

Перемены

Для матери и ребёнка

Новый перинатальный центр – знаковое событие



В Ставрополе на днях открылся перинатальный центр. Особенность этого медицинского учреждения – в его самом современном оборудовании экспертного класса, которое позволит оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь как беременным женщинам, так и новорождённым и недоношенным детям, в том числе с критически низким весом.

Присутствующий на торжественной церемонии открытия губернатор Ставропольского края Владимир Владимиров назвал открытие центра знаковым событием в жизни Ставрополя, всего края и Юга России, подчеркнув при этом, что, вкладывая средства в сохранение здоровья подрастающего поколения, государство думает о будущем.

Министр здравоохранения края Виктор Мажаров в своём интервью подчеркнул, что в новой медицинской организации будет оказываться помощь женщинам региона со всеми видами патологии, здесь выстроено

На церемонии открытия центра (слева направо) Владимир Владимиров и Владимир Кошель

взаимодействие с учреждениями родовспоможения первого и второго уровней.

Отличие нового перинатального центра ещё и в том, что, помимо стационара, операционных и родильных залов, реанимационных отделений, медико-генетической консультации и современных лабораторий, здесь предусмотрены помещения для нескольких кафедр Ставропольского государственного медицинского университета, в частности, акушерства и гинекологии, есть просторная лекционная аудитория, учебные комнаты симуляционного центра для отработки необходимых практических навыков как у студентов, так и у медицинских работников центра. Современные фантомы, тренажёры и аппаратура полностью соответствуют оснащению центра, что делает подготовку его будущих сотрудников максимально приближённой к ре-

альным условиям. Полноразмерные манекены позволяют имитировать роды, осуществлять мониторинг и поддержку жизненно важных функций организмов матери, плода и новорождённого, диагностировать патологические состояния и отрабатывать навыки оказания неотложной помощи. Кроме того, клинические ординаторы СтГМУ смогут участвовать в обходах и курации пациенток. Ректор СтГМУ Владимир Кошель охарактеризовал «образовательную составляющую» нового центра как очередную ступень в развитии не только учебной базы университета, но и в целом подготовки специалистов для российского здравоохранения.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Тереза КАСАЕВА,
заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России:

И наши специалисты, и представители ВОЗ признают – будущее решение глобальных проблем, стоящих перед фтизиатрией, за передовыми научными исследованиями.

Стр. 4



Дмитрий КОСТЕННИКОВ,
заместитель министра здравоохранения РФ:

В России совершенствование медицинской помощи возможно только при условии развития инновационного здравоохранения.

Стр. 5

Николай МАКУХА,
врач-офтальмолог Академии медицинской оптики и оптометрии:

Полная коррекция рефракционных и аккомодационных нарушений – путь к здоровью органа зрения в целом.

Стр. 10



Перспективы

Больница как кузница кадров

Свыше 6 тыс. сотрудников прошли обучение в этом году в Медицинском симуляционном центре, действующем на базе городской клинической больницы им. С.П.Боткина Департамента здравоохранения Москвы.

Как сообщает главный врач больницы член-корреспондент РАН Алексей Шабунин, в будущем году здесь планируют обучить в три раза больше специалистов. В центре разработаны и успешно реализуются более 40 дополнительных профессиональных программ повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала с использованием симуляционных технологий по хирургии, в том числе рентгеноэндоваскулярной и роботассистированной эндоскопии, сердечно-лёгочной реанимации, ультразвуковой диагностике и др.

К настоящему времени на стадии разработки и внедрения находятся образовательные программы: «Интенсивная терапия неотложных состояний в педиатрии» – для педиатров, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов;

«Взаимодействие среднего медицинского персонала в операционном блоке» – для медицинских сестёр операционных блоков; «Базовые навыки оказания первой помощи при жизнеугрожающих ситуациях» – для обучения населения, специалистов экстренных служб; «Управленческие подходы к обеспечению качества сестринской помощи пациентам» – для обучения старших медицинских сестёр навыкам планирования, анализа, контроля, – сказал А.Шабунин.

Наряду с этим готовятся дополнительные профессиональные программы, разработанные совместно с главными специалистами Департамента здравоохранения столицы: «Основы лапароскопической хирургии», «Стандартизированный пациент в практике врача-терапевта», «Методика использования симуляционных технологий в обучении врачей-урологов». В планах центра – внедрение дистанционных форм обучения и развитие электронных информационно-образовательных ресурсов.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Новости

Сахалинские врачи справляют новоселье

На Сахалине ещё пять врачей города Холмска получили ключи от служебных квартир. Все новосёлы – участники программы кадрового обеспечения системы здравоохранения Сахалинской области.

В рамках программы в лечебные учреждения региона в этом году привлечено 106 специалистов, до конца года придут ещё 24. География привлечения широка – трудоустроившись в островные медицинские учреждения приезжают врачи из центральной части России, Южного федерального округа, Центральной Сибири и других

регионов, но больше всего прибыло специалистов из Дальневосточного федерального округа, сообщили в региональном Минздраве. В числе пяти холмских врачей, получивших ключи от новых квартир, двое приезжих специалистов из Пермского и Алтайского краёв, трое – уроженцы Сахалинской области, вернувшиеся на остров после завершения учёбы в вузе. Все пять врачей – представители нужных для островного здравоохранения специальностей: два хирурга, рентгенолог, патологоанатом, бактериолог.

Всего в Сахалинской области в

этом году новоселье справили 84 врача, трудоустроенные в лечебные учреждения в рамках программы. До конца года в служебные квартиры въедет ещё часть специалистов – благодаря средствам, сэкономленным во время проведения торгов, вместо 98 планируемых квартир будет приобретено 107.

– Программа хорошо себя зарекомендовала, – отмечает глава местного Минздрава Алексей Пак. – О Сахалине услышали в разных концах страны, ежедневно приходит до десятка заявлений о трудоустройстве. Острота кадровой проблемы в основном уже снята. Дальше будем более точно привлекать специалистов, хорошо зарекомендовавших себя в учёбе, работе.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Новости

Профилактика проваливается?

Профилактическая медицина, развитие которой благодаря проведению всеобщей диспансеризации хорошо заметно на уровне отделений и кабинетов профилактики, оказалась практически проваленной на уровне центров медицинской профилактики. Об этом сообщил главный профилактолог Минздрава России, директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, член-корреспондент РАН Сергей Бойцов.

«Для формирования центров на уровне субъектов необходим процесс, который заставит региональные власти начать работу в этом направлении, – отметил С.Бойцов. – Вице-губернаторы и заместители глав республик обещают министру, что центры медицинской профилактики будут слиты в республиканские и городские центры, причём через 2 недели все документы по слиянию будут подписаны. Но ничего не происходит. Мы рассчитывали, что сработает приказ 683, но он не сработал. Даже стратегия борьбы с неинфекционными заболеваниями – это документ федерального уровня, и большой надежды, что он сработает в регионах, нет».

Впрочем, добавил С.Бойцов, если в регионе на профилактику тратится по 5 копеек на человека в год, как в Северо-Кавказском федеральном округе – серьёзной работы ожидать невозможно. «Даже в Москве и Санкт-Петербурге тратится по 55 копеек в год на человека. Это просто профанация, и мы намерены представить эти данные на видеоселекторном совещании, которое поведёт в конце года заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева», – заключил он.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Москва.

Медикам —
для самозащиты

Губернатор Кемеровской области Аман Тулеев выступил с инициативой обеспечить электрошокерами приёмные отделения и санпропускники больниц. Чтобы в случае нападения хулиганов медперсонал мог применить их для самообороны.

Случаи нападения на медицинских работников не сходят со страниц российских криминальных сводок. В связи с чем Министерство здравоохранения РФ уже предложило внести поправки в Уголовный кодекс и приравнять степень тяжести наказания за нападение на врачей к наказанию за нападение на представителей органов власти. Ожидается, что такие поправки вступят в силу в июле 2018 г.

Однако в Кузбассе решили ускорить этот процесс: губернатор А.Тулеев обратился к областному совету народных депутатов с предложением разработать и принять областной закон на эту тему. Кроме того, принято решение в течение ближайшего месяца обеспечить электрошокерами все приёмные отделения и санпропускники дежурных больниц. Но прежде – провести среди медиков стационарных медицинских учреждений специальный инструктаж по их применению, объяснив, что применять эти средства защиты необходимо только в случае реальной угрозы жизни и здоровью.

Напомним: в 2012 г. Кемеровская область стала одним из первых регионов России, где электрошокерами обеспечили все бригады скорой помощи – для защиты от хулиганов и агрессивных пациентов.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

С помощью робота

Столичные власти закупили 20 роботизированных комплексов для реабилитации пациентов больниц и социальных центров. Об этом сообщил руководитель Департамента науки, промышленной политики и предпринимательства Москвы Олег Бочаров. «Город в этом году делает профессиональную закупку 20 экзоскелетов для Департамента здравоохранения Москвы. Это долгосрочные контракты, которые включают в себя техническое обслуживание. Мы надеемся, что будут появляться всё более современные экзоскелеты», – сказал он.

Таким образом, столичные учреждения соцзащиты и здравоохранения получат новые комплексы. «Контракт уже подписан. 15 роботизированных комплексов будут переданы трём центрам соцзащиты и 5 – реабилитационным центрам, подведомственным Департаменту здравоохранения Москвы», – отметил О.Бочаров.

В пресс-службе Департамента науки, промышленной политики и предпринимательства уточнили, что экзоскелеты предназначены для восполнения утраченных функций движения за счёт внешнего каркаса и приводящих элементов. Изначально экзоскелеты использовались для нужд армии – для увеличения выносливости солдат, – а сегодня эта технология применяется для реабилитации пациентов, прикованных к инвалидному креслу: она помогает восстанавливать функции ходьбы у больных с различными травмами спинного мозга.

Экзоскелеты также называют «носимыми роботами». Они служат для разгрузки скелета и мышц человека, позволяя ему выполнять различный физический труд не уставая, либо усиливая физические возможности человека за пределы возможностей среднеразвитого человека.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Сотрудничество

Новый союз как ответ
пессимистам

Меморандум открывает дорогу к прорывным технологиям



Во время торжественного подписания документа

Представители здравоохранения пяти республик бывшего СССР подписали в Новосибирске меморандум о международном научно-инновационном сотрудничестве в области травматологии, ортопедии и нейрохирургии. Это первое на постсоветском пространстве неполитическое объединение столь большого количества республик, некогда составлявших единое государство, что придаёт данному событию особую важность.

Меморандум предполагает формирование интегральных научных и инновационно-производственных программ между участниками самоорганизующегося объединения, в которое вошли Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна Минздрава России, Новосибирский медико-технологический центр «Технопарк», НИИ травматологии и ортопедии Минздрава Республики Узбекистан, НИИ травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии Минздрава Республики Беларусь, Бишкекский

научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии Минздрава Кыргызской Республики, Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова Минздрава России.

– Мы уверены, что подписание меморандума позволит нам создать по-настоящему мощный евразийский «кулак» ведущих профильных научно-клинических учреждений и сообща решить не только общую для всех задачу импортозамещения в части расходных материалов и конструкций для эндо- и экзопротезирования, но также заниматься созданием новых, прорывных медицинских технологий в нейрохирургии, травматологии и ортопедии. Учитывая, что в Российской Федерации принят закон о клеточных технологиях, есть готовность заниматься и данным направлением применительно к нашему разделу здравоохранения. Кроме того, мы намерены развивать телемедицинские технологии, которые добавят новые возможности для взаимодействия научно-клинических центров пяти стран, – прокомментировал директор Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии, доктор медицинских наук, профессор Михаил Садовой.

По мнению участников церемонии, развитие евразийских взаимоотношений в области травматологии и ортопедии могло бы стать примером аналогичного объединения ведущих учёных и врачей разных специальностей. «Нам необходима международная кооперация, и мы не сомневаемся в её мощном синергетическом эффекте», – так сформулировали идею меморандума члены вновь образованного союза профессионалов.

– Корни этой кооперации находятся в далёком прошлом, когда мы обменивались врачебными бригадами, помогали друг другу внедрять новые технологии. Память о той дружбе и партнёрстве жива, поэтому сегодня нам не нужно было никого уговаривать или принуждать к подписанию меморандума о сотрудничестве. Данный пример – это наш ответ пессимистам, – подытожил руководитель центра патологии позвоночника, доктор медицинских наук, профессор Николай Фомищев (директор Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии в 1986–2006 гг.).

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Проекты

Необходимы
дополнительные
средства

Эксперты Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (ВШЭ) призвали правительство к «настоятивому» поиску средств на здравоохранение, так как сохранение нынешнего уровня финансирования этой сферы приведёт к неизбежному сокращению доступности медицинской помощи. Такое заключение содержится в отзыве ВШЭ на проект бюджетного прогноза России до 2034 г.

По словам экспертов, в прогнозе «справедливо указывается, что сохранение стабильной доли доходов ФОМС в ВВП (2-2,1%) в условиях сложившихся демографических трендов приведёт к ухудшению доступности медицин-

ской помощи». Так, из прогноза следует, что к 2034 г. трудоспособное население России сократится на 4,4 млн человек, а количество пенсионеров вырастет на 5 млн.

В проекте бюджетного прогноза основной характеристикой такого ухудшения названо сокращение перечня бесплатных медицинских услуг. Однако эксперты ВШЭ считают такой подход «маловероятным» и «нецелесообразным».

«Если возможности роста государственного финансирования здравоохранения не будут найдены, то неизбежное сокращение доступности медицинской помощи (из-за роста потребности в ней стареющего населения), вероятно, проявится не столько в пересмотре перечня предоставляемых ус-

луг, сколько в увеличении времени их ожидания, размеров легальных и неформальных платежей и в сокращении обращаемости за ними низкодходных групп населения», – говорится в отзыве ВШЭ.

Тем не менее эксперты признали, что резервы государственного финансирования здравоохранения «далеко не безграничны», в силу чего необходимо обсуждать варианты софинансирования медицинских услуг населением.

Стоит отметить, что в соответствии с законопроектом «О федеральном бюджете на 2017 и плановый период 2018–2019 гг.», принятом в первом чтении, в 2017 г. расходы на здравоохранение составят 2,9 трлн руб., в 2018 г. – 3,1 трлн, в 2019 г. – 3,2 трлн. На программу «Развитие здравоохранения» из федерального бюджета, согласно документу, выделяется 251 млрд руб.

Ранее сообщалось, что Счётная палата РФ усомнилась в том, что при текущем уровне расходов на медицину государству удастся снизить смертность населения в 2017 г. до плановых значений.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Cito!

Из первых уст

Институт страховых поверенных на деле

Как сообщила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко в ходе IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество – 2016», более 3100 страховых поверенных прошли обучение и готовы приступить к работе.

В начале своего выступления глава фонда отметила, что расходы на базовую программу ОМС ежегодно растут. Если единый подушевой норматив, который впервые был введен в 2013 г., составлял 5942 руб. 50 коп., то в 2016 г. (за три года!) он вырос на 42% и составил 8438 руб. 90 коп. Этого вполне достаточно для того, чтобы обеспечивать доступность и качество медицинской помощи населению.

Руководитель фонда напомнила, что в 2016 г. на базе территориальных фондов ОМС стали работать единые контакт-центры с единым регламентом взаимодействия по всей стране, а также начал формироваться институт страховых поверенных.

«В течение первого полугодия проведены необходимые подготовительные мероприятия, проведены необходимые процессы взаимодействия, разработаны единые квалификационные требования, определен функционал страховых поверенных всех трех уровней», – рассказала она. – Проведено обучение: на сегод-

няшний день обучено уже более 3100 специалистов, внесены все необходимые изменения в нормативно-правовые акты. С целью повышения доступности и качества медицинской помощи усилена ответственность страховых медицинских организаций по сопровождению застрахованных лиц. С 1 июля 2016 г. в страховых медицинских организациях организована работа страховых представителей первого уровня – специалистов, которыми предоставляется вся необходимая информация застрахованным лицам».

Н.Стадченко отметила, что с 1 января 2017 г. начнут работать страховые представители второго уровня: это специалисты, которые отслеживают прохождение диспансеризации в соответствии с установленным порядком и вместе с медицинскими организациями составляют график, а затем оповещают застрахованных о необходимости прийти на диспансеризацию.

Председатель ФОМС обратила внимание участников конференции на то, что за 3 месяца этого года увеличился объем обращаемости в страховые медицинские организации. «Если раньше застрахованные обращались только по вопросам выдачи полисов ОМС – где и как их можно получить, то за эти 3 месяца мы видим рост числа вопросов по доступности и качеству медицинской помощи. Сокращается время дозвона и упрощается

система маршрутизации звонков не только за счёт технических решений, но и на уровне подготовки специалистов. Разработаны единые форматы вопросов и ответов, которые сокращают время работы с застрахованными», – сообщила она.

В Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС внесены изменения в части установления положения по выявлению и квалификации дефектов, конкретизации перечня оснований проведения экспертиз качества, кроме того, актуализирован перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи. «А также усилены требования к экспертизе качества медицинской помощи, проводимой страховыми медицинскими организациями», – особо отметила Н.Стадченко.

По результатам проведенных медико-экономических экспертиз выявлено 15% случаев нарушений, в их числе – связанные с дефектом оформления медицинской документации. «Это случаи, когда не ведутся дневники, которые описывают состояние пациента. Если в дневнике ничего нет, то врач своего пациента просто не смотрел», – считает председатель Федерального фонда ОМС.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Акценты

Все 250 аптечных пунктов при московских поликлиниках будут отремонтированы и приведены к единому дизайну и стандарту работы. Об этом сообщил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. По его словам, ремонтные работы уже начались и завершатся не раньше первого полугодия будущего года.

«Как до недавнего времени выглядел аптечный пункт поликлиники? Глухая стена с окошком в виде амбразуры. А помещение аптечного пункта должно быть просторным, светлым, чистым и опрятным, а витрина – открытой и прозрачной для покупателя. Фармацевт обязан быть компетентным и

Аптечные пункты приведут в порядок

доброжелательным», – заявил А.Хрипун.

По словам чиновника, аптечный пункт должен иметь современную коммуникацию с ЕМИАС и при этом давать исчерпывающий объем информации для гражданина, пришедшего за лекарством, с получением которого у него не должно возникнуть проблем.

«Мы стараемся никуда не переносить из здания аптечный пункт для удобства пациентов. Как

правило, он на время ремонта переезжает в другой кабинет или на соседний этаж. Всё находится в шаговой доступности. У каждого аптечного пункта есть таблички с информацией о том, где можно получить лекарство, пока идет ремонт», – сказал А.Хрипун.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

МИА Сити!

Москва.

100 строк на размышление

Как известно, «Медицинская газета» – старейшее профессиональное издание, вот уже более века являющееся главным оперативным «информатором» для отечественных докторов во всех без исключения регионах нашей страны.

«Федеральность» издания, главным образом, зиждется на экстраполивании своих профессиональных воззрений ведущих специалистов отрасли в том или ином направлении. Видение ими ключевых наиболее животрепещущих вопросов современного здравоохранения, пожалуй, и является тем, ради чего практический врач берёт в руки «МГ»: ведь он учился по их учебникам и монографиям и, как следствие, жаждет услышать экспертное мнение, что называется, из первых уст.

Да, богатыри — не мы...

К счастью, львиная доля членов РАН, профессоров и других ключевых фигур в медицине и здравоохранении с большим удовольствием откликается на просьбу поделиться своими размышлениями. Страницы «МГ» – тому подтверждение. Однако бывают случаи, когда академик или профессор упорно избегает встреч с журналистами своего профессионального издания. Мне бы хотелось привести несколько подобных примеров из личной практики.

Так, договариваясь с одним крупным интернистом о беседе на предмет первичного звена, я получил весьма пикантный отказ. Академик раз за разом переносил

встречу под различными предлогами: то он в командировке, то болен, то ещё что-то. Дошло до того, что он просто-напросто перестал отвечать на мои звонки. При звонке же с другого номера – подошёл к телефону как ни в чём не бывало.

Но недавно был особый случай. Другой академик-интернист после предельно откровенного и в то же время корректного разговора, по всей видимости, испугался своего критического послания в адрес «верхов» и коллег. Неоднократно звонил, буквально умоляя не печатать интервью, которое дал накануне, обещая прислать множество клинических статей в

Дословно

На пути к высокой цели

Показатель смертности от болезней системы кровообращения за период январь – октябрь нынешнего года составил 611,5 человека на 100 тыс. населения, что ниже уровня, обозначенного в майских указах Президента РФ Владимира Путина. Об этом сообщила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева в ходе Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество».

«Целевой показатель – 677,2 (человека на 100 тыс. населения), мы сегодня имеем 611,5. Да, мы выполнили целевой показатель, но давайте, уважаемые коллеги, думать, что он у нас остаётся очень высоким по сравнению с Европой, Японией, США», – заявила Т.Яковлева, добавив, что в указанных странах показатели смертности от болезней системы кровообращения составляют 200-300 смертей на 100 тыс. населения.

Согласно представленным данным, уровень смертности от новообразований в России за 10 месяцев нынешнего года составил 201,9 (человека на 100 тыс. населения) при целевом показателе 196,1. Смертность от туберкулёза, по словам Т.Яковлевой, достигла 7,6 человека, в то время как целевой показатель составляет 11,8.

Заместитель министра также привела данные по уровню младенческой смертности в России, который

за 10 месяцев этого года снизился до 5,9 и достиг европейского. При этом целевой показатель, который был обозначен в майских указах, составляет 7,8.

Как недавно сообщала министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова, за период январь – октябрь нынешнего года показатель общей смертности в России снизился на 2,3% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Наряду с этим В.Скворцова в сентябре этого года отметила, что детская смертность в России может быть снижена в 3 раза, а взрослая – в 1,5-2 раза.

То есть, с одной стороны, картина вырисовывается весьма позитивная, но в то же время, если сравнивать её со странами-лидерами по качеству и продолжительности жизни населения, то впереди ещё очень много работы.

Валентин СТАРОСТИН.

Криминал

Демократия по-нашему



Октябрьский районный суд Архангельска признал виновной бывшего консультанта отдела финансового учёта и отчетности Финансово-экономического управления регионального Министерства здравоохранения Марину Крымову в краже 10 млн руб. Ей назначено наказание – 2,5 года лишения свободы в исправительной колонии общего режима.

Бывшая сотрудница Архангельского областного Минздрава с марта 2012 г. по март 2016 г. необоснованно «демократично» меняла себе зарплату в сторону завышения, внося в бухгалтерские

документы ложные данные о раз-мере причитающихся ей выплат. Таким образом женщина получила более 10 млн руб.

Ущерб государственному бюджету осуждённая вернула частично. На оставшуюся сумму Министерством здравоохранения области заявлен гражданский иск.

Наряду с этим суд обязал министра здравоохранения Архангельской области принять меры по устранению обстоятельств, способствовавших совершению преступления, дабы подобные не повторялись впредь.

Борис БЕРКУТ.

Архангельск.

красноречивой формулировкой: «Порукаю начальство – выгонят с «волчьим билетом». Похвалю – припомнят, когда власть поменяется».

Резюмируя изложенное, вспоминается расхожая цитата из незабвенного А.Грибоедова: «Чины людьми даются, да люди могут обмануться», после которой невольно приходишь к неутешительному выводу: далеко не все высокие звания в нашей стране даются за профессиональные заслуги. Подчас пафосные слова на табличках перед кабинетами и в визитных карточках красуются за лояльность их обладателя к «верхам». Отсюда и страх: за сказанное начистоту придётся держать ответ перед «благотельями», а за казённые чиновничьи речи стыдно перед коллегами...

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Об этом, открывая церемонию, говорила директор НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный фтизиатр Минздрава России, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президент РОФ/АФР, доктор медицинских наук, профессор Ирина Васильева.

Напутствуя молодых, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль подчеркнул, что участники конкурса занимаются важной для России проблемой, предлагают хорошие, перспективные идеи, направленные на борьбу с туберкулёзом, и пожелал воплощения их наработок в жизнь в самое ближайшее время.

С особым, тёплым чувством к конкурсантам обратилась заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Тереза Касаева. «Эту часть нашей конференции я считаю чрезвычайно важной, – отметила она. – Вы – наше будущее, залог предстоящих побед. История борьбы с туберкулёзом насчитывает многие десятилетия. За это время были предприняты большие усилия. Важные имена фигурируют в этой истории. Но, к сожалению, мы вынуждены констатировать, что до победы ещё крайне далеко, несмотря на достижения. И наши специалисты, и представители ВОЗ признают – будущее решение глобальных проблем, стоящих перед фтизиатрией, за передовыми научными исследованиями. Кому как не молодым учёным реализовывать, продвигать в жизнь новое, прогрессивное? Оттого-то мы с надеждой смотрим на вас, ждём свежих идей, молодого энтузиазма, задора. И со стороны Минздрава России готовы всячески вас поддерживать».

Открывая торжественную часть, Т.Касаева вручила первый приз – диплом победителю в специальной номинации «За оригинальность идеи исследования» Алексею Казакову (Университетская клиническая больница фтизиопульмонологии Клинического центра Первого МГМУ им. И.М.Сеченова), который, в свою очередь, тепло поблагодарил организаторов конкурса и своих учителей.

Отеческое напутствие корифеев

Мощным аккордом прозвучало обращение к молодёжи корифея медицины, советского и российского учёного и клинициста, профессора кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии последипломного образования, вице-президента Научного общества гастроэнтерологов России, доктора медицинских наук, заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача РФ Валерия Максимов. Именитый учёный вручил дипломы победителям в специальной номинации «За актуальность исследования» Ирине Ярусовой (Омский областной клинический противотуберкулёзный диспансер), Марии Грабовской (Военно-морской клинический госпиталь № 1477 Министерства обороны России), Марии Романовой (Омский государственный медицинский университет). Кстати, следует заметить, что М.Грабовская приехала на церемонию из дальней территории – с острова Русский (Приморский край). А диплом для М.Романовой, которая не смогла присутствовать на награждении, был вручён её научному руководителю – заведующей кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОМГМУ доктору медицинских наук Анне Мордык. В лице А.Мордык В.Максимов поблагодарил всех научных руководителей, которые воспитывают талантливых молодых учёных. Также диплом за второе место он вручил Марине Лапенковой (НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова) за её разработку, которая открывает новые горизонты во фтизиатрии.

В заключение мэтр особо подчеркнул: «Сегодня знаменательный день. Этот конкурс проводится на очень высоком уровне, при поддержке Минздрава России. Благодарю всех участников за

Признание

Надежда на смелых, дерзких, ищущих...

В столице наградили победителей конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века»

В рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии во фтизиатрии», посвящённой памяти академика РАМН М.Перельмана, на которую съехались свыше 800 специалистов, состоялось чествование победителей конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов. Организаторы этого начинания Российское общество фтизиатров/Ассоциация фтизиатров России при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Всемирной организации здравоохранения, «Медицинской газеты» осознают, что начинающим

свой путь в профессии надо помогать делать первые шаги, больше доверять, открывать просторы для самореализации, развития. Поддерживая творческие инициативы молодёжи, тем самым их именитые коллеги инвестируют в прогресс фтизиатрической службы и медицины в целом.

Как показывает трёхлетний опыт, проведение конкурсных испытаний юных фтизиатров доказало свою эффективность. Свежие подходы, незамышленные взгляды, новые идеи, мысли, проекты способны реально менять ситуацию к лучшему, зримо повышают престиж не очень популярной специальности фтизиатра.



Победитель конкурса 2014 г. Ирина Никитина передаёт «эстафету поиска» Сергею Пустыльникову

ваши великолепные работы, которые отметил совет экспертов. Ваша молодость внушает нам уверенность, что в ближайшие годы вы будете дерзать в этой трудной области медицины и помогать сохранять здоровье людям». Всем победителям В.Максимов подарил свою книгу «Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения».

Между нами, студентами

На эмоциональной волне церемонии продолжил самый молодой из вручавших дипломы – студент Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ Сергей Вищипанов. Несмотря на возраст, он лауреат многих премий, в числе которых Международная студенческая премия в области предпринимательства, которая была вручена ему в рамках Международного форума и шоу технологий «Открытые инновации» 2015 г. Помимо этого, Сергей является председателем молодёжной палаты Северного административного округа Москвы, основателем собственной компании.

С.Вищипанов из семьи медиков и многое знает о проблемах врачей и пациентов. Он разработал решение одной из проблем, с которой сталкиваются, в частности, врачи скорой помощи, приезжая к пациентам, не способным рассказать о своём самочувствии. Сергей внедряет систему медицинской идентификации пациентов. Краткие данные о пациенте – группа крови, заболевания, принимаемые препараты, виды аллергии, перенесённые операции – в виде QR-кода заранее наносятся на наручный силиконовый электронный браслет с металлической вставкой. Врачу достаточно с помощью смартфона считать код с браслета. Такой гаджет может спасти человеку жизнь, если он потерял сознание или память.

Вручая диплом и свой «умный» гаджет самому молодому конкурсанту, студенту 6-го курса Сибирского государственного медицинского университета (Томск) Вадиму Полетике, занявшему 3-е место, Сергей заметил, что в стране появляется много инициатив, создаются условия для продвижения студенческих и молодёжных проектов. Но, к сожалению, многие студенты и научные работники забывают о том, что, кроме разработки самой идеи, нужно предусматривать вопросы её коммерциализации. Очень важно уметь превратить свои разработки в успешный коммерческий продукт. «Возможно, по причине определённых бюрократических сложностей, других проблем научных разработки подчас так и остаются внутри команд. Поэтому не надо забывать о том, что свои разработки следует дальше продвигать, находить возможность привлекать в свои команды не только исследователей, учёных, но и экономистов, юристов и т.д. Нельзя оставлять свои разработки на фундаментальном уровне, надо максимально стремиться переносить их в практику», – резюмировал он.

Серьёзный диалог

Абсолютным победителем конкурса 2016 г. признан Сергей Пустыльников (Новосибирский НИИ туберкулёза), диплом которому вручила Т.Касаева.

В ответном слове Сергей выразил глубокую благодарность РОФ/АФР, организаторам конференции и конкурса, обратив внимание на то, что подобных полезных начинаний нет во многих отраслях науки и медицины. Также молодой учёный поблагодарил своих коллег по исследованию, ведь 1-е место в конкурсе – это командный, коллективный успех.

Для отечественной фтизиатрии он обозначил три предложения. В первых, предложил, чтобы все наши журналы были международными и

тянулись в сторону роста престижа, узнаваемости и импакт-фактора. Имели бы полные онлайн тексты на английском языке, везде индексировались. Во-вторых, предложил найти способы финансировать фтизиатрическую науку на грантовых принципах, с хорошими объёмами грантов, со стимулированием создания международных и внутренних коллабораций, с возможностями проводить клинические исследования. В-третьих, предложил упростить закупку реагентов для научных исследований. А ещё он за открытость миру и заимствование лучших практик. Этот шаг лишь усилит российскую науку.

Говоря о глобальном, Сергей предположил, что в будущем главный удар по туберкулёзу нанесут вакцины или средства иммунотерапии. Конечно же, необходимо прикладывать усилия по всем направлениям – нужны и фундаментальные исследования, и новые подходы в диагностике, лечении и организации здравоохранения. «Stop TB Strategy ставит цель победить туберкулёз к 2050 г. за счёт инноваций. Лично мне кажется, что при желании эта амбициозная цель достижима!» – констатировал он.

Тереза Черменовна, словно ожидавшая вопросы молодого исследователя, тут же включилась в диалог, поблагодарив его за неформальный подход, за то, что он душой болеет за дело, которым занимается. Она разделила обеспокоенность по поводу публикации. Коллеги из ВОЗ отмечают замечательные наработки российских фтизиатров, однако они мало публикуются в зарубежных научных журналах. Поэтому партнёры готовы оказать содействие, уже есть специальный координатор, который будет помогать желающим адаптировать статьи для публикации в иностранных изданиях.

Касакая перспектив, она сослалась на сообщение И.Васильевой о том, что в настоящее время формируется национальный план научных исследований во фтизиатрии. Причём это предложение поступило от ВОЗ, что свидетельствует о высоком доверии к РФ. Именно с российской фтизиатрической наукой, отечественной фтизиологией мировое сообщество связывает свои надежды на обуздание туберкулёзной инфекции. Что касается финансирования, с прошлого года в федеральном бюджете существует статья расходов для оказания медицинской помощи в рамках клинических исследований, внедрения новых методов, лекарственных средств и средств диагностики. Поэтому федеральным институтам надо активно включаться в эти программы.

Эстафета поиска

С.Пустыльников приветствовал также победителя первого конкурса, сотрудник Центрального НИИ туберкулёза, кандидат ме-

дицинских наук Ирина Никитина, которая передала своему преемнику символическую эстафету научного поиска: «Я победитель конкурса 2014 г. Хочу выразить благодарность его организаторам и поздравить всех участников. Я продолжаю свою работу с моим научным руководителем в стенах ЦНИИТ, которым руководит доктор медицинских наук, профессор Атаджан Эргешов. Очень приятно, что благодаря конкурсу есть возможность новым сильным, энергичным молодым людям бороться с туберкулёзной инфекцией, внедрять свежие идеи. Хочу вручить С.Пустыльникову сувенир как своеобразный талисман в память о Москве и о конкурсе. Надеюсь, эта традиция продолжится, и победители будут вручать друг другу маленькие подарки».

В добрый путь!

В ходе церемонии не раз звучали добрые слова напутствия молодым, вставшим на путь обуздания туберкулёзной инфекции. Член-корреспондент РАН Андрей Марьяндышев заметил: «Замечательный конкурс! Благодаря ему каждый год открываются новые звёзды в виде талантливых молодых учёных, сильных, способных дать конкретный результат. Я думаю, все испытывают радость от того, что есть кому передавать знания, есть новые умные, энергичные молодые люди, которые занимаются таким прекрасным делом».

В качестве существенного поощрения победителям предоставлена возможность опубликовать свои работы в журнале «Туберкулёз и болезни лёгких».

Очевидно, что проведение конкурса – большой коллективный труд. РОФ/АФР помогло победителям из самых отдалённых территорий приехать на конференцию и церемонию. «Партнёры во имя здоровья» и руководитель этой благотворительной организации Оксана Пономаренко оплатили дорогу и проживание в гостинице победителю из Томска. Конечно, не всякому студенту это по силам, и старшие коллеги оказали ему неоценимую помощь. Партнёрство Лили по борьбе с МЛУ-ТБ обеспечило материальную поддержку молодых лидеров. Кроме того, это партнёрство вместе с компанией «Видео глобал» подготовило замечательный фильм о молодых учёных, участниках конкурса, работающих во фтизиатрии.

В заключение И.Васильева пригласила активнее присоединиться к конкурсному движению новых молодых специалистов, пожелав всем очередных достижений и плодотворной совместной работы.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Игоря ХУДАСОВА.

Экспертно-медийный форум-семинар «Инновационная медицина в союзном государстве: перспективы развития», на котором собрались более ста представителей здравоохранения и науки из Российской Федерации и Республики Беларусь, прошёл в Москве.

В 2015 г. на совместной коллегии министерств здравоохранения РФ и Белоруссии были утверждены три стратегические цели: снижение смертности от основных причин, увеличение продолжительности жизни и развитие профилактической медицины. Внедрение в медицинскую практику всеобщей диспансеризации населения в обеих странах даёт положительные результаты. Но диспансеризация и скрининг только фиксируют заболевания и патологии у конкретного человека. Прогнозирование заболеваний носит комплексный характер и находится на стыке нескольких наук – математики, генетики, приборостроения, здравоохранения, что и называется инновационной медициной.

В обеих странах есть специалисты, способные проводить фундаментальные прикладные исследования. «Но наличие современного оборудования – ещё не основа развития здравоохранения, необходимы условия для непрерывного научно-технического прогресса, государственная политика и ресурсное обеспечение», – отметил заместитель Государственного секретаря Союзного государства Иван Бамбиза.

Заместитель министра здравоохранения РФ Дмитрий Костенников заявил, что удалось достичь значительных успехов в области лечения, медицинской образования и науки. Будут приложены все усилия для развития диалога о доверии и взаимопонимании представителей медицинского сообщества обоих государств. В России совершенствование медицинской помощи в последнее время возможно также только при условии развития инновационного здравоохранения на основе достижений фундаментальной науки. И медицинская помощь должна быть равнодоступной на всей территории России и Белоруссии, чтобы все инновационные достижения в медицине доходили до каждого гражданина. Например, методы заместительной и восстановительной терапии с использованием стволовых клеток, благодаря которым при совместных научных исследованиях

наших государств стало возможным решение проблем лечения многих тяжелейших и наследственных заболеваний.

«Инновационная деятельность является необходимым условием обеспечения конкурентоспособности национальных экономик на мировом рынке товаров и услуг, в том числе и медицинских», – заметил заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь Вячеслав Шило. С 2001 г. для Белоруссии стало

значит «успешный», для пожилого человека здоровье связано с отсутствием болезней. И здесь, по мнению спикера, необходимо положительное взаимодействие со СМИ, которые в двух странах мало чем отличаются и зачастую неосознанно пропагандируют по телевидению и в печатной форме нездоровый образ жизни. При этом спикер отметил, что порядка 50% белорусских мужчин курят, да и с алкоголем у них также не всё в порядке. И сократить факторы риска

этой деятельности за последний год смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России удалось снизить на 3,4%.

Директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Батышева рассказала, что за последнее время среди причин инвалидности у детей до 18 лет на первое место вышли психические расстройства. И эта настораживающая тенденция не только в России и Белоруссии,

Спикер напомнил, что робот – это прекрасный, но всё-таки инструмент, находящийся в руках хирурга, который и выполняет операцию. Первый аппарат был создан в 1985 г. и позволял очень точно выходить в заданную точку тела человека. Уже через три года с помощью аппарата Puma560 была выполнена первая резекция предстательной железы. Впоследствии робота «научили» перемещать лапароскоп в заданном направлении, реагируя на команды врача.

Деловые встречи

Россия — Белоруссия: будущее сотрудничества

Рассмотрены перспективы совместного развития в области здравоохранения

приоритетом развитие инновационной науки, создание новых лекарственных средств, технологий оперативного вмешательства. Сегодня в республике на 1 млн жителей выполняется 1654 сложные операции, более 700 эндопротезирований суставов. С открытием молекулярно-генетической лаборатории канцерогенеза в республиканском медицинском центре диагностика лечения злокачественных опухолей перешла на качественно новый уровень. Создано электронное здравоохранение, позволившее оптимизировать условия труда медработников республики.

Пленарное заседание форума прошло под девизом «Власть-общество-СМИ: формирование взаимодействия в интересах здоровья».

Генеральный директор Республиканского научно-практического центра «Кардиология» академик Национальной академии наук Республики Беларусь Александр Мрочек в своём выступлении отметил, что специализированная медицина имеет ограниченные возможности и изменить частоту заболеваний гораздо сложнее, чем заниматься профилактикой. Она может уменьшить смертность и частоту заболеваний систем кровообращения почти на 45%. Но если у молодёжи понятие «здоровый»

можно только при формировании в СМИ действительно положительного героя, придерживающегося здорового образа жизни.

Главный кардиолог РФ Ирина Чазова акцентировала внимание на социальном проекте «Ваше здоровье – будущее России». В 2011 г. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии инициировало этот проект, который поддержал комитет Государственной Думы РФ по охране здоровья. Целью его было повышение внимания к проблемам сердечно-сосудистых заболеваний в России, повышение интереса населения к своему здоровью, увеличение количества диагностирования пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, доля которого велика как в России, так и в Белоруссии. За 5 лет кардиологами, эндокринологами и терапевтами было посещено 34 российских города. И здесь важной составляющей в общении с врачами и пациентами стали пресс-конференции и сопровождение местных СМИ. В процессе этих мероприятий многие граждане смогли бесплатно получить данные об основных параметрах своего здоровья и, при необходимости, пройти медицинское обследование, чтобы предотвратить возможные заболевания. Во многом благодаря

но и во всём мире. Наиболее уязвимый период развития ребёнка – внутриутробный и первый год жизни, когда появляются двигательные и речевые навыки. Но в плане тяжёлых физиологических стрессов выделяется подростковый период, когда у детей часто возникают агрессия и жестокость.

Благодаря телевидению и интернету ребёнок привыкает к сценам насилия, причинению боли на экране, а это постепенно стирает понятия «что хорошо, а что плохо», искажает этические нормы. И здесь роль СМИ очень велика – это и научно-популярные программы, освещение законодательных инициатив в области здравоохранения и образования, создание «живых» площадок общения детей с родителями. Фактически потеряно нравственное воспитание детей – если не так давно не составляло труда найти телепрограмму на эту тему, то сегодня этого уже нет. А ведь журналист, по мнению спикера, зачастую несёт такую же ответственность за здоровье граждан, как и врач.

С большим интересом во время презентации успешных практик в медицине собравшиеся встретили выступление пионера отечественной робототехники, заведующего отделением абдоминальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневского Андрея Кригера.

Сейчас роботический хирургический комплекс оснащён минимальным набором инструментов, а хирургу, руки которого в основном свободны, больше одного ассистента во время операции не требуется. «Руки» робота могут вращаться в любой плоскости, а управляются они двумя джойстиками, под ногами хирурга находится ещё 7 педалей для дополнительного управления.

В настоящее время в мире выполнено более 3 млн роботических операций. Функционирует более 4 тыс. роботических комплексов, в России их пока всего 23, 12 из которых находятся в Москве. В основном комплексы применяются в урологии, гинекологии и абдоминальной хирургии – последняя область наиболее приоритетна, поскольку робот изначально разрабатывался для хирургических вмешательств в малом анатомическом пространстве.

Также в ходе форума медики России и Белоруссии рассказали о достижениях и перспективах борьбы с онкологическими заболеваниями, гибридных технологиях в кардиохирургии и методиках диагностики болезней на ранних стадиях.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

События

Десант из ТГМУ на Сахалине

Необычный десант – девять врачей профессоров Тихоокеанского государственного медицинского университета во главе с ректором Валентином Шуматовым – прибыл на Сахалин. Одна из целей визита медицинской делегации из Владивостока – оказание консультативной медицинской помощи населению островного региона. В составе группы специалисты разных профилей – терапевт, травматолог, акушер-гинеколог, реаниматолог, педиатры и хирурги.

В первый день выездной работы представители приморского вуза провели осмотр и консультации пациентов нескольких отделений детской областной больницы, Сахалинской областной клинической больницы и городского родильного дома, сообщили в региональном Министерстве здравоохранения. Отбор в каждом из учреждений проводился заранее – с той целью, чтобы ни один сложный кли-



А.Пак и В.Шуматов во время встречи

нический случай не остался без совместного анализа островных и приезжих специалистов.

В следующие два дня профессора ТГМУ провели консультативный приём пациентов в Холмске и

Поронайске. Большое внимание в рамках осмотров было уделено пациентам со сложными патологиями, требующими проведения дополнительных диагностических мероприятий и отправки на лече-

ние в специализированные медицинские центры страны.

Визит специалистов из Приморья осуществлён в рамках соглашения, подписанного правительством Сахалинской области, ТГМУ и министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой. Основным проектом сотрудничества является создание на острове базовой медицинской кафедры. Её особенностью является удалённость от вуза, при этом для студентов организованы занятия по тому же учебному плану, что и в самом университете. Для чтения лекций на остров приезжают преподаватели вуза, практические занятия проходят на базе лечебных учреждений областного центра. Подобный пилотный проект реализуется в России впервые.

– ТГМУ стал мощной площадкой для подготовки медицинских кадров, – отметил ректор университета Валентин Шуматов. – Современные технологии позволяют организовывать учебный процесс удалённо и для студентов, и для практикующих врачей. Базовая

кафедра доказала свою эффективность, студенты полностью интегрированы в систему здравоохранения, показывают подготовку на достойном уровне. Другой задачей сейчас является формирование системы непрерывного медицинского образования для специалистов.

Министр здравоохранения Сахалинской области Алексей Пак уверен, что современный врач должен постоянно совершенствоваться, получать новые знания, перенимать передовой опыт.

– Врач не просто должен отслеживать тенденции мирового здравоохранения, но и быть в курсе всех появляющихся методик и научных разработок по своей специальности, – подчеркнул глава регионального Минздрава. – Необходимость получения дополнительного образования и подтверждения знаний закреплена нормами действующего законодательства. Мы будем стараться сделать этот процесс насыщенным и интересным. Совместно с университетом будем внедрять дистанционные, электронные и симуляционные образовательные технологии.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.



Натуральные препараты от Эвалар

Лекарственные средства

Аква Мастер

Лекарственное средство

- Солевой спрей для лечения любого насморка
- Съемная насадка позволяет многократно использовать АкваМастер в качестве удобного домашнего прибора для промывания носа

Для взрослых и детей с 1 года



АтероКлефит

Лекарственное средство

- Гиполипидемическое средство
- Укрепляет стенки сосудов
- Обладает высоким профилем безопасности



САБЕЛЬНИКА настойка

Лекарственное средство

- При заболеваниях опорно-двигательного аппарата, в том числе артритов, артрозов
- Оказывает выраженное противовоспалительное и анальгезирующее действие
- В комплексе с НПВП усиливает терапевтический эффект, что позволяет снизить дозу*



Фибралакс

Лекарственное средство

- Слабительное лекарство на основе оболочек семян подорожника
- Восстанавливает работу кишечника
- Устраняет запоры, облегчает симптомы геморроя



ЦИ-КЛИМ таблетки и капли

Лекарственное средство
Негормональная терапия при климаксе
Устраняет симптомы климакса:

- Приливы
- Потливость
- Приступы сердцебиения
- Раздражительность
- Нарушения сна
- Старение и сухость кожи²

В 2 раза выгоднее немецкого аналога



КардиоАктив Таурин 500 мг

Лекарственное средство

- Умеренно снижает артериальное давление
- Улучшает работу сердечной мышцы
- Снижает уровень холестерина, триглицеридов и сахара в крови



ГИНКОУМ

Лекарственное средство

- Как и во французском аналоге, каждая капсула содержит 40 мг экстракта гинкго билоба
- Улучшает память и внимание
- Устраняет головную боль и головокружение, в том числе при метеозависимости

В 2,5 раза выгоднее французского аналога



ЗФФЕКС КРАСНЫЙ КОРЕНЬ настойка

Лекарственное средство

- На основе красного корня для лечения простатита¹
- Снимает воспаление, боль, отеки и избавляет от ночных позывов к мочеиспусканию



Биологически активные добавки для сохранения здоровья

Индол форте

Для женского здоровья

- 100 мг высокоочищенного индол-3-карбинола в каждой капсуле
- Способствует поддержанию здоровья молочной железы

В 2 раза выгоднее аналога



КардиоАктив Омега 3

Холестерин в норме

- Высокая дозировка жира отборного норвежского лосося – 1000 мг в одной капсуле
- Способствует поддержанию в норме уровня холестерина и тонуса сосудистой стенки



ТЕАНИН

Управление стрессом

- Поддерживает умственную активность и хорошее настроение
- Способствует спокойствию и расслаблению, сохраняя ясность ума
- Способствует нормализации давления



ЗФФЕКС НЕЙРО

Близость дольше, ощущения ярче!

- Натуральное средство способствует:
- Продлению полового акта и улучшению качества секса
- Устранению нейрогенной (психологической) причины преждевременной эякуляции



ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА 150 мг

в 1 капсуле
Увлажнение кожи изнутри

- Самое высокое³ содержание гиалуроновой кислоты
- Сочетание сразу двух видов гиалуроновой кислоты способствует:
- непрерывному увлажнению кожи изнутри 24 часа в сутки
- сохранению подвижности и гибкости суставов



КардиоАктив Витамины для сердца

- В 1 капсуле – максимальное³ содержание коэнзима Q10 (60 мг) + витамины B6, B12 и фолиевая кислота
- Способствует выработке дополнительной энергии для поддержания нормальной работы сердца
- Помогает укреплять сердце и сосуды



ФОРМУЛА СПОКОЙСТВИЯ ТРИПТОФАН

Триптофан в оптимальной дозировке – 500 мг в 2-х капсулах

- Днем способствует выработке серотонина – «гормона счастья», а ночью – выработке мелатонина – «гормона сна»
- Вернет отличное настроение, работоспособность и здоровый сон



СпермаПлант

Поддерживает репродуктивную функцию у мужчин

- В составе: L-аргинин, L-карнитин тартрат, таурин
- Способствует:
- Повышению количества сперматозоидов
- Улучшению их подвижности и оплодотворяющей способности

В 6 раз выгоднее аналога!



ЧЕРНИКА ФОРТЕ

ИНТЕНСИВНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ЗРЕНИЯ

Удобство применения:

- В 1 пакетике для одновременного приема:
- 2 жевательные таблетки черники с витаминами и цинком
- 1 таблетка лютеина+зеаксантин
- 1 капсула Омега-3



БЭБИ ФОРМУЛА МИШКИ

Мультивитамины

- 3 вида витаминных мишек для детей с 3-х лет:
- С йодом и холином для памяти и внимания
- С кальцием, витамином D и фосфором для укрепления костной ткани
- С витамином C – 50 мг в одной пастилке

Выгодная цена!



НЕФРОСТЕН

Для почек

В составе - золототысячник, любисток и розмарин

- Поддерживает работу почек и мочевого пузыря
- Способствует нормализации функционального состояния мочевыводящих путей

В 1,5 раза выгоднее аналога!



www.evalar.ru

Качество гарантировано международным стандартом GMP

Сертификат GMP C0170889 - 03, NSF International (США).

¹В комплексной терапии ²Связанные со снижением уровня эстрогенов в период климакса и менопаузы ³В ассортименте Эвалар.

Сравнение цен приведено по данным ЗАО «Группа ДСМ» за ноябрь 2016 г. Аналоги для сравнения выбраны по действующим компонентам и их дозировкам.

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Профилактическая медицина пока не сформировалась в самостоятельную область здравоохранения, и в некоторых ситуациях её место пытается занять «профилактическая фармакология». Яркий пример: каждый год в канун сезонного подъёма заболеваемости ОРВИ и гриппом начинается массированная реклама лекарств «для профилактики» простудных и вирусных заболеваний. В большинстве своём это стимуляторы иммунитета, которые являются препаратами безрецептурного отпуска. В лучшем случае их назначает врач (впрочем, и это не всегда можно назвать «лучшим случаем», как мы увидим далее), в худшем – рекомендации даёт работник аптеки, в самом плохом – назначение себе делает сам пациент.

В итоге многие люди принимают иммуностимуляторы по несколько раз в год, как только простужаются, ведь не только обывателю, но и многим врачам иммунная система представляется легко управляемой, а воздействие на неё – абсолютно безобидным. Так ли это на самом деле? За разъяснениями мы обратились в Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии (Новосибирск) к заместителю директора по научной и лечебной работе, кандидату медицинских наук, заслуженному врачу РФ Наталье СТАРОСТИНОЙ.

– Наталья Михайловна, может ли регулярная принудительная активация иммунитета привести к нарушениям в работе самой иммунной системы или других систем организма?

– Вы обратили внимание на очень важную проблему. Действительно, вмешательство в деятельность иммунной системы позволяют себе врачи любого профиля, хотя специальность «иммунолог» была выделена не случайно. Клинический иммунолог – это грамотный терапевт с очень глубокими знаниями всех тонких механизмов иммунной системы, равно как кардиолог, невролог или эндокринолог обладают максимальным набором своих узкопрофильных знаний. Но если иммунолог никогда не возьмёт на себя смелость назначать препараты для лечения сердечно-сосудистой или эндокринной патологии, то наши коллеги, увы, считают для себя возможным вторгаться в область иммунологии.

Гораздо чаще терапевтов препараты, воздействующие на иммунную систему, рекомендуют своим пациентам именно узкие специалисты. К примеру, их любят назначать урологи и гинекологи при хронической урогенитальной инфекции, опираясь на тезис, что внутриклеточную инфекцию нельзя вылечить без использования иммуностимуляторов. Как учёный, я соглашусь с этим тезисом, но как клиницист, предостерегу: не надо делать подобные назначения самостоятельно, без консультации с иммунологом. Потому что и уролог, и гинеколог собирают лишь определённый анамнез, между тем, когда речь заходит о применении иммуномодулирующей терапии, нужно знать не только полный анамнез, но также наследственную предрасположенность, в том числе к аутоиммунным заболеваниям.

Иммунная система – не изолированная, она тесно связана с эндокринной и нервной. Есть даже термины «стресс-индуцированный иммунодефицит», «иммунодефицит, обусловленный нейроэндокринной

Авторитетное мнение

Больше и чаще – не значит лучше

Три условия для применения иммуностимулирующей терапии



регуляцией». И, чтобы вмешиваться в состояние иммунной системы, нужно очень хорошо изучить все особенности здоровья данного пациента.

– Чем продиктована такая осторожность?

– Если не обращать внимания на неблагоприятную наследствен-

ность по ревматоидному артриту, болезни Бехтерева, другим аутоиммунным заболеваниям и назначить пациенту иммуностимулирующий препарат, это может явиться триггерным фактором, и «спящая» наследственная предрасположенность реализуется. Конечно, это не произойдёт от одной инъекции или одной таблетки, но в том-то и дело, что хронические заболевания лечатся длительными курсами терапии.

Имуностимуляторы должны назначаться по строгим показаниям, при клинических проявлениях иммунодефицита и только иммунологом – вот три условия. К примеру, при сахарном диабете мы часто видим гнойные осложнения,

интерферонов. При вирусных инфекциях нужно активизировать именно выработку интерферона-альфа, но в том-то и проблема, что большинство таких препаратов стимулируют образование всех четырёх групп интерферонов. Есть препараты, которые иммунолог никогда никому не посоветует в период простудных заболеваний, а участковый терапевт может по незнанию рекомендовать их своим пациентам.

– Имеет ли значение кратность приёма иммуностимуляторов? Простой пример: врач однажды порекомендовал пациенту с ОРВИ какой-либо иммунокорректор, а пациент затем 4-5 раз в год при простуде при-

использование одного и того же препарата или комплекса препаратов окажется необоснованным.

В отношении лекарственных средств для коррекции иммунитета, как ни в каком другом случае, необходимо руководствоваться нашей главной врачебной заповедью: не навреди. При неправильном их применении могут накапливаться сбои в иммунной системе, которые выльются в опухолевые, аутоиммунные и аллергические заболевания.

– В клинике вашего института были такие пациенты?

– Таких случаев много. Например, приходят больные с реактивным артритом после бесконтрольного стимулирования иммунитета при ОРВИ или после необоснованного

вызванные присоединением бактериальной инфекции, и здесь, конечно, нужны определённые воздействия на иммунную систему. Однако необходимо помнить, что сахарный диабет 1-го типа – аутоиммунное заболевание, поэтому к иммунокоррекции следует подходить очень осторожно, со знанием того, какие препараты в данном случае использовать можно, а какие нельзя.

– Сезонный подъём ОРВИ и гриппа является поводом к тому, чтобы врач в комплексе со специфической терапией назначал ещё и иммунокорректоры?

– При острой респираторной вирусной инфекции чаще страдают не клетки иммунной системы, а интерфероновое звено. Поэтому в принципе на начальном этапе заболевания можно посоветовать какие-то индукторы интерферона, но тоже выборочно, потому что разные препараты стимулируют эндогенное образование разных групп

нимают один и тот же препарат. Чем это может обернуться?

– Сама ситуация, которую вы привели – типичный пример того, что человек нуждается в помощи иммунолога. Есть определённые клинические критерии ослабления иммунной системы, когда диагноз «функциональный иммунодефицит» напрашивается даже без предварительного обследования иммунной системы. Во-первых, это часто болеющие люди: взрослые – более 4 раз в год, дети – больше 6. Во-вторых, если само острое заболевание принимает затяжной характер. В-третьих, когда в ходе заболевания происходит смена инфекционного агента: началось с вирусной инфекции и продолжилось бактериальной. В-четвёртых, когда хроническое заболевание рецидивирует более 2-3 раз в год и тоже носит затяжной характер.

Но! Даже несмотря на клинические признаки иммунодефицита во всех этих случаях категорически нельзя экспериментировать со стимуляторами иммунной системы. Потому что простуда простуде – рознь. Если это вирусная инфекция, то вышло из строя Т-звено иммунитета, а при бактериальной инфекции страдают другие её звенья – моноциты, макрофаги, неспецифические факторы защиты, и многократное

назначения определённых индукторов интерферона при урогенитальной инфекции. Выясняем, что предрасположенность к аутоиммунной патологии была в анамнезе, но её никто не выявил.

Есть в моей практике и пациенты с выраженным аутоиммунным тиреоидитом, который также спровоцирован нарушенной функцией иммунитета и самостоятельными попытками пациента, а иногда и с помощью врачей других специальностей, привести её в норму.

– Имеет ли, по-вашему, смысл включить препараты, которые используются в качестве модуляторов иммунитета, в список рецептурного отпуска? Чтобы исключить самолечение.

– В иммунологии есть ряд препаратов, которые, к счастью, уже сейчас не доступны для самолечения, они применяются только в стационаре и потому в аптечных сетях не продаются. Это, в частности, цитокины и иммуноглобулины для внутривенного введения. В то же время среди иммуностимуляторов для амбулаторного лечения тоже немало таких, которые, по моему убеждению, следует отпускать только по рецепту врача.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новые подходы

Как не повредить «статую интеллекта»?

Приоткрываются тайны гормонов стресса

Учёные из Новосибирского государственного университета и Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН первыми в мире установили механизмы и степень влияния гормонов стресса на формирование головного мозга у новорождённых.

Как поясняют в Новосибирском университете, сам факт воздействия глюкокортикоидов на развивающиеся организмы науке известен давно, однако единой точки зрения на то, благо это или вред, до сих пор не существовало. Работа российских нейробиологов расставляет акценты.

Прежде доминировало представление о разрушающем действии гормонов стресса на становление

головного мозга в пре- и перинатальном периоде. Мозг сравнивался с куском мрамора, из которого различными ранними воздействиями «высекаются» будущие его итоговые структуры и «статуя интеллекта». Так вот большим дозам глюкокортикоидов приписывалась роль молотка, которым бездумно долбят по мрамору и тем самым деформируют весь процесс морфологического развития, не говоря о хрупкой «статуе интеллекта».

Кроме того, было неясно, почему в одних случаях гормоны стресса и подобные им лекарства оказывают негативное влияние на развитие мозга у новорождённых, а в других – защищают его от действия иных негативных факторов, например, гипоксии.

Изучая те изменения, которые могут происходить в организме внутриутробно из-за повышения уровня глюкокортикоидов, новосибирские учёные пришли к выводу, что существует особый молекулярный механизм, действующий в головном мозге плода в процессе родов и защищающий его от гипоксии и родового стресса. Полученные результаты также объясняют последовательность изменения уровней гормонов стресса у плода и новорождённого, соответственно, до и после рождения.

– Мы обратили внимание на интересный факт. В начале родовой деятельности у женщины заметно повышается уровень гормонов стресса, соответственно, «достаёт-

ся» и плоду. Затем у неё происходит схватки, во время которых плод испытывает лёгкий естественный недостаток кислорода. Так вот, оказалось, что и глюкокортикоиды, и физиологическая гипоксия запускают молекулярные механизмы, которые, взаимодействуя, защищают головной мозг ребёнка от разрушающего действия гормонов стресса во время рождения, – говорит старший научный сотрудник лаборатории функциональной нейрогеномики Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН, кандидат биологических наук Пётр Меньшанов.

Авторы работы говорят, что они лишь в начале пути. Чтобы выяснить всю последовательность происходящих молекулярных со-

бытий, необходимы дополнительные исследования. Значение же этого научного проекта очень велико, так как дальнейшее изучение обнаруженного сибирскими нейробиологами защитного механизма позволит оптимизировать применение лекарственных препаратов для лечения недоношенных детей.

В Сибирском отделении РАН обращают внимание на то, что данные, опубликованные новосибирскими учёными, позволяют объяснить и обобщить противоречивые результаты всех предыдущих исследований, выполненных за последние полвека за рубежом.

Елена ЮРИНА.

МИА Сито!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 87 (2026)

Концепция эпителиально-мезенхимальной трансформации (ЭМТ), зародившейся и сформировавшейся в эмбриологии как объяснение механизмов цито-, гисто- и органогенезов в ходе эмбриогенеза почти всех многоклеточных животных (Е.Д.Нау, 1985), в последние 10-15 лет стала популярной в биологической литературе. Расширившиеся возможности гистогенетической идентификации клеток и тканей и данные о молекулярных и биохимических регуляторах их жизнедеятельности привели к коренному пересмотру научных взглядов в гистологии и к переосмыслению в ней ряда фактов и научных положений, трактованных ранее артефактами, схоластическими убеждениями или так и оставшихся в своё время неразрешёнными. Но относительно новые трактовки самих тканей как таковых и возможностей их транс- и дедифференцировке вызвали резонанс лишь в разделах медицины, патогенетические аспекты которых переплетаются с регенерацией или перерождением клеток – в онкологии и регенеративной медицине. Для широкой медицинской общественности концепция ЭМТ остаётся незнакомой по причине способности ретроградных представлений сохранять свой иммунитет.

Сейчас уже можно считать научно опровергнутым гистологический конгломерат противоречивых и противоречащих взглядов прошлого, сконцентрированных вокруг представления о ткани как о совокупности лишь клеток, находящихся на дефинитивной стадии развития (братья О. и Р.Гертвиги, 1881; А.А.Заварзин (старший), 1933; Б.Пэттен, 1959; А.Кнорре, 1971). Противопоставление гистогенезу эмбриональных процессов (дробление, гаструляция, закладка зародышевых листков и формирование зародышевых зачатков) в ещё не дифференцированном зародышевом материале, но тем не менее уже детерминированного («презюмированного») в развитие определённых органов – а учение о зародышевых листках представляло систему взглядов на развитие именно органов, а не тканей – ставило развитие последних не перед, а после органогенеза, нарушая тем самым филогенетическую последовательность процесса морфогенеза и порождая неизбежные противоречия.

А.Заварзин, противореча себе и считая мезенхиму трофической тканью, предназначенной для обеспечения развития эмбриона, усматривал гистологический парадокс в том, что она возникает после обособления эмбриональных зачатков. А.Кнорре (1971) же считал понятие «мезенхима» сборной характеристикой некой рыхлой клеточной массы, образующейся из клеток всех зародышевых листков, а потому гистогенетически разнородной и не имеющей ни тканевых характеристик, ни чётко очерченных источников и сроков своего появления.

Дробление процесса гистогенеза, нарушающего целостность отражения в нём исторического момента, объясняло убеждения недавнего прошлого об отсутствии в процессах развития повторения пройденного и возврата к исходному состоянию; о невозможности трансдифференцировки клеток и потери ими способности к взаимопревращениям после обособления зародышевых листков; отрицание существования у взрослых позвоночных мезенхимального резерва как малодифференцированных (камбиальных) элементов или других эмбриональных зачатков по причине полного их исчерпания в период эмбрионального гистогенеза (А.Кнорре, 1971).

На сегодня включение в понятие «ткань» дифферона как совокупности клеток одной гистогенетически детерминированной линии развития от стволовой, наименее дифференцированной и специализированной, то есть до терминально дифференцированной клетки (А.Клишов, 1984) придало пониманию ткани подлинно эволюционный характер, позволивший в понятиях ткани описывать структуры, ранее относившиеся к недифференцированной клеточной массе – моруле, бластуле, гаструле, зародышевым листкам и зачаткам.

Теперь эпителиальной тканью, возникающей в онтогенезе первой, считаются бластомеры, бластоцисты, характеризующаяся (ткань) иными, чем принятые в классической гистологии и застрявшие в медицинском сознании критериями только пограничности и высокой специализации. Эпителием стали называться клеточные массы, обладающие такими характеристиками, как плотное прилегание клеток друг к другу, образуя как минимум монослой; тесные клеточные контакты, создающиеся наличием на клеточной поверхности специальных образований, идентифицирующиеся как цитокератины и Е-кадгерины и являющиеся маркерами эпителиальной ткани; отсутствие межкле-

отростчато-веретенообразные, напоминающие фибробласт очертания; типичным для клеток становится одиночество расположения; клетки приобретают способность к миграции, обеспечивающейся перестройкой внутриклеточных филаментов цитоскелета, имеющих специфические иммуногистохимические маркёры – виментин, немышечный актин, α -гладкомышечный актин, N-кадгерины, а также экспрессией генов металлопротеиназ; базально-латеральная полярность клеток меняется на передне-заднюю относительно траектории движения; увеличивается выживаемость клеток, их резистентность к апоптозу, они теряют свойственную их предшественникам иммуноагрессивность.

Вновь образованные клетки называются мезенхимальными, сформированная ими ткань – мезенхимой, а процесс превращения эпителиев в мезенхиму – эпителиально-мезенхимальной трансформацией (ЭМТ). То есть, в отличие от прошлого, теперь признаётся, что мезенхима образуется не из мезодермы после формирования зародышевых зачатков, а, напротив, по-

тивность клеток различных дифферонов, обеспечивает развитие плода.

Форма мезенхимальных клеток, напоминающая фибробласт – родоначальную клетку соединительнотканного, то есть фибропластического дифферона, и такое же массаметрическое преобладание внеклеточного матрикса над клеточным материалом у мезангиальных родоначальных клеток, что и у всех клеток только фибропластического, но не гемопоэтического, ангиогенного и адипоцитарного дифферона, объясняют укрепившуюся с начала XX столетия ассоциацию мезенхимы с соединительной тканью, хотя, в принципе, это не одно и то же.

Уже с ранней стадии гаструляции эмбриональные стволовые клетки начинают создавать все типы мультипотентных стволовых клеток эмбриона и взрослого организма (мезенхимальные стволовые клетки), степень комитированности которых определяется стадией эмбрионального развития. Унипотентные тканеспецифические стволовые клетки возникают на поздних стадиях эмбрионального периода

Эпителиально-мезенхимальная трансформация как консолидирующее звено в гистологических и клинических представлениях о соединительной ткани

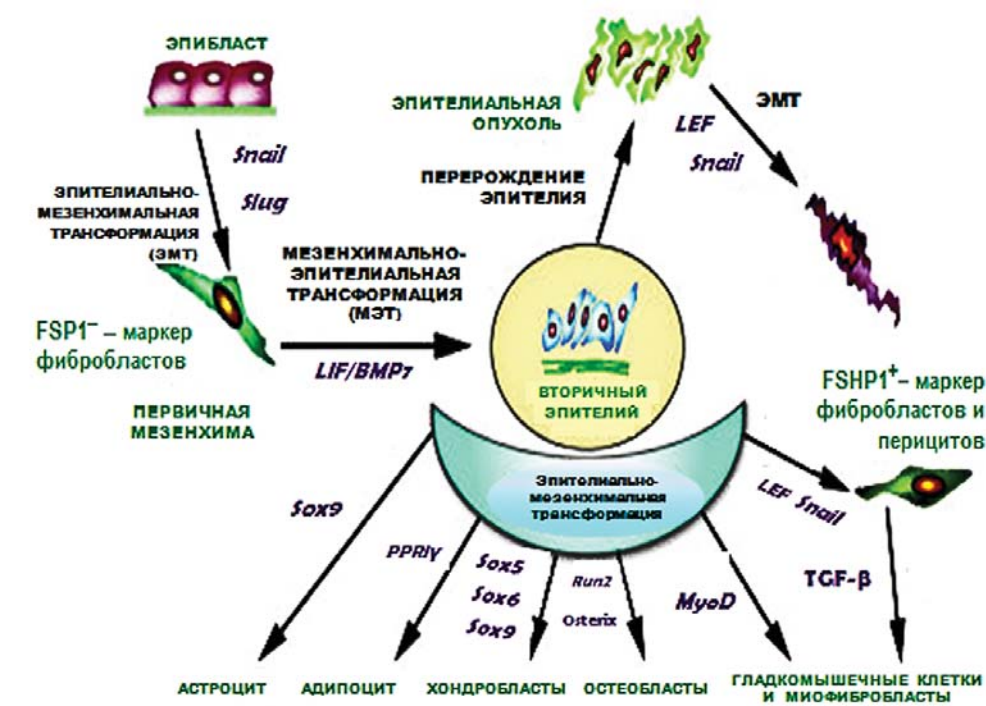


Схема ЭМТ и МЭТ (по R.Kalluri, 2003 с модификацией)

точного вещества; неровности клеточной поверхности для увеличения её площади; отсутствие у клеток миграционной способности; гетерополярность, призматичность клеток, то есть специализация клеточной поверхности на латеральную и базальную с соответственным расположением клеточных каналов и клеточных насосов и с определённой ориентацией компонентов цитоскелета; признаки малой функциональной дифференцированности клеток. Перечисленные свойства, кроме последнего, присущи и дефинитивным, то есть высоко специализированным эпителиям сформировавшегося организма.

Дальнейшее развитие зародыша нуждается не только в увеличении клеточной массы, но и в перемещении клеток, в связи с чем фенотип неподвижных эпителиальных клеток должен измениться. Это изменение фенотипа реализуется запуском генетической программы гаструляции. Межклеточные соединения ослабевают и разрушаются, расположение клеток становится рыхлым; они приобретают

следние образуются из мезенхимы. Одним из кардинальных свойств мезенхимальных клеток является продукция ими коллагенов, но преимущественно I и III типов, а также других компонентов внеклеточного матрикса, участвующих в межклеточных взаимодействиях как способе реализации мезенхимой своей морфогенетической функции.

Под влиянием генетических программ развития мезенхимальные клетки теперь уже процессом мезенхимально-эпителиальной трансформации (МЭТ) превращаются обратно в эпителиальные, из которых под влиянием генетической программы образования зародышевых листков и зачатков вновь процессом ЭМТ превращаются в мезенхимальные. Эмбриональное развитие и представляет из себя смену чередующихся ЭМТ и МЭТ – а обратимость дифференцировки допускает такую возможность, – в процессе которых мезенхима, паракринно регулируя детерминацию, пролиферацию, миграцию, дифференцировку и функциональную ак-

и сохраняются во взрослых тканях и органах как пул самообновляющихся клеток костного мозга, кишечника, эпидермиса, печени, сердца и почек, а также других органов.

Считается, что костный мозг потенциально может содержать весь набор гетерогенной популяции стволовых клеток, как гемопоэтических, так и негемопоэтических, начиная с ранних плюрипотентных до тканеспецифических, почему он рассматривается универсальным источником стволовых клеток для регенерации и восстановления тканей в постэмбриональном онтогенезе.

Лейтмотивом изучения конкретных механизмов эмбриогенеза в биологии развития (эмбриологии) на протяжении всего XX века было положение о том, что в клеточных ядрах специализированных, высоко дифференцированных клеток находится весь генетический материал оплодотворённой яйцеклетки (зиготы), почему у них бо́льший запас генетической информации остаётся нереализованным; что любая специализированная клетка содержит не только функционирующие, но и неактивные гены, которые под воздействием дерепрессирующих факторов могут, вероятно, быть активированы. Со второй половины XX века изучение механизмов эмбриогенеза целенаправленно шло в сторону выяснения молекулярных аспектов репрессии и дерепрессии генов как непосредственных механизмов детерминации, комитирования, дифференцировки клеток и тканей, а также их транс- и дедифференцировки.

Нобелевская премия в области медицины или физиологии в 2012 г. была присуждена С.Яманаки и Дж.Гёрдону за открытие возможности перепрограммирования дифференцированных клеток в плюрипотентные. С.Яманаки удалось манипуляциями всего над четырьмя генами превратить вполне дифференцированный фибробласт из кожи мыши в плюрипотентную стволовую клетку, то есть дедифференцировать клетку. И из этой индуцированной плюрипотентной стволовой клетки оказалось возможным вырастить новую мышь, то есть вызвать повторную дифференцировку.

Однако принципиальная возможность полной обратимости дифференцировки была показана намного раньше в работах второго лауреата этой премии – Дж.Гёрдона, выполненных им ещё в минувших 60-х годах: при введении в

энуклеированную яйцеклетку лягушки ядра зрелого энтероцита этого же вида животного ему удавалось вырастить головастика, развившегося в нормальную лягушку. О значимости работ Дж.Гёрдона для биологии и рака ещё при жизни Дж.Гёрдона, в 2004 г. был переименован в Гёрдоновский институт. Однако работы, аналогичные гёрдоновским, были выполнены на тритонах нашим соотечественником Г.Лопашовым в 1940 г., послужившие, в принципе, прототипом для будущих исследований Дж.Гёрдона. У себя дома продолжение этих работ тогда было невозможным. Да, зловещие тени ошибок прошлого ещё долго будут преследовать отечественную науку.

ЭМТ и МЭТ в эмбриогенезе являются частными случаями транс- и дедифференцировок. Молекулярные и биохимические механизмы этих трансформаций, обеспечивающие попеременное включение одних и выключение других генетических программ развития, во многом уже опознаны. Механические воздействия на клетки, силы химического и осмотического градиентов окружающей среды, активные формы кислорода, естественные медиаторы межклеточных взаимодействий (цитокнины, ростовые, митогенные и колониестимулирующие факторы), компоненты внеклеточного матрикса, биологически активные вещества взаимодействуют с клеточными рецепторами, активирующими внутриклеточные сигнальные пути трансдукции (Mapk, Src, Ras, Smad, Rho, NF- κ B, Parf6, Smurf1...), в свою очередь активирующие и/или ингибирующие регуляторы трансляции (Twist, Zeb1, Zeb2, Lef-1, Snail/Slug, Sip1, Oct3/4, Sox2, Nanog, Sox4, Klf4, c-Myc...).

Таким способом поступающие с клеточной поверхности сигналы получают доступ к геному, репрессируя одни и экспрессируя другие его участки, тем самым меняя гистогенетические пути детерминированного развития клеток, приводящие к изменениям их фенотипов. Однако, прежде чем «добраться» до генов, эти сигналы предварительно создают специфический эпигенетический статус (через изменение хроматина), который уже непосредственно воздействует на геном. Помимо описанных сигнальных и регуляторных каскадов гистогенетических трансформаций предполагается существование ещё большого количества неканонизированных и остающихся неизвестными.

Таковы на сегодня основополагающие представления о тканях, потенциальных возможностях их развития и взаимопревращений. Ретроспективно очевидно, что возникшие в 1930-х годах представления А.Заварзина и о первоочерёдности возникновения мезенхимы относительно специализированных эпителиальных, мышечных и нервных тканей, и о её трофической функции («активная мезенхима» по А.Заварзину), опиравшиеся (представления) на сравнительно-эволюционный материал, были правильными, но продолжительное время оставались втуне. Именно А.Заварзиным было показано, что возникающие в ходе филогенеза гистологические эпителиально-мезенхимальные взаимодействия являются первичными, на основе которых в дальнейшем развиваются другие гистологические межтканевые взаимодействия. Актуальность гистогенетических корреляций между эпителием и стромой при патологии была показана В.Гаршиным (1939).

После работ А.Гаршина и А.Заварзина идея паренхиматозно-стромальных взаимодействий стала одной из методологических основ изучения закономерностей формирования адаптивно-компенсаторных реакций и общепатологических процессов (В.Казначеев, А.Дзизинский, 1975; Г.Крыжановский, 1978; Л.Непомнящих, 1991). Разработка конкретных механизмов паренхиматозно-стромальных взаимодействий, изучение биохимизма соединительной ткани в сравнительном, эволюционном, онтогенетическом аспектах (Л.Hayflick, 1961; F.Verzar, 1964; Л.Слущкий, 1969; В.Никитин, 1977; В.Серов, А.Шехтер, 1981), а также в клинических и экспериментальных условиях привели к открытию в начале второй половины XX века морфогенетической функции коллагеновых структур соединительной ткани и других компонентов её внеклеточного матрикса. Информативно-регуляторная роль коллагена и неволокнистых структур матрикса соединительной ткани в клеточных и тканевых взаимодействиях перенесла в функциональных представлениях о ней центр тяжести с биомеханической, опорной функции на морфогенетическую, покончив с ретроградными

представления о соединительной ткани как второстепенной относительно «благородной» паренхимы, придав в паренхиматозно-стромальных взаимодействиях паритетный характер каждому из их компонентов и наделив соединительную ткань статусом функциональной системы (В.Серов, А.Шехтер, 1981).

Теперь также очевидно, что веками, определявшими путь научного изучения тканей, явились представления А.Максимова о «стволовых» клетках – понятия, озвученного им в 1908 г., а также его представления о «мезенхимальном резерве», в последующем подробно разработанные А.Заварзиным в понятии «камбиального резерва». Филогенетически и онтогенетически возникающие первыми эпителиальная и мезенхимальная ткани, по характеру функционального предназначения нуждающиеся в постоянном самообновлении, сохраняют в себе, по А.Заварзину, камбиальный (мезенхимальный) резерв, то есть эмбриональные клеточные массы, расходящиеся в процессе постэмбрионального развития. Мышечная и нервная ткани, не нуждающиеся в интенсивном обновлении после завершения морфологического формирования плода, исчерпывают своей пролиферативный потенциал к концу эмбрионального развития.

Такими же судьбоносными для изучения тканей были представления А.Фриденштейна (1961) о стромальных механоцитах костного мозга и лимфоидных органах, экспериментально доказавшего их существование. Эти кардинальные морфологические составляющие кроветворного микроокружения в настоящее время получили международное обозначение как «мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки» (ММСК), поскольку обладают, как оказалось, потенцией к образованию колоний нескольких линий мезенхимальных клеток и к развитию дифференции любой клеточной линии. Значимость работ А.Фриденштейна и его коллег в области стволовых клеток стала очевидной лишь в последнее время.

Феномены обратимости дифференцировки и ЭМТ показали несколько излишним накал страстей в спорах почти 100-летней продолжительности между сторонниками гематогенного и резидуального (местного камбиального) источника происхождения предшественников фибробластов; между приверженцами и противниками представлений о возможности развития фибробластов из лимфо- и моноцитоподобных клеток крови и наоборот. Ограниченные возможности гистологической идентификации клеток до конца XX века не позволяли приблизиться к правильному ответу. Из-за морфофункциональной гетерогенности фибробластов структура фибропластического дифферона остаётся дискуссионной и сейчас, несмотря на автордиографические, иммуногистохимические и культуральные исследования (И.Бозо, 2010).

Оказалось, что трансформации нельзя воспринимать ортодоксально: эпителиальные клетки, вставшие на путь ЭМ перехода, могут выглядеть по очертаниям («по форме») ещё эпителиальными, но иммуногистохимически («по содержанию») уже иметь характеристики мезенхимальных (П.Галишон, А.Гертиг, 2013). А.Кнорре, негативно относившийся к возможности взаимозаменяемости клеток и тканей, тем не менее констатировал, что при развитии мезодермы и образовании спланхнотомов клеточный материал приобретает «эпителиоподобное» строение и что эта «эпителизация» распространяется в периферическом направлении, охватывая и внезародышевые части мезодермы. Продукция коллагена эпителиями как признак взаимопревращения тканей была описана уже Р.Вироховым, а среди отечественных патологоанатомов – С.Вайлем, но её констатация и сделанные более 100 лет назад выводы о возможности трансдифференцировки тканей продолжительное время служили лишь мишенью для упреков в антинаучности.

Таким образом, некоторые гистологические феномены, когда-то не вписывавшиеся в господствующие представления о тканях, в свете современных представлений об обратимости дифференцировки и ЭМТ получили научное объяснение.

Но современная система взглядов на соединительную ткань представила действительно фундаментальное обоснование и ряду клинических убеждений прошлого о кардинальной роли именно соединительной ткани в сано- и патогенезе ряда

состояний, которые шли вразрез с доминирующим в клинике отношением к ней как к ткани второсортной, противопоставленной паренхиме, если и включающейся в основополагающие процессы жизнедеятельности, то только уже в финале заболевания, вызывая нередко немотивированный в своём объёме склероз, не заслуживающий научного интереса в связи с его этиологической, патогенетической, нозологической и гистологической обезличенностью.

На слуху, конечно, представления первых десятилетий XX столетия патофизиолога А.Богомольца о соединительной ткани как о «корне человека» (1926). Типы телосложения (конституция) человека, определялись, по А.Богомольцу, состоянием его мезенхимы, которая им уже тогда воспринималась как соединительная ткань. По морфологическим типам телосложений А.Богомольц выделил четыре нормальных мезенхимальных типа конституции. При этом он говорил о том, что его попытка положить в основу понимания конституции организма состояния соединительной ткани – далеко не первая в литературе. Пророчески А.Богомольц полагал, что биологический возраст человека определяется биологическим возрастом его соединительной ткани, что было в последующем подтверждено, например, коллагеновой теорией старения F.Verzar (1964).

Ранним клиническим ощущением незаурядности соединительной ткани как таковой явились наблюдения J.Meekeren (1862), А.Черногузова (1891) и А.Марфана (1896), положившие начало учению о соединительнотканной дисплазии, являющейся в настоящее время одним из актуальных разделов медицины в связи со значительной распространённостью этой патологии, затрагивающей не только опорно-двигательный аппарат, но практически все остальные органы и системы тканей. Установленное генетическое нарушение формирования соединительной ткани уже в период эмбриогенеза объясняет семантическое тождество понятия «соединительнотканная дисплазия» с другими её определениями: «стигмы дизэмбриогенеза», «врождённая мезенхимальная недостаточность».

Клинике удалось подметить, и очень давно, ещё одно свойство соединительной ткани, ставшее очевидным лишь с открытием ЭМТ – гетерогенность источников развития склероза. Теперь-то понятно, что в патологическом очаге фибробласты могут иметь не только резидуальное или гемопозитическое происхождение, оказавшееся «яблоком раздора» между гистологами, но и образовываться местно в процессе ЭМТ. Естественно, что гетерогенность источников фибробластов, определяющая их морфофункциональную гетерогенность, не может не сказаться на характере течения патологического процесса и его фиброзирующего исхода.

Тот раздел внутренней медицины, который в последующем обособился в профпатологию, давно обратил внимание на отличие пневмокониотического пневмосклероза (пневмокониоза), возникающего в условиях повышенной запылённости вдыхаемого воздуха, от банального поствоспалительного пневмосклероза, почему как частные формы пневмокониоза – «антракоз» (1837), «сидероз» (1867), «силикоз» (1870), так и родовое их определение – «пневмокониоз» (1867) – сразу приобретали нозологическую самостоятельность. Довольно видные имена в пульмонологии (П.Движков, 1965; И.Есипова, 1975) не признавали пневмокониоз воспалительным заболеванием; другие, в пандан первым, называли его «склерозирующим мезенхиматозом» (M.Mosinger, 1961).

Пережив многочисленные терминологические перипетии и нозологические пертурбации, преследовавшие пульмонологию в XX веке и претендовавшие на выражение сущности бронхолёгочной патологии, пневмокониоз удалось пока что сохранить свою нозологическую, невоспалительную самостоятельность, доказывающуюся не только рядом гистологических особенностей соединительной ткани при нём, но и отсутствием каких-либо способов его лечения.

Существование в профпатологии двух центроидов по представлениям о природе пневмосклероза – воспалительной и невоспалительной, понимаемой в диапазоне от неинфекционно-бактериального процесса до отсутствия воспаления вообще – в известной степени перекликалось с самого начала с выделением К.Рокитанским интерстициального и паренхиматозного повреж-

дений лёгочной ткани. Существование в настоящее время группы интерстициальных заболеваний лёгких, обособившихся после работ Л.Хаммена и А.Рича (1935) по быстро прогрессирующему интерстициальному лёгочному фиброзу, свидетельствует о доле истины в тех зародившихся в далёком прошлом представлениях. И действительно, уже в первой клинической работе по изучению интерстициальных заболеваний лёгких в аспекте ЭМТ (Е.Коган, Ф.Тьонг, С.Демур, 2009) было показано, что в развитии пневмосклероза участвуют не только клетки воспалительного инфильтрата, но и местно образовавшиеся из эпителия миофибробласты апоптозно-резистентного фенотипа, ответственные за дисрегуляторные влияния на все клетки лёгочного ацинуса, причастные к продукции коллагена и прогрессированию фиброза. Оказалось, что многообразие форм идиопатической интерстициальной пневмонии по темпам прогрессии заболевания, выраженности фиброза, резистентности к терапии и склонности к развитию рака зависит от глубины ЭМТ, которая определяется, скорее всего, диапазоном репрессирующих и дерепрессирующих воздействий на генетический аппарат клетки.

Таким образом, убеждения прошлых лет в возможности невоспалительной природы пневмосклероза получили, наконец-то, в свете представлений об ЭМТ аргументированные доказательства. К аналогичным выводам пришли и другие авторы, изучавшие патогенез воспалительных процессов в лёгких с позиций ЭМТ (Н.Моногарова, И.Василенко, 2010).

Нефрология раньше пульмонологии прибегла к положениям концепции ЭМТ в оценке природы нефросклероза. Предикторность именно тубулоинтерстициального фиброза в развитии и прогрессировании хронической почечной недостаточности вне зависимости от нозологической принадлежности нефропатий (гломерулонефриты, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, трансплантационная нефропатия), те же при нефропатиях условия микроокружения клетки (активные формы кислорода, биологически активные вещества, внеклеточный матрикс...), что и при ЭМТ, те же цитокины, особенно тромбоцитарный и трансформирующий факторы роста (PDGF и TGF- β 1), молекулы сигнальной трансдукции и регуляторы транскрипции; иммуногистохимические маркёры ЭМТ и миофибробласты в зонах нефросклероза позволили с середины 1990-х годов говорить об ЭМТ как об одном из механизмов патогенеза нефросклероза (E.Hay, A.Zuk, 1995; T.Hewitson, G.Becker, 1995; F.Strutz, 1995). Но концепция ЭМТ в развитии тубулоинтерстициального фиброза, озвученная в нефрологии 20 лет назад, разделяется далеко не всеми, о чём пишут французские авторы П.Галишон и А.Гертиг (2013) в статье «Эпителиально-мезенхимальная трансформация как биомаркёр почечного фиброза: готовы ли мы применить теоретические знания на практике?». Само название статьи и содержание свидетельствует о трудности ассимиляции медициной новых общebiологических представлений.

Публикаций по ЭМТ в отечественной медицине практически нет, не считая онкологии и регенеративной медицины. Да и откуда им взяться? Учебные пособия по гистологии уже XXI века (Гистология, ГЭОТАР, 2001; Гистология, эмбриология, цитология, ГЭОТАР-Медиа, 2007; Гистология, цитология и эмбриология. Атлас. ГЭОТАР-Медиа, 2013) перепечатывают схемы образования зародышевых листков, сродни таковым из монографии Б.Пэттена, и рисунки из учебников и монографий А.Заварзина, С.Щелкунова и А.Кнорре, иллюстрировавших не совсем удачные в работах этих учёных уже отзвучавшие представления и о тканях, и о последовательности органо- и гистогенезов. Несмотря на XXI век, они не содержат ни одного слова об ЭМТ и по характеру изложения данных аналогичны описательной гистологии прошлого (только в несколько увеличенном объёме). Эти учебники больше напоминают тезаурусы, в которых, несмотря на прорыв фактологического материала, нет ни одного примера, как из нескольких фактов сделать хотя бы один вывод, чтобы научить студента трансформировать голое созерцание в абстрактное мышление.

Владимир РАЗУМОВ,
заведующий кафедрой
профпатологии Новокузнецкого
государственного института
совершенствования врачей,
профессор.

– Николай Александрович, нередко людям, работа которых связана с большими нагрузками на глаза, кажется, что у них начинает падать зрение. Однако обследование этого не подтверждает. Так проявляется усталость глазных мышц?

– Часто сталкиваюсь с описанной вами ситуацией, причём даже в случае наличия у человека оптической коррекции. Это возможно как минимум в двух вариантах. Первый – это природная острота зрения пациента выше 1,0 или 100%. Современные методы коррекции позволяют добиться природного максимума остроты зрения конкретного человека. Зачастую это 120, 150 и даже 200%. То есть, если нижняя граница нормы – это чтение десятой строчки таблицы с кольцами Ландольта с 5 м, то некоторые люди спокойно читают её с 10 м. Такой человек при снижении остроты зрения до 100% чувствует, что зрение снизилось в 2 раза, хотя формально оно всё ещё является вариантом нормы. В поисках утраченного такой пациент переберёт несколько врачей или оптометристов. Второй вариант – признаки начальной астенопии, или зрительного утомления, могут иметь нестойкий характер и не проявляться в момент обращения. Поэтому в стандарт обследования входит не только определение остроты зрения, но и исследование показателей аккомодации, рефракционного и мышечного равновесия.

– Если человек начинает прищуриваться, то ему надо обязательно идти к врачу?

– Конечно. Собственно, сам термин «миопия», или близорукость, переводится с греческого как «щурить глаз». Есть такая профессиональная поговорка офтальмологов: «Если глаза вам нужны каждый день, проверять их стоит каждый год». Но на практике этой рекомендации следуют немногие. Даже заметив, что он стал видеть хуже, «наш человек» не торопится обращаться к врачу и терпит до последнего.

– Существует миф даже среди врачей-офтальмологов, что коррекция зрения в очках не должна дотягивать до нормы, то есть очки преднамеренно выписываются «послабее».

– Да, это распространённое мнение, которое, к счастью, встречается сегодня всё реже. На этот счёт есть много теорий. Например, учёными всерьёз рассматривается психогенная теория развития близорукости как «уход» от окружающей действительности через снижение остроты зрения.

В этом году исполнилось 130 лет медицинской специальности «оптометрист», которая появилась благодаря швейцарскому офтальмологу Е.Ландольту. Кстати, в этом году отмечается ещё одна памятная дата, связанная с этим именем, – 170 лет со дня его рождения. Известная всем буквально с рождения таблица для определения остроты зрения, состоящая из рядов колец разной величины с разрывами, обращёнными в разные стороны, – это тоже таблица Ландольта с оптотипами его имени. И хотя, как говорит главный специалист-офтальмолог Министерства здравоохранения РФ профессор Владимир Нероев, «сегодня

Врач и пациент

Пока вижу, надеюсь!

Очень важно добиться природного максимума остроты зрения



С другой стороны, верно и обратное: при недостаточном объёме информации об окружающей среде повышается внутренний уровень настороженности и даже тревожности, что несомненно негативно сказывается на эмоциональном состоянии пациента. У меня стремление к неполной коррекции всегда вызывало вопрос: почему никто не старается снизить поток информации от других органов чувств, таких как слух или обоняние?

Полная коррекция рефракционных и аккомодационных нарушений – путь к здоровью органа зрения в целом. Во-первых, прогрессирование близорукости ниже у тех пациентов, которые пользуются полной оптической коррекцией. Во-вторых, гипокоррекция приводит к различным последствиям, из которых снижение остроты зрения – не самое опасное. В зависимости от вида рефракции слабая коррекция вызывает

различные аккомодационные и глазодвигательные расстройства, что проявляется в виде астенопических жалоб: головные боли, зрительное утомление, двоение, слезотечение и даже сухость глаз. В детском возрасте к ним добавится снижение внимания и успеваемости.

– Что и говорить, я и сама не спешила надевать очки, искренне считая, что чем позже начну ими пользоваться, тем медленнее будет ухудшаться зрение за счёт тренировки глаз...

– Это тоже очень коварное заблуждение. При нормальной работе зрительной системы глаза должны хорошо видеть вдаль при относительно расслабленной аккомодации. Такие условия обеспечивают правильно подобранной коррекцией. Напряжение аккомодации должно возникать и нарастать по мере приближения рассматриваемого объекта (при

прогрессе в офтальмологии очень высок, и офтальмология в России сейчас на уровне мировых стандартов», но тем не менее населению реально не хватает высококвалифицированных врачей-оптометристов, которые бы умели грамотно подобрать очки и одновременно популярно рассказать, как надо бережно относиться к своему зрению. В связи с этим корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наила САФИНА обратилась к врачу-офтальмологу Академии медицинской оптики и оптометрии Николаю МАКУХЕ, посвятившему себя оптометрии, с просьбой поделиться накопленным опытом.

чтении, например). В молодом возрасте аккомодация с этой задачей справляется успешно. Но эластичность хрусталика постепенно снижается на протяжении всей жизни, поэтому после 40 лет каждый человек начинает ощущать снижение остроты зрения вблизи. Наступает возрастное ослабление аккомодации (пресбиопия), при котором зрительная нагрузка вблизи становится непосильной и никак не может считаться тренировкой для глаз. При использовании адекватной коррекции на близком расстоянии прогрессирование пресбиопии замедляется благодаря нормализации работы аккомодации.

Вообще, оптометрист – это специалист, который будет полезен человеку любого возраста, имеющему нарушения рефракции. С оптометрической помощью сталкивался практически каждый из нас с детского возраста, попадая на приём к офтальмологу. Хотя, конечно, процент нуждающихся в коррекции выше в более старшей возрастной группе. Например, в возрасте за 40 это практически 100% людей, что в развитых странах составляет более половины всего населения!

– С бабушкиных времён большинство из нас знает, что есть очки для чтения и для дали. Почему нельзя иметь одни очки на все случаи жизни? Или я безнадёжно отстала?

– Да, это как раз тот случай, когда человек переходит в пресбиопический возраст. Ослабление аккомодации не оставляет вариантов: для разных расстояний нужна разная коррекция. А в современном мире у некоторых пользователей есть и третьи очки: для компьютера. Но вы полностью

правы: сегодня уже можно объединить несколько очков в одной оправе. Это достигается за счёт установки мультифокальных или прогрессивных линз. Благодаря плавному изменению оптической силы они позволяют хорошо видеть на всех дистанциях. Значит, читать книгу, работать за компьютером, водить автомобиль, гулять можно в одних очках. Это не только самый физиологичный, но и эстетичный способ коррекции: со стороны прогрессивные очки не отличить от обычных. Сегодня во всём мире это вариант первого выбора для человека с возрастным снижением остроты зрения вблизи. Такой вид коррекции появился ещё в 1959 г., однако в России «прогрессивы» набирают популярность только в последние 10-15 лет.

– Вспоминаю свои студенческие годы на лечебном факультете, не помню, чтобы нас обучали подбору очков, хотя цикл по офтальмологии был очень увлекательный. Может, сейчас существуют новые стандарты обучения?

– В Москве и Санкт-Петербурге работают несколько учебных заведений, которые готовят специалистов со средним медицинским образованием по специальности «оптометрия». Что же касается врачей, то здесь мой опыт полностью совпадает с вашим: студентов не учат подбирать сложные линзы. Да и у врачей-интернов и ординаторов по офтальмологии занятия по коррекции не являются основными. В результате, необходимые знания на эту тему приобретаются на курсах, семинарах и, конечно же, из тематической литературы.

Москва.

Конференции

В Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского прошла 6-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Превентивная медицина 2016. Инновационные методы диагностики, лечения, реабилитации».

Её организовали – МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Российский университет дружбы народов, Минздрав Московской области. Среди участников были врачи из 10 регионов России. 235 специалистов смогли получить баллы в рамках непрерывного медицинского образования. Идея организации конференций принадлежит профессору Альбине Симоновой, заведующей первой в стране кафедрой превентивной медицины, созданной в РУДН, эксперту по биотехнологиям при Министерстве образования и науки РФ. Были представлены пособия по актуальным медицинским проблемам – «Герпесвирусные инфекции», «Часто болеющие дети», «Технологии долголетия», заслушаны 14 докладов.

Превентивная медицина заявляет о себе

Она делает уверенные шаги вперёд

Прошло детальное обсуждение тем профилактики, реабилитации социально значимых заболеваний. Ведь превентивная медицина является составной частью профилактической медицины, основанной на давних традициях российского здравоохранения. В настоящее время в ней всё шире используются инновационные технологии. Запланировано развитие сети здоровья – создание отечественных домашних диагностических и лечебных приборов, развитие дистанционной помощи в виде личных кабинетов.

С обобщающим докладом «Современная модель медицинской помощи гражданам старшего поколения» выступила Е.Иванова, главный специалист по медицинской профилактике Центрального

федерального округа России и Минздрава Московской области. По её словам, гериатрия – это одно из приоритетных направлений развития системы здравоохранения России. И вот первые результаты. Выработана стратегия действий в интересах граждан старшего поколения; определён порядок оказания медицинской помощи по профилю гериатрия; создана профильная комиссия по гериатрии Минздрава России; с 2014 г. внедряется образовательный проект «Гериатрия – инвестиции в будущее»; с сентября стартовала подготовка к пилотному проекту «Территория заботы»; реорганизуется Федеральный геронтологический научно-клинический центр; разработан стандарт по старческой астении с острыми

функциональными нарушениями; ведутся научные исследования в области геронтологии и гериатрии.

Среди выступавших были Е.Баранова, международный эксперт по превентивной медицине, президент Европейского института персонализированной медицины.

А.Москалёв, член-корреспондент РАН, руководитель отдела геронтологии, генетики продолжительности жизни Московского физико-технического института, который рассказал о «генах антистарения», регулирующих общие воспалительные реакции, механизмы аутофагии.

Основной идеей доклада В.Крутько, директора Московского национального геронтологического центра, была необходимость определять биологический воз-

раст человека, то есть маркёры «старения». Также важно следить за исследованиями в области разработки и поиска «лекарств от «старости» – геропротекторов». Ведь в настоящее время более 200 веществ и лекарственных препаратов являются потенциальными геропротекторами.

А.Симонова сообщила об уникальной программе, разработанной в отделе науки СМ-Клиника по лечению часто и длительно болеющих детей и взрослых, по высокоэффективному подходу к лечению хронически воспалительных, бактериально-вирусных процессов. Здесь открыт Центр превентивной медицины, где проводится диспансеризация здоровых лиц на самом современном уровне, в последующем составляется персонализированная программа по профилактике заболеваний.

В целом конференция вызвала оживлённый интерес её участников, дала возможность чётче определить проблемы в превентивной медицине и наметить пути их решения.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Москва.

По данным различных международных исследований хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) составляют более 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии в развитых странах мира, что соответствует 2-3% от общей численности населения.

В основе развития этого хронического патологического состояния лежит постепенно прогрессирующее стенозирование (чаще всего – атеросклеротического генеза) артерий нижних конечностей, которое в итоге приводит либо к окклюзии артерий, либо к их тромбозу как закономерному осложнению постепенного стенозирования просвета артериального русла. Постепенное сужение просвета артерий и их окклюзия приводят к развитию ишемии тканей конечности.

Основным симптомом ишемии является так называемая перемежающаяся хромота, то есть нарушение ходьбы, которое проявляет себя болью в мышцах конечностей (чаще всего – в икроножных) и вынуждает человека остановиться. Именно перемежающаяся хромота лежит в основе большинства классификаций хронической ишемии конечностей.

В нашей стране наибольшее распространение получила классификация Фонтейна – Покровского, которая насчитывает IV стадии ишемии нижних конечностей.

Стадия I – боль в мышцах ноги только при большой физической нагрузке или ходьбе на дистанцию более 1 км. Стадия II разделяется на две подгруппы: IIa – когда дистанция безболевой ходьбы более 200 м и IIb – менее 200 м. Стадия III – дистанция безболевой ходьбы менее 50 м и (или) появление «болей покоя» (боли в ногах появляются даже без нагрузки, усиливаясь в положении лёжа, особенно ночью). И стадия IV – некротические нарушения тканей конечности вплоть до гангрены.

Важно, что появление симптомов ишемии нижних конечностей является прямым показанием к проведению скринингового ультразвукового дуплексного сканирования артерий и консультации пациента у сосудистого хирурга. В свою очередь врач первичного звена, заподозрив ишемию нижних конечностей, должен провести простые физикальные тесты – пальпаторное определение пульсации артерий конечностей и аускультацию магистральных артерий. Ослабление или отсутствие пульсации артерий на бедре, в подколенной ямке, артериях стопы является очень точным симптомом ХОЗАНК. Также очень важным симптомом является выявление систолического шума над артериями подвздошной области или бедра.

Согласно авторитетным изданиям и современным крупным популяционным исследованиям (группа SAGE, 2010 г.; Российский согласительный документ, 2013 г.; исследование PANDORA, 2012 г.), распространённость заболеваний периферических артерий является высокой, варьируясь от 5,8% в США и 7% в России до 12,2 и 22,9% во Франции и Италии, соответственно. В США, по данным Halperin, около 10% людей старше 55 лет имеют бессимптомную форму ХОЗАНК, а симптомы «перемежающейся хромоты» наблюдаются у 5%.

Слово о болезни

Что стоит за хромотой?

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей: в анкетах и на самом деле

В российских статистических данных приводятся ещё более высокие цифры – от 15 до 30% населения старше 65 лет имеют признаки облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Число госпитализированных с ХОЗАНК в расчёте на 100 тыс. населения составило $159,3 \pm 21,1$ за 2001 г. В «Государственном докладе о состоянии здоровья населения РФ в 2006 г.» отмечено, что общая заболеваемость болезнями системы кровообращения за этот год возросла на 4,7%, при этом наиболее высокие темпы увеличения показателей имели место при ХОЗАНК – на 5,8% по сравнению с предыдущим годом.

Однако вот что интересно. Эти чрезвычайно важные сведения получены путём изучения статистических данных по сердечно-сосудистой заболеваемости РФ, так сказать, «в общем»! Поскольку в нашей стране на сегодняшний день не завершено ни одного узко ориентированного эпидемиологического исследования по определению распространённости ишемии конечностей среди взрослого населения! Единственная работа, которая вышла в отечественной медицинской печати – статья на страницах журнала «Хирургия» № 7 за 2016 г. И поэтому цель данной публикации – обратить внимание большей части медицинского сообщества нашей страны на проблему эпидемиологии ХОЗАНК, сообщив статистические данные, которые к настоящему времени уже обработаны.

В период с 2013 г. были созданы анкеты, учитывающие количество выявленных и проведённых медицинских случаев заболеваний периферических артерий. С помощью общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» эти анкеты отправлены в региональные министерства здравоохранения РФ.

Как основные коды по МКБ-10 для статистической обработки были использованы код I70.2 (Атеросклероз артерий конечностей. Атеросклеротическая гангрена. Склероз (медиа́льный) Менкеберга) и код I73.1 (облитерирующий тромбангиит – болезнь Бюргера).

В 2013-2014 гг. запросы были разосланы в 83 региона страны, но ответы получены только из 48, причём в 4 из них выяснилось, что статистики по этим кодам МКБ не ведётся. Не из всех регионов пришли полные ответы. Таким образом, пришлось обрабатывать запросы только из 44 регионов страны. Но в итоге получена информация из всех федеральных округов РФ с суммарной численностью населения 71 934 896 человек.

Отдельно выделяли случаи пациентов с ишемией I-IIb стадий и

ишемии III-IV стадий по классификации А.В.Покровского (1976), учитывали также число выполненных ампутаций конечностей и летальность. Кроме того, в 3 регионах были предоставлены и данные о первых выявленных случаях ишемии конечностей.

Информация о численности населения РФ на 2014 г., а также о распределении населения по возрастным группам была взята на сайте Федеральной службы государственной статистики (<http://www.gks.ru>). Численность населения РФ в этот год составила 143,7 млн человек, доля населения старше 40 лет – 68,65 млн (47,7%).

В результате обработки анкет получены сведения о 174 125 случаях заболеваний с кодами I70.2 и I73.1 (по МКБ-10). Число пациентов с ишемией I-IIb стадий составило 74 611, с критической ишемией конечностей – 26 402 (данные 27 регионов с общей численностью населения 43 529 757 человек, старше 40 лет – 20 763 694).

Количество больных с впервые выявленной ишемией – 4228 (данные 3 регионов с населением 8 790 202 человек, старше 40 лет – 4 192 926). Ампутации были проведены у 7816 больных (данные 30 регионов с общей численностью населения 48 113 416 человек, старше 40 лет – 22 950 099), число летальных исходов составило 2118 (данные 34 регионов с общей численностью населения 59 554 344 человек, старше 40 лет – 4 192 926).

Если учесть, что, как уже упоминалось выше, на 2014 г. доля населения старше 40 лет в стране составляла 47,7% (68,65 млн человек), то число людей старше 40 лет в регионах с известными нам данными об ишемии нижних конечностей составило 34 312 945 человек. Таким образом, выявляемость (преваленс) пациентов с кодами I70.2 и I73.1 в этой возрастной группе в нашей стране должна была составить 0,51%. На деле преваленс больных с перемежающейся хромотой (как одним из основных и легко определяемых симптомов ишемии конечностей) среди населения старше 40 лет составил 0,36%, а с критической ишемией – 0,13%.

Число летальных исходов среди больных с диагнозами атеросклероз артерий конечностей или облитерирующий тромбангиит – 1,4%.

По результатам проведённого нами исследования цифра распространённости заболеваний периферических артерий в России составила всего 0,5%. При экстраполяции полученных данных на всё взрослое население страны в абсолютных цифрах получается 348 250 случаев ХОЗАНК, что явно меньше реально существующих цифр.

Правда, необходимо учитывать, что в данном статистическом опросе фигурируют случаи заболевания только по кодам МКБ-10 I70.2 и I73.1. То есть речь идёт о больных, которые самостоятельно уже обращались с жалобами на симптомы ишемии конечностей.

Частота же симптомной ишемии конечностей составляет от 10 до 35% среди всех таких пациентов. Поэтому реальное число людей с ХОЗАНК (включая асимптомных и с нетипичными симптомами заболеваний артерий нижних конечностей) среди взрослого населения страны может быть в 3-10 раз больше, то есть 1,5-5%, что приближается к мировым статистикам. Переводя эти данные в абсолютные цифры, мы получим минимум от 1 до 3 млн больных в стране, нуждающихся в помощи сердечно-сосудистых специалистов.

Выявляемость больных с «перемежающейся хромотой» в нашем исследовании составила 0,36%, тогда как по материалам международных статистик эта цифра достигает 4,5-6%. Скорее всего, причиной таких низких цифр может быть недостаточная осведомлённость и настроенность врачей первичного звена по отношению к данной патологии.

А вот диагноз критическая ишемия нижних конечностей, напротив, обычно ставится уже сердечно-сосудистым хирургом, поэтому неудивительно, что число больных с критической ишемией нижних конечностей составило 1271 человек на 1 млн населения старше 40 лет (0,13%). Такие данные сопоставимы уже с мировыми (500-1000 человек на 1 млн населения).

Если ориентироваться на результаты классического Фрамингемского исследования по распространённости сердечно-сосудистых заболеваний, то необходимость в хирургическом вмешательстве возникала как минимум у 1 из 4 с выявленным ХОЗАНК. Это согласуется с описываемыми данными, где соотношение больных с перемежающейся хромотой и критической ишемией (то есть той группы, которой абсолютно показана реваскуляризирующая операция) составляло 3 : 1. Исходя из этих цифр, около 87 тыс. пациентов в стране будут нуждаться в хирургическом лечении. Тем не менее, по информации главного ангиохирурга Минздрава России академика А.Покровского, число операций у больных с ХОЗАНК в 2014 г. составило 23 204, то есть как минимум в 3,5 раза меньше расчётного минимума.

Описываемое исследование, скорее всего, лишь очень приблизительно отражает реальную картину ХОЗАНК в стране. В методологии сбора данных есть, конечно, ряд существенных недостатков. Во-первых, в анкеты не включали коды МКБ-10

I70.8 (атеросклероз других артерий), I70.9 (генерализованный и неуточнённый атеросклероз), I73.9 (болезнь периферических сосудов неуточнённая), I74.0 (эмболия и тромбоз артерий, то есть варианты острой ишемии конечностей), I77.8 (другие уточнённые изменения артерий и артериол), I77.9 (изменение артерий и артериол неуточнённое), под которыми тоже могли кодироваться случаи обращения с ХОЗАНК.

Во-вторых, в некоторых регионах (Адыгея, Алтай, Республика Дагестан, Владимирская, Иркутская, Калужская области, Коми, Краснодарский край) число таких больных не превышает 0,06%, тогда как в других регионах эти цифры – более 0,11%. Возможно, это связано с тем, что мы в этих регионах получили ответ только от одной, хоть и крупной, областной больницы, поэтому трудно говорить о реальных числах.

В-третьих, для наших расчётов мы взяли группу людей от 40 лет, а не от 55, как в большинстве зарубежных исследований (поскольку болезнь Бюргера – «пре-рогатива» достаточно молодых людей). За счёт этого увеличилась численность анализируемого населения, и значение выявляемости ХОЗАНК должно было закономерно уменьшиться.

Тем не менее представленная статистика позволяет сделать несколько важных выводов:

- в России ХОЗАНК выявляются явно недостаточно;
- результаты лечения и, в частности, критической ишемии, по-прежнему остаются неудовлетворительными и сопровождаются высокими цифрами выполненных ампутаций и летальности;
- число нуждающихся в оперативном лечении с ХОЗАНК в стране в несколько раз больше, чем таких операций выполняется;
- существует насущная необходимость создания регистра таких больных, что позволит точнее формировать бюджет здравоохранения на их лечение.

Поскольку потребность в хирургических вмешательствах по поводу ХОЗАНК явно не удовлетворяется в достаточном объёме, то чрезвычайно важность представляют методики консервативной терапии, которые направлены на достоверное улучшение кровотока в конечности путём развития коллатерального кровообращения.

В этой связи заслуживает упоминания отечественный инновационный препарат «Неоваскулген», разработанный Институтом стволовых клеток человека. Он содержит ген роста кровеносных сосудов. При двукратном введении непосредственно в мышцы нижней конечности с интервалом в 2 недели этот препарат запускает активный процесс ангиогенеза – роста коллатеральных кровеносных сосудов параллельно тем, которые стенозированы или окклюзированы. «Неоваскулген» используется в России с 2009 г., и к настоящему времени можно говорить о его эффективности, сопоставимой с хирургическим лечением ХОЗАНК.

Алексей ЗУДИН,
профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии медицинского факультета Российского университета дружбы народов, доктор медицинских наук.

Артур ИСАЕВ,
генеральный директор Института стволовых клеток человека.

Москва.

По экспертным оценкам, в США вследствие неправильной дозировки болеутоляющих средств ежегодно умирают почти 50 тыс. человек. Подобной статистики по России нет, но ситуация в нашей стране развивается по похожему сценарию. Такие неутешительные данные были озвучены в ходе VII Международного междисциплинарного конгресса «Управление болью», состоявшегося в Москве. Это совместный образовательный проект Европейской лиги борьбы с болью (EULAR), Ассоциации междисциплинарной медицины (АММ) и Российского общества по изучению боли (РОИБ).

Участники мероприятия отмечали, что, несмотря на постоянно растущие затраты, эффективность диагностики и лечения болевых синдромов остаётся низкой, а число таких больных неизменно растёт год от года. Одна из причин подобной ситуации – завышенные ожидания от возможностей лекарственной терапии, считает директор Института междисциплинарной медицины, профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Алексей Данилов. По его словам, люди слишком уповают на исцеляющую силу таблетки и перекладывают на неё в определённом смысле ответственность за своё здоровье.

– Лекарства так же как, к примеру, коньки или нож, сами по себе не представляют опасности, но они должны быть использованы правильным образом, – подчеркнул эксперт.

Другая проблема, которая актуальна для пациентов, страдающих хронической болью, – коморбидные нарушения. Болевые синдромы всегда сопровождаются депрессией, тревогой, нарушением сна, хроническим стрессом

Проблемы и решения

Таблетка — не панацея

В лечении хронической боли необходим междисциплинарный подход



и т.д. Избыточный вес, низкий уровень физической активности и социальная изоляция также вносят свой вклад в усугубление болевых синдромов. В случае, если врач будет воздействовать на боль только лекарственными препаратами, игнорируя эти факторы, он не сможет добиться существенных сдвигов в лечении пациента, подчеркнул эксперт.

При этом, как ни парадоксально, совершенствование знаний в области терапии боли нередко становится преградой на пути понимания этой распространённой патологии, мешает врачам разных специальностей достичь консенсуса в ведении пациента. Порой они используют различные термины в описании одних и тех же процессов и применяют разные схемы фармакотерапии для коррекции одного и того же синдрома.

– Пациент с болью в среднем проходит через 10-12 специали-

стов, и каждый из них назначает несколько препаратов. Если у него здоровая печень – он справится с такой фармакологической нагрузкой, но каким будет эффект от подобной «терапии», остаётся только предполагать, – заключил А.Данилов.

По его словам, чтобы переломить ситуацию, необходимо изменить представления врачей и пациентов о том, как справляться с болью. Решением может стать междисциплинарный подход. Научные исследования показывают, что междисциплинарное взаимодействие разных специалистов улучшает и клинические, и экономические показатели лечения. Иными словами, увидеть целое можно, только объединив совместные усилия.

О необходимости холистического (целостного) подхода в лечении пациентов с болью говорил и президент EULAR профессор Джустино

Варрасси (Италия). «Увеличивая количество назначаемых лекарств и сеансов лечения, но не изменяя при этом подходов к терапии, мы не сможем уменьшить число людей, страдающих от хронической боли. Новые стратегии лечения боли включают в себя постоянное взаимодействие между медицинскими специалистами при активном участии в этом процессе пациента, мы готовы поделиться своим опытом и наработками в этой области с российскими коллегами».

Тем не менее бывают ситуации, когда лекарства жизненно необходимы пациентам с болью. Прежде всего это касается обезболивающих наркотических препаратов.

По мнению А.Данилова, сегодня есть две крайности: «В США опиоидные препараты назначают очень часто, и там есть большая проблема осложнений после опиоидной терапии. В нашей стране другая крайность: эти препараты назначаются недостаточно, и пациенты, которым они действительно нужны, сталкиваются с огромными административными барьерами».

– Наркотические препараты, как и любые другие, надо уметь и правильно применять. К примеру, одним граммом ботулотоксина можно убить миллион человек, а микродозы этого препарата делают женщин красивыми, а некоторых – счастливыми. В этой связи слова Парацельса о том, что лекарства – это яд, всё дело в дозе, не теряют своей актуальности. Наша задача – обучить врачей назначать препараты тем пациентам, которым они и правда необходимы, – уверен эксперт.

В Италии запретительные меры в отношении назначения терапевтами опиоидов существовали вплоть до 2002 г., пояснил профессор Д.Варрасси. Сегодня эта проблема решена, и на врача, выписавшего наркотический препарат, уже больше не смотрят как на преступника. Однако, как подчеркнул эксперт, такие опасения бывают небезосновательными. Если вновь обратиться к опыту США, то в этой стране, по его словам, во врачебных назначениях нередко используются дозировки, в 200 раз превышающие европейские. «На самом деле, это криминальное прописывание опиоидов, – заключил Д.Варрасси. – Препарат, предназначенный для купирования боли, попадает к «липовому» пациенту-наркоману. Это серьёзная проблема для общества, ей пытаются противодействовать, но пока не совсем успешно».

Воплощение принципов междисциплинарной медицины требует пересмотра подходов к профессиональному обучению врачей, отмечали участники конференции. Особенно активно должны изменяться последипломные образовательные программы. Как показывает зарубежный опыт, наибольший интерес у врачей вызывают образовательные мероприятия с участием одновременно профессионалов различной направленности, наиболее востребованы знания, лежащие на стыке отдельных медицинских наук.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Статистика

На сегодняшний день рынок инсулинов зависит от поставок импортных препаратов. По данным за 2015 г., на долю отечественных препаратов приходится порядка 8% стоимостного и 14% натурального объёмов потребления инсулинов. Такие данные содержатся в обзоре рынка инсулинов, подготовленного компанией DSM Group.

стvenного обеспечения, по которой льготные категории граждан обеспечиваются необходимыми препаратами бесплатно. Инсулины попадают в общий список препаратов для отдельных категорий граждан при предоставлении социальной помощи и организации лекарственного обеспечения. На данный канал приходится порядка 80% объёма потребления инсулинов.

40 и 28% соответственно. В денежном выражении самым ёмким является сегмент группы инсулинов длительного действия – более 42% всех инсулинов. Отечественные производители пока представлены на рынке инсулинами быстрого действия и среднего действия.

В настоящий момент инсулины производятся в нескольких формах выпуска: раствор для инъекций во

Специфика инсулинового рынка — закупки за счёт государственного бюджета

Продажа инсулинов в России осуществляется по нескольким направлениям: по программе льготного лекарственного обеспечения, за счёт средств потребителей, а также происходит назначение инсулинов в стационарах.

По данным ежемесячного розничного аудита фармацевтического рынка России, проводимого DSM Group, объём российского рынка инсулинов в 2015 г. оценивается в 12,7 млрд руб. (в оптовых ценах), что составляет около 9,5 млн упаковок. В последние годы рынок инсулинов неуклонно растёт, снижение объёмов потребления наблюдается только в первом полугодии 2016 г., что может быть связано с неравномерностью государственных закупок и проводимых тендеров.

Средневзвешенная стоимость одной упаковки инсулиновых препаратов превышает 1450 руб. Поэтому неудивительно, что основным каналом получения инсулина является программа льготного лекар-

Второй по ёмкости потребления сегмент – это госпитальные закупки. На их долю приходится около 13% рынка инсулинов. За счёт собственных средств потребитель покупает в аптеках незначительные объёмы препаратов – около 6-9% или 1 млн упаковок в год. Таким образом, специфика инсулинового рынка – это закупки за счёт государственного бюджета, как федерального, так и региональных. Как уже было отмечено выше, рынок инсулинов существенно зависит от поставок импортных препаратов. Тем не менее стоит отметить, что за последние 2 года наблюдается хоть и медленный, но рост доли отечественных производителей. Это происходит за счёт увеличения закупок существующих длительной формы инсулинов отечественных производителей.

По результатам продаж в упаковках инсулины быстрого действия и среднего действия занимают самые ёмкие сегменты рынка –

флаконах, проводимых подкожно или внутримышечно; картридж, уже полностью готовый к использованию, а для его введения предназначен шприц в виде ручки, позволяющий делать инъекции быстро (приобретается отдельно); преднаполненная шприц-ручка.

Популярная в настоящий момент форма выпуска инсулинов – это картриджи. На их долю приходится половина продаж в натуральном выражении. При этом отмечается увеличение спроса на сторону наиболее удобных инъекционных форм – инсулинов в шприц-ручках. По итогам первого полугодия 2016 г., в стоимостном выражении данная форма превысила объёмы продаж других форм выпуска (доля 56%), в упаковках доля выросла с 24 до 35% за счёт уменьшения продаж картриджей и флаконов. Сейчас на рынке представлено несколько преднаполненных шприц-ручек.

Анна КРАСАВКИНА.

Проекты

Сигнал для производителей

Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик запустил программу обучения инспекторов надлежащей дистрибуторской практики (GDP). Таким образом, специалисты, прошедшие программу обучения по инспектированию производственных площадок по GMP, будут проводить и GDP-инспекции.

– Отрасль у нас вполне зрелая и компетентная, – сообщил директор института Владислав Шестаков на II ежегодной Международной конференции «Стандарты качества фармацевтической логистики». – Однако нужно серьёзно задуматься о человеческом ресурсе, специалистах, которые будут осуществлять инспектирование площадок.

На сегодняшний день в штате института 35 инспекторов, в образовательном центре института работают 32 преподавателя, имеющих значительный опыт и уровень компетенций. Имея образовательную лицензию, институт разработал порядка 50 образовательных программ.

По словам В.Шестакова, с учётом последних поручений Президента РФ в ближайшее время в нормативно-правовые документы будут внесены коррективы, направленные на полное исключение из практики возможности обращения на рынке продуктов производителей, не прошедших процедуру сертификации на соответствие площадок нормам GMP: «Компании, которые в ближайшее время не перейдут

на стандарты, ожидают не очень радужные перспективы».

Особенно эксперт отметил необходимость ответственности со стороны бизнеса за качество продукта, который выходит в обращение на рынок, за уровень компетенций своих партнёров. «Давайте не будем всю ответственность перекладывать на регуляторов, инспекторов. А будем брать её на себя, как это делают производители препаратов при выборе поставщиков сырья, к примеру, – они имеют право провести аудит поставщика субстанции. Дистрибуторы и аптечные сети также вправе разработать свои документы, по которым будут заключать договоры о партнёрстве, заложить свои требования и право на аудирование», – заявил он.

По итогам проверок, проведённых инспекторами института, две иностранные компании были уличены в поставке фальсифицированной продукции в Россию. О данном факте было сообщено в Минпромторг России, которое, в свою очередь, проинформировало Росздравнадзор. В результате из обращения было отозвано 3 препарата (80-й, 53-й и 68-й серий, соответственно). «Это превентивная мера для производителей, сигнал, чтобы они поняли: нужно привести все свои документы в соответствие с нашим законодательством. Для многих из них российский рынок – это 60-80% общего объёма продаж», – пояснил В.Шестаков.

Ирина АНДРЕЕВА.

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**

Клиника ОАО «Медицина»



Первая клиника в России, аккредитованная по международным стандартам качества медицинской помощи Joint Commission International (JCI)

Если Вы хотите применять доказанные мировые стандарты качества медицинской помощи и новейшие технологии диагностики и лечения, работая в команде специалистов высочайшего уровня и имея возможность обмена опытом с лучшими клиниками мира, ОАО «Медицина» – лучший выбор!

- Поликлиника ■ Стационар ■ Скорая помощь
- Ультрасовременный онкологический центр

125047, Москва
2-й Тверской-Ямской переулок, дом 10
www.medicina.ru
Лицензия № ЛО-77-01-012912



Служба
управления персоналом +7 (495) 775-74-80

Все лучшее
в медицине!



Since 1990



EFQM
Leading Excellence



Система
менеджмента
качества
ISO 9001:2008



Идеи

Голод не тётка

Учёные давно знают, что раковый рост можно сдерживать с помощью голода, снижающего энергетический метаболизм. Однако базовая характеристика опухоли в том, что она высасывает из организма его жизненные «соки»-резервы, поступающие по кровеносным сосудам. Клетки опухоли расщепляют глюкозу анаэробно, то есть без кислорода, что приводит к накоплению молочной кислоты. Открытие закисления, связанного с раковым ростом, дало Нобелевскую премию О. Варбургу почти век назад.

Закисление идёт рука об руку с гипоксией вследствие снижения доставки кислорода. Геном раковых клеток отвечает на это повышением активности HIF (Hypoxia Inducible Factor), или белкового фактора, индуцируемого гипоксией. В Университете Саутгемптона (Великобритания) выяснили, что транскрипция-считывание гена HIF блокируется циклическим пептидом (doxycycline, антибиотик тетрациклинового ряда) – «осколком» протеина из нескольких аминокислот, в данном случае 6.

Пептид, подавляющий взаимодействие альфа- и бета-субъединиц HIF, выделили в Саутгемптоне при скрининге-переборе 3 млн возможных вариантов, синтезированных с помощью особого софта, «руководившего» альтернативным сплит-расщеплением белка интеина. В отсутствие пептида HIF светился в виде ярко-красных точек, однако после включения хромосомной цепи пептид подавлял димеризацию – объединение двух субъединиц – HIF, и свечение пропадало (гасло). При этом клетки культуры начинали правильно дышать, то есть полностью окислять глюкозу с помощью кислорода, и их гипоксия и закисление исчезали. Авторы указывают, что их подход исключает химический синтез

пептида и снимает проблему его доставки к клеткам-мишеням. Помимо этого, таким же путём использования «охраненных сетей» можно синтезировать и другие биоактивные соединения для модулирования сигнальных каскадов в клетках, причём не обязательно опухолевых.

Вторым белком-промоутором ракового роста является MENA (Metastasis ENabled – «способствующий метастазированию»). В норме этот протеин эмбрионального развития отвечает за миграцию и подвижность-мобильность клеток, например, тех же будущих нейронов, которые из глубины формирующегося мозга «устремляются» на периферию полушарий, образуя их кору. Однако мутантная форма MENA включается в подвижность раковых клеток, устремляющихся в поисках пропитания к кровеносным сосудам, что приводит к метастазированию.

Сотрудники же университетов Барселоны и Т. Джефферсона (Сентер-сити, США) обратили внимание коллег на белок TIGAR, который в норме «чинит» повреждённую ДНК, сдерживает гликолиз (упомянутое выше бескислородное переваривание глюкозы) и включает апоптоз, то есть запрограммированную смерть клеток. Они показали, что мутантный протеин, повышающий энергетическую активность митохондрий, присутствует в 80% клеток рака молочной железы. Учёные опробовали действие двух веществ, действующих на митохондрии – метформина, используемого при лечении диабета, и антиракового доксициклина. Оба препарата понижали агрессивность роста опухолей молочной железы.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Chemical Biology,
Synthetic Biology.

Почему бы и нет?

Воздействуя на иммунитет

О пользе пробиотиков говорилось уже не раз. Микроорганизмы, содержащиеся в специальных пищевых добавках, не только могут работать желудочно-кишечному тракту, но и заставляют функционировать иммунную систему. Это неоднократно подтверждалось клиническими исследованиями, но механизм воздействия пробиотиков на иммунитет до сих пор изучен не был. Учёным из Хаддерсфилдского университета (Великобритания) удалось пролить свет на эту тайну на примере бактерии *Lactobacillus paracasei*.

Профессор Эндрю Лоус и его коллеги предположили, что важным звеном этого механизма могут быть полисахариды – ими покрыты многие клетки бактерий, а также бактерии выделяют эти соединения. Исследователи изучили эти полисахариды с помощью химического анализа и ядерного магнитного резонанса, чтобы выяснить, какова структура этих соединений. Оказалось, что

в основном полисахариды состоят из рамнозы, одного из сахаров. В большинстве выделяемых пробиотиками полисахаридов рамноза преобладает.

Затем к работе подключился профессор Симоне Гульельметти из Миланского университета (Италия). Учёный воздействовал на иммунные клетки человека различными дозами полисахаридов и наблюдал за выделяемыми

этим клетками иммуностимулирующими соединениями – в частности, цитокинами и хемокинами. С одной стороны, выделение этих соединений могло бы усугубить симптомы язвенного колита и других заболеваний, которые может вызывать *Helicobacter pylori*, однако и клинические исследования говорили об обратном. Профессор Лоус прокомментировал, что воспалительная реакция в результате воздействия *Lactobacillus paracasei* меньше, чем если бы на те же рецепторы действовала патогенная бактерия.

Герман ВОЛКОВ.

По материалам
Applied and Environmental
Microbiology.

Факт и комментарий

Новый тест на инфекции

В Имперском колледже Лондона команда учёных из разных стран разработала новый тест, который сможет диагностировать бактериальные инфекции (в том числе менингит) за минуты, однако, что характерно, может пройти несколько лет, прежде чем появится версия устройства, доступная для развивающихся стран.

Профессор Майкл Левин, специализирующийся на педиатрии, прокомментировал, что он и его коллеги надеются на достаточное удешевление их изделия, чтобы его могли применять даже в бедных регионах. Сейчас, добавил сотрудник колледжа, существует единственный тест, способный определить менингококковую

инфекцию. Анализ отличается высокой стоимостью и по времени занимает более 48 часов.

В процессе исследований группа профессора Левина выяснила, что бактериальные инфекции можно отличить от других типов заболеваний, при которых наблюдается повышенная температура тела. Исследователи выявили два гена в белых клетках крови, которые становятся активными только в случае заражения их носителя бактериальной инфекцией.

Пока разработка, которая определяет наличие инфекции по этим генам, достаточно дорога, но учёные сообщают, что ориентировочно в течение 5 лет они создадут дешёвый тест, для которого потребуется только один укол, чтобы взять кровь, и

менее часа, чтобы её проанализировать.

Соавтор исследования Джетро Герберг дополнил, что их работа может оказаться особенно полезной для местностей, где эпидемии менингита происходят часто, а диагностика с использованием имеющихся средств достаточно сложна.

В качестве примера таких регионов можно привести «менингитный пояс» Африки, который простирается от Сенегала до Эфиопии. В этом году менингит унёс жизни 90 нигерийцев, в 2009 г. им заразились 80 тыс. человек, а во время эпидемии 1996-1997 гг. умерли около 20 тыс.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации reuters.com

А как у них?

Чем опасна многозадачность

Чтение электронных сообщений, разговор по телефону, просмотр биржевых новостей – способность делать несколько дел сразу работодателями только приветствуется. А что говорят учёные?

Ответить на очередной телефонный звонок, просмотреть и рассортировать электронную почту, обменяться с коллегами идеями по поводу текущего проекта, просмотреть новости в социальных сетях, заглянуть в ежедневник, чтобы освежить в памяти список задач на день. И всё это – практически параллельно. Многозадачность и стрессоустойчивость в цифровую эпоху в тренде. Специалисты, способные делать несколько дел сразу, ценятся гораздо выше тех, кто выполняет свою работу поэтапно. Именно мультитаскинг считается в наше время залогом карьерного роста. Однако психологи считают такую установку ошибочной.

Люди, решающие несколько задач одновременно, не могут в полной мере концентрироваться ни на одной из них, и потому трудятся недостаточно эффективно. Им сложно упорядочивать свои мысли и фильтровать информацию, подчёркивает берлинский консультант по вопросам карьеры Йенс Яннаш. Поэтому, по его словам, дела лучше делать одно за другим, а не все сразу: к примеру, работа пойдёт куда продуктивнее, если к проверке электронной почты вы приступите по завершении телефонного разговора, а не будете одновременно читать сообщения и вести деловую беседу.

Напряжение в работе особенно возросло с появлением в нашей жизни смартфонов, с помощью которых стало возможным не только звонить и отправлять сообщения, но и выходить в интернет и

проводить видеоконференции. В результате сотрудники многих компаний просто теряют покой, поскольку ради карьеры стараются постоянно быть на связи. «Но, когда вся жизнь превращается в работу, человек рано или поздно впадает в депрессию. Его мучает чувство, что он слишком мало успевает, и даже по окончании рабочего дня, а нередко и в отпуске, он не в силах переключиться на нормальный досуг. По большому счёту, многозадачность мешает жить полноценной жизнью», – считает Йенс Яннаш.

Такой же точки зрения придерживается психолог и консультант по вопросам карьеры Маркус Фэт из Нюрнберга. По его словам, люди, которые в погоне за деньгами, статусом, возжеленной должностью практически днюют и ночуют на службе, загоняют себя в угол. Работа в режиме многозадачности чревата синдромом эмоционального выгорания. Эксперт предостерегает и по поводу того, что на мультитаскинг легко «подсесть». А тому, кто стал зависимым от работы и стремится сделать как можно больше в максимально короткие сроки, весьма непросто обрести внутренний покой, указывает психолог.

Самой надёжной защитой от стресса Маркус Фэт считает умение правильно расставить приоритеты: грамотно распределить задачи по степени их важности и чётко распланировать свой рабочий день. Лишь после того как это сделано, эксперт рекомендует приступить к делам. А ещё, по его словам, в процессе работы очень важно не утонуть в мощном потоке информации, буквально захлёстывающем нас в эпоху цифровых технологий, заставляющем перепрыгивать с одной темы на другую и мешающем сосредоточиться на главном.

Во избежание информационной перегрузки, которая оборачивается

хаосом в мыслях и серьёзной нагрузкой на мозг, психолог рекомендует выбрать для себя несколько основных, самых нужных, интересных и заслуживающих наибольшего доверия источников информации, максимально сократить подписку на новостные рассылки, а также не увлекаться «зависанием» в социальных сетях.

Вообще-то мозг человека не приспособлен к многозадачности. Подтверждение тому – целый ряд исследований. Любопытный эксперимент, например, провели несколько лет назад французские учёные Сильвен Шаррон и Этьен Кошпен из Высшей нормальной школы в Париже. Участники теста получили два задания, которые нужно было выполнить одновременно. А пока они над этим работали, их мозг сканировался магнитно-резонансным томографом.

И в результате выяснилось: наш головной мозг работает гораздо лучше, если в определённый промежуток времени нам приходится справляться лишь с одной задачей, поскольку на ней концентрируются оба полушария. Когда же одновременно решаются две проблемы, мозг распределяет их между двумя полушариями. В итоге процесс идёт медленнее, чем если бы задания выполнялись в порядке очереди. Да и ошибок при этом выявлено больше.

Даже когда к предложенным двум задачам добавлялась ещё и третья, испытуемые фокусировали своё внимание всё равно только на двух – причём на тех, которые легче поддавались решению. К тому же, как показали исследования, между женщинами и мужчинами никаких различий в данном отношении нет.

Валентин ПОЗДНЯКОВ.

По информации Deutsche Welle.

Ситуация

Электронный помощник

Боковой амиотрофический склероз (БАС), как известно, представляет собой прогрессирующее нейродегенеративное заболевание. Болезнь поражает мото-, или двигательные нейроны – пациенты теряют способность двигаться, самостоятельно есть и дышать. В подавляющем большинстве случаев заболевание заканчивается летальным исходом. Эффективного способа лечения этой болезни не существует, лишь в некоторых случаях состояние пациентов стабилизируется – так произошло с известным физиком Стивеном Хокингом.

Большинство используемых в настоящее время подходов направлено на улучшение качества жизни пациентов. Специалисты из Университетского медицинского центра в Утрехте (Нидерланды) установили в головной мозг 58-летней пациентки с БАС имплантат, управляемый силой мысли. Подобное устройство впервые было имплантировано пациенту для использования в повседневной жизни – для работы с ним не нужна помощь врачей или инженеров.

Заболевание у Ханнеке де Брюйне диагностировали в 2008 г. Болезнь прогрессировала: женщина постепенно утратила способность передвигаться, говорить и дышать самостоятельно. Она могла лишь моргать, и потом общаться ей помогал прибор, следящий за движениями глаз. Назвать такое общение полноценным очень затруднительно. Также нужно заметить, что для работы трекера необходимо хорошее освещение. Новое же устройство позволит Ханнеке «говорить» целыми предложениями, выражать то, о чём она

думает. Ник Рамзи, руководитель эксперимента, поясняет, что пациентка больше не будет «заперта в своём теле».

Устройство было установлено чуть более года назад – в октябре минувшего года. Для его работы освещение не нужно, так как следить за движением глаз нет необходимости. Электроды имплантируются в двигательную кору головного мозга, а специальный передатчик устанавливается на груди пациента. Он передаёт полученный от головного мозга сигнал к экрану планшета, на котором отображается алфавит.

Напечатать желаемое можно, «выбирая» нужную букву с помощью красного квадратика. Он перемещается по экрану от буквы к букве, и, когда достигает нужной, пациент должен «нажать» на эту букву правой рукой. Да, двигать рукой пациент с БАС не способен, но, несмотря на это, двигательная кора продолжает посылать сигнал к конечности – этот сигнал улавливается передатчиком, и нужная буква оказывается выбрана.

Даниил БОРЗОВ.

По информации CNN.

Исследования

Синдром внезапной детской смерти (СВДС) – это летальный исход у ребёнка первого года жизни без каких-либо причин. Истинную причину такой смерти невозможно определить и на аутопсии. Ежегодно от СВДС только в Великобритании погибают примерно 300 младенцев.

открыли ещё в 1998 г. и, посчитав, что основная роль этого гормона – контроль чувства сытости и голода, назвали его орексин, что с греческого буквально переводится как «аппетит».

Австралийские исследователи из детской больницы в Уэст-миде смогли доказать, что все

Внезапная смерть младенца

Этиологических теорий этого явления было великое множество. Были предположения, что сон на спине является фактором риска, основа другой версии – неспособность организма некоторых детей контролировать уровень кислорода в крови (низкий O₂ не вызывает у малыша пробуждение). Единственное, в чём теории сходились, – причину надо искать во сне, так как все эпизоды СВДС были зафиксированы в тот период, когда младенец спал.

Современные учёные стали на один шаг ближе к раскрытию этого феномена. Причина, по их мнению, кроется в гормоне орексине. Его

дети, погибшие от СВДС, имели недостаток орексина в крови. У взрослых этот белок является причиной нарколепсии, а также развития синдрома обструктивного апноэ сна.

Автор работы доктор Рита Макалани считает, что следующие этапы исследования – выявить критический уровень орексина, синтезировать его in vitro и придумать диагностические инструменты для выявления детей, входящих в группу риска по СВДС.

Давид АКУЛОВ.

По информации BBC News.

Угроза

Осторожно – «грозовая астма»

Затяжные дожди и сильные грозы в австралийском штате Виктория спровоцировали тысячи приступов астмы у местных жителей. Сообщается, что всего за 4 часа в службу неотложной помощи поступило около 2 тыс. звонков, что примерно в 6 раз превышает среднее количество звонков в это время.

«Грозовую астму» спровоцировала комбинация сразу нескольких факторов: сильного пыления райграса, высокой влажности и гроз, в результате чего пыльцевые зёрна райграса разломались на мелкие кусочки. Обычно пыльца этого растения задерживается волосками в носу, однако мелкие фрагменты пыльцы оказались способны проникнуть напрямую в лёгкие. Именно это и вызвало множество

приступов астмы, некоторые из которых оказались смертельными. Сообщается, что один человек скончался в ожидании скорой (из-за высокой загруженности она ехала более 40 минут), а другие умерли в больнице. Австралийские специалисты отмечают, что к врачам пришлось обратиться многим людям, которые ранее никогда не испытывали приступов астмы.

Предыдущая подобная ситуация, спровоцировавшая «грозовую астму», была зарегистрирована в регионе в 2010 г. Возникает она, однако, не только в Австралии, но и в других странах. Причиной её возникновения может быть и пыльца других трав, а также споры грибов.

Марк ВИНТЕР.

По информации Reuters.

Ну и ну!

Почему пять?..



Последовательные мутации и процесс эволюции сделали так, что у большинства млекопитающих на Земле по 5 пальцев.

Исследователи из Монреальского университета в рамках научной работы доказали, что формирование пальцев у человека и плавников у костных рыб имеет схожие механизмы развития. За эти процессы отвечает одна и та же пара генов.

Согласно данным эксперимента, у мышей на эмбриональной стадии

развития гены активируются в различных частях зачатка конечностей. У рыб гены находятся в одном месте, что и приводит к образованию плавника.

При всём этом, суть и функции пары генов млекопитающих и рыб одинаковы. Данный факт в очередной раз подтверждает наличие эволюции и происхождение всех организмов на планете из единого вида.

Кирилл ОРЛОВ.

По информации Vademecum.

Тове Янссон родилась 9 августа 1914 г. в Гельсингфорсе. Вклад её в мировую культуру в Финляндии сопоставляют с Калевалой и музыкой Я.Сибелиуса. Янссон была шведкой, принадлежавшей по линии матери к древнему роду Хаммарштенов, сочиняла на шведском языке, но стала она именно финской писательницей.

Чудище, ищущее тепла и дружбы

Сага о муми-троллях, о которых написала Янссон, стала не менее известной сказкой, чем истории, написанные А.Линдгреном, А.Милном и Л.Кэрроллом. Первую книгу о добрых троллях сказочница выпустила в 1945 г., последняя (не считая книжечки-картинки «Кто утешит малютку», 1978) – вышла в 1970 г.

Симпатичные тролли понравились детям и взрослым во многих странах мира. Милые существа, похожие на бегемотиков, славные и доброжелательные, они жили в домиках, где всегда горит свет; где близкие ждут того, кто ушёл; где всегда готовы вкусная еда и тёплая постель. Дом муми-троллей – оплот безопасности и спокойствия, мысль о котором позволяет преодолевать невзгоды и куда всегда можно вернуться (своеобразная реплика на мотив странствий Пера Гюнта, описанного скандинавами Г.Ибсеном и Э.Григом). Книжки, иллюстрации к которым Янссон делала сама, били рекорды популярности в 50-60-е годы.

Среди персонажей саги Янссон были и куда менее симпатичные особы. Среди них – Морра, холодное, очень одинокое, угрюмое существо, похожее на копуна с большими круглыми глазами, одетое в многочисленные юбки.

Впервые в саге о муми-троллях Морра появилась в сказке «Шляпа волшебника» (1948). Тогда она была однозначно и одномерно негативной и неприятной особой. Однако от книги к книге её образ становился более многогранным, психологически глубоким и менее одиозным. Т.Янссон пожалела это одинокое существо. Чудище ищет тепла и дружбы, но вызывает страх.

Морра – психологический портрет существа, обречённого на одиночество из-за неумения выражать свои чувства.

В книге «Мемуары Муми-папы» (1950) несколько персонажей утверждают, что Морра съела их родственников, хотя никто так и не видел её в процессе каннибализма, а детали повествования от лица муми-отца позволяют предположить, что он привирает. Облыжно обвинённая Морра начинает постепенно обретать симпатии справедливых читателей – детей. В книге «Волшебная зима» (1957) Морра вызывает уже, скорее, сочувствие, нежели страх и отвращение. А в следующей части саги – «Муми-папа и море» (1965) чудище изображено с ещё большей симпатией и жалостью. Несколько абзацев написаны от лица Морры и говорят о её безответной тоске по теплу и свету. Сначала её появление заставляет остров в ужасе ожить, растения ищут убежища на маяке, где поселилось семейство муми-троллей. Отец фамилии пытается приручить Морру и помочь ей: он каждый вечер приходит на берег, зажигает фонарь, а она поёт и танцует.

Морра начинает рисовать

Примерно через год после выхода последней книжки Янссон о муми-троллях, где ещё упоминалась Морра, 21 марта

1979 г. в шведском Норрчёпинге родилась будущая шведская художница Майя Мякила. Она сама училась рисовать и отчасти оттого считает себя дилетантом. Сейчас художница живёт в Стокгольме. Её любимые кинорежиссёры – Д.Линч, И.Бергман, А.Хичкок, Р.Андерссон, Т.Гиллиам и Т.Бёртон. Среди художников она называет имена И.Босха, П.Брейгеля-старшего, Ф.Гойи и Ж.-М.Баския. Их влияние хорошо заметно в картинах и коллажах Мякилы. Художница психически

персонажами. Маска – предмет, скрывающий подлинное лицо, превращающий искреннюю эмоцию в хорошую мину, одобренную политемом; деланная улыбка, вежливая скорбь, уместное внимание, подавленное и замаскированное зевота...

Симптоматична картина художницы с надписью «Мама»: ребёнок на руках у монстра в маске. Настоящего лица матери не видно, может быть, его и вовсе нет, или оно навсегда скрылось под личиной. Невозможно

площади города, среди толпы, сражались двое мужчин. Первый – Смерть в шубе (юбки Морры!) и с кнутом. Второй – Жизнь, в лёгкой рубашке, босой, с молодым деревцем в левой руке и бичом в правой. Маски хлестали друг друга, восхваляя себя и браня соперника. Победившая Жизнь раздирала ризы поверженной Смерти и, достав из её «утробы» цветущую ветвь, проносила оную вокруг площади. Убийство врага входило в неизменный антураж такого карна-

стры. Отмечается этот праздник в ночь с 31 октября на 1 ноября – на грани между осенью и зимой. Прообразом праздника, скорее всего, стало и кельтское языческое празднество Самайн, описание которого появляется в староирландской литературе в X веке, а название происходит от слова Samhain, означающего «конец лета».

Мякила делает свои «светильники Джека», желая развеять, помочь, прогнать злых духов, показать путь заблудившимся

Медицина и искусство

Зловещий карнавал на картинах

Больная художница показывает путь заблудившимся душам



М.Мякила за работой

нездоровая, чего не скрывает, и фактор патологии тоже сквозит в её произведениях.

Первое впечатление от её работ – шок, ужас и оторопь. Жуть, нависшая над холстом или бумагой и проступающая из них. Зловещие сюжеты, страшные маски, кровь и слёзы персонажей. Лица с разорванными, но улыбающимися ртами, дети без глаз, полураздавлившие монстры, восставшие из тьмы могилы, кровавый коллаж, адские упражнения вивисектора... Танец смерти – Danse macabre, inferнальный карнавал, хоровод, пляшущий в Аиде. Художница замораживает то, к чему прикасается, превращая фотографии живых людей в экспонаты анатомического театра, криминалистической кунсткамеры, в которой хранятся даже не муляжи – оригиналы деятельности маньяков.

Произошёл странный кроссингвер: финская сказочница, шведка по национальности, описала персонаж, воплотившийся после своей литературной смерти в шведской художнице с финскими корнями. Леденящая Морра начала рисовать.

Люди в масках или с лицами, изуродованными так, что они напоминают личины, стали её

понять подлинную материнскую эмоцию, которая должна формировать этическую систему ребёнка. Если же какое-то чувство и отражается на этом лице, то ему тоже нельзя доверять: оно часто бывает неискренним и обусловлено социальными приличиями, предполагающими, что «сор из избы выносить не следует»; хорошим тоном, фарисейским правилом «Smile!» и пр. Но если из дома не выметать мусор, то что станет с этим домом? Если выражение лица матери не помогает ребёнку понять ситуацию, а, напротив, делает её двусмысленной и этически неясной, то такой регулярный обман постепенно превращает это лицо в загадочно-враждебную маску, которую невозможно прочитать. А не научившись понимать других, трудно стать понятным самому.

Обилие масок и личин в работах Мякилы напоминает мрачный карнавал (кое-где даже виден праздничный салют), который в некоторых регионах Северной Европы веками олицетворял борьбу Смерти и Жизни – Зимы и Лета. (Такой зловещий карнавал есть и у П.Брейгеля-старшего). Главным событием карнавала был поединок. На центральной

вала, где Смерть, Зиму и Чуму побеждали смех, обилие вина, мясных блюд, демонстрация сексуальной и физической мощи. Но – Vae victis: проигравшая Смерть не просто погибала, само её тело подвергалось деструкции и расчленению: весенняя ветвь доставалась из самого нутра трупа. (Можно вспомнить и о том, что на русскую Масленицу – тоже карнавал – зиму сжигают на костре).

Среди всякой нечисти

Многие лица с разорванными ртами в работах Мякилы напоминают символ Хэллоуина, «светильник Джека», – тыкву с прорезанными отверстиями и свечой внутри. Традиция изготовления этого символа идёт от кельтского обычая делать фонари, помогающие душам найти путь в чистилище. Считалось, что такой плод, оставленный в День всех святых близ дома, отгоняет злых духов. Маски для Хэллоуина вначале были образами уродливых лиц, что выглядело пугающе и совсем не празднично. Основная тема костюмов – различная нечисть. Лейтмотивы Хэллоуина – смерть, зло, оккультизм, мон-

душам... Но в её фонарях не горит свеча. Может быть, её должен зажечь кто-то другой, ведь подлинный смысл картины возникает в результате взаимодействия изображения с мыслью и эмоцией зрителя. Но, видя в картинах и коллажах шведской художницы лишь страшилки, мало кто соотносит её работы с карнавалом, праздником и желанием помочь. Поэтому некому зажечь свечу внутри её тыкв-светильников.

Не научившись правильно читать эмоции взрослого мира, ребёнок может расставлять неправильные акценты; и то, что в карнавале будет выглядеть смешным, в будничной жизни оказывается страшным. Исчезает сама символика события, и антураж праздника распространяется на повседневность, где его уже следует читать иначе. А этого ребёнок понять не успел. И теперь картины, которые, быть может, задуманы и сделаны как аккомпанемент к карнавалу, воспринимаются уже как работы, с праздником никак не соотносящиеся. А художник просто хотел порадовать, понравиться окружающим и поговорить с ними, вызвав их интерес и улыбку: ведь веселит же людей карнавал, хотя там один персонаж вскрывает брюхо другому.

Смеховая культура карнавала имеет слишком определённый и ограниченный хронотоп, но, возможно, как раз этого-то мама и не объяснила девочке Майе. И теперь художница воспринимает саму жизнь как перманентный карнавал: неумудрено – ведь никто не снимает масок благопристойности; все говорят не то, что думают, делают не то, что хотят, улыбаются тому, кто неприятен...

К этому миру нелегко подобрать коммуникативный ключ. И Мякила рисует карнавалы – такой она ощущает жизнь, таков её танец, таков её язык: «Трам-пам-пам...» Пока он не понят, хотя и вызывает интерес, что уже само по себе неплохо, но – не совсем то, чего хотелось бы Морре. Остаётся только ждать – пока кто-нибудь не поймёт это тайное, хотя и явное послание людям и не зажжёт свою свечу в её страшных тыквах. Но Морре не привыкать ждать.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.

Архангельск.

Мальчонкой, рассматривая семейную реликвию – карманные часы, оставшиеся от деда, он как-то пообещал: «Вырасту и почию их. Заставлю снова тикать»...

Прошли десятилетия, и он сдержал своё слово. Сегодня Александр Бурин – авторитетный мастер-часовщик в городе Элисте.

– Что побудило вас выбрать столь непростую, требующую особой усидчивости и кропотливости профессию?

– Пожалуй, пример моего отчима – Петра Александровича. Сколько помню его – всегда за рабочим столом, с лупой часовщика.

Взрослея, я осознал: время не вернётся. Это самое ценное наше достояние. А его контролёром выступают часы. Они всегда рядом – на руке, в комнате, на улице... Не могу не вспомнить остроумное определение из знаменитого словаря Владимира Даля: часы – это снаряд, показывающий деланки суток: часы, минуты, секунды. Он же приводит народную загадку: стучит, гремит, вертится, ничего не боится, считает наш век, а сам не человек. О них, о часах...

Что ни день множится разнообразие часов. Прежде всего, наручных. Это аксессуары с характером, требующие внимания и щепетильности при выборе, должного ухода и бережного повседневного отношения. Мои клиенты не всегда это учитывают.

Ведущие производители классических часов – швейцарцы, японцы – постоянно совершенствуют технологии своей работы. Сегодня на рынке высокопрочные, водонепроницаемые, защищённые – часы на все случаи жизни. Они рассчитаны на самое активное и даже экстремальное использование. Имеют множество дополнительных опций, яркий дизайн, светящийся циферблат... Появились часы, способные отслеживать физическую активность человека, контролировать состояние здоровья.

В Стране восходящего солнца уже выпускают часы, способные находиться в спящем положении до четырёх лет. А потом по команде они снова нормально идут, самостоятельно восстанавливая время на циферблате...

Элиста – не самый богатый город. Но и здесь ко мне время от времени обращаются владельцы представительских часов. Попадались и так называемые престижные образцы, экземпляры для богатеньких особ.

В моде снова ретро, старина. Порой, чтобы заставить старые часы заработать, приходится колдовать над ними и двое, и трое суток, с утра до вечера. Сам изготовил свои приспособления, сделал специальный станок, позволяющий обрабатывать тончайшие детали.



Врач должен быть дисциплинирован
Законом, от любых искушений
и халатности.

Александр БУРИН:

Работа врача — это жизнь пастыря...

Предпочитаю работать с механическими часами. Здесь что не изделе, то свои загадки: проверяю пружины, надёжность спускового механизма, определяющего точность хода часов, колебательную систему – маятник или балансир, механизм подзаводки и перевода стрелок, систему шестерёнок. И, конечно, циферблат со стрелками...

Мне довелось возвращать к жизни любопытные экземпляры – и сверхминиатюрные, и огромные по размерам напольные часы, возвращать им позабытый «голос». Это так приятно – наблюдать за медленными движениями лунного маятника, слушать малиновый звон ожившего механизма!

Оживляя замолкшие механизмы, – не считите за нескромность, – я где-то чувствую себя доктором, который заставляет снова биться уставшее сердечко...

– Каковы ваши взаимоотношения с медициной?

– Оглядываясь на свой «медицинский путь», а он насыщен пересечениями с врачевателями разного профиля, я благодарно вспоминаю свои встречи с медиками. Они не раз выручали меня в сложных ситуациях. Были проблемы с носом: мучили слёзные каналы... Помнится, меня направили в Ростов, где я неожиданно встретил докторов из Элисты. Мне оказали бесценную помощь.

А потом возникли проблемы со слухом. И снова нашлись квоты, мне успешно сделали операции – сначала в Астрахани, затем

в Москве. Благодарно вспоминаю специалистов НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина.

Люди в белых халатах... Не знаю, может быть, мне повезло, но и докторов, и медперсонал, всех, с кем имел дело, отличало чувство порядочности, душевность, постоянная готовность прийти на помощь. Снова и снова мысленно говорю им: «Спасибо!».

Вот и недавняя встреча в Московском НИИ глазных болезней... Потребовалась операция на слёзном аппарате. Благодарен за профессиональную помощь, которую мне оказал молодой хирург Василий Ярцев. После операции он приехал в клинику даже в выходной день, чтобы узнать о моём самочувствии...

– Но, конечно, система нынешнего здравоохранения ещё далека от того, чтобы работать как часы... Что вас явно не устраивает в этой сфере?

– Мне представляется излишне огромным количество справок, которые требуют при обращении в клиники. Непросто все их собрать, на это уходит масса времени. Особенно это чувствуешь на периферии, если вдруг возникает необходимость обратиться в большой город. Ведь просто так в поликлинике к врачу не попадёшь. И пусть по существу отказов вроде бы нет, но сколько часов, а порой и дней приходится стоять в очередях. Электронные записи на местах пробуксовывают. Людям старшего

поколения зачастую непросто разобратся в новых технологиях. Надо бы упростить этот процесс.

Хотел бы обратить внимание на такую проблему, как оснащение инструментом врачей в глубинке. Элиста – не Москва... Тепло вспоминаю местного хирурга Галину Петровну Бакаеву, которая делала мне операцию на носу. В её распоряжении был и есть инструмент едва ли не позапрошлого века – зубила, молотки. Низкий поклон за её золотые руки!.. Позднее, в Москве, специалисты, осматривая меня, назвали её работу ювелирной.

В стране тратят огромные средства на приобретение высокотехнологичного медицинского оборудования. И это можно только приветствовать. А вот оснащение врачей современным рабочим инструментом – для обследования, для лечения пациентов – оказалось как-то в тени. Оно устарело, его явно не хватает. Врачам приходится рассчитывать лишь на свои руки. Обидно за них. И можно лишь удивляться, как им удаётся при таких условиях бороться с тяжелейшими недугами.

– Не увлекаетесь коллекционированием?

– Хотел бы, но это дорогое удовольствие. Есть мечта – собрать часы советского времени, чтобы дети и внуки лучше бы поняли, что так увлекало их деда... А пока коллекционирую забавные факты из истории часов.

Кстати, в кабинетах медиков нередко можно увидеть песочные

часы. А ведь это – одно из самых древних устройств, изобретённых человечеством. Они на вооружении медиков и сегодня: отличаются точностью не хуже современных таймеров.

Впереди – Новый год. Все мы будем в очередной раз с волнением следить за движением стрелок кремлёвских курантов. Кстати, первое упоминание о часах на Спасской башне датировано 1585 г. Сначала они имели 17-часовой циферблат. 12-часовые куранты мы получили благодаря указу Петра I в 1705 г. Однако им пришлось ещё многое пережить, прежде чем они в 1862 г. приобрели хорошо знакомый нам вид.

Недавно кремлёвские куранты были в очередной раз реставрированы. Сегодня они приводятся в действие при помощи трёх гирь, их точность обеспечивает маятник, который весит 32 кг. Часовая стрелка имеет длину 2,97 м, а минутная – 3,28 м.

– Как поддерживаете своё здоровье?

– В юности активно занимался спортом. Сегодня выручает велосипед.

– Что больше всего цените в людях?

– Порядочность. Терпимость к мнению окружающих. Стремление к духовности. Люблю всматриваться в лица стариков. Сколько же в них, несмотря на трудные прожитые годы, света мудрости, доброты!..

Вот и наша медицина заслуживает самых добрых слов. Не мной замечено: между врачами и священниками то громадное сходство, что как те, так и другие служат посредниками между людьми и небом. Мне кажется, работа врача – это жизнь пастыря, который заботится о духовном здоровье окружающих.

Тем более дико слышать, что ходят люди, способные нахамить врачу, оскорбить его. Давно пора законом оградить человека в белом халате от любых посягательств и хамства. И тут я выступаю за самые жёсткие наказания!

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Умные мысли

- От любви глупеют. В этом весь кайф...
- Чтобы оценить мужа, надо его выгнать из дома. И посмотреть со стороны.
- В его молчании просматривались нехорошие желания, поэтому она решила поощрительно не разговаривать.
- Женщина мыслит, когда сосуществует с мужем.
- Дети – возраст женщины, которым она гордится.
- Меняю холодную жену на холодную батарею. На батарею, по крайней мере, можно пожаловаться.
- Если мужчина соглашается с тобой без спора, значит, хочет сразу приступить к рождению истины.
- Из развода нет выхода, кроме как в собственное одиночество.

Любовь не только зла...

- Свободу поцелую в кинозалах! Долой попкорн!
- Последние ряды для поцелуев – это принудительное гетто.
- Лишили женщину слова? Да у неё всё тело говорит!
- Женщина всегда любит двоих: себя и свою фигуру.
- Поднялся к высотам любви... в лифте своей души.
- Наша планета – женского рода. А вы удивляетесь: откуда этот глобальный феминизм?

- Будь у тебя сто рук, для настоящих объятий всё равно мало.
- По количеству информации телевизоры отстают от женщин. Поэтому мужчины предпочитают телевизоры.
- Когда любовниц много, они догадываются о своём количестве.

г. Талдом, Московская область.

Виктор МАКЕЕВ

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 – Г.ПАПЫРИНА.

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.

Е-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 № 16-11-00369 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; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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

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