

Ориентиры

Откровения лидера фтизиатрии

В Воронежской области актуализируют задачи по снижению бремени туберкулёза



По традиции каждые 4 года более чем 7-тысячная армия фтизиатров страны проводит съезд, на котором обсуждает актуальные вопросы противотуберкулёзной службы и заглядывает в будущее. В нынешнем году на X съезде фтизиатров России, который начнёт свою работу 26 мая в Воронеже, разговор о наболевшем поведут свыше 600 наиболее активных представителей сообщества.

Конечно же, воронежская земля избрана местом большого совета фтизиатров не случайно. Это одна из территорий, где раньше других осознали острую необходимость решения задач по снижению бремени туберкулёза как в регионе, так и по стране в целом. Верные традициям отечественной фтизи-

Заместитель главного врача Воронежского областного клинического противотуберкулёзного диспансера по клинко-экспертной работе Роман Никитин (в центре) вместе с коллегами обсуждает наиболее сложные клинические случаи в рамках заседания врачебной комиссии

ошколы и используя при этом передовой мировой опыт, специалисты Воронежского областного клинического противотуберкулёзного диспансера им. Н.С.Похвисневой под руководством главного врача Сергея Корниенко в последние годы добились реальных успехов в обуздании палочки Коха.

Смело можно утверждать, что воронежская фтизиатрическая служба вступила в период своего возрождения. Она по праву получила пальму первенства одного из передовых регионов России по организации и эффективности работы. За минувшее десятилетие показатель смертности от

туберкулёза здесь уменьшился в 3 раза, заболеваемости – в 2 раза. По итогам 2014 г. заболеваемость туберкулёзом составила 25 человек на 100 тыс. постоянно проживающего населения, смертность – 4, что значительно ниже аналогичных общероссийских. Вот почему решением Минздрава России Воронежская область стала номинантом конкурса Международного союза по борьбе с туберкулёзом и болезнями лёгких на лучшую практику по организации противотуберкулёзной помощи.

Каковы они, секреты успеха лидера? Об этом читайте на стр. 4-5.



Олег АПОЛИХИН,
директор НИИ урологии
Минздрава России:

...Большое количество детей теряется на абортах – примерно 50-70%. Но эти потери при правильно построенной работе легко устранимы.

Стр. 6

Леонид РОШАЛЬ,
президент Национальной медицинской палаты, директор Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, профессор:

Коллеги, мы с вами сегодня должны быть как никогда сплочёнными.

Стр. 16



Инициатива

Пациенту поможет уполномоченный?

Общероссийская общественная организация «Лига защитников пациентов» обратилась к Президенту РФ с предложением учредить должность уполномоченного по правам пациентов.

Выявлением нарушений в сфере медицины сейчас занимается много структур – Росздравнадзор, Прокуратура, МВД и Следственный комитет РФ, страховые компании, органы исполнительной власти России, территориальные фонды ОМС, однако проблема защиты прав пациентов в стране до сих пор не решена, говорится в письме на имя главы государства руководителя лиги Александра Саверского. По его мнению, омбудсмен мог бы консультировать пациентов, помогать писать жалобы и отстаивать права пострадавших в суде.

«Государственный надзорный орган, тем более в структуре Правительства РФ, как бы хорош ни был, не будет осуществлять функции по консультированию населения, по его информированию, по защите прав в части написания жалоб, заявлений, исков, обращений, вплоть до представительства в суде на стороне пациентов», – считает А.Саверский. «Многие из них не жалуются, потому что не надеются решить проблему. А те, кто жалуются, тратят своё время, нервы и нередко деньги, пытаясь доказать врачам и государству свою правоту», – отмечается в письме.

По мнению главы лиги, омбудсмен должен также представлять интересы пациентов в федеральных органах власти. В частности, он может давать отзывы на проекты нормативно-право-

вых актов, а также выходить «с инициативой о принятии необходимых документов, проведения слушаний, проверок».

«Несмотря на большое количество органов, которые контролируют, надзирают, тем не менее пациенту нигде получить консультацию о своих правах, нет образцов документов. Должен быть государственный орган», – поясняет А.Саверский.

12 ноября 2015 г. в Москве Всероссийский союз пациентов проведёт VI Всероссийский конгресс пациентов. На нём будут обсуждены актуальные темы общественно-государственного управления здравоохранением, развитие и совершенствование механизмов взаимодействия государства и общественных организаций для улучшения качества жизни россиян.

Напомним, что на I Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 г. в Москве была принята Декларация о правах пациентов в России. «Несмотря на конституционные и законами определённые права пациентов в России, различные барьеры продолжают ограничивать доступ многих людей к необходимой медицинской помощи, что приводит к ухудшению их здоровья, инвалидизации и преждевременной смерти», – констатирует этот документ. – Невозможно мириться с тем, что права, установленные законами, не соблюдаются, тем более что Россия стремится к построению правового, социально ориентированного государства, что следует из ст. 7 Конституции Российской Федерации».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Начало

Управляя госпитализацией

В здравоохранении Кузбасса в тестовом режиме начала работу система управления плановой госпитализацией, нацеленная на информирование пациента о состоянии «бесплатной» очереди на лечение в стационаре. Внедрять её начали в Кемерово, постепенно подключая ЛПУ других территорий области.

Система позволяет в режиме реального времени получать информацию о состоянии коечного фонда различных

медицинских организаций в разрезе профиля коек и пола госпитализированных пациентов. И обеспечивает информационное взаимодействие стационаров с поликлиниками. В перспективе врач амбулаторного учреждения, направляя пациента на плановую госпитализацию, сможет с её помощью узнать, какая очередь в различных больницах. И больной сам выберет лечебное учреждение, предварительно решив, хочет ли он получить плановую помощь через неделю, или готов подождать месяц,

чтобы попасть в конкретный стационар.

Пока что автоматизированная система управления госпитализацией проходит «обкатку»: медучреждения Кемеровской области учатся правильно заполнять информационные поля, соблюдать режим передачи данных и т.д. Но уже с января 2016 г. её планируют перевести в полноценный рабочий режим.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Новости

Нарушений стало меньше

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования проанализировал итоги независимого контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программам ОМС, проводимого страховыми компаниями.

Одними из выявляемых в ходе контроля нарушений являются нарушения, связанные с несоблюдением сроков оказания помощи. Однако если в 2011 г. количество таких нарушений составляло более 530 тыс. случаев, то в 2014-м оно снизилось до 380 тыс., что на 28% меньше.

«В прошлом году мы начали отдельно мониторить этот показатель, а в 2015 г. мы впервые в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи установили предельные сроки ожидания плановой госпитализации и консультации, которые составляют соответственно 30 и 10 дней, – отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – Таким образом, у пациентов впервые появились конкретные правовые основания для подачи жалоб при нарушении этих сроков».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Многодетных семей
прибавляется

Более чем миллионный Омск пополнился сразу на 3 маленьких граждан. В семье Алёны и Юрия Шаламеевых родились две девочки и мальчик.

Это первая тройня новорождённых, появившаяся в городе в 2015 г. И семья Шаламеевых враз стала многодетной, хотя и до этого счастливого события была немаленькой, поскольку в ней вместе с папой и мамой было 5 человек.

Вообще-же город на Иртыше славен многодетными семьями. Причём их число ежегодно увеличивается. Так, в 2012 г. таких семей было 5146, в 2013-м – 5940, в 2014-м – 6851, а в нынешнем уже зарегистрировано 7121. Да и тройни не редкость – в прошлом году родились 4, а двоен – 214. В семьях омичей всё чаще обзаводятся третьими и четвёртыми детьми, а есть и такие, где ребятшек вдвое, а то и втрое больше.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

С заботой о самых маленьких

В Свердловской областной детской клинической больнице № 1 состоялось открытие отделения анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей № 2.

– В работе подразделения используются современные методики выхаживания младенцев от 500 г, поддержки функции дыхания и кровообращения, рационального зондового и внутривенного питания, профилактики и лечения осложнений, перенесённых в периоде новорождённости, – отметила заместитель министра здравоохранения Свердловской области Елена Жолобова.

На сегодняшний день в области даже наиболее проблемные пациенты, дети с массой менее 750 г имеют высокую выживаемость: до 77,8%. Неонатальная смертность в регионе в 2014 г. достигла 2,9 промилле, что является одним из самых низких показателей в России.

Главный врач ОДКБ № 1 Сергей Беломестнов подчёркивает: в снижении неонатальной и младенческой смертности до подобных цифр есть большая заслуга его коллектива. А создание нового отделения открывает перед медиками ещё большие возможности.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

«Народный контроль» в действии

Театр начинается с вешалки, а поликлиника – с регистратуры. Подтвердить, или же опровергнуть этот тезис теперь могут пациенты, которые оценивают работу регистратуры. Это стало возможным в условиях конкурса «Поликлиника начинается с регистратуры», организованного Министерством здравоохранения РФ и стартовавшего 1 марта. По замыслу организаторов этого «соревнования ЛПУ» главной задачей является повышение уровня обслуживания населения в лечебных учреждениях.

Жители Астраханской области активно принимают участие в нововведении, и уже определилась тройка лидеров среди ЛПУ. Так, наибольшее количество анкет заполнили пациенты Енотаевской районной больницы, поликлиники городской клинической больницы № 4 им. В.И.Ленина и городской поликлиники № 10.

Анкеты доступны в каждом лечебном учреждении региона, а проголосовать можно до 15 июля 2015 г. Победитель конкурса будет определён по основным критериям: создание в регистратурах условий, обеспечивающих распределение потока пациентов, своевременную запись и регистрацию больных на приём к врачу, а также создание комфортных условий и уютной атмосферы, вежливое и внимательное отношение к пациентам, что предусмотрено Правилами организации деятельности регистратуры поликлиники.

Конкурс продлится до 31 августа 2015 г., но около 5 тыс. астраханцев уже дали оценку работе регистратур местных ЛПУ.

Рубен КАЗАРЯН.

Астрахань.

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

Современные технологии

Учение и лечение
идут рядом

У югорских гематологов практика не расходится с делом



На базе Сургутской окружной клинической больницы состоялся окружной научно-практический семинар «Актуальные вопросы диагностики и лечения множественной миеломы, значение аутологической трансплантации гемопоэтических стволовых клеток».

Перед коллегами из Югры выступила старший научный сотрудник Гематологического научного центра Министерства здравоохранения РФ Ольга Покровская. Она рассказала о современных подходах к диагностике и лечению множественной миеломы, ознако-

Семинар в самом разгаре

мила специалистов с новейшими зарубежными и российскими работками.

Ещё одной важной темой обсуждения стала аутоотрансплантация гемопоэтических стволовых клеток. В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре уже 5 лет проводится эта процедура на базе центра гематологии Сургутской окружной клинической больницы. Заготовка клеток производится совместно с Югорским НИИ клеточных технологий. За это время выполнено 50 аутологических трансплантаций пациентам

с онкогематологическими заболеваниями.

Причём первая в ХМАО – Югре трансплантация в декабре 2010 г. была выполнена пациенту с множественной миеломой.

Подобные обучающие семинары позволят улучшить оказание помощи пациентам с онкогематологическими заболеваниями в нашем округе.

Анна МАРЧЕНКО,
внешт. корр. «МГ».

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Проекты

Московский стандарт
поликлиники

С июля этого года в столичном сегменте отрасли будет введена программа «Московский стандарт поликлиники», которая распространится на все медицинские учреждения столицы в июле этого года. Об этом сообщил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погонин.

Данную программу уже реализовали в 3 амбулаторно-поликлинических центрах, а в ближайшее время эти нововведения внедрят ещё в 15 поликлиниках города. Примечательно, что все изменения в работе, реализованные в программе, были придуманы вместе с жителями столичного региона.

«Мы презентовали те мероприятия, которые были реализованы в рамках пилотного проекта «Московский стандарт поликлиники», после чего провели рабочее совещание с главными врачами по дальнейшему развитию и тиражированию данного продукта.

В результате нами было решено продолжить внедрять стандарт, причём в самое ближайшее время», – пояснил А.Погонин.

Как известно, недавно в московском здравоохранении был разработан краудсорсинг-проект «Московская поликлиника», проходивший в марте нынешнего года на площадке правительства Москвы. Задачей проекта было собрать предложения горожан о том, как сделать запись к врачу более доступной, сократить очереди в поликлиниках, уменьшить число ненужных для пациента посещений, улучшить комфортность пребывания в поликлинике.

В результате участники проекта оставили более 27 тыс. предложений, на основе которых сформировался первый стандарт работы столичных поликлиник.

Среди нововведений программы – создание выездных бригад терапевтов по обслуживанию вызовов на дом, а также приём пациентов средним медицинским персоналом для выписки медицинских документов и процедур,

не требующих участия врача. Кроме того, отвечать на звонки пациентов стали профессиональные медсёстры вместо работников регистратуры, что позволяет отсеивать около 25% всех вызовов за ненадобностью.

«Всё, что происходит по реорганизации, направлено на то, чтобы люди шли в медицинские учреждения правильно, потоками – чтобы они не стояли в очередях, чтобы у врача сидели ровно столько, сколько нужно, получали грамотную помощь, – отметила депутат городской думы, председатель комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова. Программа направлена на то, чтобы убрать всю эту суету, а также создать нормальную рабочую обстановку как врачам, так и пациентам, и чтобы все получили квалифицированную помощь вовремя», – подчеркнула она.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Cito!

Москва.

Официально

Законы вступили в силу

Вступили в действие принятые парламентом и подписанные Президентом РФ федеральные законы о единовременной выплате за счёт средств материнского капитала и о внесении изменений в Закон о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.

Выплаты по материнскому капиталу растут

Первым из указанных законов устанавливается, что проживающие на территории России граждане, получившие в соответствии с Федеральным законом «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (в случае, если право на получение мер социальной поддержки возникло или возникнет до 31 декабря 2015 г.) государственный сертификат на материнский (семейный) капитал, могут получить единовременную выплату в размере 20 тыс. руб. и использовать её на любые нужды семьи.

Такие выплаты, но в размере 12 тыс. руб., уже осуществлялись в нашей стране в качестве антикризисной меры в 2009 г., впоследствии возможность их получения продлевалась на год.

Согласно новому закону, заявление о предоставлении выплаты может быть подано гражданами до 31 марта 2016 г. Этот срок обусловлен, в том числе, необходимостью завершения работы по выдаче государственных сертификатов на материнский (семейный) капитал в Республике Крым и городе Севастополе.

Установленные законом единовременные выплаты должны быть предоставлены обратившимся за ними гражданам до 1 июля 2015 г.

Бюджет ФФОМС уменьшится

Федеральным законом о внесении изменений в Федеральный закон о бюджете ФФОМС на 2015 г. и плановый период 2016-2017 гг. предусматривается изменение основных параметров его бюджета на текущий год в связи с

уточнением показателей прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2015 г. В частности, предусматривается уменьшение в текущем году доходной части бюджета фонда на 12547,9 млн руб. против ранее утверждённого объёма доходов (прежде всего в связи с прогнозируемым уменьшением размера фонда заработной платы в 2015 г.).

В основном сокращение затронет расходы, связанные с обеспечением деятельности фонда и предоставлением федеральному бюджету дотации на обеспечение сбалансированности в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности. При этом расходы бюджета фонда, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи, не сокращены. Предусматривается дополнительное финансирование расходов в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Криминал

Липовая «скорая»



Сотрудники Центра автоматизированной фиксации административных правонарушений в области дорожного движения ГИБДД ГУ МВД России по г. Москве, используя информацию, поступающую с комплексов фото-, видеофиксации, работающих в автоматическом режиме, выявили автомобиль «мерседес», имеющей незаконно нанесённые на наружные поверхности специальные цветографические схемы автомобилей оперативных служб («скорая помощь»), а также проблесковые маячки синего цвета.

Данный автомобиль был немедленно выставлен в розыск, вскоре сотрудниками ГИБДД Северо-Восточного округа Москвы автомашина и водитель были задержаны.

В отношении водителя, 35-летнего москвича, был составлен административный материал по части 6 статьи 12.5 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, за что предусмотрена ответственность в виде лишения права

управления транспортными средствами на срок 1-1,5 года, а также возбуждено административное расследование по части 4 статьи 12.5 КоАП, предусматривающей ответственность в виде административного штрафа в размере 5 тыс. руб. с конфискацией предмета административного правонарушения.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Подписка-2015



Николай Юй, начальник Региональной дирекции медицинского обеспечения на Свердловской железной дороге, кандидат медицинских наук:

Очень важно «сверять часы»

– Более 25 лет я занимаюсь организацией здравоохранения, и всё это время читаю «Медицинскую газету» без перерывов. Когда в 1990-х годах работал главным врачом ЦРБ в Челябинской области и одновременно возглавлял горздравотдел, то из публикаций отраслевого издания узнавал, как мои коллеги-руководители в других территориях страны умудряются исправно тянуть порученный воз, невзирая на безденежье и прочие тяготы того времени, которое нынче принято называть лихим.

Проявляя интерес к профессиональной газете, я не ожидал, что и она однажды заинтересуется моей скромной лептой. Приезжал корреспондент, и дважды о нашем опыте работы рассказывалось на страницах «МГ»...

После того, как я был назначен руководить Региональной дирекцией медицинского обеспечения на Свердловской железной дороге, то ознакомился с газетными публикациями, посвящёнными проблемным вопросам организации здравоохранения уже

под другим углом зрения. Мне стало важным «сверять часы», вчитываясь в статьи, которые касались ведомственной медицины, в том числе медицины стальных магистралей.

Не так часто, как хотелось бы, но тем не менее железнодорожная тема время от времени всплывает в «Медицинской газете». Освещаются события, имеющие ключевое значение для медицинского обеспечения безопасности пассажирских и грузовых перевозок, звучат знакомые фамилии... В этом году негосударственные учреждения

здравоохранения Свердловской железной дороги – а располагаются они в пяти регионах: Пермском крае, Свердловской и Тюменской областях, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах – оформили подписку на значительное количество экземпляров «МГ». Так что ждём в гости журналистов самой читаемой в наших медицинских учреждениях газеты! В рядах железнодорожных врачей на Свердловской магистрали трудятся профессионалы высокого уровня, и им есть чем поделиться с коллегами.

ПОДПИСКА-2015
ВТОРОЕ ПОЛУГОДИЕ

ОБЪЕДИНЕННЫЙ КАТАЛОГ

1 Российские и зарубежные газеты и журналы
2 Книжки и учебники

ПРЕССА РОССИИ

1 ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ
ТОМ

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

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

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам,

направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813**.

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

Выписывайте и читайте «Медицинскую газету»! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета	(индекс издания) Количество комплектов										
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда (почтовый индекс) (адрес)											
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
ПВ	место	ли-тер	на газету (индекс издания)								
Медицинская газета											
Стои-мость	подписки	руб.	коп.	количество комплек-тов							
	пере-адресовки	руб.	коп.								
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда (почтовый индекс) (адрес)											
Кому											

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В поисках рационального зерна

Конечно, в успешном наступлении на хвост палочке Коха необходима консолидация усилий прежде всего более чем 20-тысячной армии медицинских работников воронежской земли. Но не менее важны профессионализм, инициатива, а также характер и воля руководителя противотуберкулёзной службы. Более 10 лет назад фтизиослужбу Воронежской области возглавил С.Корниенко. Заступая на пост, он, как и все врачи, не понаслышке знал, что фтизиатрия – падчерица медицины, но чтобы до такой степени... Проблемы навалились ворохом, самым слабым звеном оказалась маттехбаза. Казалось, эти «авгиевы конюшни» не расчистить при всём желании.

Главный врач пытался определить собственный путь в непростой специальности. Прежде всего предстояло осмыслить ситуацию. Среди тех, кто подставил в ту пору плечо, были академик РАМН М.Перельман, член-корреспондент РАМН В.Ерохин, профессор М.Шилова, В.Аксёнова и т.д. М.Перельман сделал такое напутствие начинающему руководителю: «Быть требовательным, но при этом любить людей». Участвуя вскоре вместе с М.Перельманом в республиканском конгрессе в Вене, в очередной раз удостоверился в фундаментальности и практической ценности отечественного опыта. Россиянам было чем (не только высоким бременем туберкулёза) удивить зарубежных коллег, но и собственными наработками. С.Корниенко стремился рассмотреть и понять рациональное зерно в международном опыте. Так, в сопоставлении, рождалось собственное видение решения непростой проблемы. Вскоре защитил кандидатскую диссертацию по насущным вопросам управления противотуберкулёзными мероприятиями в сельской местности на основе мониторинга и прогнозирования эпидемической ситуации, получил 4 патента на программное обеспечение, которые в ту пору были новым словом для России. С постижением секретов профессии приходил опыт, накапливался авторитет. Руководитель начал проявлять инициативу, а попутно – жёсткий характер, целеустремлённость, волю. И люди стали прислушиваться, поверили. Он всегда точно знает, что и как делать, при принятии управленческих решений руководствуется здравым смыслом и нацеленностью на достижение результата.

– По большому счёту, – размышляет Сергей Васильевич, – нужно просто действовать, видеть цель, верить в её достижение и убеждать коллег собственным примером. Если сам будешь пахать, и все вокруг начнут пахать. Надо уметь достучаться до сердца каждого – санитарки, медсестры, фельдшера, врача, – чтобы все работали на своём участке чётко, как по уставу, досконально зная алгоритм своих действий и не допуская нашей пагубной надежды на авось. Туберкулёз любит «демократию», но очень боится твёрдого, жёсткого наступления на него. Как только дашь слабину, палочка Коха сразу поднимает голову. Борьба с туберкулёзом – комплексная, межведомственная. Она подразумевает включённость всех в единую, слаженную систему, действующую на основе новых методов и подходов в профилактике, диагностике и лечении. Любая система не работает, если какая-то шестерёнка механизма даёт сбой. Так и в нашем деле – можно закупить все необходимые противотуберкулёзные препараты, поставить суперсовременную аппаратуру, но до тех пор, пока фтизиатры и врачи общей лечебной сети не осознают всей полноты ответственности, отдачи не будет. У нас построена жёсткая вертикаль исполнительной дисциплины, при которой исключён так называемый человеческий фактор. Каждый профессионально делает то, что ему предписано порядком оказания медицинской помощи и нормативной базой, которая действует сегодня на тер-



Сергей Корниенко

Ориентиры

Откровения лидера фтизиатрии

ритории России. Большая работа с органами исполнительной власти привела к тому, что на всех уровнях появилась их приверженность к борьбе с туберкулёзом, начиная с губернатора, который владеет ситуацией, сложившейся в области, заканчивая муниципалитетами и сельскими поселениями. Это позволило выстроить оптимальную модель не только противотуберкулёзной службы, но всего регионального здравоохранения, направленную на достижение достойных результатов. Конечно, они могли бы быть лучше, но сказываются ещё прежние подходы и стереотипы мышления.

Благодаря руководителю сегодня система противотуберкулёзной помощи уже отлажена. И результаты не заставили себя ждать. В 2000 г. в области регистрировали 1900-2100 впервые выявленных больных, сегодня – 595 «своих», плюс примерно 200 – за счёт мигрантов. Раньше распространённость бациллярного туберкулёза составляла 140-160 на 100 тыс. населения, сейчас – 80.

На протяжении последних 5 лет в регионе действует комплексный подход по предупреждению распространения туберкулёза. В его основе – уменьшение скрытого резервуара инфекции за счёт активного своевременного выявления заболевания путём массовых скрининговых осмотров, а также снижение распространённости туберкулёза благодаря внедрению новых организационных, диагностических, противоэпидемических подходов к лечению как на стационарном, так и на амбулаторном этапе.

Для кардинального улучшения эпидситуации в регионе правительство Воронежской области приняло решение о проведении ежегодных флюороосмотров всего населения, начиная с 15-летнего возраста, не менее чем на 85%. В 2005 г. охват населения всеми видами осмотров на туберкулёз составлял 66,1%, в 2014 г. – 85,6%. Улучшилась структура выявляемых форм заболевания. На 16,2% уменьшилось число запущенных форм, на 21,9% снизился удельный вес умерших на первом году наблюдения.

В такое время плохим прогностическим признаком, по мнению главного врача, может стать возможный пересмотр стандартов во фтизиатрии. Смягчают же требования к ЕГЭ, чуть ли не разрешая жи-ши писать через «ы». В медицине при таком подходе пациенты, которые прежде считались опасными, начнут относиться к категории условно опасных, условно опасные, в свою очередь, станут неопасными и т.д. – Я считаю так, – рассуждает Сергей Васильевич. – В данный момент в нашей стране, где сохраняется большой резервуар туберкулёзной инфекции, незыблемой долж-

на остаться хорошо зарекомендовавшая себя модель отечественной фтизиатрии с мерами, направленными на раннее активное выявление, профилактику и своевременное лечение заболевания. Это подтверждено приказом Минздрава России № 951, методическими рекомендациями по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания, другими нормативными документами. Режимы химиотерапии туберкулёза в них актуали-

зированы в соответствии с текущей эпидемиологической ситуацией. Это доказательный уровень медицины, который позволяет внедрять новые подходы в практику. Все эти принципы должны строго исполняться. Рассчитывать на успех можно лишь тогда, когда во всех регионах России будут неукоснительно выполняться нормативные документы. Если же начнём руководствоваться подходами «условно-неусловно», это только навредит нам и отбросит назад.

Чтобы детство было счастливым

Заболеваемость туберкулёзом детей в Воронежской области всегда была значительно ниже средне-русской. В 2014 г. – 3,5 случая

здравоохранения, врачи общей лечебной сети обязаны переписать всех родственников будущей мамы, будь то муж, бабушки, дедушки, кум, сват, деверь. Доктора порой сами не в силах разобраться в степени их родства, но добиваются, чтобы каждый предоставил данные флюорографии. Всё это фиксируется в обменной карте. А если сама женщина, находящаяся в группе риска, не проходила флюорографию более года, её обязывают сделать это, чем предупреждают заражение ребёнка от матери.

В области в последние годы рождают до 100 больных туберкулёзом женщин. И чтобы понять, нет ли у новорождённого врождённого заболевания, которое сразу не манифестирует, фтизиатр выезжает в роддом, организует всесторон-

нее обследование и дальнейшее наблюдение ребёнка, чтобы не допустить развития туберкулёза.

Педиатры общей лечебной сети особенно нацелены на профилактику и раннее выявление туберкулёза. С подачи фтизиатров, которые убеждены, что выпускать ситуацию из-под контроля нельзя ни на минуту, они проявляют постоянную настороженность в отношении туберкулёзной инфекции.

– Мы тесно сотрудничаем со всеми коллегами, работающими в ОЛС, – рассказывает заместитель главного врача областного противотуберкулёзного диспансера, главный фтизиопедиатр Департамента здравоохранения Воронежской области Ирина Иконина. – Взаимодействуем, контролируем, ранжируем, оказываем методическую помощь, проводим областные и выездные

Мнения

Алексей ГОРДЕЕВ, губернатор Воронежской области:

– Мы будем и дальше развивать противотуберкулёзную службу Воронежской области. И в случае победы на конкурсе Международного союза и получения денежной премии средства будут направлены именно на эти цели. В частности, на диагностику и лечение детского туберкулёза, в том числе на строительство нового детского противотуберкулёзного диспансера со стационаром. Если на федеральном уровне помогут с софинансированием, со строительством, мы уложимся в годичный срок.

Ирина ВАСИЛЬЕВА, главный фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор:

– Воронеж за последние годы достиг успехов в снижении показателей смертности, заболеваемости и распространённости туберкулёза. В областной противотуберкулёзной службе очень хорошо выстроена система ранней диагностики, раннего определения особо опасных лекарственно-устойчивых форм и эффективного их лечения. Кроме того, регион служит примером успешной работы по приверженности больных к лечению. Лечить больных туберкулёзом нужно долго, далеко не каждый выдерживает. Прерывание лечения сказывается не только на здоровье пациента, но и на здоровье всего населения. Воронеж – пример именно такой работы, которую мы хотим показать другим странам мира как образец.

на 100 тыс. детского населения. С чем это связано? Во-первых, со следованием богатым традициям отечественной фтизиопедиатрической школы, во-вторых, с правильно выверенными организационными подходами. Анализ динамики эпидпоказателей показывает, что качественная организация профилактических противотуберкулёзных мероприятий ведёт к реальной стабилизации ситуации по туберкулёзу.

Работу по предотвращению заболеваемости туберкулёзом детского населения здесь начинают... ещё до рождения ребёнка. Новорождённые – это группа повышенного риска по заболеванию туберкулёзом, поэтому, как только беременная женщина встаёт на учёт в женской консультации, врачи приступают к изучению окружения будущего малыша. Согласно приказу Департамента

семинары для медицинских работников общей лечебной сети по раннему выявлению, диагностике, лечению туберкулёза. Скрупулёзно анализируем результаты профилактической работы. Чуть только отмечаем малейшие отклонения от нормы, тут же подключаемся и выправляем ситуацию. Мы осознаём, что на нас лежит великая ответственность, ведь стратегией ВОЗ определена глобальная задача – к 2035 г. ликвидировать эпидемию туберкулёза, а к 2050 г. свести заболевание на нет. Мы, педиатры, как раз и работаем с тем поколением, которое не должно заболеть к 2035 г. Поэтому от того, как нам сегодня удастся организовать раннее выявление, профилактику среди детского населения, будет зависеть исход амбициозной задачи элиминации туберкулёза.

По данным ВОЗ, среди всех выявляемых в мире случаев туберкулёза на долю детей приходится 11%. В РФ – 3%, на территории Воронежской области – 1,4%. Это говорит о продуктивности системы профилактики, которую следует развивать и укреплять. Работа строится на «трёх китах» – вакцинации, иммунопрофилактике и превентивной терапии в группах риска. На протяжении трёх последних лет фтизиопедиатры региона переходят от прежнего стиля работы и, благодаря новым возможностям углублённого обследования с помощью Диаскинтеста и компьютерной томографии, поднимаются на совершенно иной уровень диагностики. Сегодня у фтизиопедиатров России появился новый термин – «нанотуберкулёз», то есть у детей стали выявлять «малые» формы туберкулёза, не допуская его развития. Это даёт возможность надеяться, что в будущем, лет через 15-20, они не заболеют тяжёлыми, распространёнными процессами. Именно такие меры предупреждают рост заболеваемости.

Постичь загадки туберкулёза

Много веков туберкулёз сопровождает человечество. Казалось бы, изучен вдоль и поперёк. Ан нет. Вокруг него ещё множество «белых пятен», загадок, тайн. И кому как не молодым специалистам, научным работникам, старшекурсникам медицинских и фармацевтических вузов заниматься постижением непознанного, создавать высокоточное лабораторное и диагностическое оборудование, разрабатывать новые эффективные молекулы, внедрять современные методики диагностики и лечения?

Существенный вклад в противотуберкулёзную работу вносит Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко. Студенты разных факультетов, клинические интерны и ординаторы проходят обучение на кафедре фтизиатрии, которая базируется в ОКПТД. Та работа, которую совместно с медицинским учреждением проводят преподаватели вуза, сотрудники кафедры во главе с заведующей, доктором медицинских наук, профессором Ольгой Великой, позволяет, во-первых, готовить специалистов для фтизиослужбы, во-вторых, повышать противотуберкулёзную грамотность врачей смежных специальностей, которые обучаются в Институте дополнительного профессионального образования.

Обучающиеся наконец обратили свои взоры в сторону непрестижной прежде фтизиатрии. Сказались те изменения, которые касаются раннего выявления, профилактики, эффективного лечения заболевания, современного оснащения лабораторной базы ОКПТД, участия в международных программах, в том числе под эгидой ВОЗ. Руководство диспансера всемерно идёт навстречу новой смене.

– Кадровая проблема по-прежнему актуальна как для нашей области, так и для всей России, – рассказывает С.Корниенко. – Ей мы уделяем большое внимание, стараясь привлечь в специальность новое пополнение. Пока молодёжь, выходя из стен вуза, не очень-то горит желанием посвящать себя фтизиатрии, не нацелена на проведение научных исследований в этой области. Не всякий сегодня готов к общению с непростыми контингентами, ведь это тяжёлый, кропотливый, отчасти неблагодарный труд. И тем не менее с удовольствием могу заметить, что нынешние студенты, впервые за последние десятилетия, начали изъявлять желание работать в нашей специальности. В 2015 г. в службу приходят 3 выпускника вуза, в следующем – 5. Их желание родилось не на пустом месте. Они видят, как преобразуется наша служба, модернизируется лабораторная база, отмечают множество нововведений и инноваций, становятся свидетелями международных проектов, участвуют в международных конференциях. О нашем региональном опыте уже известно за пределами страны. И мне очень хотелось бы, чтобы

этот инновационный вектор продолжился, чтобы мои коллеги работали на достойном уровне. А благодаря энергии молодых, их креативному подходу к решению актуальных вопросов фтизиослужбы, уверен, нам удастся сделать наш регион и Россию свободными от туберкулёза.

– Вне всякого сомнения, – делится своим мнением ректор ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, доктор медицинских наук, профессор Игорь Есауленко, – сейчас наметилась существенная востребованность и мотивация студентов во фтизиатрии. Ещё несколько лет назад студенты под разными предлогами отказывались идти в интернатуру и клиническую ординатуру по фтизиатрии. Сегодня, используя прежде всего те наработки, которые есть в областной противотуберкулёзной службе, участие в международных проектах, проведение совместных конференций и симпозиумов с международными организациями, например с форумом Коха – Мечникова, мы сумели повысить мотивацию у студентов к фтизиатрии, и теперь практически не испытываем проблем в формировании контингента обучающихся, которые изъявили желание продолжить обучение в интернатуре и ординатуре по фтизиатрии.

Показателем мотивированности студентов является работа научно-студенческого кружка при кафедре. Так вот, ещё 7-8 лет назад, на кафедре фтизиатрии не было научно-студенческого кружка, поскольку никто не желал работать в этом направлении. А сегодня в нём от 10 до 20 человек, которые заинтересованы фтизиатрией. Изменилась форма преподавания материала, вследствие чего у молодёжи появился отличный стимул. Перед ними открываются новые горизонты и перспективы. И ещё перед их глазами – заинтересованные, инициативные, динамичные люди, коими являются С.Корниенко и О.Великая. Они сами увлечены новыми идеями, и сплотили вокруг себя команду единомышленников. Такой подход привлекает молодых, и они мечтают влиться в этот творческий коллектив, дабы совместно трудиться на достижение общего результата.

В сопровождении добра

Эффективность лечения туберкулёза в нашей стране по-прежнему остаётся недостаточно высокой. Одна из причин – преждевременное прекращение лечения пациентов, что, по данным специалистов, составляет примерно 40% от всех отрицательных исходов. В связи с ростом количества МЛУ-ТБ появилось понятие «контролируемое лечение», когда больной ежедневно принимает противотуберкулёзные препараты в присутствии медицинского работника.

МЛУ-ТБ превратился сегодня в мировую и российскую проблему. Происходит это вследствие организационных недостатков, перебоев с обеспечением противотуберкулёзными препаратами, отсутствия приверженности пациентов к лечению. От этого палочка Коха мутирует, формируется множественная лекарственная устойчивость возбудителя, что сопряжено с огромными финансовыми затратами, увеличением сроков лечения, утяжелением процесса. Поэтому если больного лекарственно-чувствительным туберкулёзом специалисты могут «вернуть в строй» в течение года – полутора лет, то время лечения больных с МЛУ-ТБ занимает от 2,5-3 до 5-7 лет.

Химиотерапия туберкулёза – процесс длительный и сложный, требующий чёткой организации, ответственности на различных этапах лечения. Амбулаторный этап является решающим в достижении эффективности лечения и выздоровления больного. В сельских районах Воронежской области решена проблема амбулаторного контролируемого лечения – в настоящее время его получает 301 пациент. Эта задача возложена не только на представителей фтизиатрической службы, но и на медицинских работников общей лечебной сети. Приём пациентами противотуберкулёзных препаратов осуществляется под

непосредственным наблюдением медицинского персонала.

Ещё в 1893 г. на окраине Хреновского бора, что в нынешнем Бобровском районе, доктором Дмитрием Габриловичем был основан «людской лазарет с кумысолечебницей» – прообраз современного областного санаторного комплекса «Хреновое». За 2014 г. в санатории получили лечение 1684 пациента из различных групп диспансерного учёта. (В санаториях федерального значения – 75 пациентов-воронежцев.) Санаторно-курортное лечение широко используется на различных этапах лечения с целью восстановления нарушенных функций организма, патогенетического воздействия, восстановления трудоспособности пациентов.

Следует учитывать, что не все больные охотно соглашаются на лечение, ведь среди них немало асоциальных лиц. Для многих нужен «контролёр», в присутствии которого больной примет лекарства, а не выбросит их, что очень важно,

установили доплату медицинским работникам. А ещё мне по душе то, о чём я уже говорил, – строгое следование жёсткому международному алгоритму, благодаря чему это начинание у нас проходит с успехом. Проект реализуется с максимальным исполнением всех требований, которые предъявлены нам международными организациями, и, я считаю, благодаря такому постоянному контролю, буквально ежедневной отчётности, анализу эффективности проводимой работы мы продолжаем вносить весомый вклад в улучшение ситуации по туберкулёзу.

Отметим, что проект пациент-ориентированного сопровождения реализуется ОКПТД начиная с 2011 г. Его цель – улучшить исходы лечения лиц из групп социального риска, а основная задача – мотивировать и стимулировать к лечению таких сложных пациентов, с которыми неэффективны оказываются все другие мероприятия, проводимые противотуберкулёзной службой. В проект включают пациентов

пациенты отнюдь не сахар, очень сложные, причём во всех отношениях. Сказывается и синдром профессионального выгорания. Кто-то не выдерживает психологической нагрузки, кому-то не по силам целый день колесить по городу в поисках пациента.

Поначалу, когда проект только стартовал, отмечалось несколько случаев угроз в адрес сотрудников. Но даже в этом случае они не прибегали к услугам полицейских, поскольку это не пошло бы на пользу делу. Все осознавали, что в их миссии нет места никакому насилию. Медицинские работники включали свою дипломатию и мотивировали больного на завершение полного курса лечения.

Администрация ОКПТД вместе с партнёрами рассчитывают, что с лечением самой неблагоприятной в социальном плане группы больных, являющихся главным источником инфекции, на территории города в ближайшей перспективе наступит реальное улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулёзу.

«Умный диспансер»

В Воронежском противотуберкулёжном диспансере созданы все условия для эффективного проведения лечебно-диагностического процесса. Здесь заботятся об общем самочувствии пациентов. Никогда не назовут своих питомцев «тубиками». Это такие же люди, хотя многие из них прошли зону, стали асоциальными, неприкаянными, не нужными родственникам и обществу. Но они также нуждаются в заботе, добром слове, участии и любви. Нуждаются, в том числе, в инфекционной защите. Вот почему ОКПТД служит крепким тылом от инфекции. Что греха таить, довольно часто именно в медицинском учреждении наносится непоправимый вред здоровью пациентов вследствие экзогенной реинфекции. В условиях даже непродолжительного контакта госпитализированные заражаются лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерии. В Воронеже решили раз и навсегда избавиться от этой проблемы, сделав ставку на инфекционную безопасность.

ОКПТД смело можно назвать «умным диспансером». Огромный 7-этажный корпус разделён на самостоятельные блоки, каждый из которых имеет свои запирающиеся выходы и собственную лестницу. Это позволяет не допускать «перекрёста» инфекции. Каждая из групп, будь то впервые выявленные, больные с МЛУ-ТБ, пациенты МБТ-плюс, МБТ-минус и т.д., передвигаются по автономным «маршрутам».

Строгое соблюдение правил инфекционного контроля началось с сотрудничества с «Партнёрами во имя здоровья». Именно они предложили внедрить тактику активного деления потоков больных при госпитализации и выявления среди них пациентов с лекарственной чувствительностью и множественной лекарственной устойчивостью, разделять их потоки по отделениям и адекватно лечить. Проект и получил такое название АВРАЛ, что означает: Активно Выявить, Разделить (потоки), Адекватно Лечить.

Всего в диспансере 9 отделений, где потоки пациентов разделены согласно степени их бактериальной опасности, устанавливаемой по результатам тестирования на автоматизированном ПЦР-анализаторе GeneXpert, которое проводится всем пациентам в течение 24 часов с момента госпитализации. Эта технология позволяет в течение 2-2,5 часов выявить у пациента генетические мутации и с 99-процентной точностью даёт ответ на вопрос, имеется ли у человека МЛУ-ТБ. Первые сутки все пациенты пребывают в изоляторном блоке в ожидании результатов своего тестирования, после чего распределяются в терапевтические отделения.



Бактериологическая лаборатория диспансера

особенно если учесть, что стоимость годового курса химиотерапии пациента с МЛУ-ТБ составляет от 800 тыс. руб. до 1,5 млн руб. Преступно выбрасывать такие деньги на ветер.

– Я считаю, что сотрудничество с Партнёрством Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ, Комитетом зелёного света, а также реализация проекта «Партнёры во имя здоровья» по пациенториентированному сопровождению стало своеобразной инновационной волной воронежской фтизиатрии, – говорит С.Корниенко. – Рассчитан проект, который получил неофициальное название «Сопровождение», на оказание помощи тем нашим пациентам, которые оказались в трудной жизненной ситуации, имеют сопутствующие заболевания (хронический алкоголизм, наркомания и т.д.) да в придачу к этому ещё и социальные проблемы. Как правило, они уклоняются от стационарного лечения. Но, как говорится, коли гора не идёт к Магомету... Мы решили лечить их амбулаторно, с привлечением необходимых специалистов. Вследствие этого люди не остались наедине со своей бедой, они окружены заботой и вниманием наших сотрудников, получают финансовую поддержку, качественные противотуберкулёзные и иные лекарственные препараты, продовольственные наборы, санитарно-гигиенические принадлежности.

Также мы помогаем людям в поиске путей выхода из непростых жизненных ситуаций, ведь порой они не виноваты в том, что очутились в данный момент на обочине жизни. Реализация инновационных подходов контролируемого лечения приводит к хорошим результатам. Медицинские работники ежедневно выезжают на дом к больным туберкулёзом, где те в присутствии наших сотрудников принимают лекарства. Наши партнёры действительно помогли нам новыми методиками, оборудованием, противотуберкулёзными препаратами, спонсировали стартовое обучение наших специалистов в Томске, организовали 3 выездных тренинга в Воронеже, приобрели автотранспорт,

с приверженностью менее 70-80%, независимо от сроков лечения, преимущественно с МЛУ-ТБ (до 65%). Медицинским персоналом обеспечивается полностью контролируемое лечение в удобном для больного месте и в удобное время. Если же пациент отсутствует, медработники предпринимают усилия по его поиску и вступлению в контакт. Основной мотивацией приёма медикаментов служит выдача ежедневных продуктовых наборов. Кроме того, оказывается наркологическая, психологическая, социальная поддержка. Эффективность работы оценивается по результатам лечения.

По словам заместителя главного врача ОКПТД по диспансерной работе Веры Леликовой, реализация проекта способствует повышению эффективности лечения. За 3 года пролечены 162 пациента, часть из которых продолжает терапию. У 90% отмечено клиническое излечение от туберкулёза. У 91 пациента из 102 завершивших курс лечения оно прошло эффективно, у них достигнуто прекращение бактериовыделения. У части отмечен отрыв от лечения. Есть и умершие, но не от туберкулёза, а от других заболеваний, как правило, травм и отравлений, что свойственно этому непростому контингенту. Есть и такие выбывшие, кто вновь оказался в местах лишения свободы.

Но эффективность этих мер стоит оценивать и по другим критериям. Для этого следует посмотреть на проблему глобальнее и глубже. Всего в течение 3 лет пролечено 162 человека, вроде бы, немного. Но это те люди, которые не ушли «в никуда», остались живы и здоровы. А не получили вовремя должной химиотерапии, каждый из них, свободно передвигаясь по городу, мог бы заразить от 20 до 50 человек.

Сегодня проект разрастается, создано уже 2 бригады, которые колесят по Воронежу со своей гуманитарной миссией. К сожалению, группы сопровождения периодически обновляются. Сегодня сформирована уже третья. Сказывается человеческий фактор, ведь их

Ещё одно нововведение – не так давно, опять же при поддержке «Партнёров во имя здоровья», в диспансере организована школа пациента. Они предоставили необходимое оборудование, видеотехнику, организовали обучение персонала. И теперь в медицинском учреждении появилась очень важная служба, введение которой давно напрашивалось и которую долго ждали как специалисты, так и пациенты. Отныне каждому госпитализированному, когда он ещё находится в изоляторном блоке, объясняют причины развития заболевания, предупреждают, что могут возникнуть побочные реакции на противотуберкулёзные препараты, как бороться с такими эффектами, какой длительности будет лечение, какие меры социальной поддержки он вправе получить во время лечения, какие существуют формы лечения после выписки из стационара и какие меры социальной поддержки можно получить уже после выписки из стационара. В результате таких мер каждый получает важную для себя информацию, что очень важно. И потом, как говорится, предупреждён – значит, вооружён.

Научим быть здоровыми!

Являясь одним из флагманов фтизиатрической службы России, воронежский ОКПТД делится опытом с другими регионами. Чем именно?

– Знаете, – говорит С.Корниенко, – когда к нам приезжают коллеги из соседних регионов, с которыми мы охотно делимся всеми своими «секретами», они порой разочарованно отмечают, что чего-то сверхнового у нас не нашли. Соглашусь с ними. Просто нам удалось сформировать жизнеспособную интегрированную модель, наладить межсекторальное сотрудничество. А ещё залог успеха нашей большой работы – в профессиональной ответственности каждого конкретного человека. По большому счёту, мы не считаем себя флагманом, просто мы ежедневно, кропотливо, честно, на с высокой долей профессиональной ответственности работаем на территории области. Вот этим и готовы делиться с коллегами.

Конечно, Сергей Васильевич скромничает. Дело в том, что в регионе действительно функционирует эффективная, отлаженная система противотуберкулёзной помощи. И интерес к ней проявляют не только ближайшие соседи, но и зарубежные специалисты. В Воронежской области используют доказательные технологии, высокоэффективные при правильном внедрении. Этому способствуют мощный базис и прекарная инфраструктура диспансера, гордость диспансера – лаборатория.

Общеизвестно, что в настоящее время налаживается международное взаимодействие между Россией и Китаем. Так вот китайская сторона проявляет огромный интерес к опыту воронежцев. Поскольку воронежский регион открыт к общению, уже были предприняты попытки познакомиться с ним. Ежегодно в Китае официально регистрируется свыше 3 млн случаев заболеваемости туберкулёзом. Сегодня ему по плечу создать мощное медицинское учреждение, «упаковав» его современными технологиями, которые не уступают западным образцам. Но вот достучаться до сознания каждого человека, найти больного, живущего в глубинке, обеспечить необходимыми медицинскими услугами пока они не в состоянии. Поэтому наработки воронежцев им столь необходимы.

Воронежские фтизиатры не замыкаются в собственных четырёх стенах. Поддерживая тесное взаимодействие с курирующими их московскими институтами фтизиопульмонологии и туберкулёза, международными организациями, участвуя во всемирных мероприятиях, ни в коем случае не сбрасывая со счетов богатейший отечественный опыт, они стремятся к тому, чтобы жить на воронежской земле было ещё безопаснее и комфортнее.

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

В настоящее время из-за неблагоприятной экологической обстановки, инфекций, злоупотребления алкоголем и наркотиками всё большее количество молодых женщин и мужчин страдают бесплодием. Недавно первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко провёл «круглый стол» на тему «Репродуктивное здоровье российской молодёжи».

За последние 10 лет, отметил Н.Герасименко, рождаемость в России всё-таки увеличилась – в Европе мы по этому показателю занимаем 13-е место. В разы сократилась материнская смертность, а ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 71 года. Но сейчас мы вступаем в период начала демографического спада. В 1985 г. в стране рождалось 2,5 млн детей, в 90-е – 1,3 млн. Сейчас в репродуктивную стадию жизни вступают люди, рождённые в 90-е годы. Это поколение было подвержено алкоголю, наркотикам, табаку. Только от наркотиков ежегодно умирает около 100 тыс. человек, а смертность среди мужчин трудоспособного возраста от 20 до 45 лет экстремально высока. Плюс многочисленные заболевания СПИДом и половой сферы. В результате 16% семей остаются бесплодными, а это уже не медицинская проблема, а социально-демографическая. Высока заболеваемость и среди новорождённых.

Поэтому сейчас нужна концепция репродуктивного здоровья граждан, чтобы знать не только количество рождаемых детей, но и то, насколько эти дети, став взрослыми, будут способны воспроизводить здоровое

Пресс-конференция

Рожать или не рожать?

По-прежнему перед многими нашими согражданами встаёт этот сакраментальный вопрос

поколение, и что нужно сделать государству, какие законы и программы принять, чтобы в ближайшие 10 лет изменить ситуацию. Потому что за этот период поколение в возрасте 20-40 лет может уменьшиться вдвое. Особенно эти проблемы касаются мальчиков, которые в силу стеснительности, других причин чаще, чем девочки, остаются наедине со своими репродуктивными проблемами.

Директор Института научно-общественной экспертизы Сергей Рыбальченко осветил демографическую оценку проблемы. Говоря о репродуктивном здоровье, нужно помнить о репродуктивном потенциале, потому что без него наши положения о здоровье не будут давать ожидаемого результата. В 2012 г. Президент РФ предложил сценарий, по которому в 2050 г. количество жителей России должно увеличиться до 154 млн. Планируется, что в 2025 г. на одну женщину будет приходиться 2,05 ребёнка. Сделать это будет непросто, поскольку на сегодня численность

15-летних в 2 раза меньше, чем 25-летних. Сейчас мы попадаем в демографическую «яму», связанную с низкой рождаемостью в 90-е годы, когда доля современной молодёжи по отношению к другим возрастам будет снижаться. За ближайшие 10 лет это снижение может составить 9-10 млн человек. У женщин до 29 лет этот показатель может достигнуть 40%. Реальный коэффициент рождаемости на сегодня составляет 1,7 ребёнка на одну женщину. Поэтому необходимо снизить возраст рождения первого ребёнка, дать возможность женщине совмещать рождение детей и их воспитание с получением образования и трудовой занятостью. Также необходима государственная помощь молодой семье в получении жилья по мере рождения детей.

Директор НИИ урологии Минздрава России Олег Аполихин отметил, что Министрство здравоохранения в сфере младенческой и материнской смертности добилось хороших результатов – показатель рождаемости в настоящее время может в скором

времени быть приближён к цифре 1,9. Но большое количество детей теряется на аборт – примерно 50-70%. Но эти потери при правильно построенной работе в этом направлении, по мнению эксперта, легко устранимы. И государство участвует в этом вопросе, и все религиозные конфессии его поддерживают.

В последнее время резко снизился возраст сексуального дебюта – для девочек 15-16 лет, для мальчиков – 14-16. Но при этом растёт возраст вступления в брак – для девушек это 24-26 лет, для мужчин – 26-29. Различные заболевания способствуют тому, что ребёнок рождается с низкой массой тела. Вступая в репродуктивные отношения, люди имеют состоявшиеся проблемы со здоровьем, о которых даже не догадываются. А первый аборт фактически ломает всю репродуктивную систему. И проблему с бесплодием приходится решать методами высокотехнологичных и импортных технологий. Только 4% опрошенных женщин хотят иметь детей «сколько Бог даст», а 5% вообще не желают

становиться матерями. К тому же 86% добрых отношений заканчиваются сменой партнёра. Поэтому самый важный социальный вопрос – это репродуктивное поведение. И лучше всего ситуация обстоит в республиках Северного Кавказа. Сейчас, как никогда, необходима ранняя репродуктивная профилактика, борьба с факторами риска.

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина начала своё выступление довольно оригинально: если бы в рекламе стирального порошка показывали семью не с одним, а с двумя детьми, у людей подсознательно бы складывалось желание иметь 2-3 ребёнка. Сейчас утверждена концепция государственно-семейной политики, в которой Минздрав принимал большое участие. Хочется повториться на счёт уменьшения младенческой смертности – это 6,3 ребёнка на 100 тыс. против 30 в 80-е годы. Что касается диспансеризации, здесь наконец-то наступает равноправие – девочки осматриваются акушерами-гинекологами, а мальчики – урологами. В результате у 56% подростков выявляются заболевания и назначается лечение. Причём 12% – это заболевания, приводящие к бесплодию.

К сожалению, ещё встречается недоверие родителей к врачам. Те, в свою очередь, не могут вылечить всех бесплодных. Но радует то, что медицинские технологии постоянно развиваются. Так, в прошлом году после ЭКО родилось 12,5 тыс. детей, причём 95% из них полностью здоровы.

Вячеслав СВАЛДНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Тенденции

На грани между «до» и «после»...

Человек придумал колесо, а потом попал под него

Сегодня статистика последних дорожно-транспортных происшествий напоминает сводки из района боевых действий. Так, по данным ГИБДД, в России в 2013 г. в ДТП погибло 27 025 человек (это почти в 2 раза больше потерь Советской армии в Афганистане). В пересчёте на общее количество населения количество погибших в ДТП на дорогах России почти в 4 раза больше, чем в странах Европейского союза.

Первую строчку в причинах этой печальной статистики занимает пьянство за рулём. На втором месте – телефон: разговоры, СМС-переписка и т.д. Далее – лихачество (превышение скорости). К слову сказать, в упомянутых выше странах ЕС наблюдается тенденция к уменьшению числа жертв в ДТП в целом, в России – всё с точностью до наоборот. По сути, все названные причины – не что иное, как отсутствие культуры вождения, равно как и культуры вообщее.

Несколько лет назад в России была принята программа медицинской помощи при ДТП «Дорожный травматизм», предусматривающая создание трёх-уровневой системы центров оказания этой помощи. Самый простой, третий уровень – доставка



В реанимационном отделении Вадим Чмулёв у постели пострадавшего в ДТП

пострадавших транспортом ЦРБ в стационары второго уровня (больницы крупных городов, промышленных центров и т.д.), при невозможности оказания медицинской помощи на втором уровне пострадавший транспортируется в центр первого уровня (республиканские, краевые, областные больницы).

В этой иерархии Невинномысск, крупный промышленный центр и транспортный узел Юга России, а также второй по численности населения город в Ставропольском крае, занимает вторую строчку: в 2010 г. на базе Невинномыс-

ской городской больницы был создан травматологический центр второго уровня, для оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, и открыто операционное отделение для противошоковых мероприятий. За этим центром закреплена зона ответственности на участке федеральной автодороги М-29 «Кавказ» протяжённостью 24 км. «С учётом специфики всё равно приходится обслуживать гораздо больший участок дороги», – уточняет начальник территориального отдела здравоохранения по Невинномысску

Александр Бровкин. – По сути, забираем пострадавших в ДТП едва ли не со всех территорий двух районов края – Кочубеевского и Андроповского».

При том, что кадровая проблема продолжает оставаться одной из ключевых в российском здравоохранении, укомплектованию центра уделено особое внимание: 10 врачей из Невинномыска прошли обучение в Москве на цикле тематического усовершенствования «Оказание медицинской помощи пострадавшим при ДТП».

Что же касается оснащения, то за счёт средств краевого бюджета Министерством здравоохранения Ставропольского края в 2010 г. было закуплено и передано оборудования в городскую больницу Невинномыска на сумму 10 млн 510 тыс. руб.

Непосредственно в центре нашим гидом был заведующий отделением анестезиологии и реанимации городской больницы Вадим Чмулёв:

– С самого начала мы очень удачно расположили этот центр по соседству с отделением реанимации, что позволило более эффективно проводить все действия с поступающими пациентами. На сегодня мы оснащены всем необходимым: аппаратура для УЗИ, рентгенографии, компьютерный томограф... С учётом этого весь

комплекс медицинской помощи оказываем на месте, и только в редких случаях отправляем пациентов в Ставрополь, в центр первого уровня.

За несколько лет работы невинномысского центра медики настолько вошли «в тему», что уже делают некие прогнозы.

– Как правило, пиковые значения случаев ДТП приходится на летнее время, когда люди отправляются в отпуск, – продолжает рассказ В.Чмулёв. – Бывают сезонные «всплески»: сухо, а потом пошёл дождь, ударил мороз и т.д. Если смотреть по суткам, то чаще всего – ночью, когда водитель устает... Ну и конечно, в большинстве случаев – по причине нетрезвого состояния водителей. Живой иллюстрацией именно этого порока был пациент, который поступил в центр тремя днями ранее и на момент беседы находился в отделении реанимации. Мужчина 54 лет, будучи в нетрезвом состоянии, не справился с управлением...

Остаётся добавить, что за время работы невинномысского центра здесь была оказана медицинская помощь 1736 пациентам, которые по тем или иным причинам стали жертвами ДТП.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

«БОЛЬ В СПИНЕ» — проблема междисциплинарная решение механотерапевтическое

(в свете приказа МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012 «О порядке организации медицинской реабилитации»)

Существует так много разнообразных способов консервативного и хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, а проблема «боль в спине» так и не решена?.. От болей в спине люди страдали во все времена. Едва ли найдётся человек, которого такая проблема обошла стороной. Люди, вынужденные длительно пребывать в однообразном положении, вызывающем статическое напряжение мышц (вождение автомобиля, работа за компьютером, авиаперелёты и т.д.), а также те, кто испытывает большие мышечные перегрузки (при занятиях спортом, работе на дачном участке, подъёме тяжёлых вещей), рано или поздно начинают ощущать боль в спине.

Здоровый позвоночник является основой благополучия организма человека. Почему же из надёжной опоры он вдруг превращается в источник мучений, а боль в спине становится чуть ли не нормой? В России около 90% населения в возрасте старше 30 лет имеют проблемы со спиной. Основная причина заключается в том,



что человек за последние годы изменил свой образ жизни: физическая нагрузка уменьшилась во много раз, а нервно-психическое перенапряжение достигло критического уровня. Всё это приводит к функциональным нарушениям, а затем и к патобиомеханическим изменениям в позвоночном столбе.

Сначала ослабевают мышечная опора и мышечный корсет позвоночника. Мышцы перестают играть роль амортизаторов, и нагрузка переходит на кости, межпозвоночные диски и связочный аппарат позвоночника, который со временем начинает деформироваться, а позвонки — смещаться, что приводит к ущемлению корешков спинномозговых нервов и проявлению всем известных болей в спине, «прострелов» и других «радостей» радикулита. Однако же самые частые причины болей — вертеброгенные болевые синдромы — патогенетически связаны именно с патобиомеханическими изменениями, возникающими при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника.

Классификация болей в спине

Объект внимания алгологов — обширная категория патологических болей в спине. Из них первую группу составляют так называемые соматогенные боли, возникающие при любых заболеваниях внутренних органов, что обусловлено раздражением периферических рецепторов.

Вторая группа — боли в спине невропатического, или неврогенного, характера. Они появляются при повреждении нервной системы и часто оказываются непостоянной задачей для неврологов. Ведь если в случае соматогенной боли достаточно устранить причину её возникновения, то в невропатическом варианте неприятные ощущения часто не имеют конкретного источника, а болевые импульсы генерируются в периферических нервах или ЦНС спонтанно.

Наконец, последняя и, пожалуй, самая загадочная группа патологических болей — психогенные. Они появляются будто бы беспричинно, на пустом месте, когда не повреждены ни внутренние органы, ни нервная система. Чаще всего такие состояния возникают на фоне психических расстройств. Депрессия — одно из самых распространённых психических заболеваний — в большинстве случаев сопровождается именно такой спонтанной болью.

Существует и другая классификация, согласно которой боль может быть острой или хронической. Острые боли, как правило, имеют соматогенную природу. Они сохраняются определённое время, в зависимости от вида и продолжительности повреждения. Хроническую боль отличает длительность: она может беспокоить человека и по истечении формального срока, необходимого для восстановления ткани. Хроническая боль — поставщик гуманитарных, экономических и социальных проблем, и именно ей неврологи уделяют особое внимание. Её лечение затруднено, причины часто не ясны, она приносит пациентам долгие и тяжёлые страдания. Кроме того, нужно отметить, что хроническая боль — это не симптом, а заболевание центральной нервной системы. Проблема заключается в том, что её нужно лечить по другим правилам. Для эффективного лечения боли в спине нужны **биофизиопсихосоциальный** подход и **мультимодальное** лечение, включающее когнитивные, поведенческие подходы, социальную реабилитацию и применение специальных методов воздействия механической природы.

Таким образом, в современном мире боль в спине — это серьёзная медицинская и социально-экономическая междисциплинарная проблема, один из ведущих факторов современной нетрудоспособности и даже инвалидизации, что постоянно отмечается в докладах участников конференций, посвящённых проблемам боли в спине.

Только что (15.04.2015) в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Боль в спине — междисциплинарная проблема 2015», на которой были затронуты вопросы формирования и организации специализированной противоболевой системы. Однако при этом в докладах участников не

были отмечены и затронуты новые, более перспективные направления — возможные пути решения **мультидисциплинарной** проблемы «боль в спине» с применением методов механотерапии в клинической практике.

В последние 10 лет в России и странах СНГ созданы и работают сотни клиник по лечению боли в спине на базе аппаратов механотерапии серии «ORMED». Автоматизированные механотерапевтические аппаратно-программные комплексы серии «ORMED» используются для лечения, реабилитации и профилактики функций позвоночника путём дозированного вытяжения вибрационно-механического и теплового **паравертебрального** воздействия на **околопозвоночные мышцы**.

«ORMED» — спазмам нет

Боль в спине бывает часто обусловлена повреждением (растяжением) околопозвоночных мышц при тяжёлой физической работе, а также рефлексорным мышечным спазмом при повреждении или заболевании позвоночника. При **мышечном спазме** происходит сокращение мышцы, при этом она не может расслабиться. При повреждении многих позвоночных структур (дисков, связок, суставных капсул) происходит непроизвольное сокращение околопозвоночных мышц, направленное на стабилизацию повреждённого участка. При **спазме мышц** в них накапливается молочная кислота, представляющая собой продукт окисления глюкозы в условиях недостатка кислорода. Высокая концентрация молочной кислоты в мышцах обуславливает возникновение болевых ощущений. Молочная кислота накапливается в мышцах из-за того, что **спазмированные мышечные волокна** сдавливают кровеносные сосуды. При расслаблении **спазмированных** мышц путём паравертебрального вибрационно-механического воздействия с помощью обкатывающих роликов-массажёров просвет сосудов восстанавливается, происходит вымывание кровью молочной кислоты из спазмированных («забитых») мышц и наступает эффективное безболезненное функционирование позвоночника.

«ORMED» — лучшее лекарство от болей в спине

Сегодня в профилактике и восстановительном лечении дорсопатий большое внимание уделяют средствам механического воздействия. Один из методов механического воздействия на позвоночник и его костно-суставные элементы — аппаратно-вибротракционный метод механического воздействия с помощью декомпрессионных аппаратов механотерапии серии «ORMED».

Производитель механотерапевтических автоматизированных комплексов серии «ORMED» Научно-внедренческое предприятие «Орбита» работает на российском медицинском рынке уже более 15 лет. За это время в компании разработано, произведено и успешно эксплуатируется более 10 тыс. автоматизированных механотерапевтических комплексов для коррекции функционального

состояния позвоночника. О многом говорят отзывы лечащих врачей государственных и частных клиник, представленные на сайте предприятия, и растущий год от года объём производства. В компании не только обеспечивают необходимой научно-технической методической литературой, учат работать с аппаратами, но и помогают в открытии быстрокупаемого кабинета для лечения, профилактики и реабилитации заболеваний позвоночника на коммерческой основе: **«ORMED работает — вы зарабатываете».**

Метод сочетанный — эффект синергетический

Сегодня в профилактике и восстановительном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата позвоночника большое внимание уделяют средствам механического воздействия. Правильно разработанные и научно обоснованные сочетания различных физических факторов механической природы представляют большую ценность для лечебной практики.

Снять напряжение со спазмированных мышц спины, поставить на место сдвинутые позвонки, восстановить утраченную гибкость позвоночника, следовательно, устранить сдавливание нервов возможно, если механически воздействовать на позвоночник, регулярно и своевременно производить виброрелаксационную коррекцию (репозицию) смещённых позвонков. Одно из направлений реабилитации — аппаратно-вибротракционный метод механического воздействия с помощью декомпрессионных аппаратов серии «ORMED». Основными действующими факторами предложенных аппаратов являются дозированное осевое вытяжение и локально-вибрационное механическое паравертебральное воздействие на околопозвоночные мышцы с помощью обкатывающих роликов-массажёров, жёстко соединённых с вибратором.

При этом применяется **сочетанный метод** комплексного лечения, так как физические факторы — вытяжение (тракция), виброрелаксация, обогрев, виброрелаксация позвонков — действуют одновременно и подаются на один и тот же участок тела — позвоночник — в виде одной процедуры. В этом случае происходит усиление взаимовлияния физических факторов на физиологической основе их совместного суммарного действия, что формирует новые лечебные эффекты, то есть достигается **синергетический эффект**. Эффективность применения предложенной методики не вызывает сомнения, так как многочисленными исследованиями установлено, что при дозированном вытяжении позвоночника происходит увеличение высоты межпозвоночного диска, снижение внутридискового давления, способствующее декомпрессии спинномозговых корешков и позволяющее проводить виброрелаксацию-репозицию позвонков. При этом виброрелаксация проводится паравертебрально с помощью роликов-массажёров, сообщая позвонкам поперечное силовое механическое воздействие и заставляя их «плавать» в мягких мышечных тканях, пре-

одолевая межкостное сцепление. Методики медицинской реабилитации, основанные на механотерапии, являются патогенетически оправданными и эффективными для наибольшего числа пациентов с дистрофическими заболеваниями позвоночника. Гарантия до 3 лет!

Аппараты серии «ORMED» позволяют за счёт многокомпонентного механического воздействия на паравертебральные продольные мышцы спины достичь релаксации за 3-10 минут. Весь сеанс тепловиброрелаксационно-роликотерапевтического массажа с параллельным дозированным вытяжением занимает всего 10-15 минут, что, по данным исследований, является оптимальным для активизации лимфо- и кровообращения в позвоночных и околопозвоночных структурах. Аппарат может быть установлен в неврологических, физиотерапевтических, реабилитационных отделениях больницы, поликлиник, санаториев, центров.

Все параметры процедур на данных механотерапевтических комплексах серии «ORMED» дозируются и настраиваются электронно, аппараты многофункциональны и современны, на них достигаются высокие результаты лечения заболеваний позвоночника, таких как различные неврологические проявления остеохондроза, грыжи и протрузии межпозвоночных дисков и другие виды дорсопатий.

И если уж у относительно здоровых лиц имеется предрасположенность к появлению заболеваний позвоночника, то при уже сформировавшемся остеохондрозе позвоночника регулярные аппаратные тренировки паравертебральных околопозвоночных мышц на таких многофункциональных механотерапевтических установках, как «ORMED-тракцион», «ORMED-профессионал», «ORMED-профилактик», «ORMED-релакс», «АКВАРЕЛАКС» (ванна бесконтактного гидромассажа позвоночника), «ORMED-кинезо» (кинезотерапевтический тренажёр) и «АКВАТРАКЦИОН» (комплекс подводного вытяжения и гидромассажа позвоночника) крайне необходимы.

НВП «Орбита» — одно из немногих современных отечественных производителей декомпрессионных аппаратов, которые в комплексе позволяют лечить межпозвоноковую грыжу **без хирургического вмешательства**. Обобщение опыта врачей в применении серии аппаратов механотерапии «ORMED» в лечении и восстановлении функционального состояния позвоночника помогают компании «Орбита» успешно внедрять новые функции в существующие модели и вести новые инновационные разработки.

Система менеджмента качества предприятия сертифицирована по **Международным стандартам ISO 9001:2011**. Гарантия на оборудование до 3 лет!

НВП «Орбита» осуществляет полное сервисное обслуживание своей продукции, сообщает о новинках, и на сайте предприятия www.ormed.ru всегда можно найти актуальные отзывы работающих с аппаратами фирмы врачей, а также получить консультацию по их эксплуатации и методикам лечения.

Механизмы лечебного действия аппаратов «ОРМЕД»

Механотерапевтические установки серии «ОРМЕД» объединяют в себе новейшие медицинские технологии реабилитации и лечения заболеваний позвоночника и суставов, основанные на механическом дозированном вытяжении и роликовом паравертебральном вибромассаже позвоночника. Существуют следующие методы лечебного воздействия на аппаратах «ОРМЕД»: роликовый вибромассаж паравертебральных зон позвоночника; акупрессура биологически активных точек перемещающимися роликами-массажёрами по оси позвоночника; растяжение, сгибание, разгибание, коррекция, репозиция позвонков движущимися роликами-массажёрами; тепловое воздействие на околопозвоночные мышцы; дозированное вытяжение позвоночника.

Роликовый вибромассаж

Выполняется перемещающимися роликами-массажёрами под воздействием дозированной подъёмной силы $F_{\text{под}}$. Движущимися роликами производится основной приём классического массажа – глубокое, непрерывное, продольное паравертебральное разминание тканей позвоночника, при котором вместо рук массажиста используется вибро-механический метод воздействия... Параметры и конструкции роликов-массажёров аппарата выбраны таким образом, чтобы при перемещении их вдоль оси позвоночника происходило последовательное поочерёдное разминание, сжатие-разжатие, сгибание-разгибание, раскатывание локальной **околопозвоночной мышечной ткани**. В результате такого функционального пере-

разгибания, сгибания, коррекции и репозиции позвонков. Эффект растяжения и коррекции позвоночных сегментов усиливается из-за теплового воздействия на длинные мышцы спины и их умеренной релаксации. Одновременно за счёт глубокого разминания стимулируются мышцы спины и увеличивается масса мышечных волокон, **укрепляется мышечный корсет позвоночника**.

Тракционная терапия

Тракция, по существу, один из видов механотерапии – это патогенетически обоснованный метод лечения неврологических проявлений деформирующих дорсопатий. Установлено, что большинство этих неврологических расстройств (рефлекторного или корешкового характера) напрямую связано с **патобиомеханическими изменениями** в межпозвоновом диске.

Дозированное (по силе и по времени натяжения и ослабления) вытяжение позвоночника – высокоэффективный метод лечения. Он не только быстро обезболивает, но и оказывает профилактическое действие на длительный срок. Его основной механизм действия заключается в декомпрессии анатомических структур позвоночного столба. Метод высокоэффективен, а тенденции развития медицинских технологий указывают на перспективность широкого внедрения в лечебную практику методов и режимов вытяжения позвоночника, проводимых на декомпрессионных механотерапевтических аппаратах серии «ОРМЕД-профессионал», «ОРМЕД-тракцион», «ОРМЕД-профилактик», «АКВАТРАКЦИОН» (см. рис. 3).

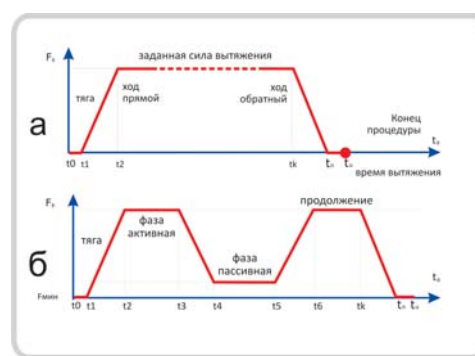


Рис. 2. Режимы вытяжения:

а) постоянное (непрерывное) вытяжение; б) переменное интермиттирующее вытяжение

основном декомпрессионное воздействие. Прерывистые тракции характеризуются постепенно увеличивающейся тягой – её максимальный уровень удерживается в течение нескольких минут, после чего тяга постепенно уменьшается, вплоть до полного расслабления (см. рис. 2). Прерывистая тракция более эффективна, чем непрерывная, и воздействие на больного при этом менее резкое и интенсивное. Интермиттирующее вытяжение заключается в том, что выполняемая на протяжении различного периода времени быстрая тракция (сила которой также варьирует) сменяется быстрой релаксацией, то есть выполняется вытяжение в заданном ритме. Наряду с воздействием на костно-суставно-связочный аппарат интермиттирующая тракция избирательно воздействует на уровне мягких тканей (глубокие мышцы и т.д.) наподобие насоса, что способствует улучшению кровообращения – притоку и оттоку артериальной и венозной крови, лимфы. При этом продолжительность вытяжения нарастает в активной фазе (10-20-30 секунд) и снижается в пассивной фазе (15-10-5 секунд). В тракционных аппаратах серии «ОРМЕД» можно задать и другие режимы интермиттирующего вытяжения, программно или вручную (см. рис. 2).

Виды тракционной терапии

Сухое вытяжение

Ручное (проводится мануальным терапевтом и его ассистентами).

Гравитационное: осуществляется на наклонном щите или горизонтальных столах различной конструкции с использованием отягощений.

Автовытяжение: аппаратное вытяжение, проводимое на аппаратах серии «ОРМЕД», позволяющих легко менять положение больного, производить локальное вытяжение поражённого ПДС или одновременное вытяжение всех отделов позвоночника. Блок программного управления обеспечивает различные режимы тракции (постоянные, переменные, циклические).

Подводное вытяжение

Горизонтальное: проводится в специальных ваннах, в том числе с использованием углекисло-сероводородной воды, лекарственных веществ, настоев и отваров трав, методик физиотерапии и водолечения. Для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника используется специальная ванна – **автоматизированный ком-**

плекс «АКВАТРАКЦИОН» для подводного вытяжения и гидромассажа со встроенным подъёмником пациента.

Вертикальное: происходит в бассейне с использованием природных лечебных факторов.

Рассмотрим виды и режимы вытяжения, методики и особенности проведения тракции на аппаратах «ОРМЕД».

Обычное недифференцированное вытяжение при диффузном поражении межпозвонокового диска шейного отдела позвоночника. При этом длина тяговых ремней 1 с той и другой стороны равны: $L_1 = L_2$, следовательно, силы вытяжения $P_1 = P_2$ (см. рис. 3).

Дифференцированное вытяжение во фронтальной плоскости. В данном случае силы вытяжения с правой и левой стороны не равны, что достигается за счёт разности длин тяговых ремней L_1 и L_2 . При этом на большой стороне длина L_2 больше, чем на здоровой, что приводит к неравенству сил: $P_1 \neq P_2$ и появлению изгибающего момента силы, приложенного к шейному отделу позвоночника на уровне патологического участка межпозвонокового диска.

Векторное вытяжение в сагиттальной плоскости спереди и сзади. Здесь векторное вытяжение достигается путём изменения угла тракции $\beta_{\text{тр}}$ по отношению к горизонту, то есть к осевой линии позвоночного столба. Изменение угла тракции сводится к физическому изменению высоты H тягового рычага балки путём её подъёма или опускания. В данном случае угол $\beta_{\text{тр}}$ является **векторным углом вытяжения**, то есть вектор (направление) силы тяги $F_{\text{тр}} = P_1 + P_2$, а вектор-направление под углом $\beta_{\text{тр}}$ является определяющим в достижении лечебного эффекта в процессе лечения больных с сосудистой недостаточностью, обусловленной патологией шейного отдела позвоночника. Угол $\beta_{\text{тр}}$ (**вектор тяги**) может быть направлен как вперёд (вверх, до 25°), так и назад (вниз, до $5-10^\circ$) или быть нулевым.

Дифференцированные и векторные методы вытяжения применяются тогда, когда клиническая картина больного представляет одностороннюю симптоматику (справа или слева, спереди или сзади) (см. рис. 3).

Рассмотренные выше методы коррекции и восстановления функционального состояния позвоночника на аппаратах «ОРМЕД» позволяют проводить безоперационное лечение межпозвоноковых грыж. Как это происходит? Как известно, грыжа образуется вследствие сближения смежных позвонков, то есть снижения высоты межпозвонокового диска, что, соответственно, приводит к выпячиванию межпозвонокового диска за пределы анатомической нормы. При дозированном раздвижении двух сопряжённых позвонков с помощью тракции образуется пространство, в которое поступает жидкость, питающая диск диффузно, и он восстанавливает объём. При вытяжении снижается внутридисковое давление, расширяются фораминальные отверстия, снижаются мышечные контрактуры, создаётся определённый вакуум-эффект, «всасывающий» («втягивающий» внутрь диска) грыжевое выпячивание (это подтверждается и многочисленными рентгенологическими исследованиями). Грыжи или значительно уменьшаются в размерах или исчезают совсем. Количество сеансов подбирается лечащим врачом строго индивидуально, в зависимости от самочувствия больного, возраста и особенностей грыжевого выпячивания.

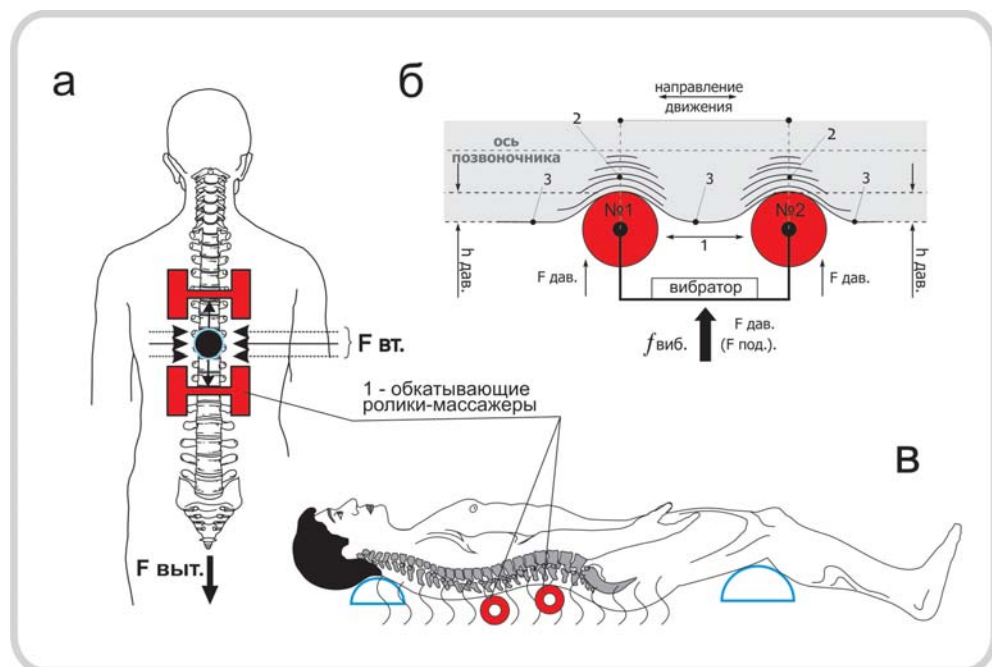


Рис. 1. Относительное паравертебральное расположение роликов-массажёров и схемы массажа мышечных тканей в области позвоночника

а) вид снизу (фронтальная плоскость); б) силовое воздействие роликов-массажёров на позвоночный столб; в) вид сбоку в сагиттальной плоскости: 1 – ролики-массажёры; 2 – позвонки; 3 – глубокие мышцы, окружающие позвоночник; 4 – мышечная поверхность спины: $F_{\text{дав}}$ – сила давления роликов на мышцы за счёт действия дозированной подъёмной силы $F_{\text{под}}$ на ролики-массажёры; $f_{\text{виб}}$ – частота механической вибрации роликов-массажёров; $F_{\text{выт}}$ – дозируемая сила вытяжения; $F_{\text{вт}}$ – вталкивающая сила, действующая на позвонки и грыжу, $h_{\text{дав}}$ – глубина массажа (давления)

мещения роликов-массажёров достигается коррекция биомеханического состояния позвоночника выполнением жизненно важного закона физиологии: **сокращения и расслабления глубоких мышц позвонков** (см. рис. 1).

Акупрессура

Представляет собой прессорефлексотерапию, в основе которой лежит раздражение механорецепторов путём надавливания (прессация) в зоне акупунктурных паравертебрально расположенных точек. При использовании роликового вибромассажа акупрессура является комплексом общего воздействия на акупунктурные точки вдоль позвоночника.

Микровытяжение (растяжение) сегментов позвоночника

Перемещающиеся по паравертебральным зонам ролики за счёт **глубокого разминания мышц** оказывают воздействие на сегменты позвоночника в виде растяжения,

Методы тракционной терапии и способы их реализации на аппаратах серии «ОРМЕД»

Различают несколько **методов** вытяжения позвоночника:

а) в зависимости от среды, в которой осуществляется вытяжение – это так называемое «сухое» вытяжение и подводное (в водной среде);

б) в зависимости от положения тела больного и направления тяги – горизонтальное и вертикальное вытяжение, а также вытяжение на наклонной плоскости;

в) в зависимости от отдела позвоночника, на который направлено тракционное усилие – шейные, грудные и поясничные тракции;

г) в зависимости от того, кто осуществляет тракцию – аутоотракции и гетеротракции;

д) другие, в зависимости от ритма воздействия – непрерывные (постоянные) и прерывистые, интермиттирующие (циклические) тракции.

При этом непрерывные тракции (с постоянным тракционным усилием) оказывают в



Рис. 3. Схема вытяжения шейного отдела позвоночника

Механотерапевтическое оборудование «ОРМЕД» для реабилитации, профилактики и лечения позвоночника

Тракционное оборудование для сухого вытяжения

Успешно используется при безоперационном лечении межпозвонковых грыж, протрузий, остеохондрозов, искривлений (сутулость, сколиоз) позвоночника и других дорсопатий.

«ОРМЕД-профессионал» – автоматизированный механотерапевтический комплекс с аппаратно-программным управлением для дозированного вытяжения позвоночника и суставов, паравертебрального вибрационного массажа околопозвоночных мышц по заданной программе и теплового воздействия; предназна-



Аппарат «ОРМЕД-профессионал»

значен для специалистов с высокими требованиями к эксплуатируемой технике. Рычаги вытяжения позволяют провести вытяжение под различными углами как по вертикали, так и по горизонтали. Возможно проведение паравертебрального вибромассажа с вытяжением поясничного или шейного отделов позвоночника и вытяжение суставов верхних и нижних конечностей. Пульт аппаратно-программного управления имеет цветной сенсорный жидкокристаллический дисплей, позволяющий отображать проводимую процедуру на графике вытяжения в режиме реального времени.

Предусмотрено дифференцированное вытяжение позвоночника и проведение вытяжения в переменном режиме. В процессе лечения параметры можно менять и полностью контролировать на экране всю лечебную процедуру в динамике, так как работа аппарата запрограммирована и управляется микропроцессором. Рычаги вытяжения позволяют провести вытяжение под различными углами, как по вертикали, так и по горизонтали. В базовую комплектацию аппарата входят все необходимые приспособления (пояса и ремни) для вытяжения в большом и малом размерах.

«ОРМЕД-тракцион» – предназначен для дозированного вытяжения шейного (вертикального, горизонтального) и поясничного отделов позвоночника по заданной программе без роликового массажа. Комплектуется специальной кушеткой для вытяжения с



Аппарат «ОРМЕД-тракцион»

подвижной секцией. Аппарат позволяет настроить такие индивидуальные параметры вытяжения, как нарастание/снижение нагрузки, время (остановки и ослабления) тракции, активной и пассивной фаз.

Встроенный процессор управляет режимом вытяжения по заданной программе с возможностью дозирования и регулирования параметров вытяжения в процессе проведения процедуры. Ход процедуры вытяжения контролируется на графике в режиме реального времени на сенсорном ЖК-мониторе. Дифференцированное вытяжение позвоночника и суставов возможно как вертикально, так и горизонтально – за счёт изменения длин тяговых ремней (при односторонней симметрике). Предусмотрены различные режимы вытяжения.

«ОРМЕД-профилактик» – аппарат для дозированного аутогравитационного вытяжения на наклонной плоскости под действием веса тела пациента за счёт изменения угла наклона кушетки и паравертебрального вибрационно-механического массажа позвоночника. Его отличают удобство конструкции, лёгкость в эксплуатации и многофункциональность в проведении профилактических, реабилитационно-восстановительных лечебных процедур. «ОРМЕД-профилактик» позволяет упростить процедуру вытяжения и добиться максимального эффекта лечения



Аппарат «ОРМЕД-профилактик»

заболеваний позвоночника при минимальных затратах. Этот вид вытяжения более физиологичен и сводит возможности осложнения во время процедуры до минимума.

При механическом воздействии роликовых массажёров на позвоночник в процессе перемещения в зоне действия роликов-массажёров межпозвонковые связки поочередно и многократно сгибаются и разгибаются на определённую величину или сжимаются и растягиваются. В результате снимается мышечный спазм и восстанавливается нормальная подвижность позвонков, укрепляется мышечный корсет позвоночника, устраняется защемление или сдавливание нервных окончаний.

«ОРМЕД-релакс» – установка для дозированного паравертебрального вибрационного роликового массажа позвоночника. Регулировка всех параметров осуществляется с пульта управления. Кнопка «пауза» позволяет локализовать вибромассаж в проблемном отделе позвоночника. В результате проведения



Аппарат «ОРМЕД-релакс»

комплексной процедуры спина массируется сразу в двух плоскостях: продольной и поперечной, под влиянием чего позвоночник выпрямляется и растягивается, исчезают ущемления нервных окончаний, снимается мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков. Уходит боль в спине. «ОРМЕД-релакс» рекомендован также для профилактики и восстановительного лечения детей с нарушением осанки и сколиозом 1-й и 2-й степени.

Тракционное оборудование для подводного вытяжения

В тёплой воде под действием небольшой нагрузки на позвоночник происходит полное расслабление мышц и растягивание околопозвоночных эластичных тканей и связок.

«АКВАТРАКЦИОН» – автоматизированный комплекс для подводного вытяжения и гидро-аэромассажа позвоночника со встроенным механизмом подъёма пациента.

Комплекс разработан с максимальным удобством для врача, безопасностью и комфортом для пациента. На сегодняшний день он не имеет аналогов по своим функциональным возможностям, так как ни одна ванна подводного вытяжения не включает в себя электронную тракцию шейного и поясничного отдела позвоночника, адаптированный встроенный подъёмник, ручной подводный душ-массаж и паравертебральный гидро-аэромассаж. При этом процедура вытяжения отслеживается на графике в режиме реального времени.

«АКВАТРАКЦИОН» позволяет выбрать дозированное постоянное или переменное вытяжение, процедура вытяжения отображается на цветном сенсорном ЖК-мониторе пульта управления в реальном времени, заданные параметры можно менять даже во время про-



«АКВАТРАКЦИОН»

ведения процедуры. Возможно проведение вытяжения пояснично-грудного или шейного отделов позвоночника в заданном режиме. В корпусе ванны на уровне паравертебральной зоны установлены гидро-аэромассажные форсунки для повышения лечебного эффекта расслабления околопозвоночных мышц и связок, что важно при подготовке пациента к тракции. Можно выбрать различные виды процедур: гидромассаж; аэромассаж подогретым воздухом («жемчужные ванны») помимо массажного эффекта тонизирует ткани и кожу, активизирует кровообращение; гидро-аэромассаж благотворно влияет на нервную систему, успокаивает, расслабляет, улучшает самочувствие; дополнительная ионизация воздуха позволяет пациенту наслаждаться свежим воздухом во всё время лечебной процедуры.

Дополнительно ванна комплектуется ручным подводным душем-массажем для подготовки пациента к тракции. С помощью аварийной пневмо-кнопки пациент может остановить процедуру в любой момент.

Специальный встроенный подъёмник вмонтирован в ложе ванны. С помощью пульта управления возможно механизировать перемещение пациента из горизонтального (исходного) в наклонное (рабочее) положение и обратно.

Комплекс установлен в лечебно-профилактических учреждениях по всей России и заслужил немало положительных отзывов.

Кинезотерапия – сутулости нет

«ОРМЕД-кинезо» – установка для дозированного динамического изменения углов между звеньями позвоночника при сгибании и разгибании его в положении лёжа в пассивном режиме работы мышц туловища. Позволяет проводить процедуры с возможностью изменения угла и скорости сгибания и разгибания. Аппарат идеально подходит для разработки позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Оказывает лечебное и тренировочное воздействие на связи позвонков и межпозвонковых дисков, способствует профилактике искривления, сутулости и сколиоза, развивает подвижность звеньев позвоночника, устраняет тугоподвижность.

Лечение основано на производимых с помощью аппарата «ОРМЕД-кинезо» воздействиях движением на позвоночник – они



Аппарат «ОРМЕД-кинезо»

уменьшают напряжение мышц и снижают давление на межпозвонковые диски и осуществляют микровытяжение позвоночника в шейном, грудном и поясничном отделах в пассивном режиме. Дозированные амплитуды механических движений при тугоподвижности позвоночника усиливают питание межпозвонковых дисков: они увеличиваются в размере, отводят друг от друга позвонки, освобождая таким образом выходящие из спинного мозга нервные корешки. Пульт аппаратно-программного управления предполагает выбор разных алгоритмов лечения, а с помощью кнопки пульта «пауза» кушетка аппарата устанавливается под необходимым углом. При этом аппарат удобно использовать для проведения кинезотерапии в качестве массажного стола. С помощью аппарата лечат поясничные дорсопатии, кардиологические и бронхо-лёгочные заболевания в комплексной терапии, устраняются сколиоз, сутулость, боль в спине и груди, восстанавливается ритм, глубина дыхания и уходит одышка.

Мануальная терапия – залог здоровья

Многофункциональный стол «ОРМЕД-мануал» позволяет проводить специальные манипуляции, включая продольные, боковые



Аппарат «ОРМЕД-мануал»

и ротационные движения в тазовой области, вращательные движения в грудном отделе позвоночника. Конструкция столов обладает широкими функциональными возможностями, так как обеспечивает большое количество всевозможных позиций тела пациента при проведении массажа и мануальной терапии. Возможно как минимум 15 вариантов относительного углового расположения секций, что, с учётом положения пациента – лицом вверх (вниз), на левом (правом) боку – перекрывает практически все требуемые позы, необходимые для проведения массажных и мануальных процедур на любых участках его тела. При этом конструкция стола позволяет устанавливать практически любые наклоны секций в пределах диапазона их изменения. Правильное положение пациента при проведении сеанса мануальной терапии важно, поскольку от него зависит распределение нагрузки на опорно-двигательную систему во время сеанса.

Бесконтактная гидромассажная ванна «АКВАРЕЛАКС»



Аппарат «АКВАРЕЛАКС»

С помощью этой ванны проводится уникальный механо-гидромассаж без контакта с водой, то есть без погружения пациента в водную среду, в максимально комфортных условиях. При этом все ощущения аналогичны подводному струевому массажу, но, в отличие от него, резко снижается число противопоказаний к применению данного вида лечения и риск инфекционных заболеваний. Поддерживается постоянная температура воды, а запрограммированная работа форсунок позволяет с пульта управления устанавливать и изменять массажные программы при любом положении тела пациента (на спине, на боку, на животе), выбирая наиболее комфортный режим воздействия.

В чём основные преимущества «АКВАРЕЛАКС»? Это практическое отсутствие противопоказаний; отсутствие контакта с водой (не нужно раздеваться, мокнуть, потом сушиться) – тепло воды проникает в глубокие ткани мышечного каркаса пациента и стимулирует кровообращение, без лишней нагрузки на кровеносную систему, активизируя обмен веществ и расслабляя мышцы и связки.

Благодаря своему оригинальному дизайну «АКВАРЕЛАКС» станет украшением для любого помещения. Поверхность ванны условно разделяется на 6 рабочих зон, вода подаётся под давлением через 24 форсунки, которые расположены таким образом, чтобы максимально эффективно воздействовать на все необходимые области тела.

Применяется ванна в физиотерапевтических клиниках-курортах, оздоровительных учреждениях: SPA-центрах, фитнес-клубах, салонах красоты, а также в гостиницах, офисах и домашних условиях. Положительно влияя на вегетативную нервную систему, такой массаж благотворно воздействует на внутренние органы, уменьшает подкожные жировые отложения, устраняет целлюлит, лечит от бессонницы, депрессий и т.д. Успешно сочетается с различными видами обёртываний, значительно увеличивая эффективность этих процедур.

«ОРМЕД» работает — вы зарабатываете!

Обучение механотерапии заболеваний позвоночника

Как открыть клинику
платных услуг?

Практика показывает, что врачи, специализирующиеся на лечении опорно-двигательной системы и работающие по найму в государственных или частных учреждениях, нарабатывшие определённый опыт и поток пациентов, **смело открывают свой лечебный частный кабинет, центр, клинику**. Такие кабинеты на основе аппаратов «ОРМЕД» не требуют больших помещений и многочисленного персонала, при этом также не снижается качество и эффективность лечения при стабильно высокой проходимости. С помощью аппаратов «ОРМЕД» лечат острые и хронические болевые синдромы; межпозвоноковые грыжи и протрузии без операции; проявления остеохондроза; радикулиты, воспаление седалищного нерва; нарушения осанки, сколиозы и многие другие заболевания. Выпускаемое нами оборудование предназначено для выполнения различных процедур: от механического паравертебрального вибромассажа позвоночника до сложных тракций (лечение вытяжением).

ООО НВП «Орбита», система менеджмента и качества которого сертифицирована по Международным стандартам ISO9001:2011, **разработала программу помощи молодым специалистам для открытия клиники**, центра или кабинета лечения позвоночника на коммерческой основе. Мы предлагаем:

- обучение работе на оборудовании «ОРМЕД» на базе действующих центров;
- рекламу вашей открывшейся клиники на официальном сайте организации www.ormed.ru;

- при обращении пациентов направляем их (рекомендуем обратиться) в вашу клинику по регионам;
- гарантийное (до 3 лет) и постгарантийное сервисное обслуживание;

- клинические рекомендации для врачей «Применение механотерапевтического комплекса серии «ОРМЕД» для реабилитации, профилактики и лечения заболеваний позвоночника, суставов и коррекции осанки», разработанные в 2013 г. совместно с Российским научным центром медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России, утверждённые РАМН.

Полный перечень оборудования для платных услуг на сайте WWW.ORMED.RU.

На сегодняшний день открыты сотни частных клиник, кабинетов и медицинских центров лечения позвоночника на основе аппаратов «ОРМЕД» по России и странам СНГ. Но и этого недостаточно! Спрос на подобные услуги превышает предложение. Опыт же показывает, что оборудование «ОРМЕД», используемое в таких коммерческих кабинетах, окупает свою стоимость в среднем в течение 12 месяцев. К примеру, стоимость аппарата

Загрузка 60% (первоначально – при открытии кабинета)

Услуги	Цена	%	Количество	Стоимость	Ставка врача	Оплата з/п, мес.
Первичный прием врача	500	9	24,3	12150	150	3645
Повторный прием врача	300	1	2,7	810	90	243
Сеанс тракционной терапии на «ОРМЕД-профессионал»	500	90	243	121500	150	36450
ИТОГО				134460		40338

Загрузка 100% (для «раскручивания» кабинета – через 6 месяцев после открытия)

Услуги	Цена	%	Количество	Стоимость	Ставка врача	Оплата з/п, мес.
Первичный прием врача	500	9	40,5	20250	150	6075
Повторный прием врача	300	1	4,5	1350	90	405
Сеанс тракционной терапии на «ОРМЕД-профессионал»	500	90	405	202500	150	60750
ИТОГО				224100		67230

«ОРМЕД-профессионал» составляет 340 тыс. руб. Стоимость одной процедуры на аппарате в зависимости от региона колеблется от 300 до 1500 руб. В году 250 рабочих дней. На одном аппарате могут пройти лечение до 25 человек в день.

То есть при полной загрузке «чистый» доход составит 90 565,80 руб. в месяц, и это только для одного аппарата, без учёта сопутствующих услуг, которые вы можете оказывать на базе вашего кабинета или медицинского центра. Если же вы сами являетесь врачом и будете лично работать в кабинете, **ваш доход составит не менее 150 тыс. руб. в месяц**. При этом рассчитана усреднённая стоимость процедур, в крупных городах тарифы выше и могут достигать 2-3 тыс. руб. за 1 сеанс. В итоге даже при минимальной стоимости процедуры и загрузке аппарата 5-6 человек в день аппарат окупится в течение года и начнёт приносить доход. А в действующих центрах загрузка всегда гораздо больше. **«ОРМЕД» РАБОТАЕТ – ВЫ ЗАРАБАТЫВАЕТЕ!**

Как пройти обучение методике
лечения на аппаратах «ОРМЕД»?

Научно-внедренческое предприятие «Орбита» организует ежемесячное обучение персонала работе на оборудовании «ОРМЕД». Оно проводится на базе работающих **современных медицинских центров**, длительное время использующих наше оборудо-

вание и имеющих собственные наработки и эффективные программы лечения позвоночника.

В программе обучения:

- теоретическая часть: история метода, виды вытяжения, механизм образования межпозвоноковых грыж и других патологий;
- физиологические механизмы тракционной терапии в практике лечения межпозвоноковых грыж на аппаратах «ОРМЕД»;

- показания и противопоказания к проведению тракционной терапии;
- устройство аппаратов «ОРМЕД»;
- методики тракционной терапии при лечении различных заболеваний костно-мышечной системы;
- сочетание тракционной терапии с физиотерапевтическими, лекарственными методами, рефлексотерапией и др.;
- практические занятия.

КОМПАНИЯ НВП «ОРБИТА» ПРОВОДИТ 2-Х ДНЕВНОЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕТОДИКАМ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ МЕХАНОТЕРАПИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ (ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА).

1. Обучение проводится в учебно-методической базовой клинике компании НВП «Орбита» «Городская водолечебница №1» г. Екатеринбург, которое включает теоретическую подготовку и освоение методик и практических навыков при проведении тракционной терапии и механотерапии с использованием медицинского оборудования серии «ОРМЕД».
2. Обучение проводит врач высшей категории, вертебролог-физиотерапевт, ведущий специалист по методам тракционной терапии Богданов Ю.Н. По окончании обучения слушатели получают Сертификат об обучении методам тракционной терапии и механотерапии на аппаратах серии «ОРМЕД».

Наша цель научить врачей грамотному подходу к назначению тракционной терапии и механотерапии, профессиональному использованию механотерапевтического оборудования, что позволит добиться лечебных эффектов в клинической практике и избежать осложнений.

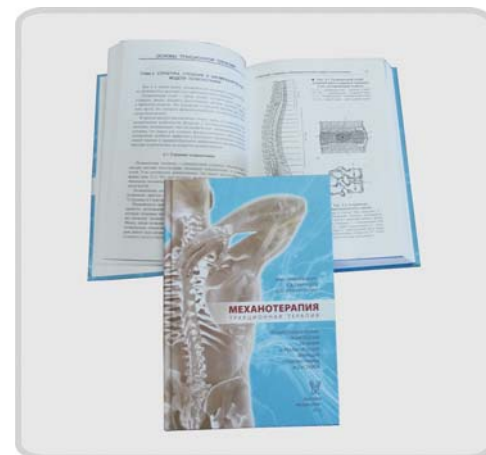
Подробную информацию обо всех аппаратах серии «ОРМЕД», методиках механотерапии и заключения специалистов, а также по вопросам приобретения книги (оптом и в розницу) вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU Уфа, ул. Центральная, 53/3, тел./факс: (347) 227-54-00, 281-45-13, e-mail: ormed@ormed.ru

Различные варианты программ обучения рассмотрены в книге «Механотерапия: основы тракционной терапии», которая предлагается в процессе обучения.

Пройти обучение можно в городской водолечебнице № 1 Екатеринбург – учебно-методической базовой клинике НВП Орбита, (ул. Первомайская, 77). Обучение проводит главный врач Богданов Юрий Николаевич. Пройдя обучение на курсах, вы овладеете основами современных методик проведения тракционной терапии и механотерапии при заболеваниях позвоночника и суставов.

Учитывая высокую распространённость заболеваний позвоночника среди населения, высокоэффективные технологии оздоровления сегодня актуальны как никогда.

Планируется организация обучения по мере набора на базе действующих центров и в других городах. Более под-



робную информацию можно получить по телефону предприятия, а также по тел. **8-800-700-86-96** (звонок по России бесплатный).

Внимание! Вышла в свет книга «**Механотерапия: основы тракционной терапии**» (Москва, издательство «Медицина», 2013, 432 с.). В настоящей книге рассмотрены аппаратные методы лечения вертеброгенных болевых синдромов на основе аппаратов «ОРМЕД». Она предназначена для врачей-неврологов, ортопедов-травматологов, реабилитологов, нейрохирургов, а также специалистов по мануальной терапии и лечебной физкультуре, применяющих данные методы лечения, связанные с патобиомеханическими изменениями костно-мышечной системы и другими неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника. Она может быть полезна студентам медицинских вузов соответствующих специальностей и слушателям системы последипломного образования.

Рецензентами книги являются: **Г.И.Шумахер** – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой нервных болезней Алтайского государственного медицинского университета; **А.С.Маликов** – доктор медицинских наук, доцент той же кафедры, главный врач Центра восстановительной медицины и реабилитации «ПИГМАЛИОН», Барнаул.

Г.И.Шумахер: «Книга нужная, актуальная. Она посвящена одному из важных разделов механотерапии,

основам тракционной терапии и в ней изложены практические патогенетические обоснования методики лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Рекомендую!»

Подробную информацию обо всех аппаратах НВП «Орбита», методиках механотерапии и заключения специалистов, а также по вопросам приобретения книги (оптом и в розницу) вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU

г. Уфа, ул. Центральная, 53/3. Тел./факс: (347) 227-54-00, 281-45-13.

E-mail: ormed@ormed.ru

Авторы-составители:
Н.И.Гиниятуллин, М.Н.Гиниятуллин,
В.А.Сулейманова.



Средний возраст мужчин, проживающих в крупных российских городах, у которых обнаруживается рак, – 61 год. Причём после постановки диагноза они редко проживают более 2,5 года, в то время как жители США, Германии, Франции, Израиля, других стран с развитой медициной при раннем выявлении и правильном лечении этого заболевания живут ещё 12,5-14 лет.

Что поможет россиянам добиться подобных результатов?

Методы лечения, которые постепенно становятся реальностью и для нашей медицины, обсуждали онкологи, радиологи и урологи на Международной конференции «Лучевая терапия предстательной железы».

Директор научно-исследовательского онкологического центра им. Шамполимо (Лиссабон, Португалия), председатель Фонда Альфреда Слоуна по радиационной онкологии в Мемориальном центре рака Sloan-Kettering (Нью-Йорк, США), профессор Цви Фукс начал профессиональную встречу с вопроса: «Можно ли с помощью метода лучевой терапии вылечить рак предстательной железы?» И не просто положительно ответил на него, а подробно рассмотрел динамику метода на протяжении десятилетий с примерами из практики лучших лечебных учреждений мира.

Он рассказал о новой методике высокоточной лучевой

Современные технологии

Спасая мужчин

Лучевая терапия всё эффективнее используется нашими онкологами

терапии, которая по эффективности не уступает радикальной хирургической операции, но при этом позволяет сохранить высокое качество жизни пациента после проведённого лечения.

Так как при раке предстательной железы зачастую имеется несколько альтернативных методов лечения, обладающих одинаковой эффективностью с точки зрения контроля опухоли, профессор отметил правильность мультидисциплинарного подхода к выбору наиболее эффективного и приемлемого для пациента метода лечения онкологического заболевания.

Доцент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, заведующий отделением урологии ГКБ № 50, кандидат медицинских наук Павел Раснер посвятил участников конференции в тонкости роботизированных операций. Он лично оперирует с применением робототехники уже 3 года, выполняя новым методом примерно половину операций. По мнению про-

фессионала, в руках опытного хирурга при борьбе с раком простаты роботический доступ предпочтительнее. На ранних стадиях заболевания эффективна хирургическая операция – радикальная простатэктомия.

Тему «Крупнофракционная дистанционная лучевая терапия (КФДЛТ) рака предстательной железы» осветил член Европейского общества радиационных онкологов (ESTRO) Сергей Усичкин. Это новая методика дистанционной лучевой терапии на суперсовременных линейных ускорителях крупными фракциями, основанная на технологиях арт-терапии с объёмной модуляцией интенсивности излучения (VMAT); лучевой терапии с визуальным контролем изображения (IGRT) в режиме онлайн и технологии внутренней иммобилизации предстательной железы с помощью специальных эндоректальных баллонов. Данная методика применяется за рубежом уже более 10 лет.

Клинические исследования дистанционной лучевой терапии рака предстательной железы за

5 сеансов были начаты более 10 лет назад, с тех пор подобное лечение получили несколько тысяч пациентов по всему миру. В 2013 г. Американская ассоциация врачей-радиотерапевтов одобрила применение КФДЛТ в клинической практике. В соответствии с рекомендациями национальной онкологической сети США с 2014 г. экстракраниальная стереотаксическая радиотерапия рака предстательной железы (с разовой очаговой дозой от 6,5 Гр и выше) является новой методикой лучевой терапии, более безопасной и не менее эффективной, чем режимы конвенционального фракционирования дозы.

К сожалению, отметил С.Усичкин, КФДЛТ всё ещё редко применяется в России. При этом за год с того времени, когда докладчик стал её использовать, не было зафиксировано ни одного случая клинически явных лучевых повреждений здоровых органов (прямой кишки, мочевого пузыря). У всех пациентов отмечена положительная динамика показателей ПСА после лечения.

Его коллега старший врач-радиотерапевт Станислав Захаров дополнил картину, рассказав о применении стереотаксической гипотаксической радиотерапии метастатического рака простаты. Он представил результаты лечения на основе метода подведения высоких доз радиации за один сеанс. Это позволяет говорить о радиобиологических преимуществах по сравнению со стандартной лучевой терапией: большей потенциальной гибели опухолевых клеток, лучшей переносимости лечения пациентами, значительном сокращении общего времени, затраченного на проведение лучевого лечения.

Во всех случаях отмечено улучшение качества жизни пациентов, у которых диагностирован рак предстательной железы. Это значит, что с новыми технологиями они обретают стойкость, уверенность в преодолении недуга.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Перемены

Как одна семья

В Сургуте медики и пациенты стали отлично понимать друг друга



В центре диализа идёт очередная процедура

Двадцатилетие со дня проведения первого сеанса хронического гемодиализа отметили специалисты Сургутской окружной клинической больницы.

Всё начиналось с 6 реанимационных коек и 2 аппаратов «искусственная почка». Сегодня центр оснащён современной системой водоподготовки и 35 аппаратами «искусственная почка». Здесь получают помощь больные с терминальной стадией хронической почечной недостаточности; проводится лечение пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии. Используются высокоэффективные современные препараты для коррекции

анемии, вторичного гиперпаратиреоза. Ежемесячно контролируется адекватность дозы диализа, проводится коррекция диализной прописи, исследуются показатели крови диализных пациентов, ведётся компьютерная база данных. Сегодня здесь получает детоксикационную почечную терапию 131 человек. Многие пациенты приходят сюда уже более 15 лет.

– Мы практически одна семья, медики и пациенты, – говорит заведующий центром диализа Сергей Малашенко. – Мы знаем друг друга много лет. С нашими пациентами очень интересно общаться, даже в профессиональном плане. Ведь про свою болезнь они многое знают, изу-

чают литературу, Интернет.

Он рассказывает, что в 2013 г. освоен новый вид детоксикационной почечной терапии – перитонеальный диализ, который возможно проводить в домашних условиях.

За прошедший год проведено около 19 тыс. сеансов гемодиализа и более 4,5 тыс. перитонеальных диализов.

Что интересно: в конце 2014 г. в Сургутской ОКБ открылся территориальный нефрологический центр, который объединил существующее в больнице

нефрологическое отделение, Центр диализа и поликлинический приём нефрологов. Вскоре в его составе появится кабинет хронической болезни почек.

– Все эти начинания направлены на совершенствование нефрологической помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, повышение её доступности, улучшение качества и эффективности организации специализированной медицинской помощи населению Югры, – подчёркивает главный врач больницы заслуженный врач РФ Галина Шестакова.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Акценты

В Ростове-на-Дону прошёл «круглый стол» на тему «Возможности применения анатомических имплантатов», который посетили специалисты из крупнейших городов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов. Особую актуальность мероприятию придавал тот факт, что на Юге России хорошо развита инфраструктура клиник, специализирующихся на пластической, реконструктивной, а также эстетической хирургии.

Страсти по молочной железе

В них активно вовлекаются пластические хирурги

Как известно, операции, направленные на изменение формы молочных желёз являются одними из наиболее распространённых среди всех видов косметических «интервенций» в человеческий организм. Согласно официальной статистике, примерно 30% женского населения нашей страны хотели бы изменить свои пропорции. Так, например, только московские хирурги в 2014 г. провели около 94 тыс. операций, при этом 16% из них пришлось именно на увеличение молочных желёз.

– В своей работе мы ориентируемся на предпочтения пациенток, однако иногда нам приходится приложить немало усилий, чтобы их переубедить, если выполнение этих пожеланий может нанести вред здоровью. Это касается как размера, так и формы, – отметил Юрий Пржедецкий, заведующий отделением реконструктивной и пластической хирургии Ростовского научно-исследовательского онкологического института. – Женщинам, которые хотят увеличить грудь, я, как правило, рекомендую анатомические имплантаты, так как при правильной установке они помогают минимизировать риск возникновения многих осложнений.

Среди проблем, которые могут появиться после маммопластики, эксперты выделяют образова-

ние гематом и сером, потерю чувствительности ареол и сосков, капсулярную контрактуру, деформацию груди. Зачастую виновниками осложнений становятся имплантаты ненадлежащего качества, а также банальный непрофессионализм хирурга.

Важной частью мероприятия стал вебинар «Тубулярная грудь: использование анатомических имплантатов для формирования нижнего полюса молочной железы», прошедший под руководством пластического хирурга из Испании Хосе Луиса Мартина Дель Йерро.

На сегодняшний день точные причины возникновения этого дефекта выявить сложно, однако с уверенностью к ним можно отнести неправильное развитие молочной железы. Слишком прочный и твёрдый каркас из соединительной ткани не позволяет груди приобрести правильную форму, в результате чего она растёт только в одну сторону.

– Наиболее эффективный способ решения проблемы – пластическая операция с применением анатомических имплантатов, так как они способны «расправить» её. Однако решение о типе вмешательства принимается индивидуально для каждой пациентки, – пояснил испанский специалист.

Алина КРАУЗЕ.

Ростов-на-Дону.

«Медицинская газета», ставшая мощной всероссийской дискуссионной площадкой учёных, врачей и преподавателей, показала, что в нашем здравоохранении и отечественной высшей школе имеется множество проблем, требующих обсуждения и комплексного анализа. Многие из них, безусловно, обговариваются как на местах, так и в высших кругах управленческого аппарата медицинской сферы. Но нужного эффекта от большинства таких разговоров нет, ибо отсутствует логическая взаимосвязь между мнениями «верхов» и «низов» — и у тех и у других своя правда. А по сему большинство вопросов «зависает» в воздухе, а проблемы не решаются годами. Поэтому хотелось бы высказать своё мнение на страницах «МГ» на злободневную и актуальную тему.

Нельзя объять необъятное

Имея непосредственное отношение к вузовской деятельности, неоднократно задавался вопросом: какую роль играет воспитательная работа в современной структуре образования? В этом смысле откровенно смущает отношение некоторых ректоров медицинских вузов к организации данного процесса. Приглядитесь — в большинстве случаев воспитательной работой номинально руководят проректоры по учебным, научным или международным вопросам, получая контроль за воспитанием молодёжи как бы в довесок к основной нагрузке. Такая ситуация складывалась годами. Вроде бы есть в вузе ответственный воспитатель, пусть на бумаге, но есть. А это пугает и настораживает.

При всём уважении и почтении к огромному числу персоналий у меня никак не укладывается в голове: как проректор, скажем, по учебной работе, едва справляющийся не без помощи многочисленных помощников и замов с огромным объёмом основной своей деятельности, может грамотно сформировать политику воспитания молодёжи? А главное — как ему умудриться качественно проследить за кропотливейшим процессом, что завязывается, онлайн — каждодневно, непрерывно, вдумчиво? Извините, но в этом смысле вспоминается великий Козьма Прутков с его аксиомой про попытки объять необъятное. Воспитательная составляющая в системе высшего образования, на мой взгляд, является фундаментальной, в какой-то степени основополагающей и уж точно равноценно значимой наряду со всеми другими аспектами функционирования сложного и целостного организма, называемого высшим учебным заведением.

Примечательно, что повсеместно, даже в малочисленных сельских школах, где и учащихся-то подчас раз-два и обчёлся, неспроста введена самостоятельная должность замдиректора по воспитательной работе. А мы говорим о многотысячных вузах, где изучают азы профессии не только русскоязычные студенты! В результате всё сводится к заштампованному шаблону — есть кружок по музыке, пара маломальски танцующих студентов, секция по мини-футболу, кое-как светятся и отчитываются кураторы по общежитиям, раз в полгода собираем для формы и профкома студсовет. Всё! Возле пункта о

многопрофильной проблемы на уровне руководства.

Напрашивается явная аналогия — в каждом вузе, скажем, есть учебно-методические подразделения, но, согласитесь, без грамотного проректора-методиста эта работа в полной мере не возможна. Или, допустим, отделы аспирантуры и вузовские НИЦы не заменяют деятельности заместителя руководителя по научным вопросам, который есть в каждом

дники и прославленные спортивные тренеры. Поверьте, ничего не имею против уважаемых и заслуженных людей в погонах и спортивных костюмах, но нужен констатировать итог своих наблюдений — их методы воспитания будущих медиков подчас напоминает олимпийские сборы или ещё более жёсткую военную казарму, где все живут по строгому режиму и существует только одно мнение, и только

успешный, желательный молодой, имеющий реальный авторитет в студенческой среде, умеющий, как говорится, общаться с учащимися «на одном» языке. Конечно, он должен быть не просто состоявшимся преподавателем-медиком с хорошей репутацией, а человеком культурно, духовно и социально образованным. При этом важнейшими качествами остаются творческий склад мышления и подход к работе с людьми, психологическая устойчивость, методический и педагогический опыт.

В этом смысле очень важно сочетание специфики вуза и личностных данных потенциального проректора. Согласитесь, в самобытной и весьма нестандартной студенческой атмосфере медицинского вуза со своими традициями и особенностями, подчас неприемлемыми в других, скажем, технических или гуманитарных учебных заведениях, в качестве лидера и организатора воспитательного процесса логичнее всего увидеть непосредственного выпускника данной alma mater, состоявшегося специалиста в выбранной сфере и при этом человека с солидным опытом интересной студенческой жизни. При этом кандидат на руководящий пост должен быть явно не пенсионного возраста, представляющий прошлое или позапрошрое, пусть и замечательное в своём многообразии и духовности, поколение. Студенческая молодёжь не только должна видеть в наставнике авторитетность в профессии и чувствовать лидерские качества, но и осознавать молодость взглядов и подходов к решению актуальных сегодня молодёжных проблем. Безусловно, должна быть дистанция, но она не должна простирается через поколения и десятилетия.

Ясно одно — даже при самом поверхностном взгляде на политику воспитания современной медицинской молодёжи всплывает множество проблем и неувязок, подчас весьма неоднозначных и явно непродуманных. Безусловно, менять стереотипы и подходы к организации воспитательной работы в современных медицинских вузах необходимо. Обеспеченные психологи и педагоги неперестанно бьют тревогу, убеждая нас, что новые поколения молодых людей, воспитывающихся в сомнительных социальных и культурных условиях, обречены на личностную деградацию, которая стремительно переходит в масштабы социальной и даже национальной эпидемии. Поэтому стоит уже сегодня задуматься о проблемах хотя бы вузовского воспитания, сообщая и взвешенно попытаться переломить пугающие тенденции. И в этом огромную роль сыграют ректоры и их квалифицированные заместители.

Максим СТРАХОВ,
врач-хирург,
преподаватель высшей школы.

Тверь.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Точка зрения

Испытание для воспитания

Медицинским вузам очень нужны квалифицированные проректоры-воспитатели



воспитательной работе в годовом отчёте многофункционального проректора можно смело ставить галочку.

Только вопросов при таком, доминирующем в сегодняшних академиях и университетах сценарии остаётся предостаточно. Где же концепция фундаментального воспитания студентов, где развитие этого процесса, где оценка современной и лабильной психологии молодого поколения, которое нужно взвешенно поддерживать, понимать, принимать, слышать и грамотно контролировать? Как всем этим безразмерным «хозяйством», требующим ежедневного вмешательства, можно заниматься в свободное от расписаний, планов, учебно-методических и научных комплексов время?! Упрямый руководитель может запросто ответить — создаются отделы и управления, занимающиеся внеаудиторной работой со студентами. Всё это правильно, но стандартизированный спецотдел, увы, — это не тот уровень, который способен найти пути решения

университете, академии или институте. И так далее. Почему же к воспитательной работе, которая не менее значима, сохраняется такое несколько «прохладное» отношение многих ректоров?

Кадры решают всё!

В связи с вышесказанным хочу открыто поддержать те вузы, где в штат введена должность проректора по воспитательной работе, как равнозначная и самостоятельная. Это говорит о дальновидности и профессионализме ректора, реально оценивающего роль концепции воспитания в своём учебном заведении.

Однако и здесь не обходится без казуистики и парадоксальности. И на первый план выступает пресловутый кадровый вопрос.

Не буду называть конкретных имён, но кое-где в должности проректоров воспитанием студенческой молодёжи призваны заниматься отставные полковники, бывшие десантники-подво-

оно, естественно, правильное. И так, как говорится, от забора и до вечера... Увы, но креативный творческий подход, индивидуальный педагогический стиль, естественный духовный контакт между администрацией и учащимися, поверьте, зачастую не просто нивелируются, а вообще становятся не совместимыми с персонализированной тотальностью и психологической «однозначностью», типично характерными для лиц с таковой профессиональной подготовкой.

Видя особенности и последствия подобной, сомнительной во всех смыслах модели «воспитательства» будущей интеллигенции России, называемой врачами, понимаешь, что уж лучше бы этими вопросами занимался кто-то другой, пусть даже в свободное от расписаний, аккредитаций и аттестаций время... И злополучный круг замыкается.

Справедливости ради заметим, что в ряде учебных заведений такие проректоры справляются со своей работой более чем успешно. Но это, увы, скорее, исключение из правил, нежели тенденция. К тому же в данном аспекте огромную роль играют личностные характеристики персоналий, их педагогические способности и умение найти общий язык с молодёжной публикой.

На одном языке

Подготовка лидера воспитательной работы вуза, очевидно, задача тонкая, деликатная и непростая. И дело здесь далеко не в профессорских должностях и учёных степенях, что необходимо, например, для проректора по учебной или научной работе. Проректором-воспитателем, как мне кажется, должен быть человек современный, контактный,

Перспективы

С сентября этого года в Баку будет открыт филиал Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Решение об этом было принято недавно на встрече ректора университета РАН Петра Глыбочко с Президентом Азербайджана Ильхамом Алиевым.

Данное решение обрело официальный статус после подписания И.Алиевым распоряжения с поручением Кабинету министров Азербайджана решить все вопросы, связанные с созданием и формированием материально-

Филиал Первого Меда в Азербайджане

технической базы Бакинского филиала. Поручено также выделить на основе государственного заказа места по плану приёма в филиал студентов начиная с 2015/2016 учебного года.

Как сообщает сайт Президента Азербайджана, «совершенствование медицинского образования в республике и расширение связей с престижными высшими медицинскими учебными заведениями мира, а также желание граждан Азербайджанской Республики учиться в медицинских

учебных заведениях Российской Федерации вызвали необходимость создания в республике филиала известного университета».

Со своей стороны университет обеспечит филиал уникальными образовательными программами, окажет кадровую и методологическую помощь в формировании учебного процесса и стандартов современного медицинского образования.

Соответствующий приказ об открытии филиала Первого

МГМУ им. И.М.Сеченова в Баку подписан министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

Комментируя открытие Бакинского филиала, П.Глыбочко сказал: «У нашего университета традиционно прочные связи с Азербайджаном. У нас учится много студентов из этой дружественной республики, которая сейчас проходит стадию стремительного экономического и социального роста, и вопросы образования являются приоритет-

ными для руководства страны. Всё это в совокупности привело нас к решению открыть филиал Первого МГМУ им. И.М.Сеченова именно в Баку. Этот шаг приблизит наши страны к созданию единого образовательного пространства и укреплению за рубежом лучших традиций российской медицины».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

Перспектива

Не под влиянием ДНК

Молекулярная эпигенетика, родившаяся в лоне современной геномики, вроде бы допускает возможность наследования приобретённых признаков, подчёркивая тем самым гораздо более сложную природу механизма наследования, нежели предполагала классическая генетика с её хромосомами, локусами и не активным гетерохроматином. Одним из доказательств сложности, породивших «смуту» сомнения, стало открытие микроРНК, генерируемых в процессе вмешательства в регулирование генной активности, способной привести к её сайленсингу. На РНК-интерференцию возлагаются большие надежды в деле борьбы с раком и другими заболеваниями.

В клетках опухолей желудка и тонкого-толстого кишечника молекулярные онкологи обнаруживают изменённую микроРНК (miR 22), которая в нормальной своей «ипостаси» отвечает за включение генов-протекторов, защищающих клетки кишечного эпителия от озлокачествления. Можно напомнить, что эти клетки наряду с клетками костного мозга – органа кроветворения – и стволовыми клетками волосяных фолликулов являются самыми быстро делящимися в организме, и именно по ним в первую очередь бьют химиотерапевтические препараты, почему пациенты и теряют волосы.

Специалисты Калифорнийского университета в Дэвисе выключили у мышей ген белкового рецептора гидрофильной (растворимой в воде) желчной кислоты, в результате чего у подопытных животных развились опухоли печени и толстой кишки. Анализ подобного развития опухоли показал, что рецептор после присоединения (связывания) кислоты стимулирует повышение уровня miR 22 в клетках кишечного эпителия, которая, в свою очередь, подавляет активность гена, отвечающего за синтез белка циклина. Последний необходим для «продвижения» клеточного цикла (откуда и название) в направлении деления. Таким образом, функция miR 22 сходна с таковой у больших протеиновых комплексов типа APC, мутации которого приводят к аденоматозному полипозу толстой кишки (полипы довольно часто перерождаются в раковые опухоли). Сам ген miR 22 включается с помощью витамина D, который помимо этого подавляет токсичность гидрофобных желчных кислот, полагая, что диета и витамины через посредство микроРНК способны предупреж-

дать развитие опухолей кишечника, молочной железы и лёгких. «Пропагандируемая» ими miR 22 подавляет к тому же и активность генов деацетилаз, ферментные белки которых меняют структуру гистонов, на шпульки которых «навита» ДНК. Известно, что ингибиторы этих ферментов используются при лечении различных опухолей.

Среда чаще всего определяет доступность пищевых ресурсов, и мы зачастую, как гласит известный трюизм, едим то, что можем есть. В норме люди и животные едят тогда, когда проголодались, то есть появился стимул в виде аппетита. Известно, что это чувство генерируется активностью примерно 10 тыс. нейронов, локализованных по средней линии в гипоталамусе, отвечающего за наши основные инстинкты. В норме еда сопровождается чувством насыщения (утоления голода), порождаемого выбросом упомянутыми нервными клетками пептида – «осколка» протеина – под названием меланокортин (по его чёрному цвету – «меланос»). Исследователи Калифорнийского университета в Сан-Диего показали, что в регуляции гена меланокортин принимает активное участие белок транскрипционного фактора (эти факторы подстёгивают транскрипцию генов) Islet, название которого переводится как «островок». Назван он так за свою активность в клетках островков поджелудочной железы, синтезирующих инсулин, отвечающий за «трафик» глюкозы из крови в клетки печени. Выключение гена фактора, осуществлённое в Сан-Диего, привело к отсутствию синтеза меланокортин, отразившемуся в гиперфагии мышей и неконтролируемому набору веса.

На другом конце страны, в Университете штата Мичиган в Энн-Арборе учёные выяснили, что ген меланокортин включается двумя регулирующими участками, более древний из которых есть у всех животных, а другой – «помоложе» – только у плацентарных, то есть млекопитающих в более узком смысле слова. Выключение нового гена не привело к каким-то нарушениям, из чего был сделан вывод, что отсутствие его белка компенсируется более древним «собратом». Молекулярную избыточность учёные связали с большей надёжностью системы регулирования, указав на то, что кодирование аминокислот в ДНК тоже избыточно (20 аминокислот и 62 кодирующих триплета ген-букв).

Многоуровневость защиты биологических систем видна и на примере стволовых клеток, нарушение генома которых приводит к возникновению раковых стволовых. Известно, что клеточная энергия АТФ поступает из митохондрий, которые стареют вместе с клетками. Старение необходимо для последующего апоптоза нормальных клеток, что представляет защиту от трансформации и озлокачествления. Можно напомнить, что раковые клетки очень «затратны» в энергетическом плане, поэтому оправдан интерес к митохондриям, старение которых сопровождается накоплением ярко светящегося белкового маркера. Но не всё так просто, о чём сообщили сотрудники Массачусетского технологического института и Университета Хельсинки. Стволовые клетки асимметричны в своём делении: одна дочерняя клетка сохраняет «стволовость» и бледность окраски, другая же «старее» в ходе специализации, становясь ярко-красной. Авторы исследования предсказывают, что в будущем будут созданы лекарства, которые будут ускорять старение раковых стволовых клеток и тем самым ограничивать рост опухолей.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Biological Chemistry.

Исследования

Самцы всё-таки нужны!

Размножение половым путём – сложный и далеко не самый эффективный способ продления рода. Ведь на поиск подходящего партнёра уходит время и усилия, и потом где гарантия, что потомки получат от родителей лучшие гены? Не слишком ли всё это проблематично для стройной теории Дарвина?

Есть и другие способы размножения, и популяция, состоящая исключительно из особей женского пола, способна произвести гораздо больше потомков. Однако сам половой отбор играет важнейшую роль в эволюции видов.

Чтобы определить, насколько важен половой отбор для эволюции, учёные на протяжении 10 лет в лабораторных условиях исследовали поведение хрущаков, или мучных жуков.

Они варьировали число самцов и самок в контрольных группах, чтобы понять значение внутривидовой конкуренции. Уже через 7 лет, после смены 50 поколений жуков, было обнаружено, что самцы, наиболее активно борющиеся за самок, были более здоровыми и менее подверженными различным заболеваниям. При этом жуки, которые имели возможность спариваться без борьбы за самок, вымерли уже через 10 поколений.

«Половой отбор – мощная эволюционная сила, которая определяет, кому суждено участвовать в продолжении рода», – объясняет профессор эволюционной экологии Мэтт Гейдж, руководивший исследованиями в Университете Восточной Англии.

По словам профессора Гейджа, половой отбор обеспечивает распространение сильных генов

и препятствует размножению генов плохих, так что элемент борьбы среди самцов обеспечивает улучшение генетического здоровья популяции.

Чтобы привлечь самок, самцам приходится бороться с соперниками, и те, кто выходит победителем в этой борьбе, как правило, хороши и во всём остальном. Так что половой отбор служит важным и весьма эффективным фильтром в поддержании и улучшении вида.

Так что все эти брачные игры и пышные расцветки, которые мы наблюдаем в природе, играют важную эволюционную роль, способствуя выживанию и процветанию видов.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Nature.

ПОМОГИТЕ ЛЕЙСЯН!



Семилетняя Лейсян Халибуллина из Ижевска страдает тяжёлым и редким заболеванием – муковисцидозом. Это врождённое генетическое заболевание, которое поражает все внутренние органы, в процессе жизнедеятельности выделяющие слизь: в первую очередь – пищеварительную систему и лёгкие. Лейсян жизненно необходим специальный вибрационный жилет, который поможет удалять мокроту из лёгких и тем самым облегчит страдания ребёнка. Однако данный аппарат не входит в перечень средств, выдаваемых бесплатно органами здравоохранения. Приобрести его Халибуллины должны сами. А стоит он 530529,62 рубля! В многодетной семье из Ижевска таких денег нет и взять их нелегко.

Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Лейсян Халибуллиной, перечислить средства на ее лечение.

Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16
или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Лейсян Халибуллиной принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство
«Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000272
БИК: 044583272

Назначение платежа: пожертвование на лечение Лейсян Халибуллиной

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ



Гипотезы

Где «слабое звено»?

В прессе сообщалось про чудодейственные нанокapsулы, которые идут точно в цель, не трогая здоровые ткани, и позволяют использовать нанодозы лекарств. В опухолях нанокapsулы диаметром 80 нм будут проходить сквозь её сосуды с большими порами. Упомянут был и гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), не пропускающий в мозг различные вещества из сосудов. Далее говорится о феномене иммунной системы, который можно использовать для лечения воспалительных процессов мозга в результате того, что ГЭБ пропускает иммунные клетки, «нагруженные» капсулами. В конце статьи говорится, что такой подход протестировали на модели болезни Паркинсона, в результате чего авторы заявили, что могут снимать воспаление и предотвращать нейродегенерацию.

В ходе Второй мировой войны англичане захватили немецкую шифровальную машинку Enigma, для разгадки действия которой построили первый компьютер Colossus, «автором» которого был Алан Тьюринг. Одним из его «когнитивных» достижений было создание теории периодичности естественных процессов, через много лет объяснившей полосатость зебр и пятнистость леопардов. В химии все знают о периодической реакции Белоусова – Жаботинского. Подобного рода реакции называют осцилляторными, или колебательными в пространстве-времени, а механизм связывают с нарастающей неустойчивостью вблизи неравновесных бифуркаций («вилки»-разветвлений).

В наш век начала нового тысячелетия компьютеры и симуляторы с их помощью позволяют исследователям объединять в кластеры вещи, казалось бы, несовместимые. Почему в ходе эволюции жизни на Земле одноклеточность сменилась появлением многоклеточных организмов? Даже бактерии, формально остающиеся одноклеточными, образуют биоплёнки, с помощью которых получают больший доступ к кислороду и защиту от антибиотиков. Не забудем, что и многоклеточные организмы время от времени проходят стадию одноклеточных яйцеклеток и спермиев, а тьюринговская периодичность ярко проявляется в сегментированности тел беспозвоночных и позвоночных, у которых сегменты называются «сомиты» (от soma – тело). Всё это может показаться абстрактным и отвлечённым, однако в 2014 г. в Технологическом институте Атланты (штат Джорджия, США) пришли к выводу, что одноплазменная клеточность процессов регулируется апоп-

тозом. Умиравшие и мёртвые клетки оказываются «слабым звеном» в популяции, в результате чего на первый план выходят молодые – потомство стволовых – и более активно делящиеся. Это, с одной стороны, сдерживает возврат клеток к эмбриональному состоянию, а с другой – в четверти случаев в соответствии с законами Менделя служит переходу в состояние неустойчивого деления. В норме рост трансформированных клеток блокируется иммунными лимфоцитами, активность которых включает белок межклеточного «общения» интерлейкин (IL). Описаны мыши, у которых выключен ген IL, что привело к их «излечению» от болезни Альцгеймера.

В Барселонском университете (Испания) для борьбы с глиобластомами – самыми «злыми» опухолями мозга – предложили преодолевать ГЭБ с помощью специально синтезированного пептида («осколка» протеина) из 12 аминокислот, который соединяется с рецептором, пронизывающим клеточную оболочку, к которому присоединяется белок трансферрин, переносящий в клетки железо (откуда и его название). Преимуществом нового подхода является то, что клеточные ферменты протеазы не «съедают» пептид, который благодаря этому может служить молекулярным шатлом, неоднократно доставляющим полезный лекарственный груз в клетку и выходящий из неё за новой порцией лекарства, которое может быть не только противораковым агентом, но и сдерживать развитие нейродегенеративных заболеваний.

Иван ЛАРИН.

По материалам Neuron, Science, Angewandte.

Наследие

Наглядная энциклопедия

Праздник на улице медицинских музеев

Международный день музеев – ежегодный праздник, отмечаемый 18 мая. Празднуется во всём мире с 1977 г., когда 11-я генеральная конференция ICOM (International Council of Museums – Международный совет музеев), которая проходила в Москве, приняла такое решение.

На вопрос скептиков, зачем этот праздник вообще нужен, не задумываясь, отвечаю: чтобы жители больших мегаполисов, средних и маленьких городов, хотя бы на день забыли о скучной рутине и приобщились к прекрасному. И что ещё более важно: приобщили бы к нему своих детей! Всё начиналось так. Музейному сообществу

захотелось создать особенное событие, которым и стал День музеев. Сегодня в проведении этого дня музеев принимает участие более 90 стран. Каждый год проходит под специальным девизом-темой. Тема 2015 г. обозначена как «Музеи и устойчивое развитие общества» (Museum for a sustainable society). Россия отошла от ICOM и выбрала девиз «Память», посвящённый юбилею Победы.

Разумеется, это большой праздник и особых, медицинских музеев. В мире их множество. Ведь к ним можно отнести и экспозиции крупных клиник и медвузов. Но общепризнано, что лидируют в направлении музейного дела немцы.

От анатомии до эпилепсии

Там, в Германии, экспозиции таких музеев рассказывают не только об истории медицины и фармакологии, важных открытиях, знаменитых врачах и учёных, но даже о болезнях, целебных травах.

Самая внушительная экспозиция в Немецком музее гигиены (Deutsches Hygiene-Museum) в Дрездене. Он был основан в 1912 г. после проходившей в этом городе 1-й Международной выставки по вопросам гигиены. Ежегодно в нём бывает около 280 тыс. посетителей. В музее также работает специальная экспозиция для детей.

Берлинский музей истории медицины (Berliner Medizinhistorisches Museum) развёрнут в крупнейшей в Германии клинике Шарите. Число посетителей – около 50 тыс. в год. Рассказывает о развитии медицины последних четырёх столетий. Помимо инструментов и приборов здесь выставлены патологоанатомические препараты и другие экспонаты. Среди них – самая богатая в мире коллекция желчных камней.

Немецкий аптечный музей (Deutsches Apotheken-Museum) в Гейдельберге. Важнейший музей в Германии, посвящённый

истории фармакологии. Был основан в 1937 г. С 1957 г. находится на территории Гейдельбергского замка. Ежегодно этот музей посещает около 600 тыс. человек. В коллекции представлены экспонаты от античных времён до наших дней.

Музей в Институте Роберта Коха посвящён основателю института по изучению инфекционных заболеваний и непереносимых болезней, знаменитому немецкому микробиологу Роберту Коху. В 1905 г. этому учёному, открывшему возбудитель туберкулёза, была присуждена Нобелевская премия по медицине.

Медицинская экспозиция Городского музея Гютерсло в 1990 г. получила специальный приз как «Европейский музей года». Экспозиция рассказывает об истории медицины в мире, начиная с античных времён, а также о знаменитых врачах, работавших в этом городе. Среди экспонатов – письменный стол Р.Коха и аппарат «железное лёгкое».

Немецкий Музей Рентгена расположен в Ремшайде, на родине выдающегося немецкого учёного, первого в истории физики лауреата Нобелевской премии. Вильгельм Конрад Рентген (по-

немецки – Рёнтген) получил её за открытие икс-излучения.

Исторический музей Хильдегарды Бингенской (Historisches Museum am Strom – Hildegard von Bingen) в городе Бинген-на-Рейне. Посвящён немецкой монахини XII века – знаменитой травнице, автору трудов по естествознанию и медицине, одной из четырёх женщин, удостоенных Ватиканом звания Учителя Церкви. Всего в этом списке 36 имён во главе с Фомой Аквинским.

Анатомическая коллекция династии врачей Мекель (Meckelsche Sammlung) Университета им. Мартина Лютера в городе Галле. Первыми экспонатами стали препараты из частной коллекции, собранной берлинским анатомом XVII века Иоганном Мекель. Дело продолжили его сын и внук. Последний, названный в честь деда, стал основателем современной тератологии – науки, изучающей уродства.

Среди экспонатов Немецкого музея истории медицины (Deutsche Medizinhistorische Museum) в городе Ингольштадте – скелет «гиганта из Тегернзе» Томаса Хаслера (1851-1876), внесённого в Книгу рекордов Гиннеса. Его рост составлял



И в музее среди часто экзотических экспонатов человек находит время для общения

2,35 м. В коллекции собраны экспонаты от древнейших времён до наших дней. Музей размещается в старом здании медицинского факультета.

Музей лепры (Lepromuseum) в вестфальском городе Мюнстер. Единственный в Германии музей, посвящённый истории, распространению и борьбе с этим инфекционным заболеванием. Был открыт в 1986 г. после создания немецкого Общества по изучению лепры. Рядом с музеем находится часовенка Святого Лазаря, страдавшего лепрой.

Вюртембергский музей психиатрии в Цвифальтене посвящён истории психиатрии и психиатрических больниц, диагностике, а также знакомит с известными врачами и учёными, работавшими в этой области. Специальный раздел рассказывает о бесчеловечной практике эвтаназии в Третьем рейхе.

Немецкий музей эпилепсии (Deutsches Epilepsiemuseum Kork) в городе Келе. Находится в

районе Корк в помещениях Музея ремёсел. Этот первый в мире музей, посвящённый эпилепсии, был открыт в 1998 г. Рассказывает об истории болезни, диагностике, методах лечения, а также отражении в религиозном искусстве и других произведениях.

Музей истории стоматологии (Dentalhistorisches Museum) в Чадрасе. Открыт в 2000 г. в одном из зданий замка Колдиц, а через несколько лет переехал в парк, находящийся по соседству. Музей располагает экспонатами, книгами и документами из более чем 100 больших и малых частных коллекций. Экспозиция интересна не только профессионалам, но и широкой публике.

И наконец Оптический музей (Optisches Museum Jena) в Йене. Специальные разделы его обширной экспозиции посвящены истории очков, офтальмологических приборов и микроскопов. В одном из помещений воссоздана старая мастерская фирмы Zeiss 1866 г.

Кстати

Храм муз

Первый медицинский музей был создан в начале III века до н.э. в Александрии при дворе Птолемея. «Музейон» (от греч. Museion – храм муз) также имел библиотеку, анатомическую школу.

Первым таким, пожалуй, из всех российских музеев следует считать Кунсткамеру. Пётр I был поражён коллекцией врача и анатома Рюйша в Амстердаме. Он купил собрание анатомических препаратов (около 900) для созданной в 1714 г. Кунсткамеры.

Елена ГОРСКАЯ.

Исследования

«Борода мужчины обычно придаёт ему мужественности. Изучение группы приматов показало, что волосы на лице в сложной социальной группе являются признаком доминирования и делают самца привлекательным», – отметили исследователи из Университета Западной Австралии.

лагают, что популярность бороды можно объяснить тем же.

Эксперты пояснили, что большое общество подразумевает высокий уровень конкуренции. В малых группах все знают друг друга, поэтому нет необходимости сообщать о своих качествах и конкурентоспособности с помощью «украшений». В крупных городах люди живут

Борода — привлекает

Учёные проанализировали волосы на лице и другие «украшения» тела у 154 видов приматов, например, длинные белые или серебристые волосы у гамадрилов и длинные носы у носачей. Оказалось, что у самцов, живших большими группами, «украшения» тела были более сложными и заметными, чем у тех, кто жил в малых группах. Специалисты по-

более обособленно, и их окружают незнакомые люди. Поэтому различные «украшения» позволяют произвести впечатление даже на незнакомых людей. С похожей целью человек может использовать ювелирные украшения, татуировки и атрибуты престижа.

Алина КРАЗУЕ.

По сообщению medicinform.net



Ну и ну!

Зелёные человечки уже в Вене

Там появились «светофоры для геев и лесбиянок»

Австрийская столица опробует новые светофоры с изображением геев и лесбиянок. Вместо привычных фигурок переходить улицу приглашают однополые парочки.

Нововведение появилось в преддверии музыкального конкурса «Евровидение-2015», который сейчас проходит в столице Австрии. Первый «гомосексуальный» светофор был установлен на пересечении Верингерштрассе и Университетсринг. В дальнейшем подобные светофоры должны были появиться на 50 оживлённых перекрёстках города.

Как утверждают местные власти, новые светофоры призваны показать Вену как «толерантный город без предрассудков». Впрочем, они наделены и несомненным резонансом. По словам вице-мэра Вены Марии Фассилакоу, новшество также способствует повышению уличной безопасности: пешеходы будут с интересом наблюдать за сменой сигнала и, значит, ждать зелёного света.

О реакции жителей Вены на нововведение не сообщается, однако в Интернете оригинальная новость собрала немало негативных комментариев. А ведь победитель Евровидения-2014 Кончита Вурст – бородатый трансвестит родом из Австрии, и им большинство земляков гордится.

Впервые появилось и новое обращение вдобавок к «мистеру», «миссис» и «мисс»: гендерно нейтральное «м-икс» – для транссексуалов или тех, кто не отождествляет себя с определённым полом.

Министерства, советы, крупные банки, некоторые университеты, королевская почтовая служба и агентство по лицензированию водителей и транспортных средств теперь используют «м-икс». За последние 2 года данное обращение потихоньку добавлялось в официальные формы и базы данных, и сейчас рассматривается его включение в новое издание Оксфордского словаря английского языка.

«Это пример того, как английский адаптируется к потребностям людей, поскольку люди используют язык так, как им удобно, и не позволяют языку навязывать им самоидентификацию», – отмечает заместитель главного редактора Оксфордского словаря Джонатан Дент.

Впервые употребление «м-икс» было зафиксировано в американском журнале Single Parent в 1977 г. Основным соображением первых сторонников этого термина, кажется, была гендерная политика. Они считали, что такое обращение поможет избежать предполагаемого сексизма традиционных «мистера», «миссис» и «мисс». (Напомню, недавно многие французские барышни и дамы высказались за отмену обращения mademoiselle, приравняв всех к madame. Дескать, так не случается «самоидентификация».)

Однако даже сторонники повсеместного внедрения гендерно нейтрального обращения полагают, что новшеству понадобится немало времени, поскольку некоторые организации не пользуются «м-икс» из-за информационно-технологических проблем или опасений мошенничества с персональными данными.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Spiegel-online, The Sunday Times.

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова состоялась Международная конференция «Гален: историческая судьба и задачи научных исследований». Она примечательна по двум причинам. Во-первых, международных конференций по истории античной медицины в России ранее не проводилось. Во-вторых, у нас не было форумов, посвящённых Галену, галенизму и связанному с этим кругу проблем. А ведь именно идеи и догмы Галена (129-216 гг. н.э.) предопределили развитие европейской медицины на протяжении последующих полутора тысяч лет.

История изучения и переводов античных медицинских источников в России – это больная тема. После кончины Юрия Францевича Шульца (1923-2005), который перевёл значительное число античных и средневековых латинских текстов, традиция переводов медицинских текстов полностью прервалась. К сожалению, учеников у него не было. С греческими текстами всё обстояло ещё хуже. Со времён Владимира Ивановича Руднева (1876-1951), переводчика Гиппократов, ими практически никто не занимался, а это целый пласт важных текстов – фрагменты Герофила, Гален, Соран Эфесский, Павел Эгинский, а также поздневизантийские медицинские авторы. Из работ Галена на русском языке был опубликован (в 1971 г.) только его труд «О назначении частей человеческого тела» в переводе Сергея Петровича Кондратьева (1871-1964). Об уровне комментариев в этом издании можно судить хотя бы по тому, что Гален назван Клавдием, хотя уже в начале XX века немецкие историки медицины доказали ошибочность подобного утверждения. А ведь Гален был не только врачом, но и философом. Почему же до недавнего времени им никто серьёзно не занимался? Причин, наверное, несколько. Во-первых, отсутствовали критические издания и хорошие европейские переводы, которые стали появляться только последние 30-40 лет. Во-вторых, язык Галена достаточно труден для перевода. В-третьих, отсутствие научного интереса, переводческой школы медицинских текстов и площадок для обсуждения. В-четвёртых, преследование византистики и византистов в советское время.

Очень символичным было открытие перед конференцией кабинета В.Д.Шервинского в музее Первого МГМУ. Его сын С.В.Шервинский – известный переводчик античных трагедий, а его правнучка Елена Фёдоровна Шичалина – директор классической гимназии при Греко-латинском кабинете, который занимается изданием и переводами античных текстов. Правда, медицинских текстов они ещё не издавали.

Далёкое – близкое

Следуя великому Галену

Уроки античного медика и философа полезны нашим современникам



Содержательная сторона конференции поражала своим размахом и междисциплинарным подходом. В этом безусловна заслуга её руководителя – заведующего кафедрой истории медицины, истории отечества и культурологии Первого МГМУ профессора Дмитрия Балалыкина. В ней приняли участие историки, филологи, философы, историки медицины и клиницисты. Наверное, на сегодняшний день ни Институт всеобщей истории РАН, ни Институт философии РАН не смогли бы позволить себе организовать подобную конференцию и привлечь столько специалистов, как в силу недостатка финансирования, так и в силу неразработанности историко-медицинской проблематики.

Открывая конференцию, профессор Балалыкин отметил, что холистическая система Галена созвучна христианской религии, а сам Гален (так же, как и Гиппократ) может быть назван стихийным христианином (по аналогии со стихийными материалистами) или «хриваянином до Христа».

В конференции приняли участие известные галенисты. Профессор Армель Дебрю (Франция) посвятила свой доклад анатомии души у Галена. Как известно, Гален интересовался анатомией, полагая, вслед за Аристотелем, что её изучение позволяет постичь божественный замысел. Свой

анатомический подход, основанный на тщательном наблюдении и препарировании, он применил при занятиях философией, выделяя три части души и пытаясь понять функции каждой части.

Тем у причинности и функции в строении человеческого тела

в трудах Галена продолжил профессор Филипп ван дер Эйк (Германия). Конечно, ни о каком бессмертии души Гален немышлял. Душа понималась им как своеобразная жидкость, которая может менять свою локализацию в человеческом теле: уходить в пятки, выходить наружу («душа нараспашку») и т.д. Развивая платоновскую концепцию трёхчастного строения души, Гален избегает однозначных трактовок и чётких определений. Ван дер Эйк изящно сравнил душу с университетом. Что такое университет? Здание, которое находится по определённому адресу, или же люди, которые там работают? По завершении конференции состоялась оживлённая дискуссия о душе в понимании Галена, участники которой не смогли прийти к консенсусу. К сожалению, времени для дискуссии было очень мало.

Многие работы Галена дошли до нас благодаря арабским переводам, и в настоящее время в арабских рукописях находят неизвестные нам фрагменты его трудов, позволяющие пересмотреть устоявшиеся взгляды. Одним из последних открытий является обнаруженный Николаем Сериковым (Великобритания) учебник греческого языка, составленный Хунайном ибн Исхаком (808-873). Переводы Галена и других античных авторов на арабский Ибн Исхак сделал

семейным бизнесом. Но насколько отличаются эти переводы от утраченных греческих оригиналов? Обнаруженный учебник позволяет ответить на этот вопрос.

Профессор Гюль Рассел (США) рассказала о трансформации наследия Галена в арабской культуре, а доктор Хормоз Эбрахимнижад (Великобритания) – о влиянии Галена на медицину в исламской традиции. По словам Эбрахимнижада, «Гален завершил работу Эрасистрата». Именно знание философии отличает врача от знахаря. Однако в исламских халифатах отмечается лингвистический и концептуальный разрыв с эллинистической традицией, а греческая наука используется халифами для самоутверждения. Связь между теорией и практикой отсутствует. Неудивительно, что исламская медицина постепенно деградировала.

Помимо знания анатомии, «лучший врач должен быть также логиком», – утверждал Гален. Не случайно его называли «Шерлоком Холмсом у постели больного». О логике Галена на конференции говорил профессор Владимир Васюков (Институт философии РАН).

Гален как философ стал темой выступления Тёна Тилемана (Нидерланды). Синкретизм Галена заключается в том, что он объединил логику Аристотеля с философией Платона. Он проповедовал индивидуальный подход, призывая лечить не болезнь, а больного. Говоря о Галене, Тилеман предлагает разделять медицинскую философию и философскую медицину, врачебное ремесло (техне) и знание о здоровье и болезни (эпистемология). «Старое прекрасно», – утверждал Гален, подчёркивая значение идущей от Гиппократов традиции. Но это не мешало ему быть новатором.

Нельзя не упомянуть блестящий доклад профессора Гари Фернгрена (США) «Гален и христиане». Почему язычник Гален был едва ли не обожествлён католической церковью? Насколько были при этом искажены его взгляды? В частности, Тертуллиан использовал медицинские метафоры в богословских целях.

Ряд докладов сделали историки медицины с медицинским образованием. Профессор Аксель Каренберг (Германия) в своём

докладе «Гален об инсульте» отметил, что 95% историко-медицинских работ посвящены эпидемиям и инфекционным болезням, а неинфекционные болезни в историческом аспекте почти не изучены. Гален употреблял термин «апоплексия» (удар), которым обозначался инсульт до начала прошлого века, причём локализовал этот процесс в головном мозгу. Энцефалоцентризм Галена Каренберг противопоставил кардиоцентризму Аристотеля: «Инсульт начинается в мозгу, а заканчивается в сердце».

Нейрохирург Джереми Ганц (Великобритания) рассказал о взглядах Галена на лечение ран головы и его экспериментах, требовавших хорошего знания мозговой анатомии. Невролог Дуглас Ланска (США) проанализировал эволюцию взглядов Везалия на анатомию Галена.

Следует отметить прекрасную организацию конференции: тексты докладов были переведены на русский язык и розданы всем присутствующим, осуществлялся также синхронный перевод, до мелочей была продумана программа пребывания приглашённых докладчиков, которые после завершения конференции выступили с лекциями перед студентами Первого МГМУ и т.д. Из их восторженных отзывов можно было бы подготовить отдельную публикацию.

К сожалению, отечественные специалисты по Галену были представлены на конференции недостаточно, хотя научный интерес к нему, конечно, существует и у филологов, и у историков, и у философов. В последнее время выходят отдельные статьи, появляются новые переводы. Если планируется проводить такую конференцию каждый год, то она станет отличной площадкой для международной дискуссии по проблеме, поскольку ежегодных симпозиумов по Галену на Западе нет. Кроме того, Гален – автор для кросс-дисциплинарного изучения, охватить всё сразу невозможно, а потому было бы интереснее сузить тему следующей конференции. Например, посвятить её какому-то одному произведению Галена, или какой-то одной проблематике, или, наоборот, его месту в историко-культурном контексте, а лучше всего – тем сочинениям, которые переводятся в настоящий момент. Таким образом, доклады участников и материалы конференции можно было бы сочетать с новыми переводами.

Ирина ПРОЛЫГИНА,
доцент кафедры латинского языка
и основ терминологии Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова,
кандидат филологических наук.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
профессор кафедры истории
медицины, истории отечества и
культурологии
Первого Московского
государственного медицинского
университета им. И.М.Сеченова,
доктор медицинских наук.

Память

В холле Владивостокской краевой детской клинической больницы № 1 всех посетителей встречает экспозиция детских рисунков, посвящённых сражениям Великой Отечественной войны и подвигу советских солдат, защитивших нашу Родину от захватчиков.

Своим творчеством маленькие пациенты больницы отдали дань уважения павшим во имя мира на планете и ветеранам Великой Отечественной.

– Самое главное – детей никто не принуждал и не заставлял

Дети рисуют войну

рисовать, они с радостью откликнулись на нашу инициативу таким образом поздравить ветеранов, – рассказывает педагог КДКБ № 1 Карина Ходос. – Причём в создании выставки приняли участие маленькие пациенты всех отделений – хирургического, неврологического, лор-отделения. Важно, что не нужно было создавать специальных условий для

рисования. У нас в больнице замечательная и прекрасно оборудованная игровая комната, где есть всё необходимое – столы, бумага, кисти и краски на любой вкус и цвет.

По её словам, дети даже не нуждались в подсказках – они сами находили сюжеты для своих картин, помощи у взрослых наставников не просили.

Стоит отметить, что война в представлении детей получилась, как и в жизни, очень многогранная. Юные художники изобразили все виды героических сражений – на море и на суше, под водой, и в воздухе. На одном из рисунков очень точно выражена антимилитаристская риторика в виде символа мира – белого голубя с оливковой ветвью в клюве и

надписью «Скажем «нет!» войне»...

Экспозиция детских рисунков продлится в течение всего мая, затем выставку сменит другая, посвящённая уже Дню защиты детей, а следом маленькие пациенты больницы представят на обозрение рисунки по тематике Дня медицинского работника, который традиционно отмечается 21 июня.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Леонид РОШАЛЬ,
президент Национальной медицинской палаты, директор Московского
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, профессор:

Дорогие читатели «Медицинской газеты»! У меня такое ощущение, что только сейчас мы начинаем строить российское здравоохранение. Мы с вами сегодня должны быть как никогда сплочёнными.



50075 – подписной индекс на 1 месяц
32289 – на второе полугодие 2015 г.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю. БЛИЕВ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА, К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – А. ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-04-00497
Тираж 31 140 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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