком языке говорят их родители. Это особенно заметно у носителей тональных языков, где высота звука и её изменение могут поменять смысл слова на противоположный. В Вюрцбургском университете (Германия) местные и китайские учёные впервые исследовали этот феномен – у детей из Китая и Камеруна.

На родном языке

Тональные языки звучат непривычно для европейцев. Значение слова меняется, если произносить его с разной частотой звука или с переливами. Один из таких языков – северокитайский, или мандарин, в котором существует 4 разных тона. Этот язык распространён в Китае, Сингапуре и на Тайване, и им владеет около миллиона человек. Ещё один пример – язык ламнсо, на котором говорят 280 тыс. членов племени нсо в северо-западном Камеруне. Они различают целых 8 тонов, некоторые из которых меняются в процессе произнесения. Исследователи задались вопросом: а влияет ли язык, на котором говорит мать, на крики её ребёнка?

Профессор Катрин Вермке по итогам научной работы заявила, что разница, безусловно, есть. Оказалось, что дети, чьи родители говорят на богатом тонами языке, плачут на значительно более высоких частотах, чем, например, немецкие дети. Особенно это было заметно у малышей из племени нсо, плач которых, во-первых, по сравнению с другими детьми имел самый большой диапазон (от самого низкого до самого высокого звука) и, во-вторых, содержал ещё и кратковременные изменения тона, переливы.

Профессор Вермке пояснила, что это было похоже на песнопения, и добавила, что похожим образом плакали китайские дети, хотя у них наблюдаемый эффект проявлялся в меньшей степени. Учёные сообщили, что результаты исследования подтвердили их гипотезу, которую они ранее проверяли на немецких и французских детях, – что краеугольные камни языка, на котором будет разговаривать ребёнок, закладываются с момента рождения.

Дети знакомятся со своим будущим языком, ещё будучи в утробе матери, и особенности этого языка влияют на издаваемые ими звуки ещё до того, как они научатся гулить или лепетать. При этом на эти звуки не влияют другие, казалось бы, важные факторы – окружающая среда, различные признаки цивилизации. И рождённые в современной технически продвинутой стране китайцы, и дети сельскохозяйственного племени нсо, где нет никаких технических новинок, плакали примерно в одной и той же манере. Возможно, какую-то роль могут играть и генетические факторы.

В исследовании участвовали 55 юных китайцев и 21 маленький камерунец, первые крики которых анализировали учёные. К.Вермке подчеркнула, что плакать в целях исследования детей никто не заставлял, научные работники записывали спонтанные крики – например, когда какой-нибудь ребёнок начинал беспокоиться из-за голода.

Выводы исследователей проливают свет на самые ранние этапы развития речи, и, может быть, эта работа поможет в раннем выявлении признаков речевых расстройств. Однако до клинической практики учёным ещё далеко.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicalxpress.com

Гипотезы

Митохондрии – органелла старения

Увеличение количества определённого фермента в митохондриях, главных энергетических станциях животных клеток, может быть основной причиной старения организма и главным инструментом борьбы с возрастными изменениями.

Такую гипотезу вдвинули исследователи Ноттингемского университета (Великобритания), изучив ферменты из семейства карбоангидраз, которые находятся внутри клеточных органелл – митохондрий и, в частности, ускоряют процесс энергетических реакций с участием вдыхаемого кислорода и освобождения углекислого газа при выдыхании.

Как выяснили исследователи, этот вид белков принимает участие в процессах старения внутри клетки. Выделив белки из митохондрий клеток мозга и мышц у червей разных возрастов, учёные выяснили, что количество белка выше у червей среднего возраста, чем у молодых животных, при этом белок проявляет большую активность.

У червей, страдающих от ранних дегенеративных нарушений, количество белка также увеличивалось по сравнению с нормой. Эти наблюдения позволили сделать вывод, что рост активности белка провоцирует старение и дегенерацию организма. В то же время никакой защиты от роста и активности белка у организма нет, так что процесс старения не встречает никакого сопротивления. Задача учёных – попробовать найти химические вещества, воздействующие на активность фермента, и понять, можно ли создать лекарства, тормозящие процесс старения. Особенное значение эти исследования могут иметь в работах по замедлению прогресса нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера и Паркинсона.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению BBC.

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО
требуется для временного или постоянного трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ
(в центр амбулаторного диализа).
Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.
Контактные телефоны:
8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО
требуется для постоянного трудоустройства АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.
Предоставляется служебное жильё.
Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заведующий хирургическим отделением.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Новые подходы

На смену антибиотикам?

Пептиды в борьбе с супербактериями

Аспирантка Мельбурнского университета 25-летняя Шу Лам из Малайзии разработала метод борьбы с супербактериями, резистетными ко всем известным антибиотикам. Возможно, это станет самой большой революцией со времён открытия пенициллина.

Шу Лам разработала полимеризованный пептид, представляющий собой структуру из повторяющихся цепей белков в форме звезды, способный уничтожать шесть различных супербактерий без помощи антибиотиков, разрушая их клеточные мембраны, вследствие чего бактерия погибает.

Метод получил название SNAPP (структурно наноинженерные антимикробные пептидные полимеры). Работа Лам была опубликована в авторитетном издании Nature Microbiology. Многие эксперты поспешили назвать открытие настоящей революцией, сопоставимой с открытием антибиотиков. Некоторые медики считают, что разработка Шу Лам изменит облик современной медицины.

Конечно, радоваться пока рано: Лам опробовала свой метод на лабораторных мышах, и до экспериментов с людьми пока ещё далеко.

Но тот факт, что её «звёзды» работают в лаборатории, уже вселяет оптимизм. Особенно, если учитывать, что в ходе экспериментов все враждебные бактерии неизменно погибали, а их следующие поколения не показывали новых способностей по противостоянию белку, придуманному Лам.

В отличие от антибиотиков, которые «отравляют» бактерии, зачастую попутно задевая соседние здоровые клетки, полимерные пептиды Лам не наносят вреда организму. Они напрямую атакуют именно бактерии, проникают в них и дестабилизируют их клеточные мембраны.

«Пептиды оказались эффективными для уничтожения любых бактериальных инфекций в организме, – рассказывает Лам. – В том числе и тех, которые ранее демонстрировали устойчивость к антибиотикам. При этом пептиды не токсичны и не причиняют вреда организму».

Метод борьбы с бактериями может спасти жизнь сотням тысяч младенцев ежегодно

Суть в том, что эти пептиды настолько велики (до 10 нм в диаметре), что попросту не могут проникать в здоровые клетки организма, подчёркивает научный руководитель Лам, Грег Кияо. Это в корне отличает разработку Лам от других предшествующих экспериментов в этом направлении.

Лам – не первая, кто пытался использовать пептиды для борьбы с супербактериями, но прежде все эксперименты оказывались неудачными из-за побочных эффектов для организма пациента.

Результаты, полученные в лаборатории, позволяют сделать вывод о том, что пептиды Лам действуют более эффективно и избирательно, чем все известные средства против бактерий, говорит Сирил Бойер из Университета Южного Уэльса в Австралии. Но, по её словам, радоваться рано, поскольку впереди долгие годы клинических испытаний.

Бойер считает, что Лам удалось создать свой удивительный метод благодаря нестандартному мышлению. В то время как большинство исследований в этой области посвящены созданию новых антибиотиков, Лам выбрала совершенно другой путь, констатирует Бойер, и он может привести человечество в эру «постантибиотиков».

Новый метод, в перспективе представляет собой решение проблемы супербактерий, против которых бессильны современные антибиотики. Непродуманное назначение антибактериальных препаратов привело человечество к медицинскому кризису – микроорганизмы научились противостоять антибиотикам и теперь убивают сотни тысяч людей ежегодно

Наличие таких супербактерий в ООН считают фундаментальной угрозой мировому здравоохранению. По статистике Всемирной организации здравоохранения, супербактерии каждый год убивают более 700 тыс. человек. Согласно некоторым прогнозам, к 2050 г. они ежегодно будут становиться причиной более 10 млн смертей, а общий ущерб для экономики может превысить 100 трлн долл. Их использование буквально для каждого «чиха» привело к появлению штаммов, устойчивых к любым лекарствам.

Об этой опасности предупреждал ещё первооткрыватель самого первого антибиотика пенициллина Александр Флеминг. В своей речи на церемонии вручения Нобелевской премии в 1945 г. он, в частности, говорил: «Существует опасность, что неосведомлённый человек может принимать антибиотики слишком часто и в неправильных дозах. Как следствие, бактерии в его организме могут в определённый момент столкнуться с недостаточно высокой концентрацией антибиотиков. Это даст бактериям возможность выработать устойчивость к ним».

Человечество не послушалось Флеминга. В результате ежегодно гибнет такое количество людей. Чудовищность ситуации в том, что почти треть от всех жертв супербактерий – новорождённые младенцы.

В войне между бактериями и антибиотиками постепенно начинают побеждать первые, констатируют медики. Микроорганизмы мутируют и развивают у себя устойчивость к медикаментам. И этот процесс происходит ощутимо быстрее, чем поиск новых антибиотиков.

Одной из таких супербактерий является, к примеру, метициллинрезистентный золотистый стафилококк, повинный во многих внутрибольничных инфекциях и вызывающий сепсис и пневмонию. Медики также опасаются, что скоро в список супербактерий можно будет отнести и гонорею, против которой остаётся всё меньше эффективных лекарств.

В войне против супербактерий не обойтись без супероружия. Возможно, именно таковое удалось создать аспирантке Мельбурнского университета Шу Лам.

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам Nature Microbiology.

Натаниэль Энтони Эйерс родился в негритянской семье. Ещё будучи школьником, он проявил недюжинный талант в игре на контрабасе, благодаря чему был принят в Джульярдскую школу музыки Нью-Йорка, – одно из лучших высших учебных заведений этого профиля в США. В те годы Эйерс был одним из очень небольшого числа негров, получивших возможность учиться здесь. На 3-м курсе у музыканта манифестировало психическое расстройство, он был госпитализирован, лечился, в том числе и методом электросудорожной терапии, но без радикального эффекта. После выписки в течение нескольких лет Эйерс жил с матерью в Кливленде. В 2000 г. мать умерла, и он перебрался в Лос-Анджелес, надеясь отыскать в этом городе отца. Не найдя никаких родственников, с той поры музыкант жил и играл на улицах города. Дома у него не было. Всё его имущество умещалось в супермаркетной тележке.

Ситуация

Трудно быть другом

Психически больной американский музыкант и журналист изменили судьбу друг друга

Он стал героем фильма

Встретив в 2005 г. на Першинг-сквер музицирующего бродягу, журналист Los Angeles Times Стив Лопес посвятил ему несколько статей своего цикла о городских бездомных. После этого Эйерс стал героем многочисленных статей и ТВ-репортажей. Материалы Лопеса вскоре стали книгой, которая была экранизирована (2009 г., фильм «Солист») и адаптирована для театра. В фильме можно увидеть настоящего Эйерса: он изображает одного из зрителей, сидящих в первом ряду на концерте кино-Эйерса.

Лопес принял горячее участие в судьбе музыканта, стараясь помочь ему, пытаясь устроить его быт, сумев добыть для Эйерса социальное жильё. Журналист хлопотал о прослушиваниях, разыскивал для Эйерса учителя, дабы музыкант мог повторить курс, пройденный им в Джульярдской школе и вернуть пальцам необходимую технику. Среди прочих забот Лопеса была и попытка решить вопрос о системном психотропном лечении музыканта.

Но герой фильма «Солист» не считает себя больным. Кроме того, у Эйерса уже есть опыт психиатрической интервенции в его судьбу, и теперь он противится новым попыткам лечения. Более того, он даже слышать не хочет о своём диагнозе, категорически отвергая его, что становится причиной конфликта между журналистом и музыкантом, приходящим в ярость от формулировки «шизофреническое мышление», отнесённой к нему.

При этом наличие психического расстройства у музыканта не вызывает сомнений даже у дилетанта: обманы восприятия, страх, тревога, бредовая интерпретация «голосов», неадекватность эмоций, амбивалентность, утрата социальных связей, странный конгломерат апатии, абулии и энергичного сопротивления возможности психиатрического вмешательства в свою судьбу. Кстати сказать, в фильме «Солист» психопатология показана довольно грамотно, в отличие от многих других кинолент, использующих тему безумия. Очень точно показана зарница психоза у музыканта – в виде горящего автомобиля, «проезжающего» за окном. Обманы восприятия и актуализация тревожно-параноидного синдрома возникают у Эйерса как-то вдруг, спонтанно, непредсказуемо, иррационально… Так часто происходит и в реальности: клиническая картина подчиняется своим алогичным конструкциям, сплетаясь из неприметных штрихов, неочевидных аналогий, парадоксальных аллюзий и патологических мотивов. Авторы фильма не используют ходульный, неизобретательный и, по сути, неверный приём режиссёра фильма «Игры разума», «изобразившего» галлюцинацию при помощи группы людей, стоящих в сторонке от больного.

Дар как симптом болезни

Главное в жизни Натаниэля Энтони Эйерса – музыка. Симфоническое звучание наполняет его таким невиданным запредельным счастьем, которое, вероятно, никогда не испытает большинство людей. Музыка для него – единение со Вселенной, с Богом, и на фоне этого всё остальное становится настолько неважным, несущественным, а мир музыканта выглядит настолько гармоничным и прекрасным, что попытка что-то изменить в нём выглядит глупо и преступно. В фильме Лопес говорит: «Я никогда ничего так не любил, как он любит музыку».

Для Эйерса – это не просто звуки, сыгранные в определённом порядке. Музыкант слышит то, что мы не услышим никогда: музыка открывает ему неведомые миры, запредельные пространства, иные измерения… Его дар состоит не только в искусном владении инструментом, но и в умении слушать музыку, слышать её. Внимая звукам, Эйерс живёт насыщенной духовной жизнью, в которой находится место не только для «голосов» и прочей ментальной шелухи. Он слышит гармонию миров и музыку сфер, бывая счастлив чаще, чем большинство психически здоровых людей, имеющих дом и кров. Разве ощущение счастья не есть гармония, о которой мало кто мечтает – в силу тех обстоятельств, что и не подозревает о возможности такой гармонии? Обыватель не видит принципиальной разницы между комфортом и счастьем. К тому же, с точки зрения буржуа, всё то, что слишком сильно отвлекает от телесно удобных аксессуаров жизни – суть аномалия, ибо нельзя же отводить музыке первое место – а как же комфорт тёплого пледа, ароматного кофе и круглого банковского счёта?

Но возникает вопрос: не является ли этот удивительный дар Эйерса ещё одним симптомом его заболевания? Ведь с точки зрения психиатра, ориентированного на норму среднего обывателя (плед, кофе, счёт в банке…), такое поведение и такое отношение человека к музыке, в которой тот растворяется настолько, что все остальные обстоятельства и подробности его жизни кажутся ему не имеющими никакого значения, тоже могут свидетельствовать в пользу диагноза. Расстановка приоритетов для Эйерса очевидна. И в его иерархии не выглядит жизненной необходимостью даже наличие крыши над головой. В фильме он говорит журналисту: «У меня всё есть: тележка, виолончель, водяной пистолет…» Музыка тоже всегда с ним. Остальное неважно.

В финале фильма Эйерс, сначала назвав Лопеса «своим богом», тут же низвергает идола с пьедестала, внезапно став агрессивным и непредсказуемым. Он нападает на журналиста, сочтя, что тот слишком интенсивно внедряется в его судьбу, чересчур рьяно принимает решения, касающиеся жизни музыканта. Прочитав в какой-то официальной бумаге, что его относят к психически больным, Эйерс выходит из себя. Возможно, прежде он полагал, что Лопес участвует в его судьбе оттого, что просто отнёсся к нему с симпатией и любовью. Но диагностическая формулировка юридического акта позволяет Эйерсу думать о том, что действия журналиста были продиктованы лишь жалостью или состраданием к психическому расстройству музыканта. Не считая себя больным, Эйерс относится к этой жалости как к унижению. Кроме того, то, что Лопес не оспаривает точку зрения психиатров, Натаниэль, вероятно, вправе воспринимать как предательство: тот, кто казался ему близким человеком, считает его безумцем.

В какой-то мере музыкант прав: журналист действительно не строит отношения с Эйерсом как с равным себе человеком – опекая, способствуя, помогая… – не свысока и не снисходительно, но в то же время очевидно: они не ровня друг другу. Более того, иногда кажется, что Лопес хочет побыстрее завершить свой проект «Сумасшедший музыкант», закрыв этот гештальт, порой вызывающий у него чувство досады и распроститься с ним навсегда.

Среди многочисленных психотерапевтических концепций существует такое направление, как гештальт-терапия. К её важным понятиям относятся фигура и фон. Фигурой или гештальтом является значимое для человека явление, а фоном служат второстепенные, менее важные события. Гештальт оформляется тогда, когда из фона субъект отбирает чувства или стремления, достраивающие эту фигуру; что удовлетворяет внутреннюю потребность человека, снимая его дискомфорт и тревогу. Когда гештальт закончен, то он теряет значимость, становясь фоном и освобождая площадку для построения новой фигуры. Так, в экзаменационную сессию студент идёт от гештальта к гештальту, которые теряют актуальность по мере того, как заполняется зачётка. Если потребность не удовлетворена и гештальт не завершён, то неразрешившийся дискомфорт может стать причиной многих последующих проблем психического и психосоматического свойства (академическая задолженность и связанные с ней эмоции).

«Видит Бог, есть музыка над нами…»

На каком-то этапе взаимодействия Лопеса начинают тяготить сложности их общения и проблемы, неизменно сопровождающие различные социально-коммунальные хлопоты, ибо пациента с галлюцинаторно-параноидным синдромом трудно уговорить даже на то, чтобы он поселился в выделенной ему комнатушке, покинув тротуары. Недостроенный гештальт оказывается причиной дискомфорта и внутреннего разлада журналиста. Но если музыканта удастся пристроить к какой-нибудь социальной структуре, обустроив его быт, эта гештальт-конструкция будет закрыта, после чего с Эйерсом можно будет проститься навсегда.

Лопес оказывается в положении Дон Кихота – благородного и сострадательного человека, который, однако, не может решить проблему раз и навсегда, а на кропотливую работу поддержания справедливости у него нет времени: его ждут новые подвиги. Но в результате этого многие деяния рыцаря часто терпят фиаско, и мальчика, за которого Дон Кихот заступился, хозяин избивает пуще прежнего.

Различие оттенков смысла между дефинициями «любовь», «жалость», «сострадание» подчас проходит по тонкой демаркации, ориентирующейся на особенности субъективной трактовки этих понятий. Соскользнуть с такой грани слишком легко, особенно если речь идёт о взаимодействии с психически больным человеком. Сострадание Лопеса ставит музыканта в положение того, кто вынужден принимать милость – не от Бога, но от такого же человека, каким является он сам. И это обстоятельство кажется Эйерсу унизительным. Да, он «слышит голоса», зато ему слышно в музыке то, что недоступно Лопесу. И Эйерс не считает журналиста «безумным» из-за его эстетической глухоты, полагая, что каждый имеет право на личных тараканов в голове. Он готов допустить неравенство лишь в том случае, если имеет дело с Богом. Эйерс готов принять дар Божий, но не хочет получать милостыню. Ведь если нет любви, значит, нет и этого бога, ибо «Бог – есть любовь».

После тяжёлого конфликта с Эйерсом Лопес находит, вероятно, единственно верные слова для того, чтобы устранить проблему, которая кажется неразрешимой. Он предлагает музыканту дружбу, становясь с ним на один уровень, отказываясь от унизительных для маэстро сострадания и жалости. Протягивая извинившемуся за своё агрессивное поведение Эйерсу руку, журналист произносит: «Даже самые лучшие друзья иногда ссорятся. Для меня большая честь быть вашим другом». И только теперь эта фраза уравнивает двоих людей, устраняя между ними стену, казавшуюся непреодолимой ещё секунду назад. Лопес не может стать для музыканта Богом, но способен остаться его другом, по мере сил разделив ту участь, которая суждена Эйерсу, оставаясь рядом с ним. Журналист осознанно оставляет свой трудный гештальт открытым, ибо «мы в ответе за тех, кого приручили»; и его репортажный проект превращается в человеческие отношения, требующие не разовой гуманитарной помощи, но постоянного служения во имя дружбы, которая есть «понятие круглосуточное», как говорил М.Светлов.

Трудно быть Богом. Не надо и стараться быть Богом.

Помимо соображений религиозно-этического свойства здесь есть и сугубо прагматичное обстоятельство: у Бога хватает дел и забот. Как и Дон Кихот, Он может вмешаться в ход событий, но не станет курировать какой-то сюжет постоянно, ибо гуманно и справедливо оставляет любому человеку возможность свободных поступков, определяющих его личность и судьбу. Но, став кому-то другом, уже нельзя оправдывать себя никакими «предстоящими подвигами» или новыми журналистскими проектами. «Друга не надо просить ни о чём», потому что он приходит сам, не дожидаясь зова. Он становится частью жизни – тем гештальтом, который достраивает лишь смерть. Поэтому быть другом тоже довольно трудно.

Финальные титры фильма сообщают о том, что Натаниэль Эйерс живёт в приюте. Стив Лопес учится играть на гитаре. Люди изменяют друг друга. Один помог второму обрести кров. Второй помог понять первому простую истину: «…видит Бог, есть музыка над нами…», и теперь журналист тоже хочет услышать музыку сфер.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного медицинского университета.
Архангельск.

Далёкое – близкое

Жизнь вернулась так же беспричинно…

Ярославские корни доктора Живаго

Нынешний год объявлен в России Годом кино. Фильмов о медиках можно вспомнить немало. Среди них – и неоднократные экранизации знаменитого романа Пастернака «Доктор Живаго».

Однако далеко не все знают о том, где снимался фильм и кто был возможным прототипом главного героя.

Об этом рассказывает наш внештатный корреспондент Елена МАРЬИНА.

Знакомые места…

Российский сериал, снятый по «Доктору Живаго», тесно переплетается с историей Ярославской области. Именно здесь известный российский режиссёр Александр Прошкин увидел ту Россию и старую Москву, которые соответствуют сюжету романа. В городах и сёлах Ярославщины было снято большинство эпизодов фильма.

Так, ярославская больница им. 8 Марта выступила в роли Крестовоздвиженской (Октябрьской) лечебницы. А ресторан «Бристоль» на углу улиц Кирова и Андропова даже не стали переименовывать для съёмок.

Мимо длинных красных зданий с арками – корпусов Старого гостиного двора XVIII века на улице Нахимсона – проходит Юрий Живаго, вернувшись с фронта.

На фоне комплекса зданий комбината «Красный Перекоп» Чулпан Хаматова в роли Лары стирает бельё в Которосли. Около самой фабрики она встречается с Павлом Антиповым, венчание героев состоялось в церкви Ильи Пророка на нынешней Советской площади.

Сюжетная линия Лары тесно связана с Тутаевом, где была снята школа, в которой она работает. Здесь же, на фоне Казанской церкви, героиня встречается с директором этого учебного заведения.

В Тутаевском районе, в деревне Красный Бор был организован военно-полевой госпиталь времён Первой мировой войны, в котором доктор Живаго лечил раненых солдат. Их исполнили старшеклассники местной школы. Там же, на даче купца Сорокина в Красном Бору снимали стан анархистов в деревне Зыбушкино. А церковь Успения – на самом деле храм Покрова Божией Матери в селе Великом Гаврилов-Ямского района.

Если внимательно присмотреться к кинокадрам, то можно найти ещё немало знакомых ярославцам мест и зданий.

Жизнь как легенда

Свою ниточку разматывают литературоведы. По одной из их версий, прототипом главного героя – Юрия Живаго – стал известный ярославский врач начала XX века Георгий Курочкин.

Георгий Курочкин

Он родился в Норском посаде, который теперь стал частью Ярославля, 12 апреля 1875 г. в небогатой мещанской семье. После окончания сельской школы в Норском и гимназии в Рыбинске молодой человек поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета. Здесь он слушал лекции К.А.Тимирязева, И.М.Сеченова, В.И.Вернадского вместе с Алексеем Абрикосовым (впоследствии выдающимся патологоанатомом, академиком, Героем Социалистического Труда), Владимиром Гиляровским, ставшим известным писателем, Максимом Кончаловским, в будущем крупным клиницистом, основателем школы клиники внутренних болезней.

В 1900 г., получив диплом «лекаря с отличием», молодой доктор едет в ярославскую глубинку – Вощажниковскую сельскую земскую больницу. Через год перебирается в родной Норский Посад, где трудится амбулаторным участковым врачом.

В этой повседневной работе Георгий Иванович приходит к убеждению о необходимости выделения в отдельное направление медицины предупредительной – санитарной. И в 1911 г. его утверждают в должности уездного земского санитарного врача. На этом посту он разработал систему нормализации сети врачебных участков, принял участие в строительстве 5 новых больниц, читал лекции по гигиене в Норском городском училище.

Первая мировая война прервала обширные планы. В 1914 г. Георгия Ивановича призвали в армию, где поручили организацию госпиталя для раненых. В 1917 г. по его личной просьбе доктора направляют на фронт, где он на следующий год попадает в плен, откуда удаётся бежать.

В Ярославль доктор Курочкин приезжает уже при советской власти. И вновь возвращается к медицине санитарной: борется с эпидемией сыпного тифа, занимается коммунальной санитарией, вопросами охраны материнства и детства. По его инициативе в Ярославле открылся первый в России Дом санитарного просвещения.

Кадр из фильма

Трудиться Георгий Курочкин перестал в 82 года, ровно за год до смерти.

Ещё одна страсть

Второй после работы страстью доктора Курочкина был театр. Он дружил с М.Н.Ермоловой, Т.Л.Щепкиной-Куперник, В.И.Качаловым, Е.Д.Турчаниновой и другими известными артистами. Организовал в Норском драмкружок, где сам был актёром, режиссёром и оформителем. Был частым и желанным гостем в театре им. Ф.Г.Волкова, где к его критике всегда прислушивались очень внимательно. Увлекался историей и краеведением.

Но вернёмся к доктору Живаго. Георгий Курочкин был хорошо знаком с Борисом Пастернаком, состоял с ним в переписке. Может быть, зная так близко ярославского врача, писатель сделал его прообразом своего героя.

Судите сами – они были ровесниками, оба любили стихи Александра Блока. Описание ёлки у Свенцицких во многом совпадает с описанием празднования Рождества в книге Г.И.Курочкина «Быт и нравы на моей родине в Норском Посаде». Как и Георгий Иванович, доктор Живаго учился в здании Московского университета на Моховой, слушал лекции тех же профессоров. В Первую мировую войну оба побывали в плену. Герой и его прототип увлекались литературным творчеством.

Как известно, в 1955 г. роман «Доктор Живаго» Бориса Пастернака был удостоен Нобелевской премии по литературе «за значительные достижения в современной лирической поэзии, а также за продолжение традиций великого русского эпического романа». Сегодня это произведение изучают в школе, а при жизни автора оно принесло ему не только всемирную славу, но и проблемы с советской властью.

«Я Пастернака не читал, но осуждаю!» – теперь отзыв литератора Анатолия Софронова на заседании правления Союза писателей СССР, где рассматривалось дело Бориса Пастернака, воспринимается как плохой анекдот. А в те годы из-за тотальной травли автору пришлось отказаться от премии и выйти из Союза писателей. И только в 1989 г., уже после смерти автора, нобелевский диплом и медаль были переданы его сыну.

Премии за премиями

В Советском Союзе из-за идей, противоречащих общепринятым тогда взглядам, печатать книгу отказались, он распространялся «самиздатом». Официально произведение вышло в свет только в 1988 г. – более чем на 30 лет позже первого издания в Италии.

А вот у кинематографистов роман оказался очень востребованным. По нему в разное время и в разных странах были сняты фильмы. Голливудская кинолента 1965 г. с легендарным Омаром Шарифом в главной роли получила 5 премий «Золотой глобус» и 5 «Оскаров» и до сих пор остаётся одной из самых популярных в мировом прокате.

В нашей стране роман был экранизирован только в 2005 г. режиссёром Александром Прошкиным. Роль Юрия Живаго исполнил Олег Меньшиков. В фильме занят блестящий актёрский ансамбль – Сергей Гармаш, Владимир Ильин, Чулпан Хаматова, Андрей Панин, Олег Янковский, Андрей Краско, Алексей Петренко и другие.

Действие романа (и, соответственно, фильма) охватывает несколько десятилетий из жизни талантливого врача первой половины XX века. В произведении много замечательных стихов, которые написаны от имени главного героя. Есть мнение, что перечитывать «Доктора Живаго» стоит именно тогда, когда кажется, что жить не стоит.

И потом светло удивляться: «Жизнь вернулась так же беспричинно, как когда-то странно прервалась».

Ярославль.

Здоровая жизнь

Добровольцы заявляют о себе

Они выступили против опасной рекламы

Во всех пяти административных округах Омска проведён антинаркотический субботник по уничтожению уличной граффити-рекламы наркотиков.

Проект «Наркостоп» создан Омским областным отделением Всероссийской организации «Союз добровольцев России» и реализуется при поддержке регионального УМВД и правительства Омской области. Инициативу добровольцев поддержал и губернатор этой сибирской территории Виктор Назаров во время обнародования проекта: «Уверен, что этот проект изменит ситуацию, а само начинание добровольцев получит широкий отклик среди населения».

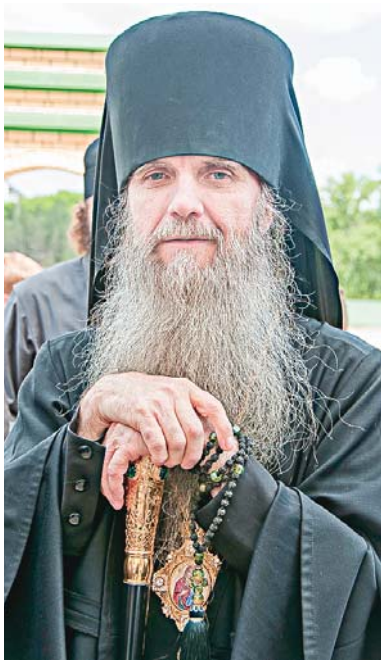
Цель проекта – выявлять факты и оказывать противодействие распространению психоактивных веществ. Добровольцы изучают интернет-пространство, способствуют блокированию ресурсов, пропагандирующих наркотики, а также проводят выезды на места, где размещена уличная реклама наркотиков, с целью её устранения. Созданный единый электронный ресурс, на который поступает информация о месте нахождения уличной рекламы наркотических веществ, является доступным для любого жителя региона.

Увидевший такую надпись или рисунок человек может при помощи любого мобильного устройства сфотографировать её, указать адрес и отправить на сайт в раздел «Борьба с наркотиками». Полицейские берут такие обращения в разработку, а волонтёры выезжают по адресу и незамедлительно ликвидируют опасную рекламу.

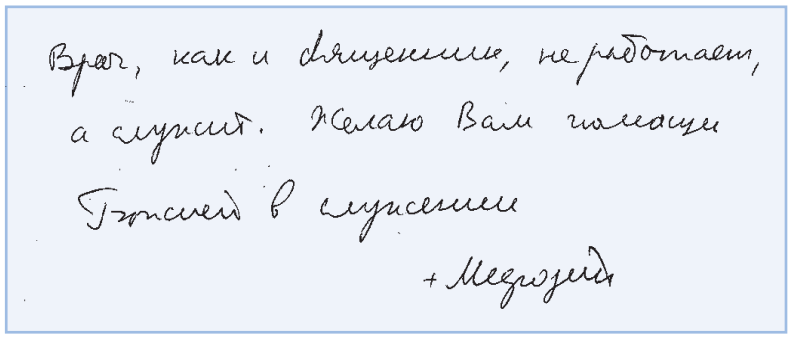
– Мы не просто уничтожаем самодеятельную рекламу наркотиков, – рассказывает руководитель Омского областного отделения Союза добровольцев России Анастасия Ерахтина. – Благодаря программе «Электронный регион» данные попадают в базу УМВД для дальнейшего ведения дела. Поэтому работы у добровольцев очень много. За этот день нам удалось ликвидировать десятки и десятки надписей и рисунков, склоняющих людей к употреблению наркотической заразы. К слову, сейчас реализация нашего проекта началась ещё в таких сельских районах Прииртышья, как Тарский и Тюкалинский. Субботник прошёл и там.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



С этим скромным худощавым человеком, которого часто цитируют в средствах массовой информации, мы общались во время недавно проходившего в Москве III съезда руководителей церковных реабилитационных центров. Владыка Мефодий (в миру – Михаил Кондратьев), епископ Каменский и Алапатьевский, председатель правления благотворительного фонда Святого праведного Иоанна Кронштадтского, руководитель координационного центра по противодействию наркомании синодального отдела по благотворительности, почти 20 лет посвятил проблеме реабилитации наркозависимых. В 2005 г. он был награждён медалью «За содействие Госнаркоконтролю России» Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков.



Владыка Мефодий: Не я выбрал работу с наркозависимыми, а она меня

– Михаил Александрович, я знаю, что вы родились в Уфе в 1957 г. Кем были ваши родители?

– Родители были простыми людьми – отец работал на заводе сначала слесарем, затем технологом, потом из-за финансовой нестабильности опять вернулся к слесарному делу, за которое тогда платили больше. Мать трудилась там же в конструкторском бюро. Моя младшая сестра сейчас живёт в Уфе.

– Чем вы увлекались в детстве?

– Увлечения были разные и зачастую я выступал как лидер в различных играх, например на военную тему. Но больше всего меня увлекала наука, в частности физика.

– И потом вы окончили Московский физико-технический институт, факультет молекулярной и химической физики. Затем преподавали физику в Башкирском медицинском университете в Уфе.

– Это был мой период перед уходом в Церковь. Я получил распределение в аспирантуру, но окончательно решил, что наукой заниматься не буду, взял свободное распределение и освободился от обязательства трёхлетней отработки. Вернулся на время в родной город. Работая в течение года в медицинском институте, я больше занимался воцерковлением.

– А как к вам пришло решение посвятить себя Церкви?

– Отчасти это было связано с какими-то внутренними событиями в жизни, о которых не принято рассказывать. Ещё до этого стало понятно, что не готов посвятить свою жизнь науке. Пытался искать себя в других областях, даже в театральной деятельности, но и творческие студии не дали искомого. Поиски закончились приобщением к Церкви – Бог призвал. Уход от светской жизни был постепенным, да и родители не были в восторге, мечтали для сына о судьбе учёного. Церковь тогда была вытеснена на обочину – хотя не было прямых гонений, но притеснения для неё ещё не прекратились.

– С 1998 г. вы занимаетесь наркозависимыми – почему выбрали именно их?

– Не я выбрал – меня выбрали. Так случилось, что у меня появилось духовное чадо из Питера, она подвязалась в помощи подсевшим на наркотики. Она познакомила меня со своими друзьями-сподвижниками, которые тоже оказывали помощь наркозависимым. Общаясь со мной, они постепенно воцерковлялись, поскольку я учил их и вводил в жизнь Церкви. Это было в начале 90-х, а в 1998 г. начался кризис. И мы стали искать помощников для того, чтобы наш уединённый сельский приход мог в новой ситуации выжить. Было принято решение пригласить на приход в качестве послушников людей, которые выходят из наркотической зависимости. Они помогали нам, а мы – им.

– Сейчас в РПЦ существует около 80 центров для наркозависимых – вы всех желающих берёте для послушания и реабилитации или сначала они должны пройти лечение в диспансерах?

– Мы не берём человека в стадии активного употребления наркотиков – он должен остановиться и пройти дезинтоксикацию, а в некоторых случаях и психокоррекцию в стационаре, у нас нет медицинской лицензии для этой деятельности.

– А можете рассказать поподробнее, как проходит реабилитация в ваших центрах? Используете ли вы народную медицину?

– Нет, мы не используем так называемую «народную медицину», да и смысл этого термина неоднозначный. По сути, наша реабилитация – это духовное перевоспитание человека. У наркомана в организме происходят необратимые процессы, и надо научиться справляться с этой проблемой так же, как можно справиться с жадностью или тщеславием. Но это перевоспитание происходит в рамках церковных традиций, насильно никого к себе не тащим. Мы отличаемся от светских центров тем, что в реабилитационный процесс входят молитвенное делание, сакраментальный компонент – Церковные таинства, послушания и пост. Наркозависимый начинает, например, осознавать, что ему, в отличие от других, выпивать нельзя, иначе можно потерять контроль над собой, стремительно спиться или сорваться на наркотики.

Стараемся физически не перегружать своих подопечных, но в трудовых послушаниях они участвуют. Труд в наших центрах – не самое главное, важнее умение встроиться в общую жизнь коллектива, умение слушаться, отсекать свою волю, а наркоману, который часто не может ни с кем ужиться, достичь этого бывает очень сложно.

В настоящее время за год через наши центры проходят около тысячи человек, больше половины из которых впоследствии выходят в устойчивую ремиссию. Реабилитация в среднем длится от полугода до полутора лет. В Италии в центре Сан-Патриньяно, который мы посещали, реабилитация продолжается целых 4 года. Но за это время жизнь человека не прекращается, он проживает вступление в качественно новое для него бытие. Затем наступает этап ресоциализации, который тоже длится не менее полугода – чтобы человек смог выстроить свою жизнь в социуме на новых основаниях. В это время воспитанник живёт уже в городе, решает стоящие перед ним проблемы, но в то же время для него продолжается реабилитация. Так он оберегается от возможных срывов.

– Сейчас поднялась очередная волна борьбы с абортами и «бэби-боксами» – каково ваше мнение на этот счёт?

– У нас в синодальном отделе тема «бэби-боксов» недавно обсуждалась. Вначале я был их сторонником, но когда послушал специалистов на эту тему, совершенно переменил своё мнение. Что касается абортов, я всецело поддерживаю позицию Святейшего Патриарха. При этом следует понимать, что случаи бывают разные – например, когда внематочная беременность и ребёнок неизбежно погибнет. Не думаю, что надо обрекать на смерть и его мать. Прерывание беременности по медицинским показаниям всё же далеко не всегда оправдано, поскольку медики подстраховываются. Женщина, в полноте предупреждённая об определённых рисках, сама принимает решение, часто вразрез с врачебным диагнозом, и зачастую такой риск бывает оправданным, и Церковь должна оказать ей духовную поддержку. Прерывание беременности по другим надуманным поводам не имеет оправдания.

– Какой образ жизни вы ведёте, чтобы поддерживать хорошую физическую форму? Ваше отношение к спорту?

– Церковь не против спорта в плане оздоровительных мероприятий, но не ради каких-то высоких достижений. И мне из-за моей занятости физической нагрузки не хватает. При необходимости уделяю время лечебной гимнастике – возраст уже обязывает.

– Что бы вы пожелали врачам в это нелёгкое для них время?

– Для медицины самыми страшными были 90-е годы. Но ситуация в целом улучшается. Сейчас кризис, сложная финансовая ситуация, много других проблем. Но я надеюсь, что медицина неизбежно вернётся к «выздоровлению» и обязательно «поправится». Так же, как и образование. Как говорил Аркадий Гайдар: «надо ещё день простоять и ночь продержаться» и всё будет хорошо.

– А могли бы вы сделать прогноз здоровья россиян на ближайшее будущее? Хотя бы в плане наркомании?

– Наркомания – заболевание скрытное, и оценить количество всех больных невозможно, можно сосчитать только тех, кто состоит на наркологическом учёте. Но это одна пятая – одна десятая часть. Различным ведомствам выгодно называть разные цифры. Но в целом такое ощущение, что с этой проблемой ничего не происходит – мы как будто плывём на плоту. Кто-то погибает, а кто-то новый в это втягивается. В наркологии должны произойти радикальные перемены, и сейчас остро стоит вопрос, как рассматривать наркоманию в обществе и кто будет оператором по созданию национальной системы реабилитации. Проблема наркомании стоит на стыке многих организаций – и силовых, и системы образования и медицины, и социальной сферы. И ни одно ведомство охватить проблему помощи наркозависимым полностью не может. МВД этой проблемой точно заниматься не желает. Поэтому в ближайшей перспективе я ничего особо хорошего по этой теме не вижу – важно сохранить то, что было наработано и при этом не дать возможности развиться деструктивным сектам, нездоровым коммерческим и криминальным структурам в этом поле деятельности. Как будет дальше – Бог покажет.

А если «за здравие» – работа Церкви с наркозависимыми имеет положительную динамику. Если в начале 2000-х это был период частных инициатив, в 2010 г. с появлением в структуре синодального отдела по благотворительности координационного центра по противодействию наркомании работа в этой сфере вышла на общецерковный уровень. За последние 6 лет количество наших реабилитационных центров практически удвоилось.

Сейчас все наши центры мы хотим объединить в единую церковную сеть помощи наркозависимым на территории России. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл эту деятельность всецело поддерживает. Можно смело говорить о церковной методике реабилитации. По теме реабилитации наркозависимых Священным синодом принят концептуальный документ. Но, как и везде, существуют кадровые проблемы. Сложности есть и с финансированием. Здесь три пути: собственные ресурсы, которых сейчас не так много; социальный заказ от государства (такая практика существует и в других странах, например в Германии и Польше), согласно которому затраты церковных организаций по реабилитации в значительной мере компенсируются государством; и частные пожертвования. Но при господствующем в обществе негативном отношении к наркозависимым граждане не очень расположены тратиться на помощь, жертвовать на них собственные средства.

Беседу вёл
Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Дежурный член редколлегии – 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: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-09-00424
Тираж 28 493 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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