

Перемены

На мировой уровень

Такого ориентира придерживаются ростовские онкологи



В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте открыт новый нейрохирургический комплекс, позволяющий лечить опухоли головного и спинного мозга на уровне ведущих мировых онкоцентров.

Об этом рассказал директор института, главный специалист-онколог Южного федерального округа, член-корреспондент РАН Олег Кит на встрече с представителями СМИ. На вопросы журналистов ответили ведущие специалисты РНИОИ. Особое внимание было уделено профилактике онкозаболеваний, ранней диагностике, новым методам лечения злокачественных новообразований.

В институте очень внимательно относятся к мероприятиям по выявлению рака. С 2015 г. совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области проходит онкологический скрининг жителей Донского региона. Команда из

Новый нейрохирургический комплекс в действии

8 специалистов РНИОИ регулярно выезжает в отдалённые территории области и проводит бесплатный консультативный приём.

О.Кит также отметил, что возможности онкологической помощи расширяются. В ростовском онкоинституте активно внедряются новые методы диагностики и лечения онкозаболеваний.

Новый нейрохирургический комплекс состоит из 2 операционных, собственной палаты интенсивной терапии и помещений для обработки инструментов. Блок оснащён специальной системой стерилизации воздуха, влажности и поддержки температуры, а главное – оборудованием, позволяющим увеличить эффективность удаления опухолей, снизить травматичность и осложнения после операции.

Сегодня при хирургических вмешательствах на мозге здесь используется нейронавигационная

система, позволяющая установить расположение и распространение опухоли. Удаление новообразования выполняется с точностью до миллиметра, применяется современный микроскоп. Система электронейрофизиологического контроля позволяет во время операции не затрагивать зоны, отвечающие за жизненно важные функции организма. Благодаря этим технологиям опухоль удаляется максимально безопасно и в более полном объёме.

Новые технологии уже доказали свою эффективность – с их помощью лечение опухолей центральной нервной системы и позвоночника в РНИОИ получают пациенты из регионов Южного и Северо-Кавказского федерального округов.

Алла МЫСНИК,
внест. корр. «МГ».

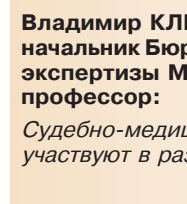
Ростов-на-Дону.



Альбина СИМОНОВА,
эксперт по биотехнологиям
Министерства образования
и науки РФ, профессор:

Нарастающая потребность в новых подходах к сохранению здоровья должна затронуть парадигму мышления всех участников процесса.

Стр. 4



Владимир КЛЕВНО,
начальник Бюро судебно-медицинской
экспертизы Московской области,
профессор:

Судебно-медицинские эксперты активно участвуют в развитии трансплантологии.

Стр. 6-7



Сергей ПОПОВ,
директор Томского НИИ кардиологии,
академик РАН:

Российские бизнес-компании не могут или не готовы инвестировать в науку. Это замкнутый круг трансляционной медицины.

Стр. 12

Проекты

Телемедицина «обживает» Приморье

К концу года аппаратами теле-ЭКГ оснастят фельдшерско-акушерские пункты Приморского края, такими же приборами оборудуют и машины скорой медицинской помощи терапевтического профиля. Об этом стало известно на совещании по внедрению информационных технологий в систему здравоохранения края, которое прошло под руководством губернатора Владимира Миклушевского.

Масштабный проект по внедрению современных информационных технологий в систему здравоохранения Приморья разработан по поручению главы региона. Он рассчитан на несколько лет и включает ряд ключевых направлений, в том числе дальнейшее развитие телемедицины.

Для поэтапного внедрения телемедицины в этом году аппаратами теле-ЭКГ планируется оснастить все 120 бригад скорой медицинской помощи терапевтического профиля, а

также фельдшерско-акушерские пункты края – это 354 ФАПа в 34 муниципалитетах, – доложил директор Департамента здравоохранения Приморского края Андрей Кузьмин. – Данные с аппаратов будут передаваться в консультационно-диагностические центры интерпретации ЭКГ, где врач уже поставит точный диагноз, назначит оперативное лечение и обеспечит правильную маршрутизацию.

Всё это позволит повысить качество и эффективность диагностики, оказывать людям квалифицированную и своевременную медицинскую помощь.

Между тем за последние 3 года объём высокотехнологичной медицинской помощи в Приморье увеличился в 2 раза. Прежде всего это связано с открытием в регионе медицинского центра Дальневосточного федерального университета и перинатального центра.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Акценты

Остаётся стабильно низкой

В настоящее время по показателю заболеваемости туберкулёзом Воронежская область относится к числу наиболее благополучных и занимает четвёртое место среди регионов России. Ежегодно отмечается снижение смертности воронежцев от туберкулёза, что обусловлено широким охватом населения флюороосмотрами и эффективностью проводимого лечения.

Как недавно сообщил Сергей Корниенко, главный врач Воронежского областного противотуберкулёзного диспансера им. Н.Н.Похвисневой, специалистами службы проведена контрольная сверка контингентов

больных, включая освободившихся из мест заключения и социально незащищённых граждан. За счёт этого статистический показатель заболеваемости несколько увеличился по сравнению с предыдущим годом,

что говорит о хорошей работе врачей по выявлению опасной болезни и не характеризует уровень заболеваемости в целом. Реальную эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу отражает показатель заболеваемости за год, который в нашей области по итогам 2016 г. снизился на 8,9% и составил 28,6 (2015 г. – 31,4) на 100 тыс. населения области.

Оксана КОЗЛОВА,
внест. корр. «МГ».

Воронежская область.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | **Фетальные мониторы**



- Точное измерение ЧСС плода «от удара к удару»
- Автоматический анализ КТГ
- Прямая ЭКГ плода, ВМД
- Данные на ПК в реальном времени, центральная станция

3 года гарантии!

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Индустриальный парк биомедицины

Мэр Москвы Сергей Собянин поддержал проект создания Индустриального парка биомедицины на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, о чём «МГ» уже сообщила в № 8 за 03.02.2017.

Более подробно о «Стратегии создания Индустриального парка биомедицины университета» рассказал ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко. Он обозначил цели развития парка, ключевые этапы, перечислил целевые показатели эффективности. Созданные лаборатории занимаются поиском новых молекул и мишеней, разработкой клеточных биомедицинских продуктов, созданием новых диагностических тест-систем, решают проблемы биобезопасности. Уже сейчас учёными Первого МГМУ сформирован пакет перспективных проектов, реализация которых позволит выйти на новый уровень научной и исследовательской работы.

«Создание Индустриального парка биомедицины, который сможет максимально сконцентрировать компетенции учёных университета и возможности наших индустриальных партнёров как в России, так и за рубежом, открывает перед российской наукой и бизнесом уникальные возможности. Тесная комплексная связь науки, практики, образования и бизнеса позволит создавать продукты и технологии нового поколения. Это станет важной составляющей в развитии глобальной конкурентоспособности страны и её лидерства в биомедицине на долгосрочный период», – подчеркнул П.Глыбочко.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Объёмы ВМП увеличены

Медицинские учреждения Республики Саха (Якутия) в 2017 г. готовы оказать высокотехнологичную медицинскую помощь около 6,5 тыс. человек. Всего на эти цели в бюджете республики предусмотрено 218 млн 161 тыс. руб., субсидия из федерального бюджета составит 68 млн 110 тыс. руб., средства фонда ОМС – 322 млн 835 тыс. руб.

– Плановые объёмы по оказанию высокотехнологичной медпомощи на 2017 г. составляют 6317 человек (в 2016 г. – 5927 человек), в том числе в республиканских медицинских организациях – 3917, федеральных – 2400, – сообщил министр здравоохранения региона Михаил Охлопков.

Министр отметил рост количества операций на сердце, которые проводят местные кардиохирурги. В 2016 г. такая помощь была оказана 806 пациентам, что на 15% больше показателя 2015 г. В этом году квоту планируется увеличить ещё на 15% – до 948 пациентов.

– С этого года в наших медицинских организациях будет внедрён ряд новых операций, в том числе лечение врождённых пороков сердца у детей до одного года, – констатировал глава якутского Минздрава.

Николай ИГНАТОВ.

Якутск.

Оптимизация на деле

Кемеровская городская клиническая больница № 2 решила проблему текучести кадров на пищеблоке и улучшила условия пребывания для пациентов. Вот что сообщила главный врач больницы Нэлла Чернобай: «Мы попытались оптимизировать расходы, начав с оптимизации службы младшего медперсонала».

В составе больницы действует круглосуточный стационар. Раскладкой блюд для пациентов, их доставкой по палатам, сбором посуды и т.п. традиционно занимались санитарки. В соответствии с действующим законодательством, их заработная плата даже при условии занятости на две ставки не достигала до официального прожиточного минимума региона. И руководство медучреждения постоянно ломало голову над тем, как эту проблему решить...

Некоторое время назад здесь вывели раздатчик пищи из категории младшего медперсонала и трудоустроили на должность буфетчиц, оклад которых не был «привязан» к производственно-квалификационным группам медицинских работников. Раньше все отделения стационара имели собственные раздаточные кабинеты. После оптимизации на этажах осталось по одному раздаточному блоку, но при этом каждый стал обслуживать по два отделения. А одна буфетчица стала замещать двух санитарок. Поскольку у них выросла не только нагрузка, но и зарплата, текучесть кадров на этом участке наконец-то прекратилась.

Освободившиеся помещения пищеблоков переоборудовали под медицинские нужды. Это позволило разгрузить часть палат и тем самым улучшить условия для пребывания пациентов.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Смертельный карантин

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения проведёт проверку по факту гибели двухмесячного ребёнка в городе Пушкино Московской области.

Мама заболевшей девочки вызвала бригаду «скорой», медики доставили их в инфекционное отделение Пушкинской центральной районной больницы. Однако там отказали в оказании медицинской помощи из-за действующего карантина, отправив домой.

Состояние ребёнка ухудшилось на следующий день. Участковый врач-педиатр не установил диагноз. Прибывшие врачи «скорой» не успели оказать помощь, констатировав смерть девочки.

Тело ребёнка отправлено в морг для проведения судебно-медицинской экспертизы.

Яна ГЛАЗКОВА.

Московская область.

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

Профилактика

Всегда быть настороже

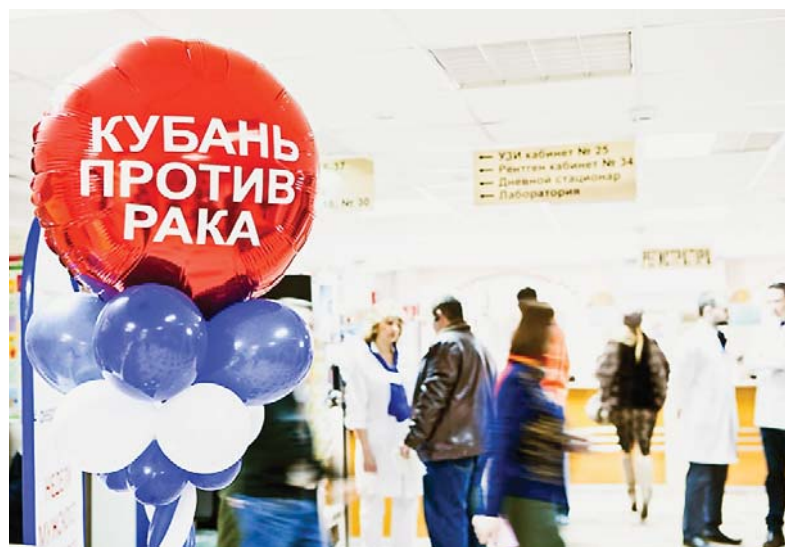
К этому призывают мужчин кубанские врачи

В Сочи один из жителей города пришёл на акцию «Неделя мужского здоровья» с жалобой – ощущение слабости. Первичный этап обследования выявил признаки острого заболевания крови. Пациента срочно госпитализировали и продолжили дальнейшее обследование для уточнения диагноза, распространённости процесса, выбора тактики дальнейшей терапии. Опасения медиков оправдались, был подтверждён острый лейкоз.

Далее пациенту провели исследование костного мозга с использованием современной методики. После консультаций смежных специалистов определили лечение. Врачи сейчас оказывают всю необходимую медицинскую помощь в полном объёме.

Этот случай ещё раз доказал простое правило: профилактическое обследование поможет своевременно начать лечение. Выявленная стадия лейкоза относится к наиболее ранней, а значит, есть шанс на полное выздоровление. Чего могло бы и не быть, если бы мужчина своевременно не обратился к врачам.

Всего в ходе акции «Неделя мужского здоровья» в Сочи прошли обследование 918 мужчин



Идёт акция «Неделя мужского здоровья»

различных возрастных категорий. В ходе мероприятия было выявлено 95 случаев различных патологий, 26 пациентов отправлены на дополнительное обследование в онкологический диспансер.

Акции «Неделя мужского здоровья» на Кубани планируют проводить и далее. Пройти обследование могут мужчины любого возраста, в группе риска – лица старше 50 лет. Чтобы быть уверенным

в своём здоровье, не требуется никаких талонов и направлений, только паспорт и полис – вот с чем можно прийти в поликлинику или ближайший онкодиспансер и пройти профилактическое обследование. Так уже сделали более 10 тыс. кубанских мужчин.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внест. корр. «МГ».

Сочи.

Инициатива

Эксперименты в стенах больницы

Они расширяют возможности пациентов



Анастасия Чембарисова проводит занятие по новой методике

Недавно психологи реабилитационного центра Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больницы № 1 нашли новый подход к лечению психических заболеваний и разработали собственную программу по психореабилитации.

На три месяца пациенты центра стали участниками эксперимента – вместо традиционного восстановительного курса занимались в специальных тест-группах по новой программе.

– После прохождения курса лечения человеку нужно чётко продуманное восстановление, – рассказывает автор нововведения, клинический психолог Анастасия Чембарисова. – В нашей больнице реабилитация включает работу в группах – психообразовательных, нейрокогнитивных, творческих и др. Мы задались вопросом: а насколько эти группы эффективны? И можем ли мы стать более результативными?

Традиционный вариант реабилитации – закрытая группа, темы заданы изначально, сначала лек-

ция, потом обсуждение, участники слушают либо говорят, домашних заданий нет.

Экспериментальный вариант расширил возможности пациента: группы открытые, больные сами выбирают темы, самостоятельно ведут поиск ответов с дальнейшим обсуждением и дополнением от ведущих, участники постоянно пишут в свою тетрадь – размышления, обсуждения, выводы. Плюс, регулярные домашние задания.

– В нашем эксперименте мы опираемся на инициативу и опыт пациентов, – поясняет Анастасия Борисовна. – Они участвуют в организации занятий на правах «соведущих». Самостоятельный поиск информации (по принципу проектной деятельности) повышает активность, вовлекает в планирование и оценку своей деятельности, улучшает запоминание.

Психологи делают вывод, что новый подход значительно эффективнее, чем традиционный, справляется с задачей профилактики нарастания когнитивных нарушений. Эксперимент будет продолжен.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Образование

Эстафета вузовской науки

Вовлечённость молодых учёных в единое научное сообщество, инновационные проекты в медицине и основные тенденции в развитии науки обсудили участники 2-го международного медицинского форума «Вузовская наука. Инновации», который состоялся в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова. В рамках мероприятия также были подведены итоги и награждены проекты-победители финального этапа Всероссийского конкурса «Эстафета вузовской науки-2017».

По сообщению из Первого Меда, лидеры инноваций из медицинских вузов представили проекты, ориентированные на создание высокотехнологичных продуктов для сохранения и укрепления здоровья населения, а также интеграцию научно-инновационного опыта, образовательной деятельности и лечебного процесса.

Помимо научно-образовательной повестки, на форуме обсуждались актуальные вопросы отрасли. Ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова академик РАН Пётр Глыбочко, выступая на пленарном заседании «Медицина будущего: состояние и перспективы», отметил, что «государство активно поддерживает научное сообщество, формулируя заказ на передовые технологии и решения». Согласно решению Правительства РФ, до 2035 г. реализуется целый комплекс Национальных технологических инициатив. Для медицинского направления приоритетное значение имеет именно «Хелснет» (HealthNet), формулирующая ключевые векторы развития персонализированных медицинских услуг и лекарственных средств. Напомним, «дорожная карта» «Хелснет» была утверждена на площадке Первого МГМУ им. И.М.Сеченова в январе 2017 г. на совещании Правительства РФ под председательством

премьер-министра Дмитрия Медведева.

На пленарном заседании в рамках форума «Вузовская наука. Инновации» было объявлено о создании нового структурного подразделения университета – кафедры организации и технологии производства иммунобиологических препаратов. Об этом сообщил в своём выступлении Константин Чумаков, ведущий мировой учёный, заместитель директора по науке отдела вакцин Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration), являющийся одним из активных участников создания кафедры.

Научная повестка форума состояла из работы специализированных секций, в числе которых «Психиатрия и зависимости», «Фармакология», «Неврология», «Кардиология и ангиология», «Профилактическая среда», «Онкология», «Регенеративная медицина» и др.

Параллельно с отраслевыми и тематическими секциями активно велось обсуждение по определению победителей всероссийского конкурса «Эстафета вузовской науки», который проводится с 2013 г. по инициативе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. В этом году было представлено свыше 700 проектов, распределённых по 14 научным платформам.

В преддверии Дня российской науки ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова П.Глыбочко встретился с молодыми учёными, теми, кому предстоит двигать вперёд российскую науку, кто полон идей и энтузиазма.

– Конечным продуктом «Эстафеты вузовской науки» должна стать возможность реализации того, чем вы занимаетесь, что вам интересно – прорывов в науке, – обратился он к молодым учёным. – Весь мир ищет идеи, подбирает для себя умных молодых специалистов, интересных для науки и её продвижения. Наш университет – не исключение.

П.Глыбочко рассказал также об инновационных проектах

университета, которые в настоящее время осуществляют на базе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, и готовности к научной коллаборации в рамках единого научного пространства. Проект Индустриального парка биомедицины, над реализацией которого совместно работают не только университет, но и мэрия Москвы, Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения, Министерство промышленности и торговли, представители бизнеса – прекрасная база для реализации самых инновационных и амбициозных проектов. Вуз проводит кластерную политику и готов к всеобъемлющему сотрудничеству с другими медицинскими университетами, предоставляя свои научные активы. Заинтересован университет и в привлечении молодых учёных, акцентировал внимание ректор, сообщив, какие условия готов предоставить вуз перспективным специалистам.

Молодые люди, выбравшие своей жизненной целью развитие отечественной науки, приглашаются на работу в Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. Для них создаются все условия, чтобы полноценно посвящать себя научной работе. При переезде в Москву аспирантам и молодым учёным вуз предоставит квартиры в новом здании общежития в Очаково. Направит на стажировки в передовые научно-образовательные центры мира, предоставит возможность трудиться в высокотехнологичных лабораториях, оснащённых самым современным оборудованием, будет выплачивать высокую зарплату.

Перспектива сотрудничества с Первым МГМУ вызвала большой интерес у присутствующих. Они отметили, что это уникальная возможность для молодых учёных, занимающихся фундаментальными разработками.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Особый случай

Смерть подростка в Ивантеевке

В больницу подмосковного города Ивантеевка был доставлен 14-летний подросток.

В приёмном отделении больницы состояние пациента было установлено как крайне тяжёлое, выставлен диагноз. Через несколько часов подросток скончался. Согласно судебно-медицинскому диагнозу, причиной смерти является другое заболевание.

«Территориальный орган по Москве и Московской области проводит проверку по факту смерти подростка в Ивантеевке», – сообщили в Росздравнадзоре.

Анна КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Московская область.

«МГ» взяла на контроль данный случай.

Дословно

Временные трудности

В связи с появлением информации относительно имеющих место временных трудностей с выдачей электронных полисов в отдельных регионах пресс-служба фонда ОМС разъясняет, что данная ситуация является штатной и рабочей.

– В настоящее время все ответственные за организацию выдачи электронных полисов взаимодействуют с целью скорейшего восстановления их выдачи, – говорится

в официальном сообщении. – В ближайшее время данная проблема будет решена.

При этом хотели бы особо подчеркнуть, что полисы обязательного медицинского страхования в бумажной форме выдаются без каких-либо ограничений, что в полной мере гарантирует доступность медицинской помощи для всех застрахованных лиц в системе ОМС.

Соб. инф.

Ситуация

Почему больничные корпуса запечатаны?



Ситуацией с новым комплексом зданий клинической инфекционной больницы им. С.П.Боткина в Санкт-Петербурге на Пискаревском проспекте, с «заселением» которых медицинским персоналом и пациентами чиновники упорно «резируют», озаботились активисты Общероссийского народного фронта. Выполняя поручение Президента РФ контролировать строительство объектов социальной сферы, они изучили «ахиллесову пятю» петербургского здравоохранения и внесли пустующие площади одного из крупнейших в Северо-Западном федеральном округе специализированных медицинских центров в печальный список «строительных полужабыков».

Удивительное дело: рапортовал о сдаче в эксплуатацию 600-коечной клиники Комитет по строительству Санкт-Петербурга немногим больше года назад! Однако, как выяснили активисты ОНФ, из-за нерешённых и поныне ряда структурно-хозяйственных вопросов больница не принимает больных на стационарное лечение. В новых стенах функционирует лишь консультативно-диагностическая площадка.

– Анализируя информацию, поступившую в региональное отделение ОНФ от неравнодушных граждан, можно сделать вывод о том, что 12 лет с момента принятия решения о переезде Боткинской больницы стоимость строительства комплекса со всем необходимым оборудованием росла вместе с переносом сроков сдачи объекта. В настоящий момент она превышает 10 млрд руб.! – приводит такие факты сопредседатель регионального штаба ОНФ в Санкт-Петербурге Татьяна Суровцева. Как она утверждает, из-за отсутствия должного контроля со стороны чиновников страдают петербуржцы. Приём горожан по-прежнему продолжается в ветхих корпусах на Миргородской улице. Между тем в период эпидподъёма заболеваемости гриппом врачам городских больниц опять придётся перепрофилировать отделения и разворачивать дополнительные

места, создавая дискомфортные условия для остальных пациентов.

Может быть, пора предпринять шаги, ужесточающие ответственность за халатное отношение должных лиц к возведению объектов социальной значимости? Эксперты ОНФ уверены, что настала пора. Ещё на исходе прошлого года они передали перечень своих предложений губернатору Санкт-Петербурга Георгию Полтавченко, куда включили и недоумённый вопрос по «Боткинской». Ответ пока не поступил.

Между тем член центрального штаба ОНФ, член Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Антон Гетта заражен на успех:

– В ОНФ держат ситуацию на контроле, активисты проследят, чтобы все корпуса были полностью сданы в эксплуатацию. Также мы обратимся в Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга с просьбой объяснить, почему, несмотря на контрактные обязательства, запуск объекта постоянно переносится, новые корпуса запечатаны и не работают. Нужно понять, когда жители Санкт-Петербурга смогут получить полноценную медпомощь в «работающей» больнице.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Преодоление

По итогам прошлого года младенческая смертность в Кабардино-Балкарской Республике составила 6,7, что значительно ниже, чем в других регионах Северо-Кавказского федерального округа. Тенденция к снижению показателя младенческой смертности в республике стабильно сохраняется на протяжении последних лет. При этом показатель выживаемости детей с экстремально низкой массой тела (менее килограмма) один из самых высоких по стране – 78%.

До каждой женской консультации

Всего в перинатальном центре и роддомах Минздрава республики родились более 12 тыс. детей. «Данный показатель находится на постоянном контроле Минздрава Кабардино-Балкарии, – отмечает министр здравоохранения республики Светлана Расторгуева. – Если в прошлые годы больше внимания было уделено оснащению и ремонту учреждений родовспоможения, маршрутизации рожениц, то с конца прошлого года мы более активно занимаемся вопросами организации ведения беременных женщин

в первичном звене. Минздравом Кабардино-Балкарии разработаны единые для всех женских консультаций требования, проводится мониторинг женщин с высокой степенью риска. С начала года мы приступили к проверкам исполнения этих требований в каждой женской консультации, одновременно проводим семинары для акушеров-гинекологов первичного звена».

Лилия ШОМАХОВА,
внешт. корр. «МГ».

Нальчик.

После Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, прошедшей в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского по перспективам развития превентивной медицины своё видение проблем в этой области сегодня высказывает Альбина СИМОНОВА, профессор, доктор медицинских наук, эксперт по биотехнологиям Минобрнауки России, руководитель отдела науки Клиники современной медицины, где уже 7 лет изучается направление «Превентивная медицина».

Смена подходов

– Нарастающая потребность в новых подходах к сохранению здоровья – от пассивно-потребительского к активно-вовлечённому пациенту потребует не только серьёзных структурных изменений системы здравоохранения, но и смены парадигмы мышления всех участников процесса.

Развитие превентивной медицины в России уже началось. В середине декабря прошлого года принята «дорожная карта» её развития. В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова открыт Институт превентивной медицины. Данное направление требует не только широкого внедрения новых медицинских технологий (прежде всего генетических), но и решения широкого круга смежных вопросов, в том числе организационных, правовых и этических.

Большинство имеющихся в арсенале медицинского работника методов относится к диагностике или лечению уже проявившегося на клиническом уровне заболевания. Существуют разработанные в этой области схемы-стандарты, которые, в том числе, лежат в основе экономического обоснования оплаты услуг по ОМС. Препаративный подход отличается тем, что за счёт углублённой специализированной диагностики выявляется риск появления заболевания на донозологическом уровне и принимаются меры по его коррекции. Постановка диагноза по уже проявившейся клинической картине является, безусловно, прогрессивной, но при применении такого подхода существенно меняется «инструментарий», которым должен уметь пользоваться врач. В первую очередь «инструментарий» диагностический. Даже существующие технологии превентивной медицины позволяют установить степень возможной опасности того или иного заболевания для пациента, определить состояние организма и принять меры по его коррекции.

Соответственно, изменяется и подход к ведению пациента. Вместо лечения врач антивозрастной медицины должен находить

Авторитетное мнение

Осмысливая новое

Превентивная медицина: особенности будущей модели

способы, чтобы улучшить состояние и снизить возникновение заболевания, проводить своевременную реабилитацию, не ожидая осложнений, например, при ишемической болезни сердца, в виде инфарктов и др. В данном случае недостаточно ограничиться назначением лекарственных препаратов. Несмотря на достигнутые фармацевтикой успехи в разработке препаратов, превентивная медицина должна опираться на здоровый образ жизни и бытовые привычки пациента.

Новая врачебная специальность

Такой подход значительно отличается от привычной схемы работы врача и требует, по мнению специалистов, занимающихся антивозрастной медициной, создания новой врачебной специальности. Это уже реализовано во Франции, в Монако, где есть новая специальность, которой учатся 2 года, получают диплом врача антивозрастной медицины. При этом данный специалист практически является врачом общей практики, освоившим и современные методы диагностики, в том числе клиническую генетику.

В настоящий момент работа по формированию данной специальности только начата, и тем не менее уже на данном этапе можно выделить основные расхождения во взглядах на формирующееся направление. Принципиальным является то, что врач должен работать на «доклиническом уровне». Это требует развитого клинического мышления, хороших знаний фундаментальных основ многих клинических дисциплин, особый навык синтеза, систематизации и обработки информации, которая отнюдь не ограничивается навыком работы с компьютером.

При существующем обучении ставка делается на изучение уже разработанных схем диагностики и лечения, что в практике врача превентивной медицины должно быть в минимальном объёме, а больше делать упор на здоровые и способы его сохранения. Наиболее близко к необходимой базе знаний врача превентивной медицины подходят студенты педиатрических факультетов, врачи семейной практики, врачи общей практики, терапевты. Ибо в антивозрастной медицине нужны знания по основным медицин-



ским специальностям, включая терапию, эндокринологию, клиническую генетику, лабораторную и инструментальную диагностику, иммунологию, поскольку врачи превентивной медицины изучают и нормальное физиологическое развитие, и отклонения как на самых ранних, так и на поздних стадиях заболеваний.

Важной составляющей в области антивозрастной медицины является то, что основным инструментом коррекции состояния пациента должен стать образ жизни конкретного человека. Здесь также прерогатива у педиатров, врачей общей практики как специалистов, владеющих базовым пониманием оценки и коррекции проблем, связанных с условиями и образом жизни. Однако нельзя считать, что педиатр готов выполнять роль «врача-превентолога», так как технологии превентивной медицины существенно полнее охватывают зоны потенциального риска и требуют более широкого понимания смежных областей немедицинского профиля, например экологию.

Решение государственного уровня

Переход к превентивной медицине очень важен, поскольку финансовая составляющая в здравоохранении значительно не увеличивается, а превентивная медицина, основанная на обучении пациента здоровому образу жизни (с использованием современных научных знаний), не требует больших финансовых вложений.

В настоящее время нужны срочные меры на государственном уровне – Минобрнауки и Минздрава России. На первом этапе это может быть распоряжение о прохождении обязательных курсов для врачей всех специальностей и студентов по превентивной медицине (в педиатрии, терапии, кардиологии, онкологии, гинекологии, эндокринологии и др.).

Как правило, здоровый человек появляется в лечебном учреждении раз в несколько лет на периодические осмотры и в случае редких болезней, а при переходе на превентивную персонализированную медицину частота посещений должна вырасти многократно, и действующие лечебные учреждения просто не смогут с ней справиться. Формализация процесса и широкое развитие информационных технологий по дистанционному скринингу состояния тоже не смогут решить данную проблему. Все эти вопросы, по-видимому, должны решаться с привлечением и специалистов с психологическим образованием, так как касаются в том числе и управления стрессом, и психологическими установками человека.

Возможно, в программах обучения населения должны участвовать средний медицинский персонал и парамедики для ускорения внедрения превентивной медицины в жизнь. «Парамедики» – инструкторы по ЗОЖ, которые, работая в тесной связи с врачами, взяли бы на себя общение и курирование пациента на стадии реабилитации (в клубах и центрах здоровья, где бы использовались домашние «гаджеты»). В вопросе обеспече-

ния преемственности существенную роль могут сыграть информационные технологии. Важно также создание краткосрочных курсов обучения врачей различных специальностей, передавать знания ЗОЖ в школах, колледжах, вузах (не только медицинских). Ознакомление с кратким курсом по превентивной медицине (на современной медицинской основе) – это увеличение качества жизни, работоспособности, продолжительности жизни всего населения России.

Потребность и необходимость

В этом плане непрерывное медицинское обучение может стать инструментом для повышения уровня информированности врачей. Расширение области смежных знаний, соответственно, повышение профессионализма, должно не только быть собственной потребностью врача, но и поощряться администрацией. Первым шагом к этому можно считать вводимый стандарт «Московского врача».

При всей сложности организационных моментов на настоящий момент имеющиеся технологии позволяют начать внедрение методов превентивной медицины в практическую медицину и жизнь. В настоящее время этими вопросами занимаются специализированные кафедры, интересуются лечебные подразделения коммерческих клиник. Коммерческие клиники являются примером внедрения, поскольку к ним не пойдёт пациент, если его плохо лечат и неправильно проводят реабилитацию. Поэтому негосударственные учреждения активно внедряют новые технологии для повышения качества диагностики, лечения и реабилитации пациентов. Этот положительный опыт должны активно использовать государственные медицинские учреждения и не бояться сотрудничать с частными медцентрами, так как последние имеют большой потенциал в плане инноваций, которые хорошо «работают» на практике. Развитие в этом ключе государственно-частного партнёрства будет способствовать быстрому развитию превентивной медицины в стране.

Подготовила
Галина УРАЛЬСКАЯ.

Кагры

Учиться никогда не поздно

В этом уверены медики Прииртышья

Омская область является одной из немногих территорий России, где медицинские работники могут обучаться по программам дополнительного профессионального образования, не выезжая за её пределы.

Как сообщили в региональном Минздраве, на базе Центра дополнительного профессионального образования Омского государственного медицинского университета и Центра повышения квалификации работников здравоохранения в ми-

нувшем году около 9 тыс. медиков повысили свою квалификацию, из них 2867 врачей и 6029 специалистов со средним медицинским образованием. Кроме того, более 200 врачей обучались в образовательных учреждениях других городов и ведущих клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Екатеринбурга.

Из общего числа обученных 119 врачей и 429 средних медработников получили новые специальности, окончив циклы профессиональной переподготовки,

а 782 врача и 1700 медицинских сестёр обучались на циклах тематического усовершенствования. Эффективны и востребованы среди медиков и такие формы обучения, как межрегиональные и международные конференции, симпозиумы, съезды, семинары и мастер-классы. В 2016 г. в них приняли участие более 200 врачей Прииртышья, ещё 8 врачей прошли стажировку за рубежом.

Активно используются в учреждениях здравоохранения и дистанционные формы обучения.

Сегодня около 4 тыс. рабочих мест врачей оснащены компьютерной техникой с подключением к локальной сети учреждений и предоставлением доступа к интернету. На базе ОмГМУ и Центра повышения квалификации работников здравоохранения обучение проводится с использованием современного симуляционного оборудования, что позволяет, кроме получения теоретических знаний, совершенствовать практические навыки. Продолжают развиваться дистанционные формы проведе-

ния семинаров и мастер-классов с использованием видеотранслирующих online-технологий, что позволяет проводить обучение на рабочих местах специалистов отдалённых районов Омской области.

К слову, стоит напомнить, что в прошлом году специалисты государственных учреждений здравоохранения региона вступили в систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования, которая предусматривает индивидуальный пятилетний цикл обучения, включающий различные виды образовательной активности, и который будет завершаться процедурой аккредитации специалистов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Ключевой институт представительства

Разговор начался с простых, но очень важных истин, которые доступно преподнесла заведующая отделом организационной работы отраслевого профсоюза Москвы кандидат политических наук Анна Гайдт. В её докладе «Профсоюз как ключевой институт системы представительства и защиты интересов работников в современной России» были представлены основные направления взаимодействия профсоюзов, работников и органов власти в современной обстановке.

Обладая всеми правами, впервые закреплёнными в международных правовых актах, наибольшую важность получают трудовые и социально-экономические права и обязанности. Профсоюз является, фактически, единственным общественным объединением, способным помочь работнику эффективно представить и защитить их как на коллективном, так и на индивидуальном уровне.

В современной России профсоюзы активно взаимодействуют с органами законодательной и исполнительной власти, участвуют в процессах законотворчества и решают социально значимые проблемы. Их активная позиция нашла отражение в Послании Президента РФ к Федеральному собранию на 2017 г., в котором отмечается, что государству «нужно ценить высказательную, заинтересованную, деятельную позицию граждан». В социально-трудовой сфере она эффективно представлена исключительно посредством профсоюзов. Поэтому профсоюзы сегодня – залог социальной справедливости и устойчивого прогресса общества.

Социальное партнёрство

В сфере труда очень большое значение имеет социальное партнёрство. В налаживании его ведущую роль играет коллективный договор, регулирующий трудовые отношения в отрасли. В своём докладе руководитель Управления правового обеспечения профсоюза Татьяна Юренина назвала правовые акты, гарантирующие трудовые и социально-экономические права граждан в РФ. Это федеральные законы: «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности», «О российской трёхсторонней комиссии по урегулированию социально-трудовых отношений», Трудовой кодекс РФ, закон Москвы о социальном партнёрстве. Что очень важно, социальное партнёрство – это система взаимоотношений между работником и работодателем, органами государственной власти и местного самоуправления. Она направлена на обеспечение согласования интересов тех и других в вопросах регулирования трудовых отношений.

– Социальное партнёрство, основанное на принципах нашей деятельности, – это и стабильность развития медицинских учреждений, – дополнил Сергей Ремизов. – А его вершиной, как правильно отметила докладчик, является коллективный договор. И коллективный договор – это в какой-то мере творчество, соглашение сторон, важных вопросов для любой медицинской организации.

Правовые аспекты содержания трудового договора изложила в докладе заведующая юридическим отделом профсоюза Марина Бучене. Она подчеркнула особое значение трудового договора как основного института трудового права.

На пути к эффективному контракту

О переходе к эффективному контракту рассказала заведующая отделом экономической работы и оплаты труда профсоюза Ольга Манейлова. Предпосылкой к такому шагу стала реализация приоритетного Национального проекта «Здоровье». Что же из

В Учебно-исследовательском центре Московской Федерации профсоюзов прошла первая научно-практическая конференция «Правовое обеспечение деятельности работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы». Она была организована в рамках социального партнёрства между столичным Департаментом здравоохранения и московским Профсоюзом работников здравоохранения при активном взаимодействии с главным специалистом по управлению сестринской деятельностью.

– Мероприятие направлено на повышение грамотности в вопросах защиты социально-трудовых прав и интересов медицинских

работников и, в частности, сестринского сообщества, – определил задачу встречи председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы кандидат медицинских наук Сергей Ремизов.

В работе конференции приняли участие более 300 главных и старших медицинских сестёр лечебных учреждений Москвы, председатели территориальных и первичных профсоюзных организаций. Такое правовое просвещение среднего медперсонала даёт стимул для построения правильных, основанных на трудовом законодательстве, взаимоотношений работника и работодателя и позволяет обменяться мнениями и задать «трудные» в правовом аспекте вопросы.

Проблемы и решения

Ступеньки к социальному единству

Профсоюз даёт уроки правовых знаний медсёстрам



Президиум конференции

себя представляет эффективный контракт? Это трудовой договор с работником, конкретизирующий его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов и качества оказываемых услуг. Целью его введения, подчеркнула докладчик, является формирование систем оплаты труда в медицинских организациях таким образом, чтобы была прямая взаимосвязь повышения оплаты с достижениями конкретных показателей.

С 2012 г. реализуется программа последовательного совершенствования оплаты труда сотрудников государственных и муниципальных учреждений, рассчитанная, как известно, до 2018 г. В Москве осуществлён перевод медицинских работников на новую систему оплаты труда взамен региональных тарифных сеток. Приказом Департамента здравоохранения Москвы установлены стимулирующие выплаты за эффективность, высокие результаты и качество труда, премии по итогам работы.

Охрана здоровья

Важности управления профессиональными рисками в процессе трудовой деятельности как инструменту сохранения здоровья медицинских работников посвятила свой доклад заведующая отделом охраны труда профсоюза Елизавета Бугаенко. Один из первых документов в сфере охраны здоровья работников и их защиты от профессиональных рисков была Конвенция международной организации труда, ратифицированная в СССР в 1988 г. Сегодня право работников на безопасные условия труда отражено в Конституции и федеральных законах «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», «Об основах охраны труда в РФ», «О техническом регулировании». В 2016 г. вышел приказ Минтруда России «Об утверждении типового положения о системе управления охраной труда». Развитие в этом направлении международной практики идёт по пути предупредительных мер и создания эффективной системы управления рисками. В нашей стране многое зависит от работодателей. Но и работники должны быть также заинтересованы в снижении профессиональных рисков и нести солидарную ответственность за обеспечение здоровых и безопасных условий труда.

Руководствуясь Этическим кодексом

Главный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Амплеева сделала акцент на популяризации норм медицинской этики, основные положения которых определены Этическим кодексом медицинской сестры России.

Сегодня центральная проблема медицинской этики – взаимоотношения медицинского работника и пациента. Любое лечебное учреждение невозможно представить без участия в работе медицинской сестры. В силу специфики профессии ей приходится больше общаться с пациентом, чем врачу, и поэтому огромна её роль в создании благоприятного психологического климата.

Ещё один из важнейших элементов этики – наставничество, передача опыта и знаний. Поэтому сестра-руководитель должна обладать педагогическими способностями, культурой общения и знать основы психологии личности.

Для сообщества медсестёр важно не только знать свои права и обязанности, но и получать от профсоюза юридическую помощь при защите их интересов, а также реальную поддержку в организации отдыха. Эту тему затронула в своём выступлении и заместитель председателя профсоюза Елена Ольховникова. Она рассказала о поездке членов профсоюза на черноморское побережье и в пансионаты Краснодарского края. Очень востребованным оказался профсоюзный сертификат, предоставляющий дотацию на приобретение путёвок, а также льготные условия оздоровления в высокий сезон.

Темой выступления заведующего общим отделом Александра Минорского стал современный формат информационного взаимодействия работников здравоохранения Москвы – социальные сети и блоггерство. Сегодня эта работа – одно из ключевых направлений профсоюзной организации Москвы.

Актуально и своевременно

Корреспондент «Медицинской газеты» попросила дать оценку конференции о правовом просвещении работников медицинских организаций Москвы.

Алексей Погонин, кандидат медицинских наук, заместитель руководителя столичного Департамента здравоохранения:

– Проведение данной конференции очень актуально в современных условиях. Это вооружит медиков правовыми знаниями, необходимыми в повседневной работе. Они будут знать порядок формирования трудового договора в своём учреждении, что составляет его суть, по каким критериям работодатель оценивает эффективность труда сотрудника. Это также важно для формирования взаимоотношений в коллективе. Активное участие в этом процессе принимает и

профессиональная организация вместе с Департаментом здравоохранения. Работник должен знать свои права и что может требовать от него работодатель. Зачастую незнание их и приводит к возникновению конфликтов. Сегодня договор – ключевое слово. К его заключению ведут прямые, честные переговоры. Присутствие в зале такого числа главных и старших медсестёр говорит об интересе к обсуждаемым проблемам. Это люди, определяющие погоду в коллективах медицинских учреждений, и здесь они имели возможность задать любые вопросы как представителям Департамента здравоохранения, так и Профсоюза работников здравоохранения Москвы.

Сергей Ремизов, председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы:

– Мы – единственный профсоюз, который легитимно представляет интересы медицинских работников столицы. Благодаря нашему представительству в органах власти через социальное партнёрство, взаимодействие и сотрудничество с департаментом все конфликтные случаи с зарплатой и другие разногласия решаем совместно с его специалистами. А потом разясняем, по какой причине они возникают. Нередко потому, что медицинские работники не всегда хорошо информированы о своих правах. Но если мы сталкиваемся с грубыми нарушениями трудового законодательства, то, поверьте, в 99% случаев разрешаем ситуацию в пользу работника. К тому же, наши главные врачи – опытные руководители, вменяемые люди, и, конечно, для них соблюдение трудового законодательства является обязательным.

Положительным моментом также считаю сближение профсоюза с сестринским сообществом, с которым мы теперь тесно взаимодействуем, помогаем ему в правовом поле. Тем более что правовая грамотность в условиях стремительного реформирования отрасли очень востребована.

Алексей Савин, заместитель председателя Московской федерации профсоюзов:

– На конференции состоялся деловой, конкретный разговор, ставший целью повышения правовой грамотности медицинских работников. Без этого трудно двигаться вперёд. Это понимает и отраслевой профсоюз, подготавливающий повестку, исходя из запросов современной реформируемой отрасли. И здесь требуется согласованная политика с Департаментом здравоохранения Москвы. И она, как стало ясно из сегодняшней конференции, ведёт к социальному единству.

Галина ПАПЫРИНА, редактор отдела региональной политики «МГ».
Москва.

Трансплантация органов требует решения многих медицинских и юридических вопросов руководством лечебных учреждений и ведущими специалистами клиник. Об этих «подводных камнях» и тонкостях шла речь на научно-практической конференции «Посмертное органное донорство: судебно-медицинские и клинические аспекты». В этой крайне ответственной работе важная роль отведена судебно-медицинским экспертам. Именно они после проведения всех исследований и оформления документации дают разрешение на забор органов. Кроме того, активно развивается и трансплантация тканей.

Мультидисциплинарные конференции под эгидой судебных медиков должны стать традиционными, поскольку вопросов, на которые нужно найти чёткие ответы, ещё достаточно много. Организатором конференции и её председателем стал начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области, заведующий кафедрой судебной медицины факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, главный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава Московской области, президент Ассоциации судебно-медицинских экспертов, профессор Владимир КЛЕВНО.

Смертельное ожидание

С цитаты memento mori (помни о смерти) начал своё выступление заведующий кафедрой нервных болезней лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова профессор Игорь Стулин. Всеобъемлющего объяснения смерти до сих пор нет, поскольку сформулировать его достаточно сложно. Разложение – наиболее убедительное доказательство смерти человека. До нашей эры уход человека из этой жизни был ужасной тайной. Смерть могли констатировать только самые опытные жрецы. Неслучайно в египетских пирамидах есть художественные сюжеты подготовки умершего к бальзамированию, на которых изображён жрец, только что сделавший надрез на животе и отскочивший от ложа. Это и понятно: служитель древнего культа точно не знает, действительно умер фараон или нет.

До сей поры эта проблема до конца не изучена. Известный поэт Петрарка испытывал приступы внезапного оцепенения. Казалось, что он уходил в мир иной, но через некоторое время – оживал и продолжал литературное творчество. Известны многочисленные факты ошибочных захоронений. Особенно часто это происходило в средние века, когда эпидемии чумы охватывали целые города, в результате чего приходилось хоронить большое количество умерших. И из общих могил, которые спешно выкапывались санитарными бригадами, нередко можно было слышать стоны заживо погребённых.

Из исторических примеров подобного рода наиболее цитируемым является случай с попыткой великого врача и естествоиспытателя А.Везалия приступить к анатомированию якобы убитого на дуэли дворянина. При попытке вскрытия грудной клетки «покойник» внезапно ожил и чуть не удушил эскулапа, который из-за конфузного скандала вынужден был поспешно бежать из города.

Показательно и отношение императора Франции Наполеона к этой проблеме. Он дал строжайшее указание главному хирургу армии барону Д.Ларрею не хоронить после сражения ни одного солдата, если есть хоть малейшее сомнение, что тот не умер. Известно его выражение: если врачи сумеют спасти хотя бы одного из десяти воинов, которые считались погибшими, Бог и Франция их не забудут. Можно вспомнить и картину, на которой изображён голландец, который пришёл в себя, прежде чем его тело могли замуровать в склеп.

Поразительно, что подобные ошибки происходят и сегодня. Не так давно «скорая» доставила пострадавшего в ДТП на МКАД в морг, а он пришёл в себя. Об аналогичных случаях рассказывали журналисты Польши, Турции, ЮАР.

От простого к сложному

Издавна медики стали задумываться, как можно точнее определить, действительно ли умер

думали аппарат для искусственной вентиляции лёгких. А широко применяться их изобретение стало во время эпидемии полиомиелита среди детей. В период активного процесса такие больные нуждались в поддержке дыхания. Именно тогда была сделана масса «железных» лёгких, которые спасли десятки маленьких пациентов. Через несколько лет казалось, что возможности реанимации в ближайшие годы станут безграничными. С помощью ИВЛ умирающий человек продолжал дышать. Это давало возможность попробовать запустить сердце повторно. Но вскоре стало ясно, что успех всех манипуляций лимитирован кровоснабжением мозга. Новые приборы и лекарства позволяли восстановить дыхание,

Гибель человека как личности в первую очередь зависит от кровоснабжения мозга. Хотя неврологами предлагались разные варианты такого диагноза: дифференцировать смерть коры, ствола головного мозга. Но всё это имело исключительно теоретическое значение. Мозг заключён в плотную черепную коробку, которая защищает его от травм и иных повреждений. Когда возникает тяжёлая черепная травма с очагом ушиба-размозжения мозга или геморрагический инсульт, в нерастяжимую полость черепа изливается дополнительный объём крови. Клетки головного мозга к этому абсолютно не готовы. Развивается отёк мозга или даже высшая его форма – тампонада.

своих книг назвал: «От реанимации сердечно-лёгочной к сердечно-лёгочно-мозговому оживлению».

Своими исследованиями нейрофизиологи значительно облегчают принятие решения реаниматолога о прекращении реанимационных мероприятий. Если реверберация длится более 30 минут, это означает, что мозг уже умер, хотя остальные внутренние органы ещё получают свою долю гемоглобина. Этот момент и используется для пересадки органов трансплантологами. Тем самым они одной смертью спасают 5-6 или 8 жизней.

Развитие реанимационной науки и трансплантологии неразрывно связаны, хотя имеют абсолютно разные цели и задачи. Первая цепляется за малейший шанс спасти

Итоги и прогнозы

Поддержим трансплантологов!

Московская областная программа должна решить главный вопрос – нехватки органов и тканей для пересадки



Конференцию открывает Владимир Клевнов

пострадавший или больной. Для этого предлагалось использовать простые методы. Например, поднести зеркальце, чтобы проверить, есть ли дыхание. Или ещё один – поставить наполненный водой стакан на грудь покойнику.

Но после сражений, когда поступало много убитых, искалеченных солдат, обследовать всех так подробно было практически невозможно.

Известно, что гениальный русский писатель Николай Гоголь периодически впадал в оцепенение, которое окружающие могли принять за смерть. Памятуя об этих эпизодах, он завещал близким не хоронить его, пока не появятся явные признаки разложения. Очень большое впечатление на читателей произвёл рассказ Эдгара По «Заживо погребённый». Наверное, прочитав его, в Германии изобрели оригинальный гроб, из которого отходила на поверхность полая трубка. Если бы «покойник» ожил, он мог воспользоваться специальной грушей, которая помогла бы ему подсасывать под землю воздух. Специальный звонок и флаг оповещали окружающих, что «усопший» начал двигаться. Гроб был запатентован.

В начале прошлого века стала интенсивно развиваться реаниматология. Для спасения умирающих предлагалось дышать рот в рот, к которому голландские эскулапы присовокупили весьма экзотический метод – вдувание табачного дыма в задний проход. Заря реаниматологии связана с Филиппом Дринкером и Луисом Агассисом Шоу-младшим. В 1927 г. они при-

ритм сердца. Но, как написал один известный врач, реанимация безнадежных больных – это террор гуманности. Ведь если эти мероприятия проводились бесперспективным пациентам, то больной мог быть спасён как организм, но погибал как личность.

К настоящему времени в мире известны тысячи подобных случаев, когда продолжение бесперспективной реанимации приводило к подобной новой ятрогенной патологии, как вегетативный статус – это практически полное прекращение психических функций вследствие гибели коры головного мозга.

Правозащитные организации давно считают, что каждый человек имеет право умереть с достоинством, то есть предчувствуя возможные urgentные ситуации в связи с инсультом или инфарктом, можно заранее отказаться от каких-либо реанимационных пособий.

Пионером диагностики смерти мозга считается французский нейрореаниматолог Моляре. Он начал обследовать больных, которые впади в тяжёлую кому и находились в ней более 4-5 суток, и убедился, что при вскрытии у таких больных головной мозг буквально «вываливался» из черепной коробки. То есть, когда мозг не кровоснабжается адекватно, неизбежно происходят необратимые изменения. Им был предложен термин «смерть мозга», ставший новым понятием в медицине. Наверное, во времена Гиппократэ это выглядело преступлением. Больной дышит, прощупывается пульс, а врач считает, что он уже умер.

Кроме того, при этом оказывается резкое воздействие на ствол мозга, где находится центр дыхания и кровоснабжения. Именно это может привести к внезапной смерти.

Эффект реверберации

В нормальных условиях выбрасываемая сердцем кровь – абсолютно алая при поступлении в мозг – возвращается в сердце уже тёмной. Мозг в качестве потребителя кислорода кажется ненасытным. По сравнению с другими органами он получает большую долю гемоглобина, который циркулирует в крови. Сосудистое сопротивление в мышцах и других тканях достаточно высокое. А в мозг, в котором это сопротивление минимально, она буквально врывается на скорости от 80 до 120 см в секунду при максимальном насыщении гемоглобином. Если внутричерепное давление резко повышется при травматических или спонтанных кровоизлияниях, сопротивление движению крови становится очень большим. Возникает эффект реверберации, когда она ходит взад-вперёд по экстракраниальным сегментам артерий. Если это состояние продолжается 4-5 минут – это плохо. Когда же оно длится больше 10, пусть даже больного и удаётся спасти, это точно приводит к глубочайшим нарушениям коры. Если же непоступление крови к коре длится более 30-40 минут, восстановление высшей нервной деятельности уже невозможно.

Не случайно знаменитый реаниматолог Петер Сафар одну из

больного. Вторая диктует: прекратите бесполезную реанимацию и спасите тех, кто может воспользоваться этими органами. Потому что без органов развивалась бы только родственная трансплантация. А это лишь небольшое направление в трансплантации печени и почек.

Сегодня трансплантация стремительно развивается, хотя это развитие не всегда идёт по цивилизованному пути. В Индии разрешается продавать свои органы, поэтому около некоторых медицинских центров на коротких сидят бедняки и ждут своей очереди на типирование. Мощный компьютер анализирует совпадение параметров с реципиентами в других странах мира. В Китае есть порицаемая многими правозащитными организациями практика – забирать органы у казнённых преступников. С другой стороны, многие знаменитые автогонщики, соревнования которых связаны с огромным риском для жизни, часто сами пишут расписку о том, что их органы могут забрать для трансплантации, если с ними случится несчастье.

Как же диагностировать смерть мозга?

Некоторые неврологи полагают, что смерть мозга – это чисто клинический диагноз. Однако большинство нейрофизиологов считают абсолютно необходимым использование инструментальных методов, особенно в сложных, неоднозначных ситуациях: при интоксикациях, гипотермии. Наибольшие трудности возникают при развитии так называемых спинальных автоматизмов, когда у, казалось бы, неподвижного больного возникают непроизвольные движения в конечностях.

Для диагностики поражений коры весьма информативна электроэнцефалография, которая при смерти мозга фиксирует отсутствие биоэлектрической активности. Но этот метод должен быть проведён абсолютно корректно. А сделать это иногда непросто. Ведь в нейрореанимационной палате, где размещено множество постоянно работающих диагностических и лечебных приборов, может возникать электромагнитный фон, вводящий врача функциональной диагностики в заблуждение. Кроме того, при

тяжелой черепно-мозговой травме, зачастую сопровождающейся наружными повреждениями, качественное проведение ЭЭГ достаточно проблематично, необходимо применение игольчатых электродов.

По-прежнему для определения прекращения мозгового кровотока некоторыми специалистами предлагается проводить церебральную ангиографию. Но как это реализовать на практике? Реанимация находится на одном этаже, рентгеновское отделение – чаще всего в подвале. Как доставить туда на исследование больного? Если отключить его от аппарата ИВЛ, то каталку нужно сопровождать с переносным аппаратом. Предположим, тяжелейший больной уже в отделении лучевых методов, и ему вводится контрастное вещество, чтобы проверить: поступает кровь в сосуды головного мозга или нет. Но даже если удалось

им. И.С.Брука, главным конструктором по медицинской технике Геннадием Знайко разработали оригинальный портативный микропроцессор для электростимуляции кохлеовестибулярного нерва, который был удостоен медали на 55-й Всемирной выставке инновационных технологий в Брюсселе. Данное устройство позволяет без вливания воды в наружный слуховой проход (так называемая холодовая нистагмография – опасная для больных с переломом основания черепа) получить точную информацию о степени поражения стволовых структур.

Так был накоплен уникальный опыт обследования 2,5 тыс. больных и создана авторская концепция комплексного неинвазивного мониторинга пульсирующего мозга для выявления остановки и невозобновления мозгового кровотока. Результатом многолетних исследований явились многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе, методические рекомендации и первая в России монография «Диагностика смерти мозга». По приглашению главного трансплантолога Минздрава России академика РАН Сергея Готье сотрудники группы профессора И.Стулина участвовали в 32 конференциях в 28 городах России и зарубежья, в рамках факультета усовершенствования врачей проводилось обучение 21 специалиста по нейрореанимации из различных регионов страны.

Сегодня эта работа продолжается. Кроме того, стал использоваться ещё один достаточно простой метод диагностики смерти мозга – тепловидение, особенно показанное при диагностике смерти мозга у детей. Таким образом, накоплен уже серьёзный опыт, когда принимается аргументированное решение о прекращении реанимации. В конечном счёте это приводит к уменьшению финансовых и духовных затрат. Поэтому московские неврологи предлагают узаконить транскраниальную доплерографию с возможной реверберацией по экстра- и интракраниальным сосудам как аналог, а лучше – альтернативу церебральной ангиографии. К счастью, современными зарубежными коллегами абсолютно поддерживается данная точка зрения, что отражено в международном консенсусе 26 крупнейших клиник от 2016 г.

Профессор И.Стулин привёл и примеры, какие возможности открывает перед медициной трансплантология. Известному финансисту Рокфеллеру, которому исполнился 101 год, уже пересадили 8 сердец. Недавно весь мир облетел трогательный сюжет из США, когда к алтарю девушку повёл не отец, погибший в автокатастрофе, а мужчина, которому 8 лет назад пересадили его сердце. И таких примеров можно привести уже много.

Самый сложный вопрос – донорство

Всего в мире производится около 100 тыс. трансплантаций. Среди них максимальное количество приходится на пересадки почек и печени. И всё-таки этого мало. Ежегодно менее 10% получают необходимую донорскую печень (26-27 тыс. человек). Тем не менее количество операций возрастает. Такие данные в докладе привёл главный научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук, профессор Ян Мойсюк.

Ещё несколько лет назад трансплантации проводили только 2% нуждающимся, в последние годы этот показатель вырос до 3-4 %. Несмотря на то, что такие центры существуют во всех развитых странах и во многих развиваю-

щихся, можно констатировать, что в плане клинической реализации этих высоких технологий наблюдается стагнация. В лидерах по количественным и относительным показателям находятся страны, которые давно сумели вырваться вперёд. Прежде всего это Испания, Бельгия, США. Серьёзный шаг в развитии трансплантологии совершила Хорватия. Ей удалось построить действующую систему органного донорства, несмотря на небольшую территорию и население. Россия же существенно отстаёт от стран-лидеров.

По статистике в России регистрируются 3 эффективных донора на миллион населения. Между тем в Москве насчитывается 11 доноров, в Подмосковье – 6. В то же время Белоруссии удалось поднять этот показатель до 20 доноров, обогнав даже Великобританию. Однако Белоруссия задействовала мощнейший административный ресурс, есть политическая воля, которая играет большую роль в развитии трансплантации. При этом их анестезиологи и хирурги прошли подготовку, аналогичную с российскими коллегами.

Если вернуться хотя бы на десятилетие назад, то подавляющее число доноров поступали на операционный стол с констатированной биологической смертью. Но в этом случае допускается лишь трансплантация почек. Сегодня у большинства доноров констатируется всё-таки смерть мозга. Сама же пересадка органов стала не каким-то научным направлением, а хорошо отработанной медицинской технологией. Она применяется для реальной помощи больным.

В МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского в 2016 г. стартовали программы трансплантации печени и прижизненного донорства почки. Они должны в корне изменить доступность этого вида медицинской помощи. В МОНИКИ давно успешно функционирует отделение трансплантации почки, в год выполняется около 40-60 трансплантаций. При этом в листе ожидания института на пересадку по-прежнему стоят 150-200 человек. Срок ожидания варьируется от нескольких месяцев до 5 лет, в среднем – 3 года. Понятно, что за такое продолжительное время состояние здоровья у пациента может серьёзно ухудшиться.

Очень важен и другой момент: в первые годы развития трансплантологии летальность и количество осложнений было высоким. По мере накопления опыта и отработки технологий, более строго отбора доноров и реципиентов летальность при трансплантации печени не превышает 5%. Причём это не самый хороший, а, скажем так, стандартный показатель.

– Потребность в этом виде медицинской помощи на самом деле мало кто считал, – пояснил Я.Мойсюк. – Ресурсов центра трансплантологии на базе МОНИКИ хватило бы для выполнения до 100 и более операций в год. Если же их будет выполняться меньше, то программа вряд ли станет эффективной. Но для такого результата нужны доноры и адекватное финансирование.

Берегите органы!

У 40% потенциальных доноров выявляются различные вирусные инфекции. Абсолютными противопоказаниями к донации являются лишь некоторые инфекции, злокачественные опухоли (кроме некоторых опухолей головного мозга), системные заболевания. Об этом говорил в своём выступлении главный специалист по трансплантации Минздрава Московской

области Леонид Бельских. Из-за нехватки органов только в 30% случаев инфицированность донора становится абсолютным противопоказанием к забору органов. Поэтому ещё раз было обращено внимание на Белоруссию, где несообщение реаниматолога о возможном доноре рассматривается как неоказание медицинской помощи больному, нуждающемуся в пересадке органов.

Конечно, трансплантация – вид дорогостоящей, высокотехнологичной медицинской помощи. Но для государства экономически обоснованный. Например, затраты на пациента, который находится на гемодиализе, составляет от 1 млн до 1 млн 200 тыс. в год. Это бремя ложится на территориальный фонд ОМС Московской области. А ещё необходимо такого больного обследовать, лечить, что также стоит денег. Между тем затраты на трансплантацию по квоте ВМП составляют 800 тыс. руб. Получается в десятки раз меньше, а на гемодиализе человек может находиться годами.

Л.Бельских прокомментировал и сложные вопросы применения действующего законодательства, которое традиционно считается в России несовершенным. Но оно позволяет работать, и в него вносятся серьёзные изменения. Как известно, органы могут быть изъяты у больного, когда диагностирована смерть мозга или биологическая смерть. Запрещается производить изъятие, если есть письменное прижизненное волеизъявление о том, что человек против посмертного донорства. Точно так же трансплантация не может проводиться, если есть основания предполагать, что имеет место коммерческая сделка. В остальных случаях закон предусматривает презумпцию согласия. Но активность в диагностике смерти мозга или заборе органов от трупа должны проявлять врачи-реаниматологи больницы,



Ян Мойсюк



Игорь Стулин

области № 296 от 26.12.2012 «Об участии врача – судебно-медицинского эксперта в даче разрешения на изъятие внутренних органов для трансплантации».

Трансплантация тканей

Проблемы применения отдельных правовых норм в трансплантологической практике и пути их решения рассмотрел в своём докладе помощник директора Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России кандидат медицинских наук Сергей Хомяков. О новом направлении – пересадке тканей – говорила в своём выступлении на конференции «Алгоритм заготовки трупных роговиц человека для трансплантации» заведующая глазным тканевым банком Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России Хадиджат Топеева.

Опытом работы в органном донорстве поделился заведующий отделением анестезиологии и реанимации Мытищинской городской клинической больницы Константин Вересов. Он подчеркнул, что повышение донорской активности возможно при увеличении пула доноров с некурабельной сосудистой патологией головного мозга из терапевтической реанимации.

Об особенностях судебно-медицинского исследования трупа после изъятия внутренних органов для трансплантации сообщил заведующий Люберецким судебно-медицинским отделением Бюро СМЭ Московской области кандидат медицинских наук Михаил Арефьев. Он подробно рассказал о медицинской документации при заборе органов у трупа, особенностях наружного осмотра, особенностях внутреннего исследования, отличиях мозга донора с диагнозом «смерть головного мозга» от мозга у асистолического донора. Михаил Львович сделал предложения по изменению формулировки заключения эксперта.

Заведующая Ногинским судебно-медицинским отделением бюро Елена Артемьева представила правовые и организационные основы готовности своего отделения к осуществлению медицинской деятельности по изъятию и хранению органов и/или тканей человека для трансплантации.

– Судебно-медицинские эксперты Московской области, – сказал в заключительном слове председательствовавший на конференции профессор В.Клевно, – активно участвуют в заборе донорских органов. Этот процесс у нас регламентирован и отработан. Работа с тканевой трансплантацией пока только начинается – с забора глазных яблок для трансплантации роговиц. Если потребуется, эта деятельность в ближайшее время будет расширена.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.



Леонид Бельских

провести это обследование в полном объёме, оно сиюминутно не позволяет проследить кровоток в динамике. Иное дело – применение неинвазивных портативных быстроосязаемых и, главное, абсолютно безопасных ультразвуковых и тепловизионных методов, позволяющих не только повторно осматривать пациентов, но и вести многочасовое непрерывное мониторирование. Для доказательства информативности ТКД и дуплексного сканирования группа профессора Игоря Стулина в 13 случаях одновременно провели ангиографию и ТКД в сочетании с дуплексным сканированием. При этом в 3 случаях больной умер, когда его перекладывали с каталки на стол для проведения ангиографии или обратно. У него наступила остановка сердца. Оказалось, что ультразвуковые методы не только более удобны и безопасны, но и более чувствительны. В нескольких случаях они ещё показывали слабый кровоток, хотя ангиография его уже не выявляла.

На пути к органному донорству

В 1999 г. с благословения академика РАН В.Шумакова профессором И.Стулиным была создана уникальная мобильная нейрорепаративная бригада, являющаяся форпостом Московского координационного центра органного донорства. Она использует 9 методов диагностики, в том числе для определения кровотока по экстракраниальным и интракраниальным сосудам. Длительность наблюдения больного – 6 часов после первичного повреждения мозга. Эта бригада осуществляет срочный выезд в нейрореанимационные отделения клиник столиц. Она проводит мониторинг больных с прогрессирующей церебральной комой, осуществляет диагностику тампонады, прекращения мозгового кровотока и констатацию смерти мозга. Пытаясь ещё более усовершенствовать методы безболезненной и доступной диагностики смерти мозга, группа профессора И.Стулина совместно с заместителем генерального директора Института электронных управляющих машин

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 11 (2041)

Нарушения мозгового кровообращения из-за высокой распространенности и тяжёлых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. В парадигме Российской системы стоматологической помощи проблема оценки стоматологического статуса и оказания стоматологической помощи в остром периоде инсульта имеет приоритетное значение. С другой стороны, для клиницистов, занимающихся проблемой острых НМК, является актуальной минимизация соматической патологии и частоты полиорганных осложнений, обусловленных активизацией очагов хронической инфекции в зубочелюстной системе.

Ишемический инсульт, обусловленный артериальной гипертонией и атеросклерозом, в течение последних десятилетий по частоте значительно превысил распространённость геморрагического инсульта, достигая соотношения 4:1. К основным подтипам ишемического инсульта уточнённого генеза относятся: атеротромботический, наблюдающийся в 34% случаев, кардиогенный эмболический – в 22% и лакунарный – в 20%. Атеротромботический инсульт характеризуется постепенным или ступенеобразным прогрессированием неврологических нарушений в течение нескольких часов или суток. Часто атеротромботическому инсульту предшествуют транзиторные ишемические атаки (ТИА). При магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявляются одиночные или множественные инфаркты мозга различной величины, локализации и давности.

При ультразвуковом и ангиографическом исследовании обнаруживаются атеросклеротические изменения в экстра- или интракраниальных частях магистральных артерий головы (МАГ) или в мозговых артериях и их ветвях – стеноз, атеротромбоз, бляшки с неровной поверхностью в артериях, в бассейнах которых локализуются инфаркты. Клинически для кардиогенного эмболического инсульта характерно внезапное появление неврологической симптоматики.

Неврологические нарушения бывают максимально выраженными уже в самом начале заболевания. Локализуются инфаркты (средние, большие, корково-подкорковые) преимущественно в бассейне средней мозговой артерии. Источниками эмболии чаще всего бывают тромбы в левом предсердии, формирующиеся при мерцательной аритмии или в левом желудочке сердца при инфаркте миокарда, а также тромботические наложения на изменённых клапанах сердца.

Лакунарный инсульт развивается на фоне артериальной гипертонии. Характерно постепенное нарастание неврологической симптоматики в течение нескольких часов или одного дня, нередко наблюдается гипертонический церебральный криз. Малые глубинные инфаркты локализуются в базальных ядрах, белом веществе полушарий большого мозга, внутренней капсуле, базиллярной части моста мозга.

Отмечаются «чисто двигательный гемипарез», «чисто чувствительный синдром», сенсомоторный синдром, атактический гемипарез, синдром «дизартрия – неловкая кисть». Отсутствуют общемозговые и менингеальные симптомы, а также нарушения высших корковых функций при локализации малых глубинных инфарктов в доминантном полушарии. Лакунарный инсульт протекает как малый инсульт.

До настоящего времени оставалось недооценённым влияние резидентной микрофлоры полости рта на общесоматическое состояние. Так, отмечена связь между парадонтопатогенами и развитием атеросклероза мозговых артерий, между тяжёлым течением кариеса и развитием нарушений мозгового кровообращения. Недостаточное знание стоматологами особенностей течения ишемического инсульта ограничивает применение современных технологий обезбоживания, стоматологического лечения и зубного протезирования.

Очень часто наблюдаются «курьёзы» такого рода: у больного с ишемическим инсультом через 3-7 дней после его возникновения вдруг появляется сильная зубная боль. Невролог вызывает на консультацию стоматолога, однако ни тот, ни другой не знают, можно ли в таких случаях осуществлять стоматологическое вмешательство, например удаление зуба.

Определённую сложность в оказании стоматологической помощи при ишемическом инсульте представляет антитромботическая терапия (прямые и непрямые антикоагулянты, тромбоцитарные антиагреганты), которую больные в остром и восстановительном периоде получают в обязательном порядке, что повышает риск кровотечений при проведении стоматологических вмешательств.

При приёме непрямых антикоагулянтов требуется тщательный контроль международного нормализованного отношения (МНО) с возможным временным снижением дозы используемого препарата, обеспечивающим поддержание МНО на нижнем уровне целевых значений, то есть около 2. В то же

рекомендует отложить стоматологическое лечение на 6-12 месяцев, связывая это с тем, что 70% повторных нарушений мозгового кровообращения приходится на первый месяц инсульта. Выявлена связь заболеваний пародонта с заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отмечено, что профессиональная гигиена полости рта способствует профилактике аспирационной пневмонии и снижению уровня метициллин-устойчивого золотистого стафилококка в зубном налёте, который является возбудителем внутрибольничной инфекции и трудно поддаётся антибактериальной терапии.

Таким образом, требуется пересмотреть систему скрининга, профилактики и лечения заболеваний зубочелюстной системы в современной системе отечественного здравоохранения, акцентируя внимание на объёмной когорте пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Необходимо поиск дополнительных аргументов как для обучения врачей, так и пациентов с позиций влияния заболеваний зубочелюстной системы на течение соматической патологии в остром периоде инсульта.

Стоматологическая помощь пациентам с ишемическим инсультом в остром периоде его развития

Распределение больных по полу и возрасту

Инфаркт мозга	
118 больных	
м	ж
62 больных	56 больных
Возраст	
66 ± 11 лет	

время считается, что, если значения МНО у пациента менее 3,5, возможно проведение даже инвазивного стоматологического лечения, а, согласно современным рекомендациям, целевым значением МНО в большинстве случаев является диапазон от 2,0 до 3,0.

Отмена антитромботической терапии недопустима, так как риск повторного инсульта значительно выше риска, связанного с кровотечением. Есть сообщения о том, что возникшее при проведении системного тромболитического кровотечения в полости рта после недавнего удаления зубов можно остановить местными гемостатическими средствами. Применение тромбоцитарных антиагрегантов, как правило, не вызывает кровотечения во время стоматологических вмешательств, включая хирургические, поэтому снижения их дозы не требуется.

Контроль показателей АД и осторожность при обращении с мягкими тканями, тщательное удаление грануляционной ткани, создание условий для регенерации первичным натяжением, а также применение местных гемостатических средств позволяет избегать послеоперационных кровотечений. В случае необходимости антиагрегантный эффект этих препаратов может быть оценён с помощью исследования агрегации тромбоцитов.

На сегодняшний день накоплено много клинко-экспериментальных и эпидемиологических сведений о взаимосвязи патогенетических механизмов, клинических проявлений и этиологических факторов заболеваний зубочелюстной системы и соматической патологии в остром периоде инсульта.

В реальной клинической практике оценка стоматологического статуса в остром периоде инсульта проводится редко, когорта больных с нарушениями мозгового кровообращения за небольшим исключением не получает стоматологического лечения. В специализированном звене здравоохранения не существует скрининговых программ по оказанию экстренной стоматологической помощи, отсутствует система междисциплинарного взаимодействия неврологов и стоматологов.

Среди стоматологов не существует единого мнения о сроках и объёме стоматологических вмешательств в остром периоде ишемического инсульта. Ряд авторов

Целью исследования было определить клиническое значение заболеваний зубочелюстной системы и способы оптимальной стоматологической помощи в остром периоде инсульта.

В него было включено 118 пациентов с инфарктами мозга, находящихся на стационарном лечении в Научном центре неврологии. Инфаркты мозга были диагностированы на основании анамнестических сведений, результатов клинко-неврологического обследования и данных МРТ в режимах диффузионно-взвешенных изображений. Состояние ветвей дуги аорты, степень атеростеноза и структуру атеросклеротической бляшки оценивали по данным дуплексного сканирования. Исследование сердца включало ЭКГ и трансторакальную эхокардиографию на приборах iE 33 и iU 22.

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Для оценки тяжести неврологических нарушений использовалась международная шкала инсульта NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), представляющая собой полуклическую (в баллах) оценку 11 наиболее значимых неврологических симптомов при инсульте полушарной локализации (отсутствие нарушений – 0 баллов, значительно выраженные нарушения – 30 баллов). Благоприятный прогноз после инсульта определяется при сумме баллов менее 10 по шкале NIHSS оценки тяжести заболевания, при сумме баллов более 20 прогноз определяется как неблагоприятный.

Для определения степени инвалидизации и функциональной независимости пациента, перенёсшего инсульт, использована модифицированная шкала Рэнкина (The Modified Rankin Scale), которая позволяет объективизировать динамику функциональных нарушений, оценить эффективность реабилитационных мероприятий, а также необходимость применения вспомогательных приспособлений. Шкала включает в себя 5 степеней функциональной недостаточности после инсульта от отсутствия ограничений в повседневной активности (I степень) до необходимости в постоянном постороннем уходе (V степень).

Критериями включения в исследование являлись: 1) острые нарушения мозгового кровообращения с развитием инфаркта полушарной локализации в сроки от 3 до 21 суток от момента инсульта; 2) степень тяжести неврологических нарушений от 3 до 20 баллов по шкале NIHSS; 3) степень инвалидизации по шкале Рэнкина от I до III степени; 4) возраст от 21 года до 80 лет; 5) отсутствие тяжёлой соматической патологии (онкологических заболеваний, острого инфаркта миокарда, декомпенсированной сердечной, лёгочной, почечной и печёночной недостаточности и деменции). Из общего числа обследованных было отобрано 100 пациентов.

Патогенетический подтип инсульта устанавливался в соответствии с классификацией TOAST (Trial of Org 10172 in acute stroke treatment, 1993) и классификацией OCSP (Oxfordshire Community Stroke Project).

Больные в остром периоде ишемического инсульта по патогенетическому подтипу инсульта были разделены на 3 основные группы:

1. Атеротромботический инсульт – 35 больных,

2. Кардиогенный эмболический инсульт – 34 больных,

3. Лакунарный инсульт – 31 больной.

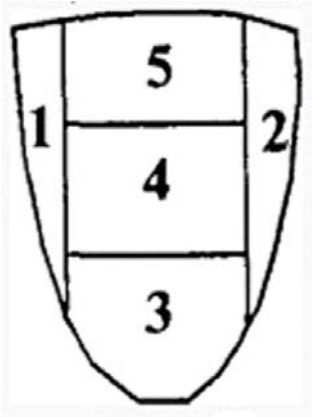
Распределение пациентов на патогенетические группы производилось неврологом на основании клинических данных, методов нейровизуализации, ультразвуковой диагностики (дуплексное сканирование магистральных артерий головы, трансторакальная эхокардиография) и других инструментальных и лабораторных обследований (холтеровский мониторинг ЭКГ, суточный мониторинг АД, исследование гемостаза). Распределение больных по подтипу инсульта, полу и возрасту представлено в таблицах 2 и 3.

Всем больным было проведено стоматологическое обследование. Кроме того, среди 118 пациентов и 38 человек среднего и младшего медицинского персонала, ухаживающих за больными и оказывающих помощь в их реабилитации, проводился опрос о сроках проведения гигиены полости рта после развития инсульта, а также о применяемых средствах.

Для выяснения информированности стоматологов и неврологов о необходимости и возможности оказания стоматологической помощи в остром периоде инсульта проведён опрос 18 неврологов, работающих в Московской области, и 354 стоматологов, работающих в Москве, Санкт-Петербурге, Уфе и Петрозаводске.

Всем пациентам определялся стоматологический статус с помощью основных и дополнительных методов обследования. Объективное обследование включало в себя:

– внешний осмотр (состояние видимых кожных покровов и слизистых оболочек, красной каймы губ, регионарных лимфатических узлов).



1 – медиальный; 2 – дистальный; 3 – срединно-пришеечный; 4 – центральный; 5 – срединно-окклюзионный
Рис. 1. Виды окрашиваемых поверхностей зубов при оценке гигиенического индекса РНР

Таблица 2

Распределение больных по подтипу инсульта и полу		
Подтип инсульта	м	ж
Атеротромботический инсульт	16	19
Кардиогенный эмболический инсульт	18	16
Лакунарный инсульт	17	14

Таблица 3

Распределение больных по полу и возрасту			
Возраст	Всего	Мужчины	Женщины
21-30 лет	4	1	3
31-40 лет	12	7	7
41-50 лет	19	13	6
51-60 лет	26	12	14
61-70 лет	24	12	10
71-80 лет	15	6	9
Всего		51	49

– осмотр полости рта и зубов при помощи стандартного набора стоматологических инструментов. Оценивались глубина преддверия полости рта, прикрепление уздечек верхней и нижней губы, языка, соотношение челюстей, слизистая оболочка губ, щёк, твёрдого и мягкого нёба, языка. Проводился осмотр зубных рядов и десневого края, заполнялась зубная формула, в которой фиксировалось количество зубов, изменённых кариесом, его осложнениями, а также удалённые зубы.

Гигиенический индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) оценивался для количественной оценки зубного налёта. Индекс был выбран из-за своей универсальности. Виды возможных областей окрашивания представлены на рисунке 1.

Для количественной оценки зубного налёта окрашивают 6 зубов:

16, 26, 11, 31 – вестибулярные поверхности; 36, 46 – язычные поверхности.

Коды и критерии оценки зубного налёта

0 – отсутствие окрашивания; 1 – выявлено окрашивание

Расчёт индекса проводят путём суммирования кодов всех зубов, затем полученную сумму делят на количество обследованных зубов.

Индекс рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{РНР} = \frac{\text{сумма кодов всех зубов}}{\text{количество обследованных зубов}}$$

Оценочные критерии

Значение индекса	Уровень гигиены
0	отличный
0,1-0,6	хороший
0,7-1,6	удовлетворительный
1,7 и более	неудовлетворительный

На основании проведённого обследования из общего числа больных с ишемическим инсультом (118) были отобраны 100 пациентов для проведения стоматологической санации. Характеристика функционального

Таблица 2

состояния пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от подтипа инсульта, получаемой гипотензивной терапии, а также данных по шкале NIHSS и гемостатических показателей во время оказания стоматологической помощи представлена в таблице 4.

Для оценки влияния стоматологического статуса на общее состояние пациента мы использовали индекс развития хронического орального сепсиса (РХОС) по критериям, предложенным П.Леусом (2000, 2001), которые включали в себя:

1. Зубной налёт (от 1 до 5 баллов).
2. Наличие кариозных зубов (от 1 до 6 баллов).
3. Хронический гингивит (от 2 до 7 баллов).
4. Заболевания периодонта (от 4 до 9 баллов).
5. Патологическую подвижность зубов (от 5 до 10 баллов).
6. Вместо критерия «апикальный периодонтит» в связи со сложностью его определения (невозможностью рентгенодиагностики при проведении эпидемиологического обследования) использовали: зубы, подлежащие эндодонтическому лечению (1/5) или разрушенные и подлежащие удалению зубы (1/6).

Во время проведения стоматологических вмешательств проводился неинвазивный продолжительный мониторинг с помощью прикроватного монитора, позволяющий регистрировать ЭКГ в трёх грудных отведениях с фиксацией ЧСС и ритма сердца, измерять АД каждые 3 минуты и определять оксигенацию крови.

Стоматологическое лечение проводилось по разработанному ранее алгоритму:

- перед проведением стоматологического лечения у больного НМК исследовали состояние свёртывающей системы крови (фибриноген, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время);

Таблица 4

Признак	Атеротромботический инсульт (n=53)	Кардиогенный эмболический инсульт (n=39)	Лакунарный инсульт (n=8)
Систолическое АД при поступлении, мм рт.ст.	160 [150;180]	170 [160;200]	190 [165;220]
Диастолическое АД при поступлении, мм рт.ст.	100 [80;100]	100 [90;100]	100 [90;120]
Применение гипотензивной терапии, %	77%	66%	78%
NIHSS на момент стоматологического лечения, баллы	6 [4;10]	6 [4;8]	3 [3;4]
Показатели гемостаза на момент стоматологического лечения			
Фибриноген	3,7 ± 0,8	4,2 ± 1,2	4,2 ± 0,4
АЧТВ, сек	33,7 ± 3,3	32,7 ± 3,4	28,4 ± 2,0
МНО	1,2 ± 0,2	1,7 ± 0,3	0,9 ± 0,1

- при сборе анамнеза уточнялись факторы риска: указание на повышение артериального давления (АД), ишемическую болезнь сердца, транзиторные ишемические атаки, сахарный диабет, гиперлипидемию, курение, старческий возраст, повторные НМК или инфаркт миокарда;
- выясняли особенности течения инсульта;
- приём пациентов с НМК начинали в утренние часы, избегая стрессовой ситуации;
- пациента, особенно при нарушениях речи, сопровождал родственник или ухаживающий персонал;
- медицинская сестра помогала больному сесть в стоматологическое кресло;
- осуществляли контроль положения головы пациента для обеспечения доступа воздуха;
- исключались резкие повороты головы в стороны и разгибание шеи, а также длительная фиксация головы в этих позах;
- стоматолог во время сбора анамнеза был без маски, двигался медленно, поддерживая визуальный контакт с пациентом, задаваемые им вопросы были простыми и ясными для пациента, чтобы ответ на них был односложным: «да» или «нет»;
- с целью профилактики травмы мягких тканей лица у больных с гемигипалгией лечение проводилось с особой осторожностью;
- во время проведения лечебных манипуляций осуществлялся мониторинг АД, частоты сердечных сокращений, ЭКГ;
- перед стоматологическим вмешательством проводили антибактериальную профилактику. В отсутствие аллергии к пенициллину или ампициллину – амоксициллин в дозе 2 г перорально за 30-60 минут до вмешательства. Альтернативно – цефалексин 2 г перорально. При наличии аллергии к пенициллину – клиндамицин 600 мг, азитромицин или кларитромицин 500 мг. При невозможности перорального приёма ампициллина

2 г назначались цефазолин или цефтриаксон по 1 г внутримышечно; при аллергии на эти антибиотики – клиндамицин 600 мг внутримышечно. Такой выбор антибактериальных препаратов связан с их безопасностью и активностью в отношении микрофлоры, проникающей в системный кровоток;

- выбор местного обезболивания осуществлялся в зависимости от степени травматичности и болезненности предстоящего вмешательства. Для проводниковой анестезии у нижнечелюстного отверстия применяли 3%-ный раствор мепивакаина для инфильтрационной и пародонтальных способов анестезии – 4%-ный раствор артикаина с эпинефрином 1:200 000. Перед инъекцией анестетика слизистую оболочку полости рта обрабатывали аппликацией 5%-ного раствора лидокаина в геле.

Результаты исследований

Настоящее исследование посвящено проблеме безопасности и клинической эффективности оказания стоматологической помощи в остром периоде инсульта.

Данные опроса показали, что уровень информированности стоматологов и неврологов о безопасности проведения стоматологического лечения в остром периоде ишемического инсульта оказался низким. Так 78,3% стоматологов на вопрос о безопасности оказания стоматологической помощи пациентам в остром периоде ишемического инсульта затруднились ответить, 18,3% считают её опасной, и лишь 3,4% полагают возможным её оказывать.

Мнение неврологов оказалось ещё более консервативным – 34,6% считают подобное вмешательство опасным, 5,8% – безопасным и 59,6% затруднились ответить. Среди респондентов-неврологов 83,3% отметили, что сталкивались в своей практике с жалобами пациентов на одонтогенную боль в остром периоде ишемического инсульта.

(Окончание следует.)

Пожилая женщина с плевральным выпотом и опухолью яичника. Клинический разбор

(Окончание. Начало в № 10 от 10.02.2017)

Клинический диагноз – Демона – Мейгса синдром Обсуждение патологоанатомических данных

Макроскопическое исследование удалённых патологоанатомических образований: масса правого яичника 11,5 x 8,5 x 7,8 см с гладкой серовато-белой поверхностью, на разрезе плотно-резиновой консистенции. Микроскопическое исследование выявило разнообразную клеточную инфильтрацию веретенообразными клетками с муаровыми и пучковыми образованиями. Клетки имели однообразные овально-удлинённые ядра, бледный хроматин и редкий митоз. Разнообразное количество коллагена окружило отдельные клетки, присутствовали рассеянные гиалиновые бляшки. В некоторых участках был отёк стромы. Эти морфологические признаки свидетельствовали о наличии фибромы. Другие находки включали признаки субсерозной лейомиомы матки (3,9 x 3,5 x 3,2 см).

Фибромы – наиболее частые стромальные опухоли яичника, составляющие примерно 4% всех опухолей этого органа. Большие

фибромы (> 10 см в наибольшем диаметре) сопровождаются асцитом в 10-15% случаев и ПВ в 1% (Демона – Мейгса синдром). В редких случаях фибромы могут быть частью невоидной базально-клеточной карциномы (Gorlin синдром), которая характеризуется наличием множественных базально-клеточных карцином, кератоцист челюсти, опухолей центральной нервной системы, фибром и пороков скелета. У больных с этим синдромом фибромы яичников, как правило, двусторонние, мультинодулярные и ассоциируются с кальцификацией.

Хотя диагноз фибромы является ведущим, как было в обсуждаемом случае, могут возникать сложности в диагностике, когда опухоль имеет небольшое число гистологических признаков. Морфологический дифференциальный диагноз включает доброкачественные или злокачественные гладкомышечные опухоли, или опухоли Крукенберга (Krukenberg). Текомы и опухоли из гранулёзных клеток являются половыми кордо-стромальными опухолями, которые часто ассоциируются с эстрогенными манифестациями и, таким образом, вполне могут рассматриваться у больных, имеющих

вагинальные кровотечения (как это было у обсуждаемой больной). Когда объёмные образования в малом тазу и ПВ отмечаются, особенно у больных с тяжёлым анамнезом по раку молочной железы, представляется оправданным, прежде всего, исключить опухоль Крукенберга, которая является метастатической аденокарциномой с компонентом клеток, похожих на круглую печать, имеющих обычно происхождение из тканей желудка или молочной железы. Обильная реактивная стромальная пролиферация может скрывать мелкие, округлые, похожие на печать клетки и мимикрировать как со-тообразная фиброма. Диагноз возможен посредством идентификации дискретных фокусов аденокарциномы; если необходимо, он может быть идентифицирован выявлением цитокератин-позитивными кругло-печатными клетками при иммуногистохимической окраске препарата. Любая опухоль по морфологическому дифференциальному диагнозу может быть ассоциирована с псевдо-синдромом Демона – Мейгса (асцит и плевральный выпот, которые ассоциируются с типичными доброкачественными опухолями яичников, а не фибромами). На практике большинство фибром легко идентифицируется без при-

менения дополнительных исследований, таких как молекулярные, которые обычно не играют роли в постановке этого диагноза.

В отсутствие альтернативного объяснения наличие у больной ПВ говорит в пользу диагноза Демона – Мейгса синдрома. Данное наблюдение, считают авторы, даёт право включать в дифференциальный диагноз этот синдром во всех случаях обнаружения плеврального выпота, несмотря на то, что он является редкой патологией.

Обсуждался вопрос, есть ли значимая корреляция между размером опухоли и количеством плевральной жидкости. Авторы считают, что размер опухоли коррелирует с объёмом асцитической жидкости и необязательно с объёмом выпота в плевральную полость. Обычно у больных с размером опухоли более 10 см в наибольшем диаметре болезнь ассоциируется с асцитом. У женщины фиброма яичника и плевральный выпот соответствуют патологоанатомическому диагнозу Демона – Мейгса синдрому.

Окончательный диагноз «Демона – Мейгса синдром».

Рудольф АРТАМОНОВ.
По материалам
The New England Journal of Medicine.

Ориентуры

Курс — на лидерство

Отраслевой союз «НейроНет» составил рейтинг отечественных высокотехнологичных центров

Среди 35 участников рейтинга 2-е место в нём занял Поволжский НейроНет-центр, головным вузом которого является Самарский государственный медицинский университет. Цель создания рейтинга – открытие на базе университетских территорий НейроНет-центров для решения государственных, коммерческих и социальных задач.

Наращивают компетенции

НейроНет – это одно из ключевых технологических направлений, от развития которых зависит глобальное лидерство страны. По прогнозам экспертов, в 2035 г. эта сеть заменит интернет и даст возможность работать с «сырыми» (первичными) нейроданными, минуя органы чувств человека. По сути, созданный рейтинг – первая в России карта активностей в этой отрасли. Особенности проектов в области нейротехнологий прежде всего в том, что их реализация требует согласованного взаимодействия специалистов и лабораторий из разных отраслей и стран. СамГМУ создал эту инновационную инфраструктуру, ядром которой является подразделение вуза – центр прорывных исследований «Информационные технологии в медицине», в структуру которого входят следующие отделы: виртуальных технологий, нейроинтерфейсов и прикладной нейрофизиологии, высокопроизводительных вычислений и обработки больших массивов данных.

Производственная площадка СамГМУ – одна из самых мощных среди медицинских вузов России. Это вузовский научно-производственный технопарк, площадью более 1000 м², в структуре которого функционируют отдел проектирования и 3D-моделирования изделий и устройств различной сложности, отдел по работе с электронными компонентами, занимающийся разработкой печатных плат, сборкой, тестированием и программиро-



Сегодня уровень нейротехнологий позволяет понять работу мозга

ванием электронных схем. Производственный отдел технопарка обладает обширным парком оборудования для прототипирования и мелкосерийного производства различного типа изделий и устройств.

Клиники СамГМУ – многопрофильное клиническое учреждение выступает в качестве инновационной внедренческой площадки для апробации по широкому спектру заболеваний, согласующихся с тематикой НейроНет для диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Развивают инфраструктуру

СамГМУ постоянно работает над развитием инновационной инфраструктуры и создаёт новые межвузовские и международные лаборатории. Например, необходимые компетенции в области создания робототехнических устройств, управляемых путём интерпретации нейрофизиологической активности человека, создаются межвузовской лабораторией робототехнических устройств, которая локализуется на базе Самарского национального исследовательского университета им. С.П.Королёва. В работе лаборатории принимают участие также специалисты ООО «АйтиЮниверс» и разработчики ООО «БИА» – представителя французской компании BIA, специализирующейся в области проектирования испытательных систем.

Подписаны договоры по проведению совместных НИР и НИОКР с Нижегородским государственным университетом им. Н.И.Лобачевского, Московским государственным университетом им. М.В.Ломоносова (биологический факультет) и НПО «Андроидная Техника».

Важно и тот факт, что СамГМУ является координатором кластера медицинских и фармацевтических технологий, в котором направление ИТ-медицина является одним из ведущих. А всего в кластере 55 организаций, в числе которых высокотехнологичные центры, вузы, крупные и малые предприятия региона.

СамГМУ уже в течение нескольких лет системно работает в области создания новых знаний о мозге и сегодня имеет хороший задел в сфере нейротехнологий и, в частности, в области нейрокомпьютерных интерфейсов, – говорит ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников. – Важно и то, что в последние годы мы интенсивно ведём работу по созданию инновационной инфраструктуры и партнёрской сети, которая на сегодняшний день включает в себя ведущие отечественные и зарубежные центры, работающие в этом направлении и смежных отраслях.

Сегодня запускается всё больше и больше международных проектов в области исследований головного мозга, – поясняет испол-

нительный директор отраслевого союза «НейроНет» Александр Семёнов. – Нам уже сегодня необходимо смоделировать, какие рынки будущего нужно развивать, чтобы через 15-20 лет мы были в числе лидеров. Мы будем поддерживать регионы, где будут сформированы профессиональные инициативные группы. В рамках национальной технологической инициативы запущена дорожная карта «НейроНет», и Самара становится одной из точек роста в области нейротехнологий.

Эффективность нашей работы будет выше, если мы сможем знать компетенции друг друга и общий потенциал команды, сформируем общую стратегию, – это уже мнение директора Института инновационного развития СамГМУ профессора Александра Колсанова. – Это также исключит дублирование научных исследований. Необходимо также прорабатывать вопрос взаимодействия с зарубежными ассоциациями, объединяющими учёных, работающих в области нейротехнологий. СамГМУ может быть площадкой для апробации многих проектов и дальнейшей постановки задач научным коллективам, работающим в области электроники и робототехники.

Отдел нейроинтерфейсов, работающий на базе кафедры, выполняет исследования по поиску сигналов мозга для управления биороботами, экзоскелетами с целью реабилитации пациентов с тяжёлыми двигательными нарушениями, – поясняет заведующий кафедрой нормальной физиологии СамГМУ профессор Василий Пятин. – Также область научных интересов отдела включает в себя биоритмологию – исследование механизмов регуляции биоритмов с целью создания оптимальной световой среды для поддержания нормального функционирования циркадианной системы и профилактики стресса.

Владимир РЕЗНИКОВ,
внест. корр. «МГ».

Деловые встречи

В Вене состоялось ежегодное заседание Академии антикоагуляции, посвящённое применению нового перорального антикоагулянта дабигатрана в клинической практике, которое включало семинар для журналистов.

Фибрилляция предсердий: между Сциллой и Харибдой

Как известно, мерцательная аритмия (или фибрилляция предсердий – ФП) является наиболее частой формой хронических нарушений сердечного ритма (она поражает примерно 2% населения), которая пятикратно увеличивает риск возникновения ишемического инсульта.

На протяжении полувека единственным антикоагулянтом, применяемым для профилактики инсульта при ФП, был антагонист витамина К варфарин. Однако эффект этого препарата часто непредсказуем, а его приём связан с необходимостью регулярного определения МНО (международного нормализованного отношения) для снижения риска кровотечений.

В настоящее время применяются четыре НОАК, в том числе дабигатран, но их приём был связан с опасениями неконтролируемых кровотечений при передозировке препаратов или проведении экстренных операций, поскольку отсутствовали нейтрализующие агенты (антидоты), которые могли бы экстренно блокировать действие НОАК.

Первым таким препаратом, вышедшим на американский и европейский рынки, стал нейтрализующий агент дабигатрана идаруцизумаб, представляющий собой гуманизированный фрагмент антитела.

Как отметил гематолог Джон Эйкельбоом (Канада), «круг замкнулся». Если ежегодный риск ишемического инсульта при ФП при приёме антикоагулянтов составляет 1%, то ежегодный риск кровотечений – 3%. Поэтому многие врачи боятся назначать антикоагулянты.

Невролог Ганс-Христоф Динер (Германия) рассказал о результатах исследования, при котором у пожилых больных, принимающих дабигатран, возникали неотложные жизнеугрожающие состояния. При внутривенном введении (в дозе 5 г в течение 5 минут) идаруцизумаб избирательно и необратимо связывал находящийся в плазме дабигатран. Среднее время прекращения внечерепного кровоизлияния составило 4 часа после введения препарата. При его назначении из 12 больных с внутричерепными кровоизлияниями, которые принимали дабигатран, умер один.

Кардиолог Анна Томашук-Казбек (Польша) поделилась опытом клинического применения нейтрализующего агента. За последние два года он был назначен в её университетской клинике двум больным, принимавшим дабигатран. Наличие нейтрализующего агента придаёт врачу уверенность в назначении НОАК, считает она. У больного должна быть возможность принять информированное решение о предлагаемом врачом методе лечения. Для подавляющего большинства больных, которым назначается НОАК, очень важно знать о том, имеется ли возможность его быстрой нейтрализации.

«Большинство наших больных получает варфарин, потому что ОМС в Польше не покрывает стоимости НОАК, которая на порядок выше, чем у варфарина. Поэтому пожилые пациенты часто не могут позволить себе приобрести эти препараты», – с сожалением отметила доктор Томашук-Казбек.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.
Вена – Москва.

Проекты

В Сибирском отделении Российской академии наук сообщили о результатах работы по изучению кальций-фосфатной минерализации организма человека. Полученные данные не только дают ответы на целый ряд вопросов о природе кальциноза, но и ставят под сомнение целесообразность существующих подходов к терапии остеопороза.

Примечательно, что в реализации этого многоступенчатого научного проекта участвовали учёные разных по профилю новосибирских НИИ: Института теоретической и прикладной механики им. С.А.Христиановича СО РАН, Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России, НИИ травматологии и ортопедии Минздрава России, Института катализа СО РАН им. Г.К.Борескова СО РАН, а также Института геологии и минералогии им. В.С.Соболева СО РАН.

Авторы исследования сумели построить модель процесса патологической кальций-фосфатной минерализации в организме. Было сделано предположение, что кальцификаты структуры образовывались не там, где их нашли – на клапане сердца или в артерии, – а привнесены туда, вероятнее всего, из крови. В поле зрения учёных попал гидроксилатапатит (минерал,

Геологи пришли на помощь травматологам

Что показало их совместное исследование

фосфат кальция). Изначально новосибирские учёные сосредоточили внимание на явлении кальций-фосфатной минерализации применительно к сердечно-сосудистой патологии. Они, в частности, разработали методику выделения и диагностики гидроксилатапатита в крови пациентов, поражённых кальцинозом, а затем и в крови здоровых доноров.

Как поясняет старший научный сотрудник Института геологии и минералогии им. В.С.Соболева кандидат геолого-минералогических наук Анатолий Титов, гидроксилатапатит вырабатывается в нашем организме и играет двоякую роль. С одной стороны, он необходим для роста костей и зубов, с другой – участвует в образовании кальцификатов на сердечных клапанах, аорте и других артериях при атеросклерозе.

Мы считаем, что кристаллы гидроксилатапатита в наноразмерах присутствуют у всех людей. Это процесс физиологический, но в

некоторых случаях, когда защитные функции организма снижены в результате инфекции, возрастной дегенерации тканей и т.д., эти кристаллы участвуют в патологической минерализации, – комментирует сотрудник института А.Титов

А далее, в совместном исследовании с Новосибирским НИИ травматологии и ортопедии было установлено, что причиной остеопороза может являться не столько дефицит кальция, как принято считать, сколько нарушение кровотока внутри кости вследствие склеротических явлений в сосудах. В итоге образующиеся в крови нанокристаллы гидроксилатапатита, необходимого для роста костей, не могут участвовать в этом процессе.

И, наконец, самое неожиданное. Науче известно, что остеопороз и атеросклероз – связанные друг с другом заболевания. До сих пор спорным оставался вопрос, какое из них первично? По словам А.Титова, работа сибирских исследователей дала на него ответ:

первичен атеросклероз. Сначала происходит зарастание сосудов, в результате роста кости нет, а процесс её рассасывания происходит.

Как человек, хотя далёкий от медицины, но имеющий гораздо более полное и точное, чем врачи, представление о природе кальцификации, А.Титов удивлён тому, насколько легко и успешно пробивает себе дорогу реклама препаратов кальция для лечения остеопороза. В ней можно услышать: принимайте кальций. Однако, как показало наше исследование и подтверждают литературные данные, бесконтрольное потребление кальция не только не на пользу, но и во вред. У больных остеопорозом содержание этого микроэлемента в крови часто вполне соответствуют нормальным показателям. И когда людей начинают пичкать кальцием, возникает вопрос: зачем?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Эффективное функционирование первичного звена – ключевой залог успехов на поприще охраны здоровья населения. Это – главный тренд концепции формирования и развития модели современной системы здравоохранения. Высококвалифицированный терапевт на сегодняшний день – ни много, ни мало – агент национальной безопасности. Слишком уж высокая миссия ему дана – находиться на страже здоровья людей, причём не отдельно взятых, а популяции. Современный терапевт выступает в роли некого дирижёра, управляющего клиническим оркестром, состоящим из клиницистов всех без исключения специальностей, тем самым обеспечивая мультидисциплинарный подход к ведению пациентов, без которого в наши дни не обойтись.

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

Начало начал

Как известно, предметов в медицинском вузе предостаточно, и студенты уже с первого дня обучения волей-неволей погружаются в удивительный мир фундаментальных дисциплин, на которые спустя некоторое время наслаиваются клинические. Всё логично: от теории к практике. Однако далеко не все доктора с солидным опытом практической работы за плечами хорошо подготовлены по фундаментальным дисциплинам. В частности – они совершенно, что называется, не подкованы анатомически. Ими забыт известный постулат: «Под любым симптомом в обязательном порядке лежит морфологический субстрат».

– Без последовательности при сборе анамнеза и объективного осмотра пациента не прийти к правильному диагнозу, – такими словами открыл мероприятие А.Вёрткин. – Этим навыкам предшествует освоение теоретических дисциплин на младших курсах медицинских вузов. Без знаний анатомии, физиологии и других фундаментальных наук достижение успехов на клиническом поприще не представляется возможным.

Профессор А.Вёрткин напомнил коллегам, что ещё в XVII веке известный английский врач и учёный Уильям Гарвей открыл круги кровообращения, чёткое представление о которых по сей день играет одну из главных ролей в диагностике и, как следствие, – терапии внутренней патологии. «Путаница в этих элементарных вещах – весьма актуальный пробел в подготовке специалистов. И речь идёт не только о студентах и молодых врачах, но и докторов с немалым опытом практической работы», – посетовал Аркадий Львович.

Ни для кого не секрет, что варикозное расширение вен верхних и в особенности нижних конечностей, а также тазовой области – основной источник тромбозов лёгочной артерии (ТЭЛА). Понимание того, а где же конечный пункт назначения для «оторвавшегося» тромба, после чего зачастую наступает летальный исход, определяется исключительно подготовкой врача по анатомии. «Искать тромбозомболию, связанную с варикозной болезнью, в головном мозге – нонсенс, – отметил А.Вёрткин. – «Клондайком» тромбов в данной ситуации является правый желудочек сердца, где и начинается малый круг кровообращения.

А что делать, если без возвращения к тому, что уже на втором курсе должен, что называется, отскакивать от зубов будущих докторов, не сдвинуться с мёртвой точки? К сожалению, даже в аудитории опытных врачей приходится возвращаться к азам профессии. Повторение, как известно, – мать учения.

Последовательность – залог успеха

В экономически развитых странах врачи общей практики, частич-

Экспертный уровень

Отраслевое ядро

Терапевт – связующее звено между узкими специалистами



Выступает профессор Аркадий Вёрткин

но отождествляемые с российскими терапевтами, имеют в своём арсенале наряду с прочим мобильные устройства, являющиеся носителями своего рода памяток подхода к пациентам. Такой алгоритм начинается с простых вещей, которые необходимо выполнить, прежде чем подойти к больному, чего, к сожалению, далеко не всегда происходит в нашей стране. Так, прежде всего, врачу следует вымыть руки, представиться, максимально кратко изложить суть предстоящего осмотра и получить на него согласие.

– Мы обязательно к этому придем, несмотря на дефицит времени на амбулаторный приём, разный общекультурный и профессиональный уровень врачей, знание основ медицинской этики и деонтологии и т.д., – выразил уверенность на этот счёт А.Вёрткин. – Необходимо максимально минимизировать человеческий фактор в этих вопросах, выработав некий «кодекс врача первичного звена», целиком и полностью регламентирующий взаимоотношения доктора и больного, начиная от приветствия. Всё должно быть последовательно.

Одной из главных социальных составляющих оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе в нашей стране является подчас обоюдное негативное изначальное отношение врача и пациента друг к другу: раздражённый больной приходит на приём к

доктору в таком же состоянии. Тем не менее это никого не должно интересовать: человек – единственный социализированный представитель фауны. «Прежде всего, врачу следует поинтересоваться, а как пациент ощущает себя в покое? – заявил А.Вёрткин. – Не чувствует ли он в этом состоянии одышки или боли где-либо. Оценить цвет кожи лица, форму грудной клетки, состояние верхних и нижних конечностей. Необходимо также обратить внимание на всевозможные так называемые алкогольные стигмы – у «пьющих» людей, коих в нашей стране, мягко говоря, немало, совершенно другая медицина. Также, безусловно, доктор должен мгновенно оценить социальный уровень пациен-

поддержания столь эффективного клинического симбиоза перед аудиторией интернистов вслед за профессором А.Вёрткиным выступили представители узких специальностей.

– Общее число врачей-инфекционистов в нашей стране не достигает и 5 тыс. специалистов, – заявила главный инфекционист Минздрава России, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ Ирина Шестакова. – На амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медпомощи из пациентов общетерапевтического профиля около 40% страдают той или иной инфекционной патологией. Ежегодно 2 млрд людей в мире заболевают каким-либо инфек-

та – как он здоровается, общается, какой у него юмор и прочее».

Наряду с этим учёный заметил, что 12-15 минут, предназначенные для приёма больными поликлиническим терапевтом, можно очень эффективно использовать, имея соответствующую профессиональную подготовку. Профессор А.Вёрткин уверен, что последовательный подход к пациенту – от общесоматических проблем к частной патологии – можно весьма успешно применять в клинической амбулаторной практике, несмотря на кажущийся цейтнот.

– Многие из вас, уважаемые коллеги, совершенно забывают о пропедевтике внутренних болезней, а между тем учебник по этому предмету, изучаемому на третьем курсе медресы, должен быть одной из настольных книг в кабинете терапевта независимо от стажа его работы. Использование этого пособия по назначению в существенной степени сэкономит ваше драгоценное время, – посоветовал профессор. – Кроме того, если проанализировать данные пациентов о состоянии их сердечно-сосудистой системы в амбулаторных медкартах, то львиная доля написанного будет начинаться со слов «Тоны сердца приглушены. Ритмичные. Шумов нет». Некая азбука, не иначе. Однако необходимо понимать, что не бывает даже двух таких одинаковых больных. У всех всё индивидуально. Это – напрасный труд, а не экономия времени. Никакой смысловой нагрузки такая запись не несёт.

Коллега – коллеге

Путь пациента к узкому специалисту в амбулаторном сегменте отрасли с недавних пор лежит через поликлинического терапевта. Именно от эффективного взаимодействия последнего со своими коллегами, сконцентрированными на диагностике и лечении более узкого спектра патологий, зависит своевременность оказания специализированной помощи. Как и наоборот. Нередки случаи, когда пациенты узких специалистов нуждаются в общетерапевтической консультативной помощи. С целью

ционным заболеванием. И это – в век сражения с неинфекционными социально-значимыми болезнями (НИЗ). Только в позапрошлом году экономический ущерб от инфекционной патологии для РФ оценивался в 550 млрд руб. – таковы данные Роспотребнадзора. Более 80% этой суммы находятся в «активе» ОРВИ, с которыми так часто сталкиваются терапевты поликлиник. К сожалению, в российских поликлиниках нет кабинетов инфекционистов. Именно в этой связи эта нагрузка ложится на терапевтов, от профессионализма которых зависит судьба таких пациентов. В некоторых регионах нашей страны до 75% больных инфекционными патологиями обращаются в амбулаторную сеть лишь на поздних стадиях своих заболеваний. На мой взгляд, в амбулаторных медучреждениях должны быть кабинеты врачей-инфекционистов. С моей точки зрения, от этого будет двойная польза: пациенты получат более квалифицированную помощь в случае возникновения той или иной инфекционной патологии, а доктора первичного звена сконцентрируются на ведении больных с НИЗ.

– Именно врач первичного звена определяет дальнейшую тактику ведения пациентов, – начал своё выступление заведующий эндоскопическим отделением городской клинической больницы им. С.И.Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы Леонид Домарев. – Современная эндоскопия – один из самых эффективных и безопасных высокотехнологичных методов оказания медпомощи. Необходимо понимать, что для выполнения той или иной диагностической или лечебной манипуляции совершенно не показана госпитализация больного. Наши коллеги весьма эффективно работают в поликлиниках. Мне кажется, что наряду с прочим одной из задач, стоящих перед современными амбулаторными медиками, является убеждение пациентов в том, что амбулаторное оказание медпомощи всегда предпочтительнее стационарного при условии, что к последнему нет показаний. Широкая информированность врачей первичного звена позволяет точно и, что самое главное, своевременно установить правильную диагноз, назначить минимально инвазивные диагностические и лечебные процедуры и провести быструю реабилитацию больного, в значительной степени улучшив качество его жизни.

Не только красота

– Косметология – одно из наиболее бурно развивающихся направлений клинической медицины на современном этапе. Нам крайне необходимо эффективное взаимодействие с докторами других специальностей, в особенности – с интернистами, – обратилась к аудитории доцент кафедры пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Алиса Шарова. – Вопросы, нередко возникающие в нашей ежедневной клинической практике, мы подчас не в состоянии решить

самостоятельно. К сожалению, по сей день к нашей специальности далеко не все коллеги относятся серьёзно. Более того, нередко случаи пренебрежительного отношения к косметологии. Между тем хорошо известно определение здоровья человека: согласно ВОЗ, здоровье – это совокупность физического, психического и социального благополучия. Современному человеку недостаточно быть соматически здоровым. Он хочет привлекательно выглядеть. Кроме того, многие врачи просто-напросто не желают «связываться» с пациентом после того, как узнают о том, что он провёл какую-либо косметическую процедуру, целиком и полностью обвиняя косметолога во всех без исключения проблемах больного.

Между тем не так давно в Казани был проведён анализ обращаемости пациентов в клиники эстетической медицины и общесоматические медучреждения. Оказалось, что те жалобы, с которыми пациенту приходится к косметологу, более чем в 60% случаев являются проявлениями серьёзной внутренней патологии: сахарный диабет 2-го типа, гипотиреоз, венозная недостаточность, хронические заболевания ЖКТ. Однако пациент с такими жалобами приходит отнюдь не к терапевту, а к косметологу, полагая, что данные проблемы – следствие неэффективных косметологических манипуляций, проведённых ранее.

По результатам этого исследования в Казани был внедрён скрининг на уровень АД, глюкозы и холестерина в крови, а также на ранние когнитивные расстройства, который в обязательном порядке проводится пациентам клиники эстетической медицины столицы Татарстана. Это в значительной степени поспособствовало своевременному направлению таких больных к терапевту с целью дальнейшей терапии и профилактики выявленной патологии, что в значительной степени улучшило ключевые показатели общественного здоровья в регионе.

– Таким образом, косметолог подчас может оказаться своего рода фильтром, впервые выявляющим ту или иную внутреннюю патологию у пациента и отправить его к терапевту. Я убеждена, что такое сотрудничество пойдёт только на пользу, – резюмировала А.Шарова.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Рискнём предположить, что учёный, который лишён возможности претворить свои научные идеи в жизнь, в итоге просто перестаёт их генерировать. Особенно если на пути мыслителя, первооткрывателя, изобретателя возникают не объективные сложности, а искусственно созданные кем-то препятствия.

О том, легко ли быть исследователем в нашей стране, о вкладе отечественных учёных в развитие мировой сердечно-сосудистой хирургии, а также о роли и возможностях данной области медицины в здравоохранении современной России мы говорим с директором томского Научно-исследовательского института кардиологии академиком РАН Сергеем ПОПОВЫМ.

— На днях в Томске прошла мемориальная конференция, посвящённая академику Викентию Пекарскому. Много сказано о его заслугах в становлении мировой аритмологии и кардиохирургии. Но, оказывается, не всё, что было впервые создано именно советскими учёными, вошло в историю медицины под их именами. Почему?

— Говоря о научных приоритетах, надо с большим сожалением признать, что наши предшественники не всегда спешили сообщить широкому учёному сообществу о своих новых идеях. А коль скоро приоритет оценивается по патентам и статьям в специальной литературе, то право быть пионером в научном мире определяется тем, кто из авторов первым опубликовал сообщение о своём открытии.

В этом смысле начало эры внутрисердечной радиочастотной абляции как метода лечения тахикардий связано с 1982 г., когда американские хирурги M.Scheinman и J.Gallagher впервые выполнили эти операции в разных клиниках, независимо друг от друга. Им двоим и приписывается мировой приоритет в данном направлении аритмологии. Но необходимо сказать, что в том же году под руководством В.Пекарского были выполнены первые операции внутрисердечной абляции в Томском НИИ кардиологии. Это было первое применение данной методики в СССР и, как мы тогда думали, в мире. Однако в тот момент мы не опубликовали эти материалы и только в 1984 г. оформили приоритетную справку на получение патента. Поэтому, если подходить формально, учитывая появление статей американских учёных в журналах, то мы не первые. Но если исходить из фактов и дат выполнения операций, можем смело считать себя первыми.

Зато другая разработка академика В.Пекарского — биполярный способ эндокардиальной абляции при аритмиях — абсолютный приоритет советской науки. Так же, как ещё один мировой приоритет, поддержанный несколькими патентами — лечение внезапной сердечной смерти методом дефибрилляции. Правда, приходится с огорчением констатировать, что данная разработка томских врачей и учёных принесла нам мировое научное признание, однако страна не смогла удержать это первенство в производстве дефибрилляторов. Правительство не нашло денег на то, чтобы приобрести за рубежом аккумуляторы, без которых невозможно было наладить выпуск этих приборов в СССР. В итоге великое открытие — бифазный разряд дефибрилирующего импульса, — предложенное сибирскими учёными в начале 80-х годов, через несколько лет начали повсеместно использовать в зарубежных моделях дефибрилляторов.

Конечно, сейчас в хирургической аритмологии очень много новых способов и методов, которые существенно эффективнее. Но в то время сибирские учёные демонстрировали действительно большие достижения. Я пришёл в Институт кардиологии в 1982 г., и В.Пекарский говорил нам, молодым кардиохирургам: «Надо заниматься фибрилляцией предсердий». Последующие

проводим интраоперационно. Это позволяет поставить пациенту с аритмией диагноз не просто более точный, а более тонкий. Чаще всего пишут «идиопатическая фибрилляция предсердий», а на деле оказывается, что там перенесённый миокардит, «немые» рубцовые зоны в предсердии и т.д. Следовательно, тактика лечения больных с фибрилляцией предсердий должна менять-

эксперименте, потом в клинике, а затем появилось предприятие, созданное на базе одного из томских научных институтов, которое довело аппарат до промышленного образца. Но тогда мы всё делали, основываясь на дружеских связях и энтузиазме. А сегодня подобная коллаборация невозможна без больших финансовых вложений со стороны бизнес-структур, которые далеко

— Давайте перейдём от науки к практике. Возможности российской аритмологии покрывают потребность населения в данных видах помощи?

— Начну с того, что за последние 7-8 лет достигнуты очень большие успехи в данном разделе отечественного здравоохранения — кардиохирургии, интервенционной кардиологии, интервенционной аритмологии. Это результат того, что государство выделяет средства на выполнение высокотехнологических операций. И тем не менее пока мы не покрываем потребности. Во всех крупных российских регионах есть аритмологические отделения, федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии тоже работают в разделе «аритмология». Всем нам работы хватает, и очереди на лечение есть.

К примеру, у наших коллег из Новосибирского НИИП им. Е.Н.Мешалкина (ныне Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина, — ред.) объём госзадания растёт, но во второй половине года всегда формируется очередь больных. Это свидетельство того, что потенциальных пациентов больше, чем квот. Была бы возможность, и наш институт мог бы выполнять не 2 тыс. аритмологических операций в год, а больше.

— Главный эндоваскулярный хирург Минздрава России академик Баграт Алекаян в интервью «МГ» сказал, что не доволен результатами деятельности эндоваскулярных операционных, сеть которых заметно увеличилась. На миллион жителей в России выполняется 110 внутрисосудистых операций, в то время как в Германии — 3400, в Голландии ещё больше.

— Абсолютно согласен с академиком Б.Алеканом. Эти дорогостоящие операционные простаивают не потому, что в России мало больных с острыми инфарктами и инсультами, а потому что плохо организована их работа. И я добавил бы в список не только количество выполняемых операций, но и набор внутрисосудистых вмешательств, в этом плане мы тоже отстаём от ведущих стран.

Хотя для нашей страны действительно первостепенный именно вопрос организации оказания экстренной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Как в Томской области, Красноярском крае, Якутии и других крупных регионах доставить больного в сосудистый центр за полтысячи километров в течение часа — максимум трёх? Дороги часто плохие. Санавиация — очень затратный вид транспортировки. Но значит ли это, что о ней надо забыть раз и навсегда? Конечно, нет.

В Краснодарской краевой больнице № 1 активно используют санитарную авиацию для транспортировки экстренных пациентов из отдалённых районов. Такая система организована ещё при бывшем губернаторе, в неё вложены деньги краевого бюджета, и финансирование поддерживается при новом главе региона. Вот пример правильной организации медицинской помощи при сердечно-сосудистых катастрофах. И это разумнее, а главное — дешевле, чем в глубинке строить сосудистый центр, который будет работать впустую. Тут уместно вспомнить слова моего собеседника «деньги — не главное»: действительно, иногда важнее не сами деньги, а правильное решение о том, как их потратить.

Подготовила
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Точка зрения

Идей много. С реализацией проблемы

Почему и медицинская наука, и практика попали в финансовую зависимость?



Академик РАН Сергей Попов

десятилетия подтвердили его правоту, весь мир сейчас занимается разработкой и совершенствованием подходов к лечению данной формы аритмий.

— Насколько я знаю, это патология, в отношении которой до сих пор нет единой точки зрения на выбор подходов к лечению.

— Да, это одна из тахикардий, которая не поддаётся лечению с большой долей эффективности. Процент успешности, который сейчас достигается выполнением операции Мейза «лабиринт», не превышает 50-80. И даже в этих случаях эффект сохраняется лишь в течение одного-трёх лет, затем операцию нужно повторять. Она небезопасная, финансово очень затратная и технологически сложная.

В нашем институте продолжают научные исследования природы фибрилляции предсердий. Есть основания полагать, что, кроме общеизвестных, существуют и другие причины возникновения данной патологии, в частности, воспаление, генетические аспекты. Мы показываем это с помощью биопсийного материала, забор которого из миокарда

ся, мы не можем ограничивать её абляцией.

— Сергей Валентинович, предположим, правильность гипотезы томских учёных будет доказана, они предложат новые подходы к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий и даже оформят российский приоритет. Как скоро эти новые подходы войдут в клиническую практику?

— Не скоро. За рубежом в разделе «трансляционная медицина» работают специальные институты, а у нас организацией всех необходимых процессов трансляции идеи в практику должны заниматься сами учёные: придумать что-то новое, привлечь инвесторов, провести клинические испытания и убедиться в эффективности новой технологии, создать опытные приборы, а затем внедрить их в промышленное производство и передать в клинику. В нашей стране данная схема пока слабо работает.

Однажды, задолго до того, как появилось само понятие «трансляционная медицина», Томский НИИ кардиологии Сибирского отделения РАМН уже проходил этот путь. Я говорю о разработанном здесь в 1989 г. методе радиочастотной абляции, благодаря которому возможности интервенционной аритмологии в плане лечения тахикардий существенно увеличились. Понятно, что сейчас появилась уже другая генерация методов, но тогда методика радиочастотной абляции выглядела гениальной.

Нам повезло, не понадобилось искать инвесторов: инженер из нашего института, талантливый парень, сам разработал радиочастотный генератор на полностью отечественной элементной базе. Сначала мы его опробовали в

не всегда хотят рисковать своим капиталом и вкладывать деньги в науку.

Продаж отечественного оборудования мало, потому что в сравнении с зарубежными аналогами оно хотя и стоит дешевле, но набор его функций и возможностей существенно меньше. Я говорю сейчас о том, что мне ближе — отечественных кардиостимуляторах. Чтобы расширить набор функций, нужны дальнейшие разработки, однако российские бизнес-компании не могут или не готовы инвестировать в науку. Это замкнутый круг трансляционной медицины.

Наш институт клинический, то есть в рамках своего учреждения мы можем проводить апробацию новых методов и оборудования. Но как провести масштабные клинические исследования этих методов в разных лечебных учреждениях, чтобы затем начать производство и внедрение? Когда я спросил одного из крупных российских чиновников, планирует ли государство вкладывать средства в проведение клинических исследований новых отечественных технологий, мне ответили: «Деньги — не самое главное».

— Интересная формулировка... А можно хоть какой-то раздел трансляционной медицины реализовать без денег?

— Думаю, такой ответ обусловлен тем, что общая ситуация в экономике сейчас сложная. Но мы не отчаиваемся. Слава богу, у нас есть госзадание, которое касается ВМП, фундаментальных научных исследований, поисковых исследований. Разные времена мы переживали, переживём и это.

— Не приведёт ли такая ситуация к тому, что российские учёные вынуждены будут передавать свои новые разработки для проведения клинических исследований зарубежным компаниям, в итоге чего отечественная технология станет импортной и будет приносить успех не нашим учёным и доход не нашей стране?

— Вы угадали сценарий. В конце 90-х годов мы возили в Китай на апробацию разработанный нами электрофизиологический комплекс. Но для наших китайских коллег интересен был не готовый прибор, а идея, положенная в его основу. И, конечно, они скопировали многие компоненты.

Гипотезы

Чиповая биология

Протеины, являющиеся транскрипционными факторами (ТФ), осуществляют транскрипцию-считывание генов, регулируя охотничий «инстинкт» у тех же мышей, что показано в Йельском университете. Известно, что в глубине височной доли лежит миндалина, представляющая собой группу нейронов, ответственных за эмоции и, в частности, за страх. Однако в Йеле в центре миндалины выявили нейронную сеть, отвечающую у мышей за преследование охотного поедаемых сверчков. Манипулирование активностью клеток этой сети показало, что одна группа нейронов отвечает за преследование, а другая – за убийство жертвы (её «выключение» приводило к тому, что мышь гонялась за сверчком, но не могла убить его). Однако не всё так просто с включением тех или иных геномных программ в клетках.

Эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) равномерно окрашиваются в зелёный цвет активного Oct, активность гена которого регулируется одной из микроРНК (miRNA). При её выключении способность (потенциал) ЭСК к развитию расширяется, что видно в появлении их красного окрашивания, о чём сотрудники Калифорнийского университета написали в Science. Интерес к стволовым клеткам связан с надеждами использовать их в клеточных терапиях различных заболеваний человека и животных, а также понять механизмы аномального развития раковых стволовых клеток. В Институте Бака (Buck) в калифорнийском городе Новато удалось «внедрить» стволовые клетки фоторецепторов (палочек и колбочек) в сетчатку крысы, благодаря чему удалось сдержать старческую дегенерацию зрения.

Упомянутые микроРНК действуют как в ядре, так и в цитоплазме, в которой находятся митохондрии, или энергетические станции клеток, обладающие собственной ДНК. В митохондриях осуществляется цикл трикарбоновых кислот (ТСА), цепочки которых состоят из 3 углеводов, откуда и название. Энергия, высвобождаемая при расщеплении этих кислот, идёт на синтез АТФ – главной энерговалюты клеток. Для начала развития двухклеточного зародыша мыши необходимо, чтобы белок TCA, регулирующий цикл, переместился в ядро. Открывшие это уникальное явление сотрудники Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе пока не могут объяснить роль протеина в зиготе, то есть развитии «от начала» организма. Тем не менее свою статью они назвали «Ядерная локализация митохондриального энзима является критическим шагом в геномной активации зиготы». Теперь надо проверять роль микроРНК и ферментов митохондрий в активации геномов раковых стволовых клеток, что позволит выявить новые молекулярные мишени для создаваемых противораковых средств.

В Гарварде для изучения развития нервных стволовых клеток предложили метод развития микромозга на чипе, что позволило выявить 3 различных зоны нервных образований, связанных друг с другом аксонами. Авторы считают, что мозг – не просто совокупность нейронов и клеток белого вещества, поскольку разные нейроны осуществляют специфические связи друг с другом. Эти связи, как известно, нарушены при таких состояниях, как аутизм и шизофрения, при нейродегенеративных болезнях Паркинсона и Альцгеймера и в первую очередь поражаются именно нервные отростки. Гарвардские учёные продемонстрировали эффективность своей чиповой технологии для мо-

делирования нервных расстройств. В качестве допинга они использовали фенциклидин (Phencyclidine), действие которого имитирует шизофрению. Мозг на чипе впервые позволил исследователям увидеть действие препарата на различные зоны микромозгов и связывающие их отростки. Учёные считают, что их метод окажется весьма полезным при изучении развития нервных стволовых клеток и воздействия внеклеточного матрикса на них, различного рода зависимостей и посттравматического расстройства, а также внутримозговых опухолей.

Книга Бытия, как известно, в Европе называется Genesis, или «Сотворение (мира)», поэтому ветхозаветное летоисчисление идёт «от Сотворения». Жизнь организма начинается от сотворения зиготы, название которой идёт от греческого «зигон», означающего ярмо-упряжь. В зиготе снимается геномный запрет пребывания генов в неактивном состоянии, в результате чего она начинает делиться с образованием зародышевого мешка (бластоцеля), в полости которого формируется внутренняя клеточная масса примерно из сотни эмбриональных стволовых клеток. Их развитие и специализация – дифференцировка – дают около 200 типов клеток, составляющих органы и ткани тела млекопитающих. Чуть более 10 лет назад был предложен метод воздействия на геном специализированных клеток взрослого организма с целью «омоложения» их потенциала давать многие клеточные типы (плюрипотентности). Индукцию осуществляют с помощью 4 белков, снимающих тормоз генной активности, одним из которых является Oct.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Stem Cell,
Science.

Взгляд

В здоровом теле — здоровый дух

Клетки женского организма стареют быстрее и биологически более изношены, если женщина ведёт малоподвижный образ жизни. По мнению исследователей из Университета Калифорнии (США), у пожилых женщин, которые просиживают на одном месте больше 10 часов в день, биологический возраст клеток примерно на 8 лет старше, чем у их подвижных сверстниц. Кроме того, у малоподвижных женщин более высок риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа.

По словам автора исследования Шаяба Алладина, хронологический возраст не всегда соответствует биологическому. Это происходит из-за разной скорости разрушения концевых цепочек хромосом,

теломер, предохраняющих ДНК от износа. Разрушение теломер приводит к тому, что ДНК с обоих концов становится доступной внешним воздействиям и начинает разрушаться, что вызывает

сердечно-сосудистые, онкологические и эндокринные заболевания.

Эти нуклеотиды всегда укорачиваются с возрастом, однако если пожилая женщина занимается активной деятельностью менее 40 минут в день или ведёт сидячий образ жизни, теломеры укорачиваются быстрее. В то же время у женщин, которые ведут подвижный образ жизни и как минимум 30 минут в день занимаются спортом, быстрого укорочения теломер не обнаруживается. Генетический материал этих женщин намного дольше остаётся защищённым, поддерживая их биологическую молодость и здоровье.

Алина КРАУЗЕ.

По информации
Medical Xpress.

Дословно

Учёные разработали точный биохимический тест, который выявляет прионы в крови пациентов с болезнью Крейтцфельда – Якоба (БКЯ). Если исследование подтвердится, то это поможет в предварительной диагностике заболевания и скрининге донорской крови. Прионные болезни человека включают спорадические формы БКЯ, которые могут привести к прогрессирующей дегенерации или гибели нервных клеток (нейронов).

Болезнь Крейтцфельда – Якоба впервые была описана в 1996 г. в Соединённом Королевстве. Считается, что болезнь возникает у людей, которые либо употребляли

Цель — распознать прион

мясо крупного рогатого скота, заражённое губчатой энцефалопатией, или после переливания крови от инфицированных доноров, которые не имели симптомов.

На данный момент нет диагностического теста для БКЯ.

Заболевание вызывается определёнными белками, называемыми прионами, которые постепенно увеличиваются. Могут пройти десятилетия, прежде чем возникнут первые симптомы. В среднем, люди, заражённые БКЯ, умирают через 2 года после появления симптомов. К ним относятся гал-

люцинация и расстройства настроения, такие как депрессия и тревога. Позже, симптомы могут прогрессировать до тяжёлой деменции, мышечных спазмов и потери координации.

Профессор Клаудио Сото с соавторами отмечают, что в настоящее время нет окончательного диагностического теста, который может отличить БКЯ от других заболеваний со сходными симптомами.

В своём новом исследовании учёные проанализировали образцы крови 14 пациентов с диагнозом БКЯ и 153 образца из контрольной

группы, которые включали пациентов со слабоумием, болезнью Паркинсона, черепно-мозговой травмой, инсультом и эпилепсией, 49 человек были здоровыми.

Для обнаружения прионов учёные использовали новый инструмент под названием «анализ циклической амплификации нарушенного фолдинга белка» (Protein Misfolding Cyclic Amplification). Разработанный в лаборатории профессора Сото инструмент имитирует репликацию прионов, которая происходит при болезни в головном мозге.

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Вяземская центральная районная больница» требуются для постоянного трудоустройства ТЕРАПЕВТЫ.

Оплата съёмного жилья с последующим предоставлением служебного.

Тел. (48131) 4-10-03 (главный врач).

Адрес: ул. Комсомольская, 29, г. Вязьма, Вяземский район, Смоленская область 215110.

Резюме отправлять по адресу: crbvязма@yandex.ru

Исследования

Гормон смерти?

Как известно, внезапная сердечная смерть чаще всего поражает людей среднего возраста, которые не имеют серьёзных проблем со здоровьем. Пациенты не испытывают никаких симптомов, либо просто не обращают на них внимание.

Пытаясь выяснить, что может указывать на риск развития внезапной сердечной смерти, исследовательская группа из Медицинского центра при Роттердамском университете Эразма (Нидерланды) обнаружила один возможный биомаркер. Для этого они обследовали и наблюдали более 10 тыс. человек среднего возраста.

Речь идёт о концентрации тиреоидного гормона: те люди, у которых его количество в крови было увеличено, входили в группу повышенного риска наступления внезапной сердечной смерти. Лайал Чакер, руководитель исследовательской группы, отмечает, что риск увеличивался даже у тех людей, концентрация тиреоидного гормона у которых была повышена лишь не-

значительно. В том случае, если она была немного выше верхней границы нормы, вероятность внезапной сердечной смерти возрастала в 2,5 раза по сравнению с теми, у кого уровень гормона соответствовал нижней границе нормы.

Ранее подобную взаимосвязь обнаружить не удавалось, но теперь учёные планируют выяснить, как связаны концентрация тиреоидного гормона и вероятность развития внезапной сердечной смерти. Пока они предполагают, что большое количество гормона влияет на работу сердца, ускоряя её.

Такие результаты были получены и ранее, однако они касались, главным образом, концентраций, существенно превышающих норму. В этом же исследовании речь идёт о сравнительно небольших количествах гормона – возможно, это указывает на то, что тиреоидный гормон гораздо токсичнее и опаснее для сердца, чем считалось ранее.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации upi.com.

Кстати

«Углеводная» ремиссия

Можно ли вылечить болезнь Крона и язвенный колит только диетой без применения медикаментов и стероидов? Гастроэнтеролог Дэвид Зюскинд из Детской больницы Сиэтла (США) утверждает, что можно. Он проверил свою гипотезу на 10 детях, страдавших от воспалительных заболеваний кишечника, и 8 из них вошли в ремиссию по истечении срока исследования.

В течение 12 недель маленькие пациенты доктора Зюскинда питались исключительно в рамках углеводной диеты. Из их рациона были убраны злаки, молочные продукты и продукты с содержанием сахара (за исключением мёда). Также в их питании отсутствовала еда, прошедшая процедуру специальной обработки (стерилизации или пастеризации). В основном дети ели фрукты,

овощи, мясо и орехи. Почти 3 месяца такой диеты дали отличные результаты – состояние 80% детей существенно улучшилось, болезнь перестала их беспокоить.

Д.Зюскинд отметил, что в большинстве больниц пациентов лечат медикаментозным способом или предлагают им стероиды. Оба эти варианта имеют побочные эффекты, которые могут быть довольно серьёзными.

Ещё одно распространённое мнение гласит, что лекарства и стероиды снимают симптомы, но не лечат саму причину болезни. Доктор рассказал, что его коллеги десятилетиями думали, что соблюдение диеты при воспалительных заболеваниях кишечника бессмысленно, но проведённая специалистом научная работа показывает, что это не так.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

По информации Science Daily.

Результаты показывают, что этот инструмент обнаруживает прионы со 100% чувствительностью и специфичностью в пробах крови у больных с БКЯ.

Учёные отмечают, что необходимы дальнейшие исследования для проверки новой технологии. Новый тест может быть использован для диагностики БКЯ до появления симптомов и для скрининга донорской крови. «Ранняя диагностика позволит начать терапию до существенного повреждения головного мозга», – говорит профессор К.Сото.

Марк ВИНТЕР.

По материалам
Science Translational Medicine.

Почему бы и нет?

Кесареву — ожирение?

Дети, рождённые путём кесарева сечения, имеют на 15% больше шансов растолстеть, чем дети, рождённые естественным способом, причём риск ожирения сохраняется до зрелого возраста. К такому выводу пришли исследователи из Гарвардского университета (США). Сравнение близких родственников оказалось ещё более впечатляющим. Дети, родившиеся путём кесарева сечения, на 64% оказались более склонны к ожирению, чем их братья и сёстры, рождённые вагинальным путём.

Если женщина уже перенесла одно кесарево сечение, то следующий ребёнок, родившийся таким же путём имеет риск ожирения лишь на 31% больше, чем его брат или сестра, родившиеся у такой женщины обычным путём.

Исследования велись на протяжении 16 лет. За это время были собраны данные о 22 тыс. молодых людях, родившихся путём кесарева сечения. Каждый год участники исследований проходили обследование и отвечали на серию вопросов о состоянии своего здоровья. Врачи определяли индекс массы тела молодых людей и другие факторы, которые играют роль в наборе массы тела, такие как индекс массы матери до беременности, её возраст и место её проживания на момент родов.

«Наши результаты являются убедительным доказательством связи между родами через кесарево сечение и ожирением, — отметил соавтор исследования Хорхе Чаварро. — Особенно это касается той части исследований, которая проводилась на братьях и сёстрах, так как в этом случае многие из факторов, от которых зависит риск ожирения, в том числе генетические, не будут играть никакой роли, так как являются одинаковыми для всех родственников», — подчеркнул он.

Хотя реальных доказательств такой зависимости до сих пор нет, доктор эпидемиологии Гарвардской школы здоровья Одри Гаскинс выдвинула предположение, что более высокий риск ожирения у детей после кесарева сечения может быть следствием различия в микробиоте желудочно-кишечного тракта новорождённых.

Дети, прошедшие через естественные родовые пути, получают часть материнского вагинального и кишечного микробиоценоза. Младенцы, рождённые путём кесарева сечения, получают в основном микробиоту материнской кожи и бактерии внешней среды. У таких детей больше стафилококков и меньше бифидобактерий, кроме того, у них недостаточно естественной микрофлоры, утилизирующей излишек питательных веществ. Ограничения в микро-

биоте наблюдаются в основном на первом году жизни, однако эти различия, судя по всему, сохраняются в течение многих лет.

«Кесарево сечение, без сомнения, необходимая процедура, во многих случаях спасающая жизнь, — подытожил Х.Чаварро. — Однако такой способ родов, как оказалось, имеет некоторые риски для матери и новорождённого. Мы обнаружили один из них — ожирение. Возможно, стоит поискать и другие».

Что характерно, у женщин, перенёвших плановое кесарево сечение без показаний к операции, в 3 раза увеличивается риск общей заболеваемости, в 2 раза вырастает риск тромбозмболии, в 5 раз — риск сердечных приступов, в 3 раза — риск удаления матки и послеродовых инфекций. Дети, прошедшие кесарево сечение, чаще болеют респираторными заболеваниями, причём эти показатели проявляются и в дальнейшей жизни.

Именно в этой связи ведущие профессиональные организации выступают за отмену первичного кесарева сечения как способа родовспоможения, если это не связано с необходимостью сохранения матери и ребёнка.

Борис БЕРКУТ.

По материалам журнала
AMA Pediatrics.

Однако

Уставшие жить

Врачи примерно в 1,87 раза чаще совершают самоубийство, чем те, кто работает в других профессиях, и уверенно занимают первое место в ТОП-10 профессий, представители которых наиболее часто сводят счёты с жизнью. Таковы данные, составленные на основе информации из Национального института безопасности и здоровья США.

Примечательно, что стоматологи заканчивают жизнь самоубийством в 1,67 раза чаще, чем представители других профессий. Они настолько опережают по количеству суицидов своих коллег по отдельным нозологиям, что выделены в отдельную графу в ТОП-рейтинге профессий самоубийц. Как бы ни менялся с годами рейтинг, эти две позиции — клиницисты в области внутренней и хирургической патологии и стоматологи — лидируют из года в год.

Почти 4% всех смертей докторов происходят в результате самоубийства. Существует множество факторов, которые, как полагают исследователи, подталкивают врачей к суициду. Это длительное напряжение на работе, требовательные и капризные пациенты, судебные иски по поводу неправомерного, с точки зрения больных, лечения, непрерывное дополнительное образование и лёгкий доступ к любым лекарствам.

Последний фактор, по мнению психологов, является важным звеном в росте самоубийств. Врач, находящийся в депрессии, точно знающий дозировку наркотических препаратов, легко найдёт роковую для себя комбинацию. Согласно статистике, врачи почти в 4 раза чаще используют передозировку наркотиков как способ самоубийства.

Кроме того, врачи, страдающие от психического заболевания, зачастую не обращаются

за медицинской помощью, так как не хотят, чтобы их состояние получило огласку. Они не любят принимать антидепрессанты, так как считают, что приём лекарств влияет на производительность.

Наконец, они не любят признавать, что нуждаются в медицинской помощи. Отметим что врачи-мужчины и врачи-женщины одинаково склонны к совершению самоубийства. Более того, женщины совершают его в 2,78 раза чаще по сравнению со средним показателем, опережая по количеству суицидов своих коллег мужского пола.

Что характерно, фармацевты также присутствуют в ТОП-10, однако занимают последнее, десятое место, превышая средний показатель самоубийств лишь в 1,29 раза и значительно отставая от полицейских, ветеринаров, финансистов, агентов по недвижимости, фермеров, электромонтёров и адвокатов.

Ян РИЦКИЙ.

По материалам журнала
Mental Health Daily.

Идеи

Одно яйцо в день снизит риск развития инсульта

Распространено мнение, что не стоит злоупотреблять яйцами — это якобы может привести к увеличению уровня холестерина, проблемам с сердцем и сосудами.

В последнее время появились публикации, опровергающие это утверждение. Так, были опубликованы результаты крупного исследования, в котором не удалось обнаружить взаимосвязь между употреблением яиц и увеличением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Учёные же, проводившие ещё одно исследование, не только говорят, что яйца

не вредны, но и указывают на их пользу для сердца и сосудов.

Исследовательская группа под руководством Доминика Александра изучила статьи, опубликованные за последние 37 лет, в которых рассматривалась связь между употреблением яиц и риском развития инсульта и коронарной болезни сердца. Оказалось, что всего одно яйцо в день позволило снизить риск инсульта на 12%. На вероятность развития коронарной болезни сердца введение яиц в ежедневный рацион никак не влияло.

Авторы поясняют, что пока неясно, каким образом употребле-

ние яиц снижает риск развития инсульта. Возможно, это связано с действием содержащихся в их составе антиоксидантов — они помогают бороться с воспалением и снижать уровень окислительного стресса.

Одно крупное яйцо содержит около 6 г белка, антиоксиданты лютеин и зеаксантин, а также витамины А, D и Е. Кроме того, яйца содержат полиненасыщенные жирные кислоты, полезные для работы мозга.

Наум ДАВИДОВ.

По материалам
Frans press.

Особый случай

Харнаам Каур, 24-летняя жительница графства Беркшир в Великобритании, с детства страдает синдромом поликистоза яичников. В случае девушки заболевание привело к тому, что уже в 11 лет у неё начали расти на лице густые волосы, которые потом распространились на грудь и руки. После того как её много лет дразнили из-за болезни, Х.Каур смирилась с волосами и перестала пытаться их уничтожить. Теперь она пропагандирует боди-позитив, а в этом году попала в Книгу рекордов Гиннеса как самая молодая женщина с настоящей бородой.

Унизительный рекорд

Британка ранее рассказывала, что, когда 13 лет назад на её лице стали появляться волосы, это было ужасно. Её постоянно дразнили в школе, она ненавидела вставать по утрам и проводила огромное количество времени в ванной, пытаясь избавиться от лишней растительности. Она пыталась удалять их с помощью воска, бритвы, обесцвечивала, но всё это только делало её волосы толще, и они распространялись дальше по её телу.

К 14 годам она отказывалась выходить из дома и резала сама себя, пытаясь таким образом снять стресс. Х.Каур, видя на обложках журналов красивых женщин, хотела выглядеть так же, как они. Одноклассники девушки заводили отношения с мальчиками, но на мисс Каур никто не обращал внимания, и это её очень ранило. Она описывает процесс своего взросления как очень тяжёлый и добавляет, что всегда чувствовала себя гадким утёнком. Однако, по её словам, друзья и младший брат всегда поддерживали её.

В 16 лет девушка была крещена в сикхизм. Это стало переломным моментом — она приняла себя и свою внешность, приди к мысли, что её тело — такое, как есть — создано богом, и перестала бороться с волосами. Х.Каур добавила, что

религия сделала её уверенной в себе. Сейчас она не бреет бороду, снимается у различных фотографов, а в марте 2016 г. участвовала в Неделе моды в Лондоне. Девушка выступает за боди-позитив, а своё попадание в Книгу рекордов Гиннеса описала как «унизительное».

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению ВВС.

Официально

В движении — жизнь

Всемирная организация здравоохранения представила рекомендации относительно повышения уровня физической активности, нацеленные на улучшение состояния здоровья людей всех возрастных категорий. Об этом говорится в сообщении на официальном сайте организации.

Эксперты ВОЗ призывают все страны мира и сообщества принять меры по борьбе с малоподвижным образом жизни и предоставить людям больше возможностей для физической активности. «Даже невысокий уровень активности — это лучше, чем её полное отсутствие», — заявляют в ВОЗ.

Учёные напомнили, что малоподвижный образ жизни является важ-

ным фактором риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как инсульт, инфаркт миокарда, сахарный диабет 2-го типа и онкологическая патология. Согласно Глобальному плану действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. стимулирование населения к большей физической активности является ключевой стратегией для сокращения бремени НИЗ. План предусматривает снижение к 2025 г. уровня недостаточной физической активности на 10%, что будет способствовать достижению целей в области устойчивого развития.

Герман АКОДИС.

По информации who.int.



Два великих американских писателя, жившие в общую эпоху, увенчанные одинаковыми лаврами Нобелевской премии (с интервалом в 5 лет), оказываются дополняющими друг друга элементами одного культурно-исторического концепта. Один из них – уроженец северных штатов, а второй – южанин. Этот географический критерий ещё в середине прошлого века обозначал не только графу анкеты, но и формировал линию идеологического раздела.

Север против Юга

Трудно представить себе людей внешне менее похожих друг на друга: элегантный и почти миниатюрный Фолкнер – и огромный Хемингуэй, часто не обращающий внимания на то, во что он одет.

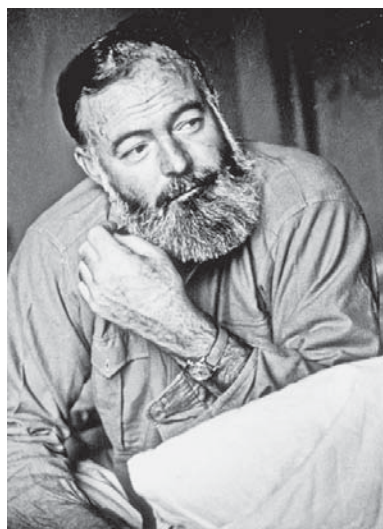
Раскованное мышление Уильяма Фолкнера, предложение которого часто не укладывается и в несколько страниц (в 1983 г. «Книга Гиннесса» написала, что роман «Авессалом, Авессалом!» содержит самое длинное предложение в мировой литературе: 1288 слов), противостоит короткой фразе Эрнеста Хемингуэя, словно написанной для молчаливого сурового мужчины в длинном плаще.

Стиль Хемингуэя подчёркнуто аскетичен. Иногда там, где автор произносил всего одно слово, повторив его в двух строках трижды, русские переводчики всё-таки не удерживались от того, чтобы использовать синонимы, немного разнообразя оригинал. Синтаксис писателя прост. Разветвлённых предложений его проза почти не содержит. Сила этого немногословного писателя – в генерируемом им подтексте, договаривающим то, что не сказано словами. Писатель позволяет читателю самому догадаться о несказанном, непроизнесённом, недоговорённом... У Хемингуэя часто говорят не слова, а паузы между ними.

Пространственные предложения Фолкнера – с их глубоким вдохом и длинным выдохом – точка не останавливает до тех пор, пока автор не скажет всё то, что считает нужным. В его прозе не остаётся места персональному подтексту читателя: Фолкнеру было нужно такое понимание текста, которое он сам вложил в буквы, сформировавшие слова, расположенные в определённом порядке. Эта инвариантная для трактовок проза не оставляла места для неназываемых вещей, неуловимых намёков и персональных контекстов, которые, в конечном итоге, могли оказаться сугубо индивидуальными и не обязательно соответствовали бы при этом замыслу автора.

Для Фолкнера было важно называть, поименовывать вещи, предметы, чувства, пригвоздив их к листу бумаги – до тех пор, пока его мир не растворился в ветре, упорно дуящем с Севера; до тех пор, пока молекулы воздуха, которым дышали его предки, ещё циркулировали в атмосфере страны Дикси – южных штатов США. Северный ветер принёс другие запахи и звуки, новые веяния, иные тенденции, которые с каждым днём всё больше вытесняли прежние – те, что пока ещё улавливались в аромате растений, «названия которых мало кто знает из жителей моложе пятидесяти лет», запахе жареного опоссума и зловониях болот; те, что звучали отголосками негритянских песен, пока ещё странных для уха белого человека; те, что были дороги сердцу, но которые улетали, улетали, уступая место запахам асфальта и мироустройства в том виде, в каком его понимали янки.

Он словно захотел вернуться в тот мир, который ещё проступал – в словечках и акценте старых негров, в рецепте приготовления кукурузного самогона; вернуть этот мир – хотя бы словами, написанными на бумаге; напомнить о нём, пережить ещё раз эти запахи, краски и звуки, увидеть, как



Хемингуэй

Создатель Библии США

Фолкнер не просто писал сагу о Йокнопатофе: он создавал Библию США. В его книгах старики-патриархи живут едва ли не по сто лет, вступая с близкими и родственниками в какие-то эпические ветхозаветные драматичные отношения, которые невозможно ни уладить, ни позабыть: эти «жестоковейные» люди с плотно сжатыми ртами не способны на компромиссы. Повороты прозы Фолкнера часто повторяют сюжетные конструкции и этические конфликты Священного Писания. И совсем не случайны библейские аллюзии даже в самих названиях романов и повестей писателя – «Авессалом, Авессалом!», «Сойди, Моисей». Не случайны аналогии между конфликтом Ветхого и



Фолкнер

слова Фолкнера верить не стоит: писатель осмысленно выстраивал каждую фразу и тщательно продумывал композицию своих текстов – вплоть до того, что предлагал набрать роман «Шум и ярость» различными цветами и шрифтами. Скорее всего, он просто не считал нужным объяснять что бы то ни было: для этого Фолкнеру пришлось бы повторить свою историю слово в слово, ибо каждое из них стояло на строго определённом месте, и, коль скоро, кто-то не понял чего-то в процессе чтения, то он тем более ничего не поймёт в пересказе – не стоит и стараться, проще отделаться какой-нибудь незначащей фразой.

Кто-то написал: «Романы Фолкнера не стали хуже от того, что автор был запойным пьяницей, возможно, напротив, лучшие стро-

Болезни великих

Феномен Фолкнера и Хемингуэя

Что объединяло этих столь разных американских писателей?

«медленно клубится жёлтый дым, и закат подкрашивает его своей червонной медью – такой цвет бывает у облачка пыли, взбитой ногами путников, – и дым, всключаясь дорожной пылью, восходит затем ввысь, повисает, чтобы раствориться в небе»; вспомнить эти привычки и обычаи, которым не нашлось места в США, победившей конфедератов; сказать о людях, живших здесь, к которым, как бы парадоксально это утверждение ни выглядело, очень подошло бы название одного из рассказов его коллеги-оппонента: «Какими вы не будете». Впрочем, и у самого Фолкнера есть повесть с подходящим названием: «Непобеждённые».

...И Хемингуэй, и Фолкнер видели, что культура их страны, будучи оснащённой новыми реалиями места и времени, оставалась в парадигме европейского искусства, даже за океаном представляя собой продолжение европейской традиции. Провинциальность литературы США, несмотря на такие значительные имена, как Э.По, Г.Мелвилл и М.Твен, ощущалась достаточно заметно. Собственные традиции ещё только-только формировались для того, чтобы можно было уверенно говорить о собственном пути и эстетике. Не случайно из США в разные годы эмигрировали такие рафинированные мастера, как Дж.Сарджент, Г.Джеймс, Дж.Э.М.Уистлер, Т.С.Элиот... Нет ничего удивительного в том, что важной проблемой молодого писателя в США той поры была преемственность культуры, в какой-то мере легитимирующая его творчество. Ориентиром и опорой для некоторых мастеров становилась Европа.

Хемингуэй тоже отправился за океан, уехав из США, как только такая возможность ему представилась. Он обрёл поддержку в лице интеллектуалов вроде Г.Стайн, дававших ему разумные советы и помогавших писателю выработать свой стиль. Почти вся проза Хемингуэя написана в Европе и о Европе. Фолкнер остался в США. В итоге он сам создал национальную литературную традицию, написав тексты, которых так не доставало молодому государству, появившемуся уже после того, как в Европе были написаны Библия, «Дон Кихот», «Сказание о Нибелунгах» и пьесы Шекспира.

Нового Заветов, проявляющиеся в коллизиях романа «Свет в августе» (как не случайно и имя одного из героев книги – Кристмас). Персонажи Фолкнера творят новый мир, для которого тут же сами пишут новые законы, ибо имеют на это право. Его герои – словно иудеи, обустроивающие монотеистическую Палестину библейских времён, преобразуют пространство, возводя «особняки» и «посёлки», превращающиеся в «города»; которые строители, становясь воинами, не рассчитывая на «солдатскую награду», пытаются защитить – когда янки приходят в их страну, словно этим северянам лучше всех ведомо: каким образом в краях Дикси нужно жить и работать.

Но Фолкнер писал и героический эпос страны, почти лишённой истории, по крайней мере, в том смысле, в каком история существует в Европе и Азии: легенды индейцев остались фольклором, не заслуживающим большого внимания – хронология страны, по мнению самих белых людей, началась с того момента, когда на её берегах и появились белые люди. То, что было до европейских кораблей, причаливших к побережью Северной Америки, было, как они считали, в лучшем случае, антропологией, но отнюдь не историей.

Прожив практически всю жизнь в своём городке, успев побывать, впрочем, и в Европе, и в Голливуде, Фолкнер неизменно и отовсюду возвращался домой. Потому что у него был этот дом – затерявшийся во времени и отставший от века; но в нём ещё жили призраки конфедератов, помнившие о том, как мчались их лошади по тылам армии северян; ещё бродили призраки суровых молчаливых старух с прямыми спинами и в чёрных выгоревших сатиновых платьях, время от времени чистившие столовое серебро; по двору этого дома ещё иногда пробежали призраки негритят, отлынивающих от работы на конюшне под предлогом тяжкой, едва ли не смертельной болезни... Здесь писатель мог дышать тем же воздухом, которым дышал его дед.

У Хемингуэя дом появился только в конце жизни писателя, и стоял этот дом не в США. Человеку, отец которого застрелился, а отношения с матерью практически посто-

янно были весьма конфликтными, просто неоткуда было протянуть свою нить: не было притолоки дома, к которой её можно было бы прикрепить и на которой были бы видны ежегодные линии, сделанные ножом, фиксирующие рост подрастающего ребёнка.

А ещё Фолкнер любил лошадей и собак, а Хемингуэй – котов.

Общий знаменатель

Но был у этих разных писателей и общий знаменатель, по поводу которого их вкусы сходились безоговорочно – это бурбон (виски).

Любовь Хемингуэя к алкоголю хорошо известна: «Выпитая с утра текила или водка частично восстанавливала его силы ко времени ленча...», – такими воспоминаниями полон любой мемуар о писателе.

Об алкогольных пристрастиях Фолкнера известно меньше. Об этом старались не говорить, как и о том, что умер Фолкнер в больнице для алкоголиков, в свидетельстве о смерти назвали другую причину.

В формировании патологии писателя сыграли свою роль отягощённая наследственность и семейная традиция: пьяницами были его отец и дед, который и познакомил его в детстве со вкусом спиртного. В 18 лет Фолкнер пил уже наравне с известными пьяницами его города (Мемфиса). В 20 лет он попытался попасть на Первую мировую войну... но, будучи выпившим, потерпел аварию на тренировочном самолёте, в котором он прятал бутылку виски.

Алкоголь сопровождал Фолкнера повсюду и постоянно. Когда ему была присуждена Нобелевская премия, писатель пребывал в очередном запое. По его словам, он пил, чтобы «успокоиться и свалиться с ног в полном изнеможении»... В связи с пьянством ему довелось испытать алкогольное истощение, белую горячку, язвенную болезнь, падения с лестниц и лошадей, переломы рёбер и позвонков, травмы головы, дрожание рук, провалы памяти. Но перебороть алкоголизм он не мог. Иногда он недоумённо взирал на людей, спрашивающих разъяснения по поводу чего-нибудь, что он написал, и отвечал: «Откуда я знаю, что это значит? Я был пьян, когда написал это». Конечно, в эти

ки он написал под влиянием паров алкоголя». С этим утверждением можно не соглашаться, но если обратить внимание на то, как иногда за длинным предложением у писателя вдруг следует предложение короткое, то почти явственно ощущаешь: в этот момент он сделал глоток бурбона, награждая себя за филологическую победу, печально соседствовавшую с поражением: каким бы длинным ни было предложение, в конце его всегда подстерегала точка.

Наследственность и импринтинг – важные нити преемственности, формирующие стилистику поведения любого человека и влияющие на его жизнь. Но для Фолкнера алкоголь был ещё и транквилизатором, и антидепрессантом, позволявшим ему хоть немного микшировать неизбывное чувство печали от поражения его страны, вернее, его культуры – в Гражданской войне; замаскировать, зашторить, заглушить ощущение прерванного пути, нарушенного хода событий и не свершённого предназначения.

«Я понял Фолкнера, когда как-то приземлился поздно вечером в штате Алабама. Пустынный аэропорт, у окна пожилая негритянка, одетая во всё чёрное, чёрная вуаль, смотрит, как её дочь или какой-то родственник уезжает на Север. Фолкнер – это трагедия сердца, которое не понимает реальности или не принимает реальности, трагедия сознания, от которого отрывается его земля, люди – всё, что представлялось неотделимым», – написал И.Бродский.

Трагедия судьбы Фолкнера состояла в том, что люди его Юга уезжали на Север, и этот путь имел лишь одно направление, потому что Север уже был всюду. И даже никуда не переезжая, обитатель Дикси оказывался в чужой стране. Возврат домой становился невозможен. Все точки уже были поставлены.

Но до тех пор, пока Фолкнера читают, старая двуконная повозка едет и едет, и нет конца этой дороге, протянутой вдаль за предел видимости.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент

Северного государственного
медицинского университета.

Архангельск.

