

Тенденции

Лето для здоровья

На эту цель ориентируются детские учреждения



Более 5 млн детей отдохнут и поправят своё здоровье во время летней оздоровительной кампании 2017 г., их примут свыше 44 тыс. различных лагерей, учреждений и организаций. Эти цифры прозвучали на селекторном совещании о ходе подготовки к лету, которое провела глава Роспотребнадзора Анна Попова.

В совещании приняли участие представители органов исполнительной власти субъектов РФ, органов управлений здравоохранением и образованием регионов, руководители территориальных управлений Роспотребнадзора по субъектам Федерации, главные врачи региональных центров гигиены и эпидемиологии.

По данным Роспотребнадзора, для большинства детей и подростков отдых и оздоровление будут

В Балашихе открылся лагерь для детей-инвалидов

организованы этим летом на базе оздоровительных учреждений с дневным пребыванием. На их долю приходится 81% оздоровительных учреждений, вошедших в план летней оздоровительной кампании 2017 г. Для детей будут работать загородные стационарные учреждения, лагеря труда и отдыха, палаточные, санаторно-оздоровительные лагеря и детские санатории.

Должностными лицами Роспотребнадзора было выдано более 17,5 тыс. предписаний, реализация которых направлена на приведение оздоровительных организаций согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям. В соответствии со сроками готовности учреждений, указанными в уведомлениях (заявлениях), а также со сроками выполнения предписаний, выданных в рамках подготовки

лагерей к работе, ведётся работа по обследованию оздоровительных учреждений и принятию решения об их соответствии требованиям санитарного законодательства.

В настоящее время в субъектах РФ завершается работа по выполнению предписаний и реализации мероприятий, направленных на укрепление материально-технического состояния детских оздоровительных учреждений, обеспечение их готовности к работе и приёму детей.

Ситуация с проведением летней оздоровительной кампании остаётся на постоянном контроле Роспотребнадзора.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Московская область.

Алексей ХРИПУН, руководитель Департамента здравоохранения Москвы, профессор:

К сожалению, во многих случаях оказание первичной помощи при травмах происходит в отрыве от больницы.

Стр. 5



Мелита ВУЙНОВИЧ, представитель Всемирной организации здравоохранения в РФ:

В ВОЗ есть принцип: «Сказано – сделано».

Стр. 7

Василий ТРОФИМОВ, заведующий кафедрой госпитальной терапии Первого СПбГМУ им. И.П.Павлова, профессор:

Почти все пациенты терапевтического профиля имеют сопутствующую патологию.

Стр. 11



Инициатива

Донорское движение набирает силу

С начала этого года служба крови Омской области заготовила более 6 тыс. л донорской крови.

Как сообщают в Центре крови, за 3 месяца в донорстве приняли участие более 8 тыс. человек. Из них впервые сдали кровь 17%. Важно подчеркнуть, что дефицита компонентов крови медицинские учреждения Прииртышья не испытывали, все их заявки удовлетворялись на 100%.

Бригадами центра регулярно осуществлялись выезды на заготовку крови в здравпункты предприятий, в учреждения и учебные заведения региона. В первом квартале года было организовано 50 таких выездов, забор крови произведён у более 2 тыс. доноров.

К слову, буквально на днях медалями «За содействие донорскому движению» были награждены три человека. Это – заместитель министра здравоохранения Омской области Марина Костенко, председатель правления региональной организации «Центр развития общественных инициатив» Зинаида Тикунова и заведующая отделением сестринского дела координатор волонтерского донорского движения областного медицинского колледжа Альфия Пензева.

Медалью «За содействие донорскому движению» награждаются те, кто немало делает для развития донорского движения и пропаганды безвозмездного донорства. К примеру, студенты меди-

цинского колледжа под руководством А.Пензевой участвуют в проекте по развитию добровольного донорства крови в регионе, сотрудничают с Центром крови, а также проводят мероприятия, направленные на повышение информированности о донорском движении, формирование положительного образа донора среди населения, повышение престижа института донорства.

Благодаря планомерной работе службы крови в регионе ежегодно пополняются ряды желающих поделиться своей кровью. Традиционно в рамках программы развития добровольного донорства проходят информационные акции, «круглые столы», конкурсы, конференции. К примеру, Центр крови совместно с Центром развития общественных инициатив провёл совещание «Молодёжное донорское движение в 2017 г.». В его работе приняли участие координаторы и волонтеры донорского движения. А недавно в области завершился первый этап конкурса плакатов «Донор. Кровь. Жизнь», посвящённый Всемирному дню донора крови. В нём активно участвуют школьники и студенты. В своих творческих работах они стремятся донести до каждого, что дар своей крови – это символ современной цивилизации, пример гуманизма и социальной солидарности.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Накануне

Мама Патимат — особая клиника

Приближается время сдачи в эксплуатацию перинатального центра в Махачкале. Это радостное событие может произойти в ближайшие дни.

Председатель правительства Республики Дагестан Абдусамат Гамидов посетил новую клинику, которая уже построена и оборудована необходимой техникой. Он осмотрел помещения центра, прилегающую территорию медицинского учреждения и подъездные пути у нему.

— Строительные и пусконаладочные работы завершены, — подчеркнул

А.Гамидов. — Функционально новый центр готов к приёму пациентов. Кондиционирование, вентиляция и другие системы в тестовом режиме работают исправно. Укомплектованность медицинским оборудованием составляет 100%. Коллектив сотрудников центра сформирован, прошёл обучение. Сейчас идёт передача объекта от госкорпорации «Ростех» республике. Медицинское учреждение после этого получит лицензию и начнёт принимать рожениц.

Уже придумано название перина-

тальному центру – Мама Патимат. Это самое распространённое женское имя в республике.

А.Гамидов дал указание привести в порядок не только дорогу, но и обновить фасады зданий, расположенных по соседству с перинатальным центром. По его мнению, всё должно создавать красивую атмосферу в таком особом медицинском учреждении.

Алексей ПАПЫРИН, спец. корр. «МГ».

Москва – Махачкала.

Новости

Кто возглавит академию наук?

Президент России Владимир Путин исключил возможность назначения главы Российской академии наук Правительством или Президентом РФ. Об этом журналистам сообщил помощник Президента Андрей Фурсенко.

– Владимир Владимирович подчеркнул (встрече с руководством РАН), что вещь, которая исключена, – это назначение президента Академии наук Правительством или Президентом Российской Федерации: президента академии наук должно избирать академическое сообщество, – заявил А.Фурсенко. – Хотя порядок избрания президента РАН и форма учёта позиции Правительства и Президента РФ в этом вопросе ещё подлежит обсуждению.

Президент РФ считает, что нужно подумать, как дальше структурировать саму административную структуру (РАН), как её сделать более эффективной, приспособленной к решению задач сегодняшнего дня – с тем, чтобы у нас академия наук была именно штабом исследования, определения перспектив развития науки.

Павел ЛЕОНТЬЕВ.

Москва.

По принципу гуманности

За неполное полугодие нынешнего года в подмосковных стационарах открыто несколько отделений паллиативной медпомощи. Об этом сообщают в правительстве Московской области.

«С начала 2017 г. в Подмоскovie начали действовать 10 отделений паллиативной медицинской помощи на 130 коек», – приводятся в сообщении слова Ольги Забраловой, первого заместителя председателя правительства области.

Всего на сегодняшний день в Подмоскovie открыто 21 отделение, 30 кабинетов, работают 12 выездных патронажных служб паллиативной медпомощи, которая также оказывается в отделениях сестринского ухода.

«До конца 2017 г. в регионе планируется открыть ещё 9 отделений, 15 кабинетов и организовать 4 выездные службы. Начата подготовка медицинского персонала для оказания паллиативной помощи. С начала года обучены 44 врача, 25 медицинских сестёр, за 2016 г. – 100 врачей и 121 медсестра. Курс включает теоретические и практические занятия», – пояснила О.Забралова.

Паллиативная медицинская помощь, как известно, представляет собой комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни неизлечимо больных людей. Данный вид медпомощи оказывается и в стационарах, и амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

ян РИЦКИЙ.

Московская область.

Дачники, будьте готовы!

Кемеровский областной медицинский колледж организовал для кемеровчан-дачников учебный цикл «Первая помощь при травмах и неотложных состояниях». Посетить бесплатные занятия приглашаются кузбассовцы старшего возраста, которые на лето нередко перебираются жить за город.

Обучающий мини-курс рассчитан на 6 часов, то есть пройти его можно за день. Теоретическая часть – своего рода медицинский ликбез. Здесь слушатели получают информацию о важности фактора времени при оказании первой помощи, о составе аптечки и об использовании подручных средств. Узнают об особенностях оказания доврачебной помощи при различных бытовых травмах и неотложных состояниях.

Практическая часть предполагает создание ситуаций, максимально приближенных к реальным, и самостоятельную отработку навыков оказания первой помощи, включая элементарную сердечно-сосудистую реанимацию. Для этого используются различные муляжи, симуляторы, накладные, имитирующие ранения и кровотечение, наглядные пособия, видеоматериалы. Занятия проходят с использованием интерактивного обучения с применением игровых технологий.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

События

Медиков будет больше

О преимуществах профессии рассказывали студенты

В Астрахани состоялся ежегодный деловой фестиваль «Охота на работу!», организованный агентством по занятости населения Астраханской области. Это уникальное мероприятие, объединяющее всех участников процесса подготовки кадров для региона. У всех посетителей была возможность узнать не только о свободных вакансиях астраханских компаний и предприятий, но и о том, какие профессии можно получить в учебных заведениях региона.

На «Аллее профессий» расположились материалы многих образовательных учреждений, в числе которых были представлены и медицинские учебные заведения региона. Экспозиция Астраханского государственного медицинского университета была одной из самых больших на фестивале. Студенты-медики рассказывали посетителям о медицинских специальностях. На сегодняшний день профессия врача является одной из самых престижных и востребованных на региональном рынке труда. Помимо этого, ребята демонстрировали навыки оказания первой медицинской помощи и обучали всех желающих напрямую массажу сердца, искусственному дыханию.

Будущие медицинские сёстры из Астраханского медицинского



Будущие астраханские врачи приглашали в свою профессию

колледжа раздавали информационные листовки о своём образовательном учреждении, рассказывали посетителям форума о возможности обучения по целевому направлению и важной роли среднего персонала в лечебных организациях региона. Также ребята предлагали всем желающим измерить давление и обучали этой процедуре земляков.

В ходе работы медицинских площадок на форуме демонстрировались фильмы, созданные Министерством здравоохранения Астраханской области, рассказывающие о региональной медицине и достижениях астраханских врачей.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
вншт. корр. «МГ».

Астрахань.

Здоровая жизнь

Откровенно о вредных привычках

В посёлке Прутском Павловского района Алтайского края прошёл X районный молодёжный форум «Мир без вредных привычек». В нём приняли участие представители медицинских и учебных учреждений, общественных организаций, городских библиотек. На мероприятие приехали учащиеся из 17 школ района.

Место для проведения форума было выбрано не случайно: в посёлке 6 лет действует новый образовательный проект. В 2011 г. в числе 5 образовательных учреждений, награждённых сертификатом «Школа здоровья Алтая», была и Прутская школа. Сохранение и укрепление здоровья школьников – приоритетное направление государственной образовательной инициативы «Наша новая школа». Современные образовательные учреждения решают задачу воспитания личности, ориентированной на здоровый образ жизни.

Форум «Мир без вредных при-

вычек» в этом году отметил свой 10-летний юбилей. В актовом зале с представителями разных школ Павловского района работали специалисты Краевого центра медицинской профилактики Римма Франк и Игорь Березов, которые учили присутствующих основам рационального питания, рассказывали об основных принципах здорового образа жизни.

Заведующая отделом профилактики Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом эпидемиолог высшей квалификационной категории Мария Егорова и медицинский психолог учреждения Татьяна Штер со своими группами вели разговор о социально-психологических аспектах профилактики ВИЧ/СПИДа, познакомя каждую школу-участницу с информационными материалами.

Руководитель молодёжного информационного центра «Жизнь без наркотиков» (библиотека-филиал № 15 централизованной библиотечной системы Барнаула) Ольга Гейсман обсудила с аудиторией

проблему наркомании у подростков. Стоит отметить, что библиотеки привлечены к реализации долгосрочной целевой программы «Комплексные меры по профилактике зависимых состояний и противодействию незаконному обороту наркотиков в Барнауле на 2015-2017 гг.»

На форуме также действовали площадки «Профилактика табакокурения», где работала ведущий библиотекарь библиотеки № 32 Барнаула Ирина Пергаева, и «Профилактика алкоголизма, наркомании, поведенческих расстройств и суицидального поведения у детей», которую вёл нарколог Павловской центральной районной больницы Сергей Воронин.

Были проведены конкурсы научно-исследовательских работ «Здоровое поколение XXI века» и проектных идей, а также игра-путешествие «Планета здоровья».

Наталья ВДОВИНА,
вншт. корр. «МГ».

Барнаул.

Демография

«Ингушетия стала единственным российским регионом, который в продолжительность жизни перешагнул 80-летний рубеж», – констатировала вице-премьер РФ Ольга Голодец на совещании по актуальным вопросам социальной сферы республики в Магасе.

«Это наглядный пример для всех, кто отвечает за демографическую политику», – сказала заместитель председателя Правительства РФ, курирующая в кабинете министров социальную политику. Вице-премьер поблагодарила всех жителей

Перешагнули через 80 лет

республики за достижение такого показателя. По её словам, это общий труд тех, кто живёт в Ингушетии.

В совещании приняли участие министр по делам Северного Кавказа Лев Кузнецов и глава Республики Ингушетия Юнус-Бек Евкуров.

В ходе рабочей поездки О.Голодец также приняла участие в церемонии открытия первой в республике клинической детской больницы, способной принимать

до 200 пациентов. Её здание построено в рамках Федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Ингушетия на 2010-2016 гг.»

Сметная стоимость строительно-монтажных работ и оборудования новой больницы составили более 500 млрд руб. Оценивая ход строительства объектов социальной инфраструктуры в целом, вице-премьер отметила, что «программы

социального развития реализуются полностью и качественно».

В больнице, согласно проекту, разместятся отделения травматологии, ортопедии, детской хирургии, пульмонологического и педиатрического (соматического), детская эндокринология, кардиология, реанимация. Персонал медицинского учреждения – порядка 180 человек.

Глава Ингушетии Ю.Евкуров сообщил, что в новой больнице будут

работать врачи, которые лечили больных в детских отделениях районных и городских больниц. Он отметил хорошую работу строителей и подчеркнул, что в ближайшее время в республике откроется перинатальный центр на 130 коек и 100 посещений в смену.

Президент РФ В.Путин заявил в марте этого года, что в России есть все возможности для того, чтобы к 2025 г. увеличить продолжительность жизни в стране до 76 лет.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Республика Ингушетия.

Учёба

Мастер-класс для онкологов

На днях в Благовещенске побывал известный эндоскопический хирург, главный хирург медицинского центра Управления делами мэра и правительства Москвы, профессор кафедры факультетской хирургии № 1 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Эдуард Галлямов.

Профессор Э.Галлямов владеет широким спектром открытых и эндохирургических вмешательств в хирургии, урологии, гинекологии и онкологии. Он активный хирург, консультирует и оперирует во многих клиниках России и ближнего зарубежья, передавая свой большой опыт коллегам.

В Амурском областном онкологическом диспансере Эдуард Абдулхаевич провёл для амурских

хирургов, онкологов, урологов и гинекологов мастер-классы по эндоскопической хирургии при онкогинекологии, абдоминальной хирургии (раке желудка), онкоурологии (рак почки, предстательной железы). За 2 дня он выполнил 6 операций.

Телетрансляция показательных операций велась в конференц-зале, где находились врачи из медицинских организаций Благовещенска и всего региона. В перерывах между операциями Э.Галлямов общался с амурскими коллегами о современных технологиях в эндовидеохирургии, делился своим богатейшим опытом и отвечал на вопросы участников мастер-классов.

В завершение своего визита в Приамурье Э.Галлямов обсудил с главным врачом онкодиспансера Светланой Леонтьевой вопросы материально-технического обеспечения для проведения эндохи-

рургических операций. Как сказал Эдуард Абдулхаевич, специалисты-профессионалы в регионе есть, желание перейти на новый уровень оказания хирургической помощи онкобольным тоже, а по вопросу о том, какое нужно дополнительно закупить оборудование, он свои предложения внёс. Самое главное, отметил он, чтобы оно не просто имелось в наличии, а реально работало, при этом свою помощь в отработке новых эндоскопических технологий он пообещал.

К слову, это уже не первый визит известного эндохирурга в Благовещенск – в 2014 г. он приезжал сюда по инициативе Министерства здравоохранения и администрации Амурской областной клинической больницы, где также проводил мастер-класс по эндохирургии. Профессор остался доволен оказанным ему приёмом, живым диалогом с коллегами и активным их участием в мастер-классе, похвалил их мастерство. Тогда Эдуард Абдулхаевич заверил всех, что этот его визит на амурскую землю не единственный, и он надеется приехать сюда вновь. И своё обещание выполнил.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Конкурсы

Наградили за профилактику

В городе Россошь Воронежской области в рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!» состоялся областной смотр-конкурс между учреждениями здравоохранения на лучшую организацию мероприятий, направленных на профилактику и формирование здорового образа жизни. Расказать о своей работе и поделиться опытом с коллегами собрались порядка 50 медицинских организаций области.

История проекта началась в 2014 г., тогда же при поддержке правительства региона началась его реализация. Приоритетная цель – содействие снижению смертности жителей области и повышение продолжительности жизни путём стимулирования ранней обращаемости за медицинской помощью, формирования здорового образа жизни и ответственного отношения граждан к своему здоровью. Координатор – Департамент здравоохранения, участники – все заинтересованные ведомства, органы государственной и муниципальной власти, бизнес-структуры, отдельные организации, общественность и церковь. Сегодня проект реализуется во всех районах области. Он направлен на активное побуждение

людей к управлению своим здоровьем. Только с начала 2017 г. более 150 тыс. человек приняли участие в проекте и более 50 тыс. прошли скрининговые обследования. У более чем 9 тыс. человек впервые выявлены различные хронические заболевания, и им предложены индивидуальные планы оздоровления.

В этом году на конкурс поступило 36 презентаций, 11 видеороликов и 12 текстовых материалов. Жюри оставило в шорт-листе 12 наиболее содержательных и оригинальных работ. Конкурс проводился в два этапа. В ходе первого состоялась выставка стендов, наглядных пособий, раздаточного материала медучреждений; в ходе второго – видеопрезентации и выступления медработников в защиту своей медицинской организации, номера творческих и спортивных коллективов.

Члены жюри отметили подготовленность всех участников, большой вклад в организацию профилактической работы с населением, заинтересованность в реализации проекта «Живи долго!» на территории области.

Победителями конкурса на лучшую организацию мероприятий в рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!»

среди районных медицинских организаций области были признаны три учреждения. Столько же – среди медицинских организаций, расположенных на территории Воронежа.

Департамент здравоохранения Воронежской области также счёл необходимым отметить тех, кто стабильно идёт в авангарде проекта. Это лидеры, которые не участвовали в конкурсном отборе, но, несомненно, заслужили признание и уважение.

Знак отличия «Лидер областного межведомственного проекта «Живи долго!» получили главные врачи: Россошанской районной больницы Галина Дымова, Павловской районной больницы Александр Королюк, Воронежской городской поликлиники № 4 Сергей Бредихин, Воронежского областного клинического онкологического диспансера Иван Мошуров, заместитель главного врача Воронежской городской клинической больницы № 1 Светлана Смирнова. Награждались также медицинские учреждения, занявшие первые места в различных номинациях.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

Статистика

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в России к запрету суррогатного материнства.

Половина врачей (53%) не смогли определённо высказать отношение к проблеме возможного запрета суррогатного материнства, 38% против запрета и 9% поддерживают. Доля медиков, выступающих против запрета, выше в регионах (44%), чем в Москве (28%).

Врачи, поддерживающие суррогатное материнство, почти едины в своих объяснениях – у каждого есть право стать родителем своего ребёнка, должна быть возможность иметь своих детей для бездетных пар (65%).

Врачи, которые против суррогатного материнства, отмечают, что нет чётких законодательных норм в этой области и много спорных моментов (18%), это противоречит

Неоднозначная тема

религиозным взглядам и неэтично (18%), нужно усыновлять детей-сирот (16%), слишком дорого (8%) и другие причины.

«Это неоднозначная и резонансная тема, поэтому половина медиков не смогли однозначно высказать свою позицию. Тот случай, когда и аргументы «за», и аргументы «против» обоснованы. С одной стороны, суррогатное материнство – это реальный шанс для семей стать родителями своего (генетически) ребёнка. С другой стороны, много конфликтных моментов и рисков, которые никак законодательно не регулируются, вдобавок ещё существует и этическая сторона проблемы. Смущает здесь сама форма подачи: когда предлагается

не решать проблему (путём устранения пробелов в законодательстве и пр.), а просто избавиться от её источника – запретить суррогатное материнство в принципе», – прокомментировала руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT Ксения Медведева.

В опросе приняли участие 600 медицинских работников (урологи, хирурги, эндокринологи, ревматологи, фармацевты) в 40 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведён в мае 2017 г.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Дословно

Гомеопатию хотят реабилитировать

Министерство здравоохранения РФ не поддерживает идею запрета гомеопатических препаратов.

Об этом во время конгресса «Право на лекарство» сообщила директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина в ответ на просьбу сторонников гомеопатии не запрещать этот вид продукции.

Она уточнила, что с 26 апреля 2017 г. у России с Евразийским экономическим союзом действует общий рынок лекарств, на котором утверждены правила регистрации гомеопатических препаратов на территории всех стран – участников союза.

«Я вам ответственно заявляю, что в настоящее время у нас нет ни одного отказа в отношении разработчиков гомеопатических лекарственных препаратов. Да, сообщество относится к этим препаратам неоднозначно, но мы считаем, что оснований ис-

ключать гомеопатические лекарственные препараты из оборота на российском рынке нет», – сказала Е.Максимкина.

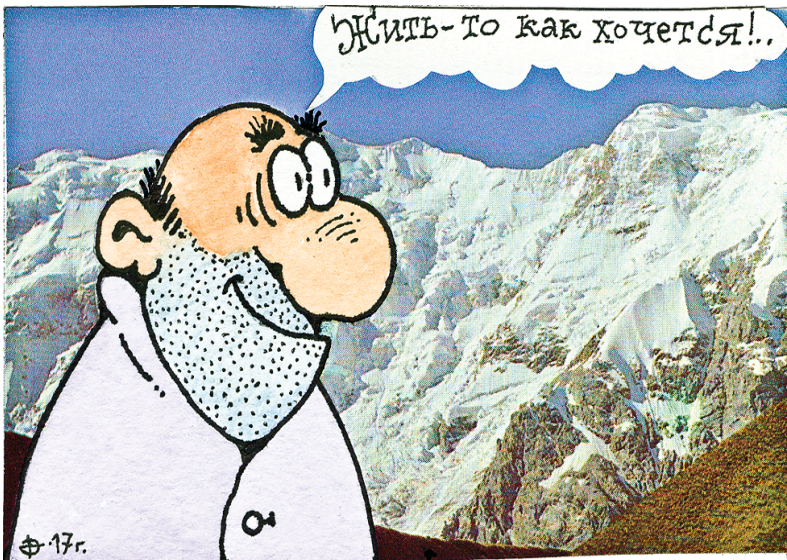
Гомеопатия получила поддержку и со стороны Государственной Думы РФ. Депутат Федот Тумусов сообщил, что Комитет Госдумы РФ по охране здоровья в ближайшее время проведёт «круглый стол», посвящённый этому виду альтернативной медицины. Впоследствии, пообещал Ф.Тумусов, комитет направит обращение в Российскую академию наук с требованием отозвать меморандум о признании гомеопатии лженаукой, который был опубликован 7 февраля 2017 г. В нём комиссия РАН по борьбе с лженаукой заявляла, что лечение сверхмалыми дозами различных веществ, применяемое в гомеопатии, не имеет научных оснований.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Однако

Поездка за... эвтаназией



В России появится новое направление турбизнеса: поездки в Швейцарию с целью эвтаназии. Представители компании-организатора утверждают, что подобные поездки россияне уже могли совершать в частном порядке, но теперь им предложат новый уровень сервиса и избавят от бумажной работы. По мнению юристов, сейчас с юридической точки зрения препятствий для подобной работы нет. Но в ближайшее время законодательство в части самоубийств предполагается модифицировать, и тогда к организаторам подобных турпоездок у правоохранительных структур могут возникнуть вопросы.

Как сообщают в отечественной прессе, одна из туристических компаний подала заявку в Роспатент по регистрации товарного знака. Регистрация идёт по классу товаров и услуг – это авиаперевозки и туризм. Генеральный директор компании рассказал, что базовая путёвка в необычный тур будет стоить в районе 5 тыс. евро. В него войдут оформление необходимых документов, билет в Швейцарию, несколько дней проживания и услуги врачей.

По словам директора, компания планирует заключить партнёрский договор с одной из швейцарских клиник, проводящей процедуру эвтаназии, и взять в аренду дом

с видом на Женевское озеро, где решившие уйти из жизни проведут последние дни.

– Сама идея подобных туров не нова. Известно, что многие европейцы, решившие уйти из жизни, едут в Швейцарию или Бельгию, где эвтаназия легальна. Не намёк ли эта ситуация на то, что в недалёком будущем россияне ожидает жизнь, когда они активно начнут повышать прибыль шустрых коммерсантов, уплотняя поток туристов в сторону Альп, откуда уже нет дороги назад?

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

Комитет Госдумы РФ по охране здоровья не поддержал проект федерального закона об обязательной видеозаписи хирургических операций, которую предлагалось вести в медицинских учреждениях для контроля работы врачей.

Один из авторов этого законопроекта – заместитель председателя фракции «Справедливая Россия» Олег Нилов – объяснял необходимость этого законодательного новшества при проведении операций с применением общей анестезии ростом числа случаев неправомерных действий медиков. Такой подход должен минимизировать врачебные ошибки и непрофессионализм, полагает он. По данным депутата, за год обнаруживается около 3 тыс. инородных предметов, забытых медиками после операционных вмешательств в организме пациентов.

«Вы помните скандальные ситуации, когда забывались невообразимые предметы – не просто какой-то зажим, целые простыни были оставлены в полости оперируемых», – говорит О.Нилов. – Наш законопроект означает усиление контроля за всем, что касается жизни и здоровья. В последние годы в каждом автомобиле стоит авторегистратор, чтобы в случае чрезвычайной ситуации можно было выяснить причины, объективно расследовать ЧП и наказать виновных. В случаях же с операциями пока не было такой инициативы. Сложно винить врачей, их можно понять – они стараются делать всё как положено. Но мы видим достаточное количество случаев, когда бывают ошибки, оплошности, халатность. Всё это приводит к потере здоровья, иногда жизни».

По словам депутата, видеозапись действий врачей должна проводиться только по желанию пациента, при этом врачебная тайна не будет нарушена, если он под свою ответственность получит запись после операции. Только письменное заявление может стать основанием для видеорегистрации. Это право больного – пока он под наркозом, увидеть, что же было. Если мы его потеряли – это право близких и следователей. Никакой врачебной тайны быть не может, если всё прошло замечательно. А если смерть, если тяжкие последствия?

Правительство РФ отказалось поддерживать законопроект из-за отсутствия бюджетных средств на его реализацию, однако О.Нилов

заявил, что для бюджета подобное нововведение не будет обременительным, поскольку поликлиники и госпитали в своих же интересах будут ставить не слишком дорогие средства видеозаписи в операционных.

В Комитете Госдумы РФ по охране здоровья считают, что ответственность врача за качество медицинской помощи чётко прописана в настоящее время в российском законодательстве, а

Сегодня, считают депутаты, достаточно механизмов коллегиального контроля качества лечения – врачебные ежедневные конференции, консилиумы, совместные осмотры и операции, телемедицинский контроль, клинично-анатомические конференции.

Так что, как говорится, «кина не будет». Пока.

Хотя Д.Морозов уже предложил коллегам дополнительно обсудить осенью проблемы контроля

Очевидно, такой видеозаписи предлагается придать специальный статус, легализовать её. И главный вопрос – кто будет гарантом хранения этой записи? И кто и как будет ею распоряжаться? – задаётся вопросом А.Саверский. – Если это будет само лечебное учреждение, то понятно, что записью будут манипулировать. Ведь такая запись нужна для доказательства вины или невинности врача. То есть здесь изначально задана кон-

Ситуация

«Кина не будет». Пока

Как контролировать качество оказания медицинской помощи?

дополнительная регламентация может быть введена на уровне главного врача клиники. Кроме этого, депутаты профильного комитета посчитали такую норму практически невозможной для практического воплощения. По их мнению, чтобы составить хотя бы примерную картину происходящего в операционной, потребуется не менее десятка камер, которые могут с разных ракурсов фиксировать действия врачей и сестёр, что потребует «колоссальных финансовых затрат» на закупку оборудования. К тому же, как отмечают в комитете, это относится и к предлагаемой «...экспертизе действий одними хирургами других».

«Единичные случаи непреднамеренного оставления инородных тел (медицинских инструментов или тканей) в полостях организма пациента становились возможными во многом потому, что в условиях цейтнота, массивного кровотечения и экстренной ситуации даже хирургической бригаде был не замечен оставленный предмет», – полагает председатель Комитета по охране здоровья детский хирург Дмитрий Морозов. – Для исключения таких случаев разработана целая система профилактических мер: подсчёт салфеток и инструментов, использование салфеток на зажимах с рентгеноконтрастными полосками».



Всё под присмотром

качества оказания медпомощи и хирургических вмешательств. А в Лиге защитников пациентов поспешили предложить продумать режим хранения и доступности видео с операций.

Для них необходимо продумать такие условия, чтобы этими материалами не могли манипулировать медицинские учреждения, заявил президент этой общественной организации Александр Саверский.

«Сейчас эндоскопические операции выводятся на монитор и записываются по определению.

фликтная ситуация. Поэтому режим хранения этой видеозаписи должен быть очень тщательно продуман».

Подождем, словом, до осени, когда заседатели Госдумы РФ соберутся на осеннюю парламентскую сессию. Ведь их вовсе не смущает, что многие хирургические операции и так уже давным-давно записываются. Права пациентов защищены даже под наркозом...

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Перспективы

Медпомощь детям — полностью бесплатно

Российское государство располагает достаточными средствами для обеспечения детей полностью бесплатной медицинской помощью, заявила на заседании общественного совета федерального партийного проекта «Единой России» «Здоровье – детям» спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко.

По её мнению, как председателя совета этого проекта, один из основных вопросов здесь – развитие системы амбулаторных и стационарных медицинских учреждений для детей. Необходимо рассмотреть вопрос о строительстве, реконструкции и капитальном ремонте детских больниц и поликлиник, а также вопросы кадров и организации бесплатной доступной медицинской помощи. Это мог бы взять на себя «серьёзный координирующий организационный центр для оказания педиатрической помощи по всем профилям», который должен быть создан в каждом



В.Матвиенко с медиками нового комплекса Вологодской областной детской больницы

регионе, полагает председатель Совета Федерации.

«Есть несколько примеров даже по Москве, когда предлагают родителям платную медицинскую помощь – то ли это компьютерная томография, то ли ещё что-то. А что касается детского здравоохранения, здесь вообще речи о платном здравоохранении быть не должно, государство в состоянии обеспечить достаточный объём финансирования на оказание эффективной помощи детям», – сказала В.Матвиенко.

Напомним, что вскоре начнётся формирование федерального бюджета на следующие 3 года, спикер Совета Федерации отметила необходимость вовремя определить важнейшие приоритеты в сфере здоровья детей. «И Совет Федерации, и Государственная Дума постараются сделать всё, чтобы обеспечить достаточным финансированием приоритетные задачи детского здравоохранения», – заверила она.

По её словам, до конца этого года в 30 субъектах РФ появятся 32 современных перинатальных центра.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Решения

Объединённая «скорая» будет работать лучше

В Алтайском крае продолжается процесс укрупнения служб скорой помощи, который начался 2 года назад.

В марте к Рубцовской станции скорой помощи присоединено отделение скорой помощи Угловского района, а к Смоленской ЦРБ – Быстроистокское отделение.

С апреля в объединённом формате начали работать Бийская станция скорой медицинской помощи и подразделение скорой медицинской помощи Зонального района, к Рубцовской станции присоединено отделение скорой медицинской помощи Егорьевского района, к Михайловской ЦРБ – отделение МСЧ Малиновое озеро.

Пока что места дислокации бригад остались прежними на первом этапе, а далее будут формироваться и дополнительные посты.

– По имеющемуся в крае опыту проведения реструктуризации станций скорой медицинской помощи установлено, что при организации работы службы без учёта административно-территориальных границ более рационально формируется структура подстанций, отделений и пунктов службы, – отметила заместитель министра здравоохранения Алтайского края Наталья Белоцкая. – «Стерлись» зоны обслуживания, и это позволяет отправить на вызов ближайшую бригаду, появилась возможность вызова на помощь высокоспециализированных реанимационных бригад.

При этом, по её словам, внедрены единые технологии, стандарты качества и организационно-методические подходы, единые технические требования к обслуживанию автомобилей на одной ремонтной базе. Обеспечен жёсткий контроль за оснащением укладок, сроками оказания скорой медицинской помощи, повышена их манёвренность.

Таким образом, работа приведена в соответствие со стандартами оказания медицинской помощи; населению прикреплённых территорий стала доступна тромболитическая терапия на догоспитальном этапе.

Реорганизация стала поводом для ревизии автомобильного транспорта службы: в случае возникновения неисправности появилась возможность обеспечения резервным автомобилем. До утверждённых стандартов доведена оснащённость медицинским оборудованием. Проведено обучение медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи.

Н.Белоцкая подчёркивает: Алтайский край вошёл в число 34 регионов России, где будет развиваться санитарная авиация. Это позволит решить проблему скорой медицинской помощи в удалённых и труднодоступных населённых пунктах.

Решением правительства Алтайского края к организации службы скорой медицинской помощи впервые применён кластерный подход. В 2016 г. созданы межмуниципальные агломерации на базе станций скорой помощи городов Барнаула, Бийска и Рубцовска, организовано межрайонное отделение скорой медицинской помощи на базе Благовещенской ЦРБ.

В 2017 г. работа по совершенствованию службы будет продолжаться. Планируется создание единой диспетчерской службы на базе станции СМП Барнаула.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Барнаул.

В первый рабочий день после Международного дня травматолога, отмечаемого ежегодно 20 мая, в Детской городской клинической больнице им. Н.Ф.Филатова Департамента здравоохранения Москвы состоялось профессиональное мероприятие довольно необычного формата. Пообщаться с травматологами-ортопедами одной из самых известных детских столичных больниц и обсудить перспективы этой службы приехал руководитель департамента профессор Алексей Хрипун. Вместе с ним во встрече приняли участие главный специалист детский травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы профессор Дмитрий Выборнов и главный травматолог-ортопед департамента профессор Вадим Дубров.

«Без галстука»

Формат встречи был определён как отраслевой травматологический консилиум. При этом помимо своеобразного рабочего совещания по наиболее актуальным вопросам развития данной отрасли городского здравоохранения было немало времени уделено и практическим медицинским аспектам. В сопровождении главного врача стационара – главного неонатолога департамента профессора Антонины Чубаровой – и руководителей профильных отделений состоялся традиционный врачебный обход, в ходе которого родители детей, находящихся в «Филатовке», совершенно неожиданно для себя смогли проконсультироваться с ведущими московскими специалистами в области травматологии и ортопедии.

Однако наибольший интерес у участников встречи, в ходе которой пообщаться с руководством департамента и больницы могли специально приглашённые на неё молодые врачи, аспиранты и ординаторы, вызвал разговор на профессиональные темы. В частности, как рассказал А.Хрипун, в настоящее время в стадии рассмотрения находится вопрос о передаче детских травматологических пунктов в ведение стационаров. Один из доводов в пользу такого шага – обеспечение преемственности в работе травмпунктов и больниц в интересах пациентов.

– Если травмпункт находится на территории больницы, то вопросы маршрутизации пациентов, привлечения лучших специалистов и использования той или иной аппаратуры в оперативном режиме решаются без проблем, – отметил А.Хрипун. – К сожалению, во многих случаях оказание первичной помощи при травмах происходит в отрыве от больницы, и именно

Ориентиры

В формате консилиума

Дискуссия, направленная на пациента

это мы намерены исправить. Кроме того, объединение позволит поднять на качественно новый уровень процесс реабилитации, что крайне важно именно для детей с точки зрения обеспечения единых подходов к послеоперационному периоду. При такой схеме организации работы и врачи стационаров будут уверены, что их рекомендации выполняются на должном уровне, и врачи травмпунктов всегда смогут оперативно получить необходимую консультацию в особенно сложных случаях, – заключил он.

Посредством стажировки

В ходе разговора с врачами также поднимались вопросы непрерывного медицинского образования по специальности «травматология и ортопедия», возможности для повышения мотивации молодым врачам идти в детскую травматологию и помощь, которую руководство департамента или медицинских организаций могут оказать для облегчения доступа молодым специалистам к зарубежной профессиональной информации.

Одним из способов сделать это является участие в программе зарубежных стажировок, которые Департамент здравоохранения Москвы регулярно организует для врачей и медицинских сестёр. В частности, напомнил А.Хрипун, в

нынешнем году очень продуктивно прошли стажировки в Израиле и Южной Корее.

– Нет никаких препятствий к тому, чтобы в подобных поездках не принимали участие наши доктора. Тем более что некоторые зарубежные клиники по этому профилю демонстрируют совершенно фантастические результаты. Мы можем и сами чему-то научиться у зарубежных коллег, и собственным

нолгий, осуществляются закупки профильного хирургического и диагностического оборудования, идёт планомерная работа по повышению квалификации врачей и медицинских сестёр. Сеть оказания травматолого-ортопедической помощи в столичном регионе включает как взрослое, так и детское направление. В частности, помощь детям оказывается в 22 детских травмпунктах (в том числе 3 – при

проводить их с минимальным травматизмом для пациента.

Примером использования уникальных технологий является применение 3D-печати для изготовления сложных ревизионных эндопротезов и индивидуальных спейсеров. Это стало возможным при совершенствовании обработки данных интраскопии и развитии 3D-печати из титана и костного цемента. С использованием этой



Д.Выборнов, А.Чубарова, А.Хрипун и В.Дубров (слева направо)

опытом поделиться, – подчеркнул А.Хрипун.

Как сообщалось в ходе мероприятия, на сегодняшний день оказание медицинской помощи населению Москвы по профилю «травматология и ортопедия» является одним из наиболее активно развивающихся направлений.

На пути к совершенству

На протяжении нескольких последних лет в отрасли идёт постоянное внедрение новых тех-

стационарах) и 6 детских ГКБ с койками травматологического профиля, 5 детских ГКБ с койками ортопедического профиля. (Всего 215 и 100 травматологических и ортопедических коек соответственно).

За минувший год выполнено четверть больше высокотехнологичных операций детям, чем в 2010 г. В практике деятельности отделений травматологии и ортопедии активно используются эндоскопические и артроскопические методы операций, позволяющие

технологии произведено уже около 120 операций (80 в травматологии и ортопедии, 20 в челюстно-лицевой хирургии, 20 в вертебрологии и нейрохирургии).

Ещё одной особенностью организации работы травматолого-ортопедической службы Москвы является активное использование стационаров кратковременного пребывания (СКП). Это, к слову, является общепризнанным мировым подходом к оказанию многих видов медицинской помощи по данному направлению.

В развитых странах, что характерно, доля операций в СКП до 90%. Преимуществами такой модели оказания медицинской помощи при травмах является малоинвазивность вмешательства, отсутствие отрыва от повседневного образа жизни, уменьшение риска развития тромбоземболии, сокращение реабилитационного периода и риска занесения инфекции.

Как отметили после завершения мероприятия участники встречи, возможность прямого общения с ведущими специалистами по тому или иному направлению медицины трудно переоценить – причём и для молодых врачей, и для их более опытных коллег. Поэтому встречи в подобном формате было предложено сделать регулярными.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Здравоохранение: нужен качественный прорыв

Но каково будет финансирование отрасли?

«Вне зависимости от персонала, вне зависимости даже от внутриполитического графика страна должна иметь ясные, понятные планы развития экономики и социальной сферы», – заявил Президент России Владимир Путин в ходе рабочей встречи с председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым. На ней обсуждались перспективы экономического развития страны на период до 2025 г.

А каким видится будущее социальной сферы, здравоохранения? Каково будет финансирование отрасли? Ответы на эти и другие вопросы во многом дают материалы стратегии – 2035, которые готовит для главы государства Центр стратегических разработок (ЦСР) под руководством бывшего министра финансов РФ Алексея Кудрина и которые появились в ряде СМИ.

Один из главных драйверов роста экономики

В XXI веке перспективы экономики зависят от человеческо-

го капитала: здравоохранение, предотвращающее его потери, к 2024 г. станет наряду с образованием, формирующим этот капитал, одним из главных драйверов роста экономики России, говорится в материалах стратегии – 2035. Пути развития этих отраслей описаны в предлагаемых ею программах «Образование XXI века», «Здоровье граждан».

Место страны в мировой экономике будет определяться её способностью порождать и осваивать инновации: и образованию, и здравоохранению, которое быстро замещает в мире военную сферу в качестве главной площадки технологического прогресса, превращаясь в крупнейшую отрасль развитых экономик, необходимо не улучшение, а качественный прорыв. Пропустить этот сдвиг – значит обрекать страну на утрату положения великой державы, считают в ЦСР.

Выбор, по мнению авторов разработок, однозначен: либо обеспечить технологический сдвиг отраслей человеческого капитала совместными усилиями государства, работодателей и граждан, либо смириться с глубоким долгосрочным отставанием. Пока же

финансирование здравоохранения в расчёте на душу населения, например, отстаёт в России от развитых стран в 3,2 раза.

Рецепт решения проблем

Обеспечить технологический сдвиг отраслей человеческого капитала авторы стратегии предлагают совместными усилиями государства, работодателей и граждан. Предлагаемый ЦСР бюджетный манёвр в 2% ВВП в пользу образования и здравоохранения поровну распределяется между ними: государственное финансирование медицины к 2024 г. должно возрасти с 3,3 до 4,3% ВВП, образования – с 3,6 до 4,6%. В системе обязательного медицинского страхования появляется опция ОМС-2 с расширенными программами за дополнительный взнос, будет реструктурировано льготное лекарственное обеспечение. Технологически развитое здравоохранение усилит и международную роль России: экспорт медицинских услуг возрастет с 0,07 млрд долл. (0,0001% всего экспорта) до 3,6 млрд к 2024 г.

Проект «Здоровье граждан» предусматривает новую модель организации медицинской помощи – «медицину 4П»: предикция (выявление предрасположенности к развитию заболеваний), превентивность, персонализация, партисипативность (участие самих граждан в профилактике).

Для развития здорового образа жизни граждан создадут инфраструктуру для массового спорта в жилых кварталах, в том числе парки; в школах введут уроки здорового образа жизни; субсидируют работающим платные занятия спортом (до 30 тыс. руб.). Акцизы на табак и алкоголь будут повышаться быстрее инфляции; сократится число торговых точек, продающих алкоголь; каждые 2-3 года будут повышаться штрафы за вождение в нетрезвом виде.

Предлагается пересмотреть состав льготников, имеющих право на бесплатные лекарства. Одновременно вырастет доля затрат на лекарственные препараты в составе тарифа на стационарное лечение.

«Важная часть наших предложений касается здравоохранения. Без улучшения здоровья

и активного долголетия у нас не будет высокой производительности труда в стране. У человека, который будет жить в будущем, будет больше возможностей через новые технологии, лекарства, наблюдения и разные процедуры быть более здоровым», – считает А.Кудрин. А социологические исследования говорят, что люди готовы к дополнительным платежам в социальной сфере. Доля тех, кто готов на это тратить 2% дохода, с 2011 по 2016 г. выросла с 11 до 51%, включая наименее обеспеченных, приоритеты – медицина и школьное образование.

Предлагаемые меры позволят увеличить среднюю продолжительность жизни с 71,4 до 76 лет, рассчитывают в ЦСР. Одним из вызовов для российского здравоохранения А.Кудрин назвал борьбу со смертностью населения. В частности, в стране велика смертность мужчин в трудоспособном возрасте, а детская смертность в три раза выше, чем в соседней Финляндии.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

С только что назначенным региональным министром состоялась рабочая встреча губернатора Тульской области Алексея Дюмина. В ходе неё губернатор обратил особое внимание на повышение качества управления в отрасли. «Нужны эффективные управленческие решения, которые быстро проходят по всей отраслевой вертикали и воплощаются в реальные дела. Вся система здравоохранения должна работать как слаженный механизм», – сказал руководитель администрации.

Также глава региона подчеркнул важность выстраивания обратной связи: «Посещайте районы, встречайтесь с людьми. Руководство отрасли должно слышать мнение профессионалов – не только главных врачей, но и всех членов медицинского сообщества. И прежде всего мнение жителей – тех, чьё здоровье находится под охраной медиков».

Затем губернатор назвал основные задачи, стоящие перед областным здравоохранением. По его словам, особого внимания требует первичное звено: «Необходимо избавить пациентов от лишних очередей и хождений по кабинетам, улучшить само отношение к людям. В поликлиниках и больницах – не место грубости и безразличия».

А.Дюмин поручил новому руководителю Минздрава держать на особом контроле строительство фельдшерских пунктов в районах области. А также активно внедрять современные скрининговые программы раннего выявления заболеваний.

Тенденции

Люди заждались перемен

Они намечаются с приходом нового министра здравоохранения Тульской области Андрея Третьякова



А.Дюмин напутствует А.Третьякова (слева)

Ещё одна серьёзная задача – совершенствование системы маршрутизации: «не должно

быть «перевалочных пунктов», неспособных оказать необходимую помощь».

регистратура», которые уже успешно действуют в ряде регионов.

Также А.Дюмин указал на особую важность для области проектов по строительству двух корпусов детской областной клинической больницы и областного перинатального центра.

И подытожил: «От медицины люди сегодня ждут быстрых, заметных перемен к лучшему».

В своём ответном слове А.Третьяков сообщил, что успел изучить ситуацию в областной медицине и выработать ряд предложений по улучшению ситуации.

По его словам, планируется активное внедрение проектов «Бережливая поликлиника» и «Открытая

По словам нового министра, маршрутизация будет скорректирована прежде всего для больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Что касается раннего выявления заболеваний, то этому вопросу будет уделено особое внимание. Более того, речь идёт о пересмотре подхода к работе среднего звена. Необходимо сокращать время между выявлением заболевания, постановкой диагноза и назначением лечения. А.Третьяков заявил, что дополнительные усилия будут направлены на привлечение квалифицированных кадров, налаживание системы повышения профессиональной компетенции врачей.

– И я, и мой недавно назначенный заместитель Геннадий Ларин настроены работать вместе с коллегами единой командой, вместе добиваться успехов, – сказал А.Третьяков. – И здесь обратная связь, о которой было сказано, – необходимый рабочий инструмент. Все поставленные задачи ясны. Будем выполнять. А положительный опыт и потенциал тульских медиков станут серьёзной опорой в нашей работе. Будем делать всё для того, чтобы жалоб от пациентов становилось меньше, а благодарных отзывов больше.

Что ж, как говорилось в прежние времена, флаг вам в руки, новые руководители и специалисты здравоохранения. Остаётся надеяться, что системой сбережения здоровья россиян прославится тульская земля, как уже прославилась другими добрыми делами.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Тула.

Проблемы и решения

Чтобы голос звал за собой

Для этого нужна особая забота медиков

Недавно во многих странах Старого и Нового света, а также в России отмечали Международный день голоса. «Гулять» по миру это необычное событие стало с «лёгкой руки» бразильцев, первый раз отметивших День голоса в 1999 г.

Россия впервые присоединилась к этому международному мероприятию в 2006 г., инициаторами Дня голоса в нашей стране стали Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России и Омский фониатрический центр во главе с бессменным руководителем, заслуженным врачом РФ, обладателем «Знака Почёта» от Российской общественной академии голоса Людмилой Дорониной.

По традиции в столице Прииртышья к Международному дню голоса подготовили целый комплекс мероприятий. Три дня фониатрическая служба Клинического медико-хирургического центра (КМХЦ) вела «прямую линию» по проблемам голоса. Высококвалифицированные специалисты (врачи-фониатры, фонопед-вокалист, фонопед-речевик и психолог центра) консультировали по телефонам, давали рекомендации и советы, а в случае необходимости записывали омичей на при-

ём. В преддверии Дня голоса сотрудники фониатрического центра выступали с лекциями перед студентами, работниками сцены, оториноларингологами и пациентами клиник, рассказывая о потенциале человеческого голоса, проблемах разработки и лечения голосового аппарата, гигиене голоса, влиянии вредных привычек (алкоголя и курения) на его звучание и чистоту.

Врачи «службы Дорониной» проводили мастер-классы и выездные профилактические осмотры в учреждениях культуры, стремясь донести до каждого, насколько важно заботиться о голосе, не забывать о профилактике и лечении заболеваний голосового аппарата, предупреждении онкологических заболеваний. Затем в КМХЦ состоялся День открытых дверей для работников культуры, семинар на тему «Чистый голос», а также праздничный концерт с участием ведущих солистов Омского музыкального театра.

Фониатрический центр КМХЦ (в прошлом году он отметил 40-летний юбилей) – единственный в России специализированный профильный медицинский центр, оказывающий консультативную и амбулаторную помощь по фониатрии жителям Омска, области и других регионов России. Через заботливые руки специалистов

здесь ежегодно проходят до 9 тыс. пациентов.

– Голос – это главный инструмент человеческого общения, от того, как он звучит, во многом зависит и то, как нас воспринимают окружающие, – говорит Л.Доронина. – Поэтому в современном обществе голосовые проблемы оказывают значительное влияние на качество жизни. Международный день голоса, по её словам, призван объединять не только представителей медицины (оториноларингологов, фониатров, хирургов «голова – шея», логопедов, онкологов), профессионалов голоса, но и тех, чья деятельность напрямую не связана с его использованием.

– Мы гордимся тем, что в структуре нашей клиники есть такое поистине уникальное подразделение – фониатрический центр, – подчеркнул главный врач КМХЦ Вадим Бережной. – Это не просто выделяет нас из числа других больниц Омска. Мы «не прячемся» от решения необычных и сложных задач, а проблемы профилактики и лечения заболеваний голосового аппарата – из разряда таковых, если это в интересах омичей...

Все специалисты фониатрического центра аттестованы и имеют сертификаты. Здесь есть всё необходимое оборудование: эндоскопы, система архиви-

рования данных, стробоскоп, риновидеоларингоскоп, клиническая система анализа голоса, аппараты для нейромышечной стимуляции, для внутригортанного электрофореза, для пневмомассажа барабанной перепонки, небулайзерные и ультразвуковые ингаляторы, озонатор и другое оборудование, в том числе «звучащее» и звукозаписывающее, например пианино и диктофоны.

К фониатрическому центру для диспансерного наблюдения профессионалов голоса прикреплены многие организации: 10 (!) театров, Омское музыкальное училище им. В.Я.Шебакина, факультет культуры и искусств Омского государственного университета им. Ф.М.Достоевского, колледж культуры, областная научная библиотека им. А.С.Пушкина и пр. Все оказываемые услуги выполняются в рамках обязательного медицинского страхования. На базе центра создано отделение дневного стационара фониатрического профиля на 10 мест.

– Наши врачи оказывали неотложную помощь не только сотрудникам ведущих областных учреждений культуры, но и гастролирующим артистам, – рассказала Л.Доронина. – Два раза проводились профосмотры в областных и городских театрах и учреждениях культуры профес-

сионалов голоса. У нас лечились пациенты из Голландии, Америки, Германии, Казахстана, Бурятии, Москвы и Санкт-Петербурга. Даже по скайпу смогла получить фонопедическое лечение пациента из Ханты-Мансийска.

Поделилась заведующая центром и наметившимися положительными трендами. К примеру, количество пациентов, направленных в Омский онкологический диспансер, в прошлом году уменьшилось до 177 человек (для сравнения: в 2014 г. – 703, в 2015 г. – 246). Также при проведении статистического анализа за последние 3 года (2014–2016) отмечается эффективность наличия дневного стационара. Произошло снижение обострений гипертрофического ларингита, снижение направлений на консультации к онкологу. Это позволило во многих случаях избежать хирургического вмешательства у пациентов с доброкачественными образованиями на голосовых складках (узелки, полипы, краевые хорды) и сохранить голос, который наряду со слухом и зрением является основным механизмом для коммуникации, оказывает значительное влияние на качество жизни.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

– Доктор Вуйнович, познать вкратце российских врачей со своим профессиональным путём...

– Свою трудовую деятельность я начала в качестве врача общей практики в удалённом горном районе Хорватии. Частично моя деятельность была посвящена укреплению здоровья населения и профилактике, в том числе здоровому образу жизни и образованию в этой области в детских садах и школах.

Когда началась война, я поняла, что не могу бросить своих пациентов, которые в основном переоделись в военную форму, и в годы военного конфликта я работала врачом.

В нашей семье я первый врач. Моя дочь, которая часто наблюдала, как пациенты приходили ко мне прямо домой или как мне приходилось выезжать на экстренные случаи даже в те часы, когда я не дежурила в больнице, была увлечена медициной, но решила получить фармацевтическое образование и сейчас работает в сфере прикладной химии для нужд фармацевтики и защиты окружающей среды.

Во время войны женщины в моей семье заботились обо всех её членах, выполняли самую разнообразную работу и были полностью преданы ей, рассматривая работу как «призвание», а не только как профессию. Именно так и я отношусь к своей работе, и ничто не изменилось с тех пор, как я из клинической, практической медицины перешла во Всемирную организацию здравоохранения. Я уверена, что в нашей работе главное направление одно – уменьшать человеческие страдания, вызванные болезнями, помогать людям пережить тяжёлые этапы жизни и в то же время учить их радоваться жизни и быть здоровыми и счастливыми.

– Насколько важна роль международного здравоохранения сотрудничества в глобальном мире?

– В 1946 г., когда впервые начали обсуждать создание всемирной, глобальной организации здравоохранения под эгидой ООН, мир ещё не отошёл от последствий Второй мировой войны. Основные принципы, которые отражены в Конституции ВОЗ, сейчас актуальны как никогда. Но миссия ВОЗ как организации 194 стран-участниц при координирующей роли секретариата ВОЗ (штаб-квартиры в Женеве и 6 региональных офисов) распространилась на все области общественного здоровья, системы здравоохранения, как защитой глобального здоровья от эпидемий, инфекционных заболеваний, защитить от которых можно вакцинацией, так и решением проблемы бремени заболеваний в результате другой эпидемии – эпидемии образа жизни, которая, можно сказать, «отравляет» здоровье и благополучие людей. ВОЗ работает для обеспечения понимания обществом, а не только врачами и работниками здравоохранения, что их действия могут либо положительно влиять на здоровье людей, либо разрушать его, и это крайне важно. Такой подход мы называем многосекторной работой.

Например, решение курить или не курить – это не просто вопрос доброй воли или прав человека. Права человека – нечто совсем иное, а добрая воля должна быть основана на соответствующей информированности и соответствующем окружении. Например, сегодня в Российской Федерации молодым людям легче не курить, потому что во всех общественных местах, включая кафе и рестораны, не курят. Таких результатов медицинской тактики в одиночку достичь не может, здесь необходима политическая поддержка руководителей самого высокого уровня и представителей сектора «гостеприимства» (например, рестораны и т.д.).

В последнее время отмечается поступательное развитие отношений Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения, которая является направляющей и координирующей инстанцией в области охраны здоровья людей в рамках системы Организации Объединённых Наций. Она несёт ответственность за обеспечение ведущей роли при решении проблем глобального здравоохранения.

Согласно двухгодичному соглашению о сотрудничестве, основными приоритетами ВОЗ в нашей стране стали реализация стратегического видения политики «Здоровье-2020»; инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение

прав и возможностей граждан; решение наиболее актуальных проблем, касающихся неинфекционных и инфекционных заболеваний; укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям.

В данный момент в нашей стране ВОЗ осуществляет 4 программы: борьба с туберкулёзом, ВИЧ/СПИД, безопасность дорожного движения и против табакокурения.

Не так давно пост представителя ВОЗ в РФ заняла Мелита Вуйнович, которая любезно согласилась дать эксклюзивное интервью «МГ».

Наши интервью

Уменьшая человеческие страдания

Помогать людям, учить их радоваться жизни, быть здоровыми и счастливыми – это считает главным представитель Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации Мелита ВУЙНОВИЧ

– В вашей организации трудятся специалисты-профессионалы. Обязаны они также обладать и особыми человеческими качествами, чтобы личным примером способствовать формированию философии и культуры здоровья?

– В ВОЗ есть принцип: «Сказано – сделано». Для людей, которые хотят работать в этой организации, существует ряд обязательных компетенций: знать себя и уметь управлять собой, достигать результатов, уважать культурное разнообразие, быть толерантным и многие другие. Что касается здоровья, много лет назад ВОЗ ввела принцип, что человек не может получить в ней работу, если является курильщиком или не хочет бросить курить.

– Темой недавно прошедшего Всемирного дня здоровья стала депрессия – болезнь, от которой повсеместно страдают люди всех возрастов и всех категорий населения. Какие меры предусматривает ВОЗ по предотвращению этой большой беды?

– Первое действие против депрессии – конечно, информирование людей о существовании такой проблемы, необходимость квалифицированной профессиональной помощи в её решении и социальная поддержка. ВОЗ разрабатывает профилактические и информационные материалы для населения, в частности для наиболее затронутых депрессией групп: молодых людей, престарелых, женщин, руководства для профессионалов здравоохранения и стандарты помощи. Самая главная рекомендация заключается в том, что людям следует говорить о своей депрессии в первую очередь с близкими, друзьями, родственниками, одноклассниками в школе, коллегами по работе и просить о помощи.

– Какие вопросы и темы вы лично координируете в ВОЗ, каких успехов достигли на этом поприще?

– За последние 20 лет я занимала в ВОЗ разные позиции и работала практически по всем программам. Начала работу в ВОЗ, когда в Сербии проводилась массовая иммунизация против полиомиелита после вспышки заболевания в Косово в 1996 г. Программа вакцинации, программа по борьбе с туберкулёзом – вот одни



из самых значимых результатов. Я работала в офисе ВОЗ в Сербии в период реформы противотуберкулёзной программы и когда в стране впервые заболеваемость упала ниже уровня 20 случаев на 100 тыс. населения, это было много лет назад.

Также крайне важной считаю ратификацию Рамочной конвенции по борьбе с потреблением табака.

Задачи представителя ВОЗ в РФ в основном сфокусированы на стратегическом партнёрстве между ВОЗ и РФ. Сюда входят определение направлений сотрудничества, в которых требуется техническое участие ВОЗ для улучшения здоровья и благополучия населения РФ, а также возможность для ВОЗ использовать экспертные знания российских профессионалов и представить этот опыт в регионе Европы и по всему миру.

Сейчас ВОЗ занимается подготовкой Глобальной министерской конференции по туберкулёзу, которая будет проходить в Российской Федерации.

– Есть ли существенные различия в стратегии и тактике вашей работы в России?

– Работа здесь носит стратегический характер и требует действия дальнейшего укрепления роли российских экспертов здравоохранения на глобальном уровне, а также, по моему мнению, – более глубокого знания существующего в РФ многообразия условий и различных практических аспектов осуществления программ здравоохранения. Область, которая представляет особый интерес для меня, – это гендерные особенности и здоровье. Например, специфическая адаптация медицинской помощи при инсульте у женщин. Малоиз-

вестно, что симптомы инсульта у женщин несколько отличаются от симптомов у мужчин, а их знание и адаптация медицинской помощи могут спасти жизни.

– Какую помощь ВОЗ готова оказать и оказывает России?

– В первую очередь это техническое содействие в конкретных областях по запросу. Усиление возможностей проведения операционных исследований, проведение опросов, результаты которых были бы сравнимы на международном уровне. Например, Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, который нужен для мониторинга эффективности мер по контролю за потреблением табака и снижению смертности.

Ещё одна область – это питание, общественное здоровье, мероприятия на уровне первичной медико-санитарной помощи и непрерывность медицинской помощи в целях снижения смертности и инвалидизации в результате неинфекционных заболеваний. Другая очень важная область – укрепление потенциала и использование российского опыта в области медицинского обеспечения при проведении крупных мероприятий, например Чемпионата мира по футболу.

– Какие позитивные перемены в системе российского здравоохранения можете отметить? С какими полезными инициативами Россия выступает как партнёр ВОЗ?

– Российская Федерация достигла хорошего прогресса во многих важных направлениях. Одними из самых главных являются неинфекционные заболевания и здоровье матери и ребёнка. Туберкулёз – это та область, в которой в некоторых регионах есть прекрасные примеры организации оказания помощи. РФ является страной-донором, и сейчас грант для ВОЗ по неинфекционным заболеваниям и вклад в политику репродуктивного здоровья в Женеве представляют большое значение как с точки зрения ресурсной, так и технической.

– Как вы охарактеризуете российскую национальную стратегию по неинфекционным заболеваниям?

– Стратегия замечательная, сейчас она находится в процессе одобрения и утверждения. После принятия она поможет принимать

ряд мер для решения вопросов предупреждения ранней смертности населения России от неинфекционных заболеваний.

– Вы отметили, что одной из наиболее насущных здравоохраненных проблем, носящих масштаб эпидемии, является туберкулёз. Это действительно реальная угроза, которая охватывает весь мир, практически все группы населения, причём разрастаясь. Особенно это касается МЛУ/ШЛУ-ТБ и туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Как вы оцениваете усилия России по проведению в нашей стране Глобальной министерской конференции по межсекторальным мерам в борьбе с туберкулёзом?

– Обзор эпидемиологических данных РФ по туберкулёзу, проведённый ВОЗ в феврале – марте этого года, показал очень хорошие предварительные результаты. Инициатива проведения Глобальной министерской конференции по туберкулёзу своевременна, так как, к сожалению, бремя МЛУ-ТБ во многих странах мира стремительно растёт. Практически нет новых препаратов, которые могли бы использоваться в случае множественной лекарственной устойчивости. Поэтому конференция имеет такое большое значение. Как и во многих других случаях, медицина в одиночку не может решить проблему причинных факторов, относящихся к другим секторам. Важно понимание влияния всех элементов и методов работы с ними.

– Считаете необходимым шире привлекать общественность к решению проблем здравоохранения через наблюдательные, попечительские и иные советы медицинских организаций?

– Конечно, вовлечение и участие граждан в вопросах, определяющих здоровье, в высшей степени важны не только в учреждениях здравоохранения, но и в тех действиях, которые традиционно не предполагали открытости и возможности участия.

– Что вдохновляет вас как специалиста и как женщину?

– Я неисправимый оптимист. Верю в то, что мир можно сделать лучше, верю в человечество и в то, что вместе мы можем достичь целей устойчивого развития. Я открытый и демократичный человек, не жду по отношению к себе слишком многих формальностей, но уважаю все традиции, верования, культуры и религии.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 37 (2067)

Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. направлена на реализацию государственной политики в сфере здравоохранения на повышение качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации, включая разработку инновационной продукции, освоение критически важных технологий и развитие компетенций. Целью стратегии является создание высокотехнологичных инновационных продуктов, обеспечивающих на основе трансфера этих технологий в практическое здравоохранение сохранение и укрепление здоровья населения нашей страны.

Реализация Государственной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу», модернизация и техническое перевооружение действующих и создание новых предприятий привели в Самарском государственном медицинском университете к укреплению материально-технической базы и созданию новых импортозамещающих видов медицинской продукции. В настоящее время рынок высокотехнологичных инженерных решений в сфере здравоохранения в основном сформирован, однако представлен, как правило, зарубежными разработками. В отдельных номенклатурных группах до 100% высокотехнологичной медицинской техники поставляется из-за границы и не имеет российских аналогов.

В группе 4 Государственной программы – «Развитие инновационного потенциала медицинской промышленности» – объединены мероприятия, направленные на освоение отечественной медицинской промышленностью производства инновационной диагностической и терапевтической медицинской техники, а также технологий разработки и выпуска специализированных материалов для медицины. Это отвечает мировым трендам развития медицинских технологий, связанным с постоянным повышением точности и качества диагностики и снижением негативных последствий операционного вмешательства.

Данная концепция полностью созвучна с целевыми установками двух основополагающих в сфере отечественного здравоохранения документов: Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения до 2020 г.» (распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012) и Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. (распоряжение № 2580-р от 28.12.2012). В современном здравоохранении наблюдается устойчиво растущий спрос на новые технологии и продукты, способные перенести достижения в сфере информационно-коммуникационных технологий, материаловедения и приборостроения в клиническую практику, а также в систему подготовки медицинских кадров. Ядро шестого технологического уклада включает нанoeлектронику, генную инженерию, а также мультимедийные интерактивные информационные системы.

Это связано с необходимостью технического обеспечения решения задач, вызванных ростом требований потребителей услуг к доступности и качеству оказания медицинской помощи, срокам, эффективности медицинской реабилитации пациентов и использования средств, выделяемых на лечение.

Информационные технологии в медицине (ИТ-медицина) – область новой экономики, лежащая на стыке новейших информационно-коммуникационных технологий, точного машиностроения, лучших медицинских знаний и практик. На современном этапе развития информационных технологий в медицине остроактуальным является решение следующих задач:

- подготовка, переподготовка врачей и медицинского персонала в условиях ограничения доступа к пациентам и трупному материалу во время обучения, увеличивающегося количества патологий и заболеваний, объективного роста медицинской информации, в том числе связанного с переходом на персонализированную медицину, междисциплинарным характером новых врачебных специальностей;

- функционирования системы индивидуализированной, разносторонней и качественной диагностики, а также мониторинга

состояний пациентов, территориально удалённых от квалифицированного медицинского персонала, включая ситуации, требующие постановки дифференциального диагноза территориально распределённой врачебной командой разных медицинских специальностей и назначения соответствующего лечения;

- повышения доступности и качества оказания медицинских услуг населению, снижения времени реабилитации пациентов, что может быть решено за счёт предоставления новых технических инструментов, позволяющих существенно ускорить разработку и внедрение в практическое здравоохранение новых методик лечения и реабилитации,

щены отделы виртуальных технологий, высокопроизводительных вычислений, нейроинтерфейсов и инжиниринговый отдел. На его базе создана «Виртуальная хирургическая клиника» с трёхмерными очками, которая решает ряд наукоёмких учебно-методических и клинических задач. Завершена работа над аппаратно-программным комплексом «Виртуальный хирург», который состоит из 3D-эндоскопического и эндоваскулярного симулятора, трёхмерного анатомического атласа, интерактивного 3D-анатомического стола.

Прогнозирование вариантов и объёма хирургического вмешательства, выбор оптимального оперативного доступа с учётом топографо-анатомических особенностей области оперативного вмешательства, несомненно, имеет огромное значение с точки зрения улучшения результатов лечения. Новым направлением современной хирургии является предоперационное моделирование области оперативного вмешательства. Системы по созданию цветных 3D-моделей области оперативного вмешательства с возможной интраоперационной навигацией

врачей с возможностью использования на компьютерах и мобильных устройствах непосредственно в операционной, вплоть до навигации путём наложения получаемой 3D-модели на изображения реальной картины со стереокамер.

В клинике госпитальной хирургии СамГМУ накоплен определённый положительный опыт применения предоперационного цветного 3D-моделирования, в частности при операциях на селезёнке и поджелудочной железе. Для создания моделей используется междисциплинарный подход с участием специалистов с разных кафедр нашего университета – лучевой диагностики с курсом медицинской информатики, госпитальной хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии с курсом инновационных технологий. В настоящее время при патологии селезёнки на смену традиционной спленэктомии пришли органосохраняющие операции. Однако у пациентов гематологического профиля только полное удаление селезёнки и всех добавочных селезёнок необходимы для выздоровления или улучшения результатов лечения.

Информационные технологии в медицине — виртуальное 3D-моделирование и навигация в хирургической практике

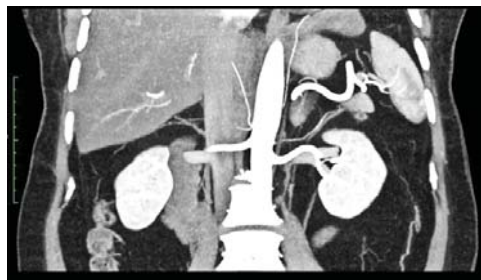


Рис. 1. Компьютерная томограмма в корональной плоскости. Артериальная фаза в проекциях максимальной интенсивности: толщина 10 мм

в том числе путём их моделирования на симуляционном тренажёре, создания роботизированных протезов и др.

К наиболее перспективным направлениям ИТ-медицины относятся решения, основанные на симуляционных, визуализационных и когнитивных технологиях (мультисенсорные технологии, нейросети и т.д.), построенные на технологиях дополненной реальности, а также на основе технологий телемедицины и телемониторинга. Данные направления в связи с их технологической сложностью только начинают формироваться в нашей стране, но при этом способны обеспечить качественный скачок при подготовке врачей, диагностике, лечении и реабилитации пациентов.

Многоуровневая инновационная инфраструктура СамГМУ за время своей работы стала интегративной площадкой как для собственно инновационного процесса в вузе, так и для развития актуальных направлений медицинской науки, формирования уникальных компетенций в междисциплинарных сферах, развития наукоёмкого бизнеса, организации образовательного процесса инновационного типа (особенно в сфере симуляционных технологий), внедрения в клиническую практику и включения в международную кооперацию. Создана полная научно-технологическая цепочка от идеи разработки до её предсерийного или мелкосерийного образца с последующим выходом на предприятия медицинской и фармацевтической промышленности (внутрикластерное и внекластерное взаимодействие).

Организацию, координацию и контроль инновационной деятельности в СамГМУ осуществляет Институт инновационного развития. Одним из системообразующих элементов формирующейся в регионе ИТ-медицины явилось создание в 2013 г. в университете Исследовательского центра прорывных исследований «Информационные технологии в медицине», специализирующегося на разработке медицинских систем, основанных на симуляционных, когнитивных технологиях и технологиях дополненной реальности. В центре организованы и осна-

в настоящее время во всём мире активно изучаемы, однако в Российской Федерации имеются лишь немногочисленные отдельные публикации и единичные монографии по этому направлению.

В Центре прорывных исследований СамГМУ «Информационные технологии в медицине» группой специалистов, включающей хирургов, рентгенологов и программистов, ведётся совместная разработка и внедрение системы «Автоплан» по предоперационному планированию хирургических вмешательств с возможностью полуавтоматической сегментации. При этом раздельно сегментируются паренхиматозные органы, артерии и вены в соответствующие фазы контрастирования. Система по планированию оперативного вмешательства объединяет в себе медицинское оборудование, систему PACS (внутрибольничную сеть архивирования и обмена данными) с рабочими станциями

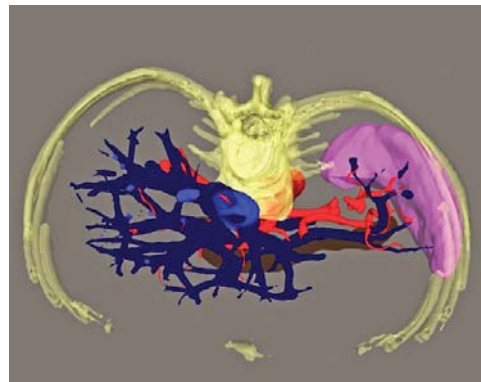


Рис. 2. Полигональная 3D-модель. Вид сверху. Разными цветами обозначены кости, селезёнка, поджелудочная железа, артерии и вены



Рис. 3. Полигональная 3D-модель. Вид спереди. Разными цветами обозначены кости, селезёнка, поджелудочная железа, артерии и вены

Лапароскопическая спленэктомия является операцией выбора в хирургической гематологии. Но всегда ли она выполнима и где предел возможности эндовидеолапароскопических технологий? Когда всё-таки предпочтение следует отдать традиционной лапаротомной методике операции? Предоперационное знание врачом топографоанатомических особенностей области операции, несомненно, имеет огромное значение и может повлиять на выбор способа спленэктомии. Хирургическое отделение клиники госпитальной хирургии СамГМУ обладает опытом выполнения более 500 спленэктомий у пациентов с гематологическими заболеваниями, однако критерии выбора хирургического доступа в основном определялись личными предпочтениями хирурга или эмпирическим опытом. С применением предоперационного цветного 3D-моделирования стало возможным объективизировать показания к выбору того или иного оперативного доступа при спленэктомии – лапаротомный, эндовидеолапароскопический, гибридный лапароскопический (мануально ассистированный).

Перед операцией пациентам выполняется мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости на томографе с болюсным контрастированием, при котором через локтевой катетер вводилось 100 мл низкоосмолярного йодсодержащего контрастного вещества (рис. 1).

Затем в системе «Автоплан» на основе анализа данных компьютерной томографии выстраивается цветная 3D-модель области предстоящего оперативного вмешательства (рис. 2, 3).

На основании полученной модели прогнозируется возможность выполнения различных способов оперативного вмешательства. С нашей точки зрения, предоперационное цветное 3D-моделирование может стать одним из объективных критериев выбора способа спленэктомии. При выявлении больших размеров селезёнки, множественных дополнительных селезёнках, атипичного анатомического взаимоотношения и васкуляризации органа, вероятно, целесообразнее выполнить традиционную операцию. И, наоборот, при неосложнённой топографоанатомической картине надёжно можно выполнять минимально инвазивные вмешательства, лапароскопическую гибридную спленэктомию прецизионно с минимальной кровопотерей. Крайне важна дооперационная визуализация месторасположений добавочных селезёнок с целью их полного удаления. Оставление хотя бы одной из добавочных селезёнок, как правило, приводит к рецидиву заболевания крови.

Другой группой заболеваний, при которых нами применяется предоперационное 3D-моделирование, являются хронические болезни поджелудочной железы, требующие хирургического лечения. Хронический панкреатит относится к заболеваниям,

лечение которых представляет собой сложную и нерешённую проблему современной хирургической панкреатологии. Заболеваемость в РФ варьирует 25-35 на 100 тыс., при этом отмечается неуклонный рост этого показателя среди женщин и молодёжи. «Всеобщая алкоголизация» в масштабах страны, а РФ занимает лидирующие позиции в мире по количеству крепкого алкоголя на душу населения в год, несомненно, является одним из ключевых факторов возникновения заболеваний поджелудочной железы.

Абдоминальная боль – основной и ведущий симптом хронического панкреатита. Хирургическое лечение требуется 50% пациентов с хроническим панкреатитом в связи с некупирующимся никакими не-наркотическими анальгетиками болевым синдромом, этиопатогенез которого до конца неясен. Воспалительно-дегенеративный процесс в поджелудочной железе обычно протекает с чередованием обострений, сопровождающихся деструкцией ткани железы, и периодов замещения повреждённой паренхимы органа соединительной тканью. Хроническое рецидивирующее воспаление поджелудочной железы приводит к ряду осложнений. Наиболее часто образуются псевдокисты головки и тела поджелудоч-

ной железы со сдавливанием окружающих органов, также требующие хирургического лечения.

Резекция головки поджелудочной железы с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (операция Фрея) является одним из наиболее частых вариантов хирургического вмешательства при хроническом панкреатите. Все оперативные вмешательства на поджелудочной железе сопряжены с высоким риском развития послеоперационных осложнений, поэтому их выполнение требует строгого соблюдения показаний к хирургическому лечению. По данным мировой литературы, в ближайшем послеоперационном периоде у 18-55% больных развивались осложнения различной степени тяжести.

Предоперационное цветное 3D-моделирование позволяет до операции визуализировать патологический процесс в поджелудочной железе в трёхмерном пространстве, визуализировать главный и добавочный панкреатические протоки, оценить размеры, форму, положение, васкуляризацию, топографию новообразования и его взаимосвязь с жизненно важными анатомическими образованиями – аортой, нижней полой веной, верхней брыжеечной и воротной веной, гепатикохолододом (рис. 4).

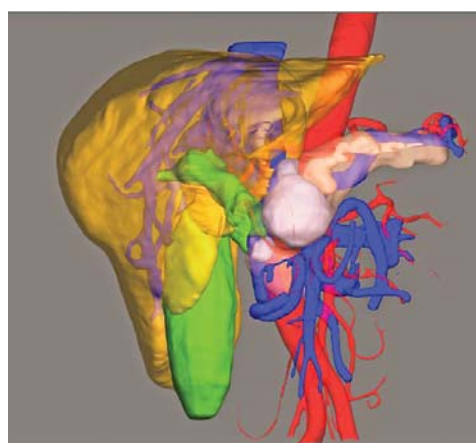


Рис. 4. Цветная 3D-модель. Визуализированы псевдокисты головки поджелудочной железы и расширенный главный панкреатический проток

Инновационные технологии в медицине, в том числе информационные, позволяют улучшить результаты лечения пациентов с наиболее тяжёлыми заболеваниями. Предоперационное 3D-моделирование позволяет хирургу заранее подготовиться к операции с учётом

знания индивидуальных топографоанатомических особенностей области операции у пациента. Знание индивидуальных особенностей области оперативного вмешательства позволяет прецизионно выделять и лигировать сосуды, повысить качество гемостаза и уменьшить вероятность травмы жизненно важных образований. Дооперационная визуализация всех анатомических образований повышает радикальность операции и делает её более безопасной для пациента.

При этом возможно создание 3D-моделей и для пациентов, находящихся на удалённых расстояниях от Клиник СамГМУ – данные мультиспиральной компьютерной томографии могут быть переданы из любой географической точки в наш центр, где будет построена модель, которая станет также доступной для просмотра и анализа в любой больнице нашей страны.

Сергей КАТОРКИН,
заведующий кафедрой и клиникой
госпитальной хирургии, доцент,

Сергей БЫСТРОВ,
заведующий хирургическим отделением
клиники госпитальной хирургии, доцент.

Самарский государственный
медицинский университет.

Диагностика и лечение лёгочной гипертензии

Клинические рекомендации

(Окончание.

Начало в № 35 от 19.05.2017.)

Тромбэндартерэктомия

Этот вид хирургического лечения больных ЛГ с тромботической обтурацией проксимальных отделов лёгочных артерий позволяет уменьшить ОЛСС, улучшить систолическую функцию правого желудочка, толерантность к физическим нагрузкам, увеличить продолжительность жизни больных.

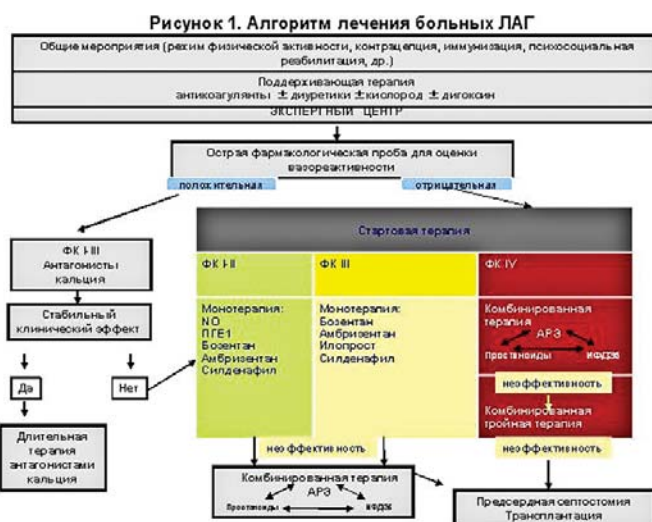
Показаниями к тромбэндартерэктомии являются: ФК III-IV, ЛСС ≥ 300 дин/сек/см⁵, наличие центральных тромбов (до сегментарного уровня) ($\geq 50\%$ обструкция в проксимальных артериях по данным ангиопульмонографии), сохранение тромбозов на фоне адекватной 3-месячной антикоагулянтной терапии. Противопоказания: тяжёлые хронические заболевания лёгких (обструктивные, рестриктивные), тяжёлая сопутствующая патология, дистальные поражения лёгочных сосудов, тяжёлая левожелудочковая недостаточность.

Тромбэндартерэктомия показана пациентам с ХТЭЛГ, ИБС, клапанными пороками.

Трансплантация лёгких или комплекса сердце – лёгкие

Совершенствование лекарственной терапии ЛАГ существенно уменьшило потребность в трансплантации. Примерно у 25% больных ИЛГ не отмечается существенного улучшения при назначении специфической терапии. Прогноз больных с ФК III-IV остаётся крайне неблагоприятным и зависит от этиологии. Так, у больных с ЛАГ на фоне СЗСТ он значительно хуже, чем при ИЛГ. Наилучшая выживаемость отмечается у больных с ЛАГ на фоне ВПС, наихудший прогноз – при лёгочной веноокклюзионной болезни, лёгочном капиллярном гемангиоматозе, когда медикаментозная терапия малоперспективна.

Больные с худшим прогнозом должны включаться в лист ожидания трансплантации комплекса сердце – лёгкие или билатеральной трансплантации лёгких. Точная статистика осложнений в виде развития систолической дисфункции правого желудочка и/или диастолической дисфункции левого желудочка неизвестна. Из-за дефицита донорских органов чаще выполняется билатеральная трансплантация лёгких. При резком снижении постнагрузки правого желудочка в результате проведения билатеральной трансплантации лёгких часто в раннем послеоперационном периоде отмечается нестабильность гемодинамики. Выживаемость после проведения трансплантации одного или двух лёгких примерно одинакова. После трансплантации одного лёгкого отмечается более тяжёлая гипоксемия. В настоящее время в большинстве центров операции выбора является билатеральная трансплантация лёгких. Согласно данным регистра Международного общества трансплантации сердца и лёгких, при синдроме Эйзенменгера вследствие простых пороков выбором может быть изолированная трансплантация лёгкого с одновременной коррекцией порока. При желудочковых дефектах лучшие исходы наблюдаются при трансплантации комплекса сердце – лёгкие. Пятилетняя



выживаемость у больных с ЛАГ составляет примерно 45-50%.

Алгоритм лечения больных ЛАГ

Различные виды специфической лекарственной терапии оценивались у больных с ИЛГ, наследуемой ЛАГ, ЛАГ на фоне приёма аноректиков, СЗСТ, ВПС (в том числе после коррекции), поэтому алгоритм лечения относится исключительно к больным с ЛАГ.

● После установления диагноза начальные мероприятия связаны с соблюдением общих рекомендаций и назначением поддерживающей терапии. Больным с ЛАГ необходимо направлять в экспертный центр.

● Всем больным с ЛАГ (группа 1) показано проведение острых фармакологических проб (ОФП) для оценки вазореактивности. Вероятность положительной ОФП особенно высока при ИЛГ, наследуемой ЛАГ, ЛАГ на фоне приёма аноректиков. У этой категории больных наиболее вероятен успех при назначении АК в высоких дозах. Обязательно подтверждение стабильности эффекта терапии через 3-4 месяца.

● При отрицательной ОФП у больных ЛАГ с ФК I-II необходимо назначение специфической терапии ингаляционным оксидом азота (курсовая терапия при стабильном течении заболевания), простагландином E1 (курсовая терапия при стабильном течении заболевания), АРЭ (бозентан или амбризентан) или ИФДЭ типа 5 силденафилом.

● При отрицательной ОФП у больных с ЛАГ ФК III показано лечение АРЭ или ИФДЭ типа 5 или простаноидами.

● Отсутствуют прямые сравнительные исследования эффективности различных видов специфической терапии ЛАГ. Выбор препарата зависит от формы ЛАГ, ФК, наличия противопоказаний, доступности препарата, пути введения, профиля побочных эффектов, опыта врача и предпочтений больного.

● Больным с ФК IV показана стартовая комбинированная специфическая ЛАГ-терапия, включающая два лекарственных препарата: сочетание АРЭ (бозентан или амбризентан) и илопроста или силденафила. При неэффективности двойной специфической терапии рекомендуется назначение

3 лекарственных препаратов – АРЭ + илопрост + силденафил.

● Предсердная септостомия (атриосептостомия) и/или трансплантация показана больным с ЛАГ при неадекватном клиническом эффекте медикаментозной терапии и должна проводиться только в экспертных центрах.

Алгоритм лечебной тактики для селективного выбора терапии представлен на рисунке 1.

Требования к экспертному центру лёгочной гипертензии

Для оптимизации медицинской помощи больным с ЛГ в нашей стране целесообразно формирование структуры экспертных центров. В соответствии с международными рекомендациями экспертным может считаться центр, в котором осуществляется наблюдение за не менее 50 больными с ЛАГ или ХТЭЛГ, ежемесячно появляется не менее 2 новых случаев ЛАГ или ХТЭЛГ, ежегодно проводится за минимум 20 тестов на вазореактивность во время катетеризации правых отделов сердца.

Экспертный центр должен:

1. Располагать высококвалифицированным персоналом:
 - как минимум два консультанта (кардиологи и/или пульмонологи) (специализация в области ЛГ);
 - радиолог (эксперт в области ЛГ);
 - кардиолог со специализацией ЭхоКГ;
 - квалифицированная м/с;
 - специалист по психологической помощи и социальной адаптации пациентов;
 - обмен информацией (телефон, интернет).

2. Иметь палаты для больных с ЛАГ, отделение интенсивной терапии, поликлиническое отделение, диагностическую службу (ЭхоКГ, КТ, радионуклидная лаборатория, МРТ, УЗИ, нагрузочные пробы, оценка лёгочной функции, оценка гемодинамики с ОФП).

3. Располагать установленными связями с другими диагностическими и лечебными службами:

- генетическая лаборатория;
- ревматологический центр;
- центр планирования семьи;
- хирургический стационар (тромбэндартерэктомия, трансплантация).

4. Осуществлять анализ клинических исходов (в том числе анализ выживаемости больных).

5. Участвовать в клинических исследованиях в области ЛАГ, включая фазы II и III.

6. Осуществлять образовательные программы.

7. Взаимодействовать с ассоциациями пациентов.

Приложения

Приложение 1. Методика проведения теста 6-минутной ходьбы

Тест 6-минутной ходьбы (6МХ) следует проводить в утренние часы. Пациент должен легко позавтракать за 3-4 часа до проведения теста, не принимать кардиологических препаратов, не курить как минимум за 2 часа до теста. Для проведения теста 6МХ в коридоре длиной 30 м делаются незаметные для пациента разметки через каждые 3 м дистанции. В течение 10 минут до проведения Т6МХ пациент должен спокойно посидеть. В это время необходимо зачитать ему следующий текст:

«За 6 минут вам необходимо пройти как можно большее расстояние, при этом нельзя бежать или перемещаться перебежками. Вы будете ходить по коридору туда и обратно. Если появится одышка или слабость, вы можете замедлить темп ходьбы, остановиться и отдохнуть. Во время отдыха можно прислониться к стене, затем необходимо продолжить ходьбу. Помните, ваша цель: пройти максимальное расстояние за 6 минут».

Во время проведения теста можно идти за пациентом, не форсируя темп его ходьбы. Каждые 60 секунд следует поощрять пациента, произнося спокойным тоном фразы: «Всё хорошо» или «Молодец, продолжайте». Нельзя информировать пациента о пройденной дистанции и оставшемся времени. Если пациент замедляет ходьбу, можно напомнить о том, что он может остановиться, отдохнуть, прислониться к стене, а затем, как только почувствует, что может идти, продолжить ходьбу. По истечении 6 минут следует попросить пациента остановиться и не двигаться, пока не будет измерено пройденное расстояние. Необходимо измерить расстояние с точностью до 1 м, затем предложить пациенту присесть и наблюдать за ним как минимум 10 минут. В это время он может заполнить форму оценки одышки по Боргу. Не следует сообщать пациенту дистанцию, пройденную в любом из тестов.

Приложение 2. Шкала оценки одышки по Боргу

- 0 – отсутствует
- 0,5 – очень, очень слабая (едва заметная)
- 1 – очень слабая
- 2 – слабая
- 3 – умеренная
- 4 – более тяжёлая
- 5 – тяжёлая
- 6,7 – очень тяжёлая
- 8,9 – очень, очень тяжёлая
- 10 – максимальная.

Коды по МКБ10

- I26-I28 Лёгочное сердце и нарушение лёгочного кровообращения.
- I26 Лёгочная эмболия.
- I27 Другие формы лёгочно-сердечной недостаточности.
- I28 Другие болезни лёгочных сосудов.

Под редакцией
главного кардиолога Минздрава России
академика РАН Ирины ЧАЗОВОЙ.

Общеизвестно, что лечение врождённых и приобретённых заболеваний сердца и сосудистой системы является одной из наиболее актуальных и приоритетных задач мирового и отечественного здравоохранения. Оно и понятно, ведь в структуре причин общей смертности населения болезни системы кровообращения занимают лидирующее место. Эффективность лечения в данном случае напрямую зависит от точного определения заболевания, то есть рентгеноэндоваскулярной диагностики. Отсюда вытекает, что этот фактор в лечении заболеваний сердца и сосудистой системы является передовым и бурно развивающимся направлением современной высокотехнологичной медицины, которое принципиально изменило ранее существовавшие подходы в лечении сосудистой патологии. Новый метод, характеризующийся минимальной травматичностью, высокой эффективностью и малыми временными затратами, занял важное место не только в лечении сердца и сосудистой патологии, но и при лечении внутренних органов неосудистого генеза.

За более чем столетнюю историю с момента открытия в 1895 г. рентгеновского излучения и изобретения в середине прошлого века методики катетеризации сосудов с использованием специальных внутрисосудистых катетеров, а в дальнейшем баллонных катетеров, стентов и эндоваскулярных клапанов сердца, рентгеноэндоваскулярная хирургия является неотъемлемым методом лечения в арсенале современной медицины. При этом она, по существу, представляет наиболее прогрессивное направление её развития.

Тамбовская областная клиническая больница им. В.Д.Бабенко является единственным многопрофильным медицинским учреждением нашей области, где широко внедряются рентгеноэндоваскулярные диагностические и лечебные вмешательства. Рентгенохирургическая служба была организована в 2007 г. В настоящее время на базе учреждения функционируют 2 рентгенооперационные, оснащённые современными ангиографическими комплексами. Количество выполняемых эндоваскулярных вмешательств ежегодно растёт. В 2007 г., например, оно составило 805. К настоящему времени их количество увеличилось в 4,5 раза и составило 3612 случаев диагностики и лечения, в том числе 1273 лечебных оперативных вмешательств. На сегодняшний день Тамбовская область занимает 40-е место из 293 центров по РФ, мы 6-е среди субъектов Центрального федерального округа по общему количеству проведённых эндоваскулярных вмешательств и занимаем примерно среднюю строчку в стране по количеству лечебных рентгеноэндоваскулярных операций.

В 2011 г. в рамках реализации Национального проекта «Здоровье» по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на базе нашей больницы был создан региональный сосудистый центр с функциями первичного сосудистого отделения для прикрепленных территорий и первичных сосудистых отделений. Это позволило вывести на более высокий уровень качество оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения больных с острым коронарным синдромом, а именно острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, является стентирование коронарных артерий. Мы на практике убедились, что её выполнение при остром коронарном синдроме зримо улучшает результаты лечения, значительно снижая летальность от данной патологии.

В 2010 г. у нас впервые начато выполнение ревааскуляризирующих операций на сосудах сердца – баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий. Только в прошлом году их выполнено 886, а за весь период прооперировано более 3,2 тыс. пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. За 6 лет функционирования регионального сосудистого центра отмечается значительный рост всех выполняемых эндоваскулярных вмешательств. Ежегодно осваиваются и внедряются новые методики при их проведении на ко-

Авторитетное мнение

Кардинально меняя прежние подходы

В работе хирургов Тамбовщины рутинными стали новейшие лечебно-диагностические методы



А.Лутцев

ронарных артериях: стентирование осложнённых стенозов ствола левой коронарной артерии у больных с ОКС, бифуркационное стентирование коронарных артерий.

Важным достижением стала эффективная реализация идеи равнодоступности высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на территории области. Активная работа с первичными сосудистыми отделениями позволила реализовать наиболее эффективный алгоритм лечения больных с острой сосудистой патологией. Ежегодно пациентам с острым коронарным синдромом, переведённым из первичных сосудистых отделений, выполняется более 250 операций на коронарных артериях. За последние 3 года увеличилось число прооперированных в рамках реализации современной модели лечения пациентов с инфарктом миокарда Stent for life, требующих проведения экстренного чрескожного коронарного вмешательства в течение суток, и втрое за счёт госпитализации в региональный сосудистый центр, минуя первичные родственные отделения.

Спектр современных рентгеноэндоваскулярных вмешательств на сердце не ограничивается чрескожными коронарными вмешательствами. Ежегодно выполняется большое количество тромбэктомий из коронарных артерий у больных с тромботическими окклюзиями проксимальных сегментов коронарных артерий, осуществляется имплантация системы вспомогательного кровообращения – внутриаортального баллонного контрпульсатора. Вместе с тем рентгеноэндоваскулярные лечебные вмешательства при сосудистой

патологии занимают второе место в структуре всех эндоваскулярных процедур. Следует отметить, что в нашем лечебном учреждении ежегодно выполняется более 380 рентгеноэндоваскулярных операций больным с сосудистой патологией. По этому показателю Тамбовская областная клиническая больница занимает двадцать пятое место среди 273 центров РФ и четвёртое – среди субъектов ЦФО.

Рентгеноэндоваскулярные вмешательства на прецеребральных артериях и артериях головного мозга являются важным и социально значимым направлени-

современная эндоваскулярная операция – удаление тромбов из артерий мозга с использованием стент-ретривера и одновременной аспирацией тромботических масс. К настоящему моменту успешно выполнено 6 тромбэктомий из артерий головного мозга.

Одним из направлений развития современной нейрорадиологии является эндоваскулярное лечение осложнённых аневризм артерий головного мозга. В 2016 г. в рамках развития высокотехнологичной медицинской помощи внедрена эндоваскулярная окклюзия аневризм артерий головного мозга

патологии, практикуемому в 187 центрах РФ. Кроме того, за последние 6 лет у нас выполнено более 700 ревааскуляризирующих эндоваскулярных операций на магистральных артериях.

Одним из важных направлений в рентгеноэндоваскулярной хирургии является хирургическая профилактика тромбоэмболии лёгочной артерии. Ежегодно выполняется имплантация около 50 съёмных кава-фильтров пациентам с рецидивирующей тромбоэмболией лёгочной артерии.

Ещё один раздел эндоваскулярных вмешательств, активно

ем в лечении и предупреждении острого нарушения мозгового кровообращения. Инсульт является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения и меняет жизнь не только тех, кто его перенёс, но и их родственников. Для предупреждения развития острого нарушения мозгового кровообращения проводится комплекс

профилактических мероприятий, включающих в себя изменение образа жизни, устранение факторов риска, приём антиагрегантов и антиатеросклеротических препаратов, лечение артериальной гипертензии и хирургические методы профилактики.

Высокая эффективность и безопасность хирургических методов профилактики связана с использованием современных методик и технологий при проведении рентгеноэндоваскулярных операций на церебральных артериях. Вторичная хирургическая профилактика инсульта активно и на высоком профессиональном уровне проводится пациентам неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Регионального сосудистого центра. Только за 2016 г. выполнено 120 операций на церебральных артериях, из них 102 – на внутренней сонной артерии. Среди 172 центров РФ, выполняющих операции на внутренних сонных артериях, мы занимаем восьмое, а в своём федеральном округе – третье место.

Эндоваскулярное лечение острого ишемического инсульта является высокоэффективным методом лечения, направленным на максимально раннее удаление тромба из артерии и восстановление кровоснабжения головного мозга. В последние 2 года опубликованы результаты клинических исследований, доказывающих эффективность операций механического удаления тромбов из артерий головного мозга с использованием системы стент-ретривер у пациентов с острым ишемическим инсультом кардиоэмболического генеза. В связи с этим в 2015 г. в учреждении освоена и внедрена новая

с применением микроспиралей. Хирургическое эндоваскулярное вмешательство является современным высокоэффективным методом лечения аневризм артерий головного мозга у пациентов с субарахноидальными или внутримозговыми кровоизлияниями, что позволяет предотвратить повторный разрыв аневризмы, увеличить выживаемость и снизить процент инвалидизации. Высокая эффективность в сочетании с малой травматичностью этого высокотехнологичного метода хирургического лечения даёт возможность выполнять операции как после состоявшегося кровоизлияния, так и в догеморрагический период.

Следующим важным направлением рентгеноэндоваскулярной хирургии является лечение поражений магистральных артерий у больных с «критической ишемией» нижних конечностей при облитерирующем атеросклерозе и ишемических изменениях, связанных с окклюзией артерий голени при сахарном диабете. Более 70%

выполняемых в нашей больнице, относится к эмболизации маточных артерий при миоме матки, применяемой в гинекологии. Это современный малоинвазивный метод хирургического лечения, позволяющий сохранить матку и фертильную функцию у молодых пациенток. Ежегодно выполняется более 20 таких операций. При этом стоит отметить, что все хирургические вмешательства выполняются на основании клинических рекомендаций с применением современных эндоваскулярных методик.

Постоянное динамическое развитие рентгенохирургической службы и широкое внедрение рентгеноэндоваскулярных методов в медицинскую практику приводит к значительному расширению спектра малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств и делает их более доступными для поддержания здоровья населения области.

В заключение скажу, что успеху дела способствовали поддержка администрации учреждения всех



Заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Г.Манаенков выполняет операцию по стентированию коронарной артерии у больного с инфарктом миокарда

операций проводится на артериях голени пациентам с синдромом диабетической стопы. Лечебные эндоваскулярные вмешательства позволяют своевременно и в полном объёме проводить коррекцию нарушений кровоснабжения вследствие окклюзирующих поражений артерий и избежать в ряде случаев ампутации, снизив тем самым процент инвалидизации и смертности у этой категории больных.

Ежегодно в нашей больнице выполняется более 180 операций на магистральных артериях, в том числе хирургических вмешательств при поражениях подвздошных артерий, что является неплохим результатом по лечению данной

новшеств и начинаний в такой важной области медицины, о которой шла речь. Но, пожалуй, самым важным фактором оказался высокий профессионализм сотрудников отделения, что способствовало более эффективной организации работы рентгенохирургических методов диагностики и лечения больных в тесном взаимодействии со всеми структурными подразделениями.

Александр ЛУТЦЕВ,
главный врач Тамбовской
областной клинической больницы
им. В.Д.Бабенко,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Тамбов.

В Москве состоялся Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной», приуроченный к 120-летию со дня рождения одного из наиболее крупных отечественных интернистов минувшего столетия – академика АМН СССР Владимира Василенко. Тематика мероприятия охватила основные разделы внутренних болезней, вопросы диагностики, лечения и профилактики наиболее значимых заболеваний. Программа включала обзорные лекции ведущих специалистов, клинические разборы, мастер-классы, встречи с экспертами и многое другое.

В индивидуальном порядке

Пленарное заседание открыл доклад заведующего кафедрой терапии и профессиональных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академика РАН Николая Мухина. В рамках его выступления речь шла о современных возможностях выявления этиологических факторов болезни и успехах лечения конкретного пациента.

– Будущее нашей медицины напрямую зависит от того, как будут развиваться идущие нам на смену. Сегодняшняя позиция внутренних болезней обусловлена прежде всего большими достижениями в науках разного профиля и терапии в том числе. Кроме того, следует отметить, что наша клиническая деятельность должна быть персонализирована, то есть необходимо говорить о конкретном пациенте, – начал своё выступление Н.Мухин.

Как известно, персонализированная медицина – это подход, при использовании которого принятие решений в отношении пациента основывается на результатах оценки его уникальных клинических, генетических, геномных и средовых характеристик. Данный метод позволяет предсказать вероятность развития заболеваний, особенности их течения, ответ на лечение и вероятность осложнений.

Ещё С.Боткин говорил: «Индивидуализация... каждого случая, основанная на осознательных научных данных, и составляет задачу классической медицины и вместе с тем самое твёрдое основание лечения». Кроме того, не стоит забывать о существовании редких болезней, набирающих за последние годы всё большую не только сугубо клиническую, но и социальную актуальность, большое значение изучению которых придавал известный немецкий морфолог Рудольф Вирхов ещё в позапрошлом веке.

Н.Мухин, что характерно, привёл цитату известного отечественного терапевта – академика АМН СССР Евгения Тареева, под руководством которого в своё время делал первые шаги на поприще клинической деятельности. Так, Е.Тареев отмечал, что «новые» или «редкие» болезни оказываются существенным стимулом к изучению этиологии и патогенеза более широких заболеваний».

– Трудности установления этиологии внутренних болезней всегда существовали, и сегодня эта проблема остаётся. Прежде всего эти трудности заключаются в сохранении проявлений болезни после устранения этиологического фактора. Кроме того, существуют такие проблемы, как неспецифичность синдромов и симптомов, отсутствие чёткой хронологической связи заболевания с воздействием возможного этиологического фактора, наличие нескольких потенциальных этиологических факторов у пациента, – заявил в заключение своего выступления Н.Мухин, сказав, что основные этиологические факторы внутренних болезней – это как инфекционные агенты, так и неинфекционные: алкоголь, факторы окружающей среды, генетические дефекты, образ жизни и т.д.

Быть начеку

О реальных возможностях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) поведал президент Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующий кафедрой внутренних болезней лечебного факультета с курсом эхокардиографии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН Анатолий Мартынов, отдельной строкой заметив, что для отрасли в настоящее время особенно актуальны два понятия: стратегия и тактика.

– Единство стратегии в превентивном подходе к ведению

и слизистую всей дыхательной системы.

– Факторы риска по основным этапам развития ССЗ обуславливают первый пусковой механизм поражения сердечно-сосудистой системы – эндотелиальную дисфункцию, и здесь уже срабатывает весь каскад патологических изменений: ишемия миокарда, инфаркт миокарда, дилатация, ремоделирование желудочков, сердечная недостаточность, коронарный тромбоз, гипертрофия левого желудочка и др., – отметил А.Мартынов.

Необходимо уделить особое внимание АГ. Задача заключается в её контроле. Для этого нужно

в сочетании с антагонистами кальция», – подытожил своё выступление А.Мартынов.

Вездесущая коморбидность

Профессор Василий Трофимов, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, в рамках своего доклада рассмотрел коморбидные состояния больных хроническими обструктивными заболеваниями лёгких (ХОБЛ).

шением апоптоза остеокластов, возможным развитием вторичного гиперпаратиреодизма и повышением резорбции кости.

– Ожирение – одна из современных эпидемий в нашем мире. Оно существенно влияет на течение различных заболеваний, в том числе и хронических заболеваний лёгких, и является риском развития БА у взрослых. Коморбидные состояния у больных с ХОБЛ встречаются чаще, чем в общей популяции. Это касается ССЗ, ментальных расстройств, сахарного диабета, остеопороза, рака лёгких. Чаще всего у больных ХОБЛ отмечается от 2 до 5 сопутствующих заболеваний, – заключил В.Трофимов.

Агент национальной безопасности

В рамках мероприятия состоялась очередная сессия «Амбулаторный приём», ориентированная, главным образом, на специалистов первичного звена, под руководством заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия Вёрткина.

– Судьба у всех врачей определена: с 1 сентября 2017 г. большинство студентов всех медицинских вузов страны уходят на 3 года работать в поликлинику, – так начал своё выступление профессор А.Вёрткин. – Количество стационаров и коек в стране уменьшилось, снижается скоромощная госпитализация, поскольку на уменьшенное количество коек нельзя положить то же количество больных. Всю деятельность оставили поликлиникам, и поэтому теперь основная задача – повышение квалификации врачей первичного звена.

Возникает вполне логичный вопрос: что должен делать терапевт? До недавнего времени он выполнял функцию своего рода диспетчера: болит живот – к гастроэнтерологу, давление не корректируется – к кардиологу и т.д. Однако теперь происходит тенденция к многофункциональности терапевта, способного справиться более чем с 75% всевозможной внутренней патологии, не привлекая к лечебно-диагностическому процессу узкого специалиста. Именно так обстоит дело в экономически развитых странах.

– Терапевт – это не просто какая-то фигура, он должен обладать многими качествами, без которых не состоится как врач. Ему необходимо получить образование, много работать, много знать, у него обязательно должны быть учителя, и, безусловно, он должен обладать добрым сердцем. Плюс ко всему, терапевт обязан уметь ставить диагноз, – акцентировал внимание многочисленной аудитории А.Вёрткин. – И в этом плане предложенный диагностический алгоритм, представленный неким кругом, в котором учитываются особенности конституции больного, его социальная принадлежность, аргументированное лабораторное и инструментальное пособие и алгоритмы во многом облегчают и убыстряют постановку правильного диагноза.

Как известно, Минздрав России недавно обозначил 5 приоритетных клинических направлений: снижение материнской и младенческой смертности, повышение доступности медпомощи для жителей труднодоступных районов, ликвидация дефицита участков терапевтов, развитие цифровых технологий в медицине, государственный и муниципальный контроль за закупками лекарственных препаратов. Но основным является именно доступность медпомощи.

– Итак, здравоохранению необходимо создавать возможности для непрерывного медицинского образования, повышать грамотность пациентов и профессионализм врачей, развивать профилактическую направленность, – резюмировал эксперт.

Диана БУЙНОВСКАЯ,
корр. «МГ».

Экспертный уровень

Действовать на опережение

В приоритете – превентивный подход к ведению пациентов



Компетентный терапевт – гарант успеха в лечебном процессе

пациентов можно определить следующим образом: добиться повышения качества и продолжительности жизни в нашей стране путём профилактики и сдерживания прогрессирования главных факторов риска преждевременной смертности. Это интерпретация положения об охране здоровья населения и целого ряда документов, утверждённых федеральным Минздравом, – подчеркнул А.Мартынов.

Единство тактики, по словам академика, представляет собой несколько этапов: ранняя диагностика, влияние на основные патофизиологические механизмы заболеваний немедикаментозными и лекарственными методами, профилактика осложнений путём обеспечения должного клинического эффекта лечения.

При этом концепция факторов риска сосудистых заболеваний стала научной основой профилактики их осложнений. Модификация факторов риска даёт эффект по снижению смертности, в частности от ишемической болезни сердца (61%). На первом месте стоит снижение холестерина, на втором – артериальная гипертензия (АГ). Наряду с этим табачные дёготь и смолы оказывают конкретное влияние на альвеолы

чётко сформулировать цель, заключающуюся в том, что максимальное снижение общего риска ССЗ и летальности предполагает не только снижение артериального давления (АД), но и коррекцию всех выявленных факторов риска. Кроме уровня АД, нужно параллельно пытаться корректировать все факторы риска.

Завершившиеся рандомизированные исследования не выявили преимуществ у какого-либо класса антигипертензивных препаратов в отношении снижения АД. Главным критерием выбора препарата является его способность уменьшать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность при сохранении хорошего качества жизни.

Основные группы антигипертензивных препаратов – это ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензивных рецепторов, антагонисты кальция, диуретики, бета-адреноблокаторы и др. Они считаются наиболее рекомендованными для использования.

Считается, что сочетание антагонистов кальция с иАПФ является наиболее перспективным с точки зрения влияния на различные ситуации по прогрессированию сердечно-сосудистой патологии. «Наша задача – увеличить число больных, которые получают иАПФ

– Почти все пациенты терапевтического профиля имеют сопутствующую патологию, – начал свой доклад В.Трофимов. – Хотелось бы продемонстрировать наличие коморбидных состояний у пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой (БА). Риск развития ССЗ у астматиков выше, чем в популяции. У мужчин риск немного меньше, чем у женщин. Одним из основных методов лечения является использование бета-блокаторов у пациентов с АГ и ССЗ. Однако необходимо с большой осторожностью использовать эту группу препаратов у больных с БА.

Большую роль играет гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Многие пациенты, особенно пожилого и старческого возраста, имеют сочетание БА и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Основное лечение – ингибиторы протонной помпы и диета.

Остеопороз – тоже одно из часто встречающихся заболеваний при БА, ассоциированных с возрастом. Имеется дозозависимое снижение минеральной плотности костей при лечении больных БА ингаляционными или системными глюкокортикостероидами. Механизм связан с нарушением всасывания кальция в кишечнике, угнетением образования остеобластов, повы-

Единое информационное пространство, прозрачность границ, огромные потоки миграции населения – все эти факторы оказывают существенное влияние на развитие экономических процессов на постсоветском пространстве, и фармацевтическая отрасль не составляет исключения. В каждом государстве имеются свои особенности, определяющие развитие этого сектора, но между ними сохраняется и много общего.

Соседи России по СНГ демонстрируют разнонаправленные тренды в ВВП и инвестиционных показателях, комментирует результаты аналитического обзора фармрынков СНГ старший менеджер компании QuintilesIMS Антон Каляпин. «Россия, Казахстан и Азербайджан – крупнейшие экспортеры нефти и газа – в прошлом году продемонстрировали негативные тенденции. Но если в России снижение ВВП составило всего 0,8% и прогноз на 2017 г. позитивный, то две другие республики пострадали в большей степени, что в основном связано с девальвацией национальной валюты и ростом инфляции», – отмечает эксперт.

Бывшие среднеазиатские республики, напротив, демонстрируют наибольший экономический рост. Первое и второе места по росту ВВП заняли Узбекистан и Таджикистан – по 6% соответственно. ВВП Туркменистана в минувшем году вырос на 5,4%.

Динамика курса валют напрямую оказывает влияние на стоимость импортируемых лекарственных препаратов. Соответственно, чем больше степень девальвации, тем дороже становятся лекарства зарубежного производства, что влечёт за собой сокращение доступности инновационной терапии для пациентов. В ряде стран (Россия, Казахстан, Белоруссия, Украина) локальная фарма компенсирует эти потери за счёт вывода на рынок продукции собственного производства, но издержки ещё достаточно высоки (фармсубстанции,

Ситуация

Фармацевтические реалии

Рынки стран СНГ показывают различную динамику роста

оборудование для производства закупается в иностранной валюте), что неминуемо отражается на конечной цене лекарств.

Совокупный объём фармрынков стран СНГ по итогам 2016 г. составил 7 млрд долл. Прирост относительно показателей предыдущего года – нулевой, но, как отмечают аналитики компании, это совсем неплохой результат, если учесть, что в 2015 г. рынок «просел» на 15%. В упаковках отмечается рост на 5%.

В локальных валютах все страны за исключением Армении продемонстрировали прирост рынка. Максимальные показатели отмечаются у Киргизии и Узбекистана. Крупные игроки (Россия, Украина, Казахстан, Белоруссия) также демонстрировали умеренно позитивный рост.

– Узбекистан и Киргизия становятся всё более весомыми игроками на фармрынке стран СНГ и вносят существенный вклад в его рост, – констатирует эксперт. – Впервые в минувшем году объём рынка Узбекистана превысил объём рынка Казахстана. Ещё один тренд – восстановление темпов роста фармрынка Украины.

Все фармрынки СНГ характеризуются большими объёмами финансирования средствами самих граждан. По данным QuintilesIMS, основным драйвером в сегменте безрецептурных лекарственных средств на рынках Белоруссии, Казахстана и Украины являются препараты низкого ценового сегмента – от 1 до 10 долл., на их долю приходится 70-75% продаж.

Однако если в Белоруссии и Казахстане данный сегмент посте-

пенно сокращается за счёт перераспределения в более дешёвый (ниже 1 долл.), то в Украине он, напротив, растёт. По оценке аналитиков, это происходит по двум основным причинам: из-за удорожания лекарств самой низкой ценовой категории (до 1 долл.), а также смещения потребительского спроса с более дорогого сегмента (10-50 долл.) в более низкую ценовую категорию. Что касается рецептурных препаратов 24-25% от общего объёма занимают ЛС ценового сегмента 10-50 долл.

Кстати

Открытие лекарственных границ

Национальные рынки обращения лекарственных средств 5 государств Евразийского экономического союза (ЕАЭС) заработали в едином пространстве: в первой декаде мая вступил в силу соответствующий пакет документов, необходимых для запуска и полноценной работы единого евразийского рынка лекарственных средств.

Производители России, Белоруссии, Казахстана, Армении и Киргизии смогут подавать заявления на регистрацию лекарств и выпуск их в обращение по единым процедурам. Как отмечается в сообщении Евразийской экономической комиссии (ЕЭК), для обычного потребителя изменения станут заметны позднее: это связано с тем, что от момента подачи досье лекарственного препарата на регистрацию до выпуска его в обращение и поступления в продажу проходит от 7 до 10 месяцев.

По наднациональным нормам единого рынка будут осуществляться разработка, доклиническое и клиническое изучение, контроль качества, регистрация, производство и дистрибуция лекарственных препаратов.

– Комиссия совместно с лучшими экспертами 5 государств ЕАЭС подготовила все необходимые документы для эффективной работы единого рынка лекарственных средств с учётом мирового опыта, – подчеркнул член коллегии (министр) ЕЭК Валерий Корешков. – Они направлены на снятие административных барьеров в области производства и допуска лекарств на рынки стран Союза. Эти документы позволят обеспечить и своеобразную «санацию» фармацевтического рынка, удалив с него лекарственные препараты, эффективность и безопасность которых не полностью изучены, а производство не соответствует стандартам надлежащей производственной практики».

На уровне национального регулирования оставлены вопросы администрирования выдачи разрешений на проведение доклинических и клинических исследований лекарств; ценообразования на лекарственные средства и медицинские изделия; розничной торговли; государственных закупок лекарств и иных процедур, связанных с вопросами возмещения затрат в сфере обращения лекарств, а также регулирования медицинской рекламы.

Анна КРАСАВКИНА.

Акценты

Согласно данным DSM Group, объём фармацевтического рынка России в 2016 г. достиг 1344 млрд руб., что на 7% выше, чем годом ранее. В 2016 г. объёмы продаж лекарств в натуральном выражении остались на уровне 2015 г. и составили 5,1 млрд упаковок. Стабилизацию потребления в упаковках можно считать переломным трендом – в течение последних 3 лет фармацевтический рынок по данному показателю только сокращался.

«Тонкая» настройка

Основной вклад в рост рынка внёс коммерческий сегмент лекарств. Динамика розничного рынка приняла положительную тенденцию в упаковках, а рост в рублях происходил преимущественно за счёт ОТС-препаратов. Важной тенденцией современного рынка является переход на дженерики, доля которых растёт на фоне снижения долей оригинальных препаратов в стоимостном и натуральном выражении.

Другой тренд 2016 г. – более высокая динамика продаж отечественных препаратов. Доля лекарств российского производства в целом на рынке по итогам 2016 г. составила 29% в деньгах и 61% в упаковках. Заметим, что доля импортных препаратов сокращается, тогда как отечественные лекарства увеличивают свой вес на рынке. Процессы импортозамещения в большей мере заработали в государственном сегменте. Этому способствовало принятие Постановления об ограничении госзакупок импортных препаратов («третий лишний»). Но изменение соотношения отечественных и импортных препаратов идёт всё-таки невысокими темпами. Поэтому первые места в рейтинге производителей по-прежнему занимают иностранные компании.

Для дистрибьюторского и аптечного звена основным трендом 2016 г. стала набирающая обороты концентрация. Сегмент российской фармдистрибуции в последние несколько лет сильно изменился. За последние 2 года перестали существовать 3 крупных игрока, которые входили в ТОП-20. Освободившуюся нишу заняли крупнейшие российские дистрибьюторы, тем самым доля ТОП-3 компаний выросла с 45 до 56%.

– Прошедший год ещё раз показал, что российскому фармрынку нужно тонко настраиваться и сбалансироваться, чтобы учесть экономические интересы государства, фармацевтических производителей (отечественных и зарубежных) и, самое главное, сделать это таким образом, чтобы отрасль выполняла свою важнейшую социальную функцию – обеспечивала необходимыми препаратами тех, кто в них нуждается. Если же говорить о прогнозах, то в краткосрочной перспективе основным фактором, влияющим на фармрынок, останется финансово-экономическая ситуация в стране. В 2017 г. прирост рынка в целом составит порядка 9% в рублях, – отмечает эксперт фармацевтического рынка, генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

Подготовила Анна СТЕПКО.

Из первых уст

По полному циклу

Одной из тем обсуждения состоявшегося недавно Российского фармацевтического форума стало использование инструмента специального инвестиционного контракта (СПИК) в фармацевтической промышленности. В настоящее время в Минпромторг России поступило 7 заявок от фармацевтических компаний на заключение СПИК. В рамках данного механизма в качестве мер поддержки инвестора рассматривается предоставление статуса российского продукта, единственного поставщика, налоговых преференций.

– Считаем, что статус единственного поставщика мы будем предоставлять тем компаниям, которые выпускают готовые лекарственные формы и в своих инвестиционных планах ставят задачу обеспечить производство полного цикла данного препарата на территории Российской Федерации, включая синтез субстанций, – обозначил заместитель министра промышленности и торговли Российской Федерации Сергей Цыб.

Как отметил замглавы ведомства, планируется также внести изменения в Постановление Правительства РФ № 719 «О критериях отнесения промышленной продукции к промышленной продукции, не имеющей аналогов, произведённых в Российской Федерации» с целью ведения чёткого определения, по каким направлениям в зависимости от выбора технологий группы лекарственных препаратов будет предоставляться статус российского продукта. Минпромторг



России намерен оперативно провести такую работу совместно с Министерством здравоохранения РФ и готов принимать предложения по совершенствованию документа. Первые специальные инвестиционные контракты в фармацевтической отрасли будут заключены после формирования необходимой нормативной базы на региональном уровне в разрезе федерального закона о промышленной политике. Минпромторг активно взаимодействует с субъектами в подготовке этих документов. В ближайшее время также будет выработано решение по дополнительным мерам поддержки производства субстанций в рамках закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд. Эта инициатива активно обсуждается при участии экспертного сообщества. В настоящее время рассматриваются несколько вариантов преференций компаниям, имеющим производство полного цикла или использующим фармацевтические субстанции российского производства, в том числе в виде ценовой преференции.

– Будем формировать законодательное поле таким образом, чтобы поддерживать компании, разрабатывающие и производящие собственные препараты по полному циклу, а также занятые синтезом субстанций для лекарств, которые уже хорошо известны, – подчеркнул С.Цыб. По его словам, это будет сбалансированное решение, направленное на технологическое развитие, создание новых компетенций в стране с точки зрения разработки и производства лекарственных средств и учитывающее важность сохранения объёмов инвестиций, возможностей, которые имеют компании, выпускающие готовые лекарственные формы.

Участники мероприятия также обсудили ещё одно планируемое нововведение – законопроект, предусматривающий параллельное проведение процедур регистрации лекарственных средств и инспектирования площадок на соответствие стандартам GMP.

Ирина АНДРЕЕВА.

МИА Сити!

Гипотезы

Один из опросов россиян показал, что Запад испытывает перед РФ «просто страх (21%)», являющийся одной из самых мощных мозговых реакций, которую можно назвать инстинктом, то есть запрянтанным подобно жалу пчёл (от лат *stipx*, сравни англ. *sting*). Непреодолимый страх перед ночными кошмарами привёл к Фрейдю и его учителю Брейеру девушку, которая не могла забыть отцовского надругательства над собой. Идея витала в воздухе и, подхваченная И.Павловым, легла в основу применённого им метода «кондиционированных» рефлексов, благодаря которым животные вполне «обдуманно» вели себя после звонка или вспышки света. Но и после этого мозг в течение полувека оставался чёрным ящиком для нейробиологов, отчаянно пытавшихся бросить свет в тёмные закоулки сознания.

Зелёный свет

Чуть более 10 лет назад К.Дейсерот из Станфорда предложил «подсветить» нервные клетки с помощью бактериальных протеинов, реагирующих на свет лазера открытием ионных помп-каналов. В полном соответствии с законами клеточной биологии изменение ионной проводимости приводит к повышению нейронной активности, что ведёт к смене поведения ген-модифицированных животных. Оптогенетика несколько раз применялась к «калибровке» страха, благодаря чему эта эмоция легко оцифровывалась. Исследователи при этом опирались на изучение реакции клеток миндалины и предлобной коры (PFC – Pre-Frontal Cortex). Первая лежит у внутренней поверхности височной доли в соседстве с лежащим на её основании гиппокампом, клетки которого необходимы для формирования оперативной памяти. Если информация оказывается важной и полезной, то во сне происходит её консолидация и перевод в ряд долговременной (в старости формирование и консолидация нарушаются, поэтому пожилые люди легко вспоминают свои детские и юношеские впечатления). Сейчас уже научились с помощью флуоресцентных белков «красить» клетки памятной энграммы и проследивать ход их отростков, благодаря чему удалось выявить связь миндалины с PFC.

Мониторинг сменился возможностью управления эмоцией, активируя и подавляя память о неприятном опыте. Последний «откладывается» в клетках энграммы благодаря возбуждающей глутаминовой аминокислоте, улавливаемой белковым рецептором в мембране нейрона. Выработкой двигательной памяти (навыков) «заведует» допамин/дофамин, при нехватке которого возникает болезнь Паркинсона. Сотрудники Университета Дьюка в городе Дарем «подсадили» на поверхность

нервных клеток, регулирующих мышечные сокращения, бактериальный протеин, улавливающий лекарство, подавляющее активность рецепторов глутаминовой кислоты, в результате чего получили увеличение концентрации лекарственных молекул в 100 раз, что соответствует возможности уменьшить дозу в то же количество раз.

Но это возможно у мышей, у человека же можно применять ГМ-нейроны, полученные из нервных стволовых клеток (НСК). Проблема, однако, в том, что НСК локализуются в глубине мозга, поэтому единственный выход: репрограммировать фибробласты кожи – клетки, синтезирующие различные волокна. Но при этом некоторые из полученных клеток трансформируются, что приводит к их неустойчивому делению. Поэтому в Университете Айовы предложили для направления дифференцировки клеток использовать... графен, хорошо проводящий тепло и электричество. Электрические схемы на нём формировали с помощью обычного струйного принтера, избыток чернил которого «убирали» с помощью лазера. Увеличение электропроводности в 1000 раз способствовало не только росту клеток в отсутствие дорогостоящих нервных ростовых протеиновых факторов, но и их специализации. Последнюю можно контролировать, просто меняя силу тока, который при напряжении в 100 мВ давал объёмный рост шванновских клеток, образующих миелиновую оболочку, необходимую для быстрой нервной проводимости (разрушение миелина ведёт к рассеянному склерозу).

Графен – это пока довольно экзотическая матрица для выращивания стволовых клеток, тем более эмбриональных, которые гораздо чувствительнее к условиям роста. С.Яманака более 10 лет назад предложил коктейль из 4 протеинов, способствующих репрограммированию кожных фи-

бробластов. Спустя более 10 лет сотрудники Исследовательского института Солка в Калифорнии и Пекинского университета создали свой коктейль, в состав которого вошли 4 белка, один из которых подавляет развитие лейкемии, второй регулирует активацию генов, а ещё один – это нейрорегулятор, который у дрозофил подавляет линьку. Применение коктейля дало очередную генерацию, состоящую из мышинных и человеческих клеток.

В Университете Вашингтона, находящемся в столице США, задалась вопросом молекулярного контроля эмбрионального развития миндалины, для клеток которой достаточно всего двух транскрипционных факторов, или белков, включающих транскрипцию генов. Один из них отвечает за инстинкты и спаривание, защиту территории и реакцию на хищника. Второй – за развитие речи, и мутация его гена приводит к её нарушениям. В Вашингтоне выяснили, что два белка клеток миндалины поразному проявляют себя у самцов и самок мышей, реагирующих на «вторжение» в их клетки других животных. В ходе опытов учёные подсаживали других самцов в клетки самцов и самок с мышатами, а также без детёнышей.

Интересно, что гены двух белков по-разному включались у самок и самцов во время спаривания. Из этого был сделан вывод, согласно которому пара белков является своеобразным переключателем агрессии и размножения. Авторы рассчитывают, что вскоре им удастся получить ГМ-мышей со встроенными в нейроны их миндалин светочувствительными белками (фоторецепторами), у которых с помощью лазера можно будет менять поведение в широком диапазоне его проявлений. При этом будет интересно выявить и другие «поведенческие» гены в клетках миндалин, регулирующие их развитие. Учёные напоминают, что нейробиологи давно подозревают некоторые гены, поскольку их мутации ведут к аутизму у детей и широкому спектру сходных состояний. В связи с секс-специфичностью «реакции» миндалины, о чём сказано выше, авторы указывают на то, что по сравнению с мальчиками девочки успешнее «скрывают» проявления своего аутизма.

Иван ЛАРИН.

По материалам eLife, Science.

Почему бы и нет?

Во избежание отторжения

Как известно, инфекции ротовой полости представляют собой основную причину отторжения зубных имплантатов. Учёные из Университета страны басков (Испания) во главе с Беатризом Паллой занимаются разработкой новых покрытий для имплантатов, которые одновременно будут бороться с бактериями и способствовать образованию костной ткани вокруг имплантата. В настоящий момент создано три различных покрытия, одно из которых уже находится на стадии получения патента.

Б.Палла рассказала, что примерно в 10% случаев поставленные зубные протезы приходится удалять из-за инфекций или нарушений в процессе остеоинтеграции. Таким образом, для решения проблемы необходимо разработать новое покрытие, которое поможет имплантату интегрироваться в челюсть, а также будет обладать антибакте-

риальными свойствами – с учётом того, что бактерии постепенно вырабатывают устойчивость к таким покрытиям. Ранее группа учёных уже создала образцы покрытий, которые помогали кости вокруг имплантата расти и фиксировать протез, следующим шагом для них было придать этим покрытиям необходимые свойства, благодаря которым они боролись бы с инфекциями.

Для решения проблемы исследователи использовали метод золь-гель синтеза, при котором сперва образуется коллоидный раствор, где присутствуют частицы гидроксидов (золь), а затем этот раствор превращают в гель. Прекурсором в этом процессе стал кремний, известный своей остеоиндуктивностью (способностью провоцировать рост кости вокруг себя). На последнем этапе специалисты добавили в гель различные антибактериальные агенты, получив в итоге три различных покрытия. Одно из

них было сделано для профилактики инфекций – то есть создано из материала, который распадается в течение длительного времени, высвобождая антибактериальное вещество постепенно. Ещё одно – для лечения уже выявленной инфекции наоборот, было сделано из быстрорастворяющегося материала. Последнее покрытие, на которое испанцы сейчас получают патент, предназначено для применения в стоматологической клинике: его наносят на часть имплантата, где была замечена инфекция, но при этом нет необходимости снимать его.

Новые покрытия пока не готовы для использования в клинической практике, учёным предстоит ещё много работы, прежде чем они смогут вывести свою разработку на рынок. И ещё рано говорить даже о клинических испытаниях.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Science Daily.

Выводы

Сладкие мышцы

В Исследовательском институте калифорнийского города Ладжолла (Ла-Холья) выяснили, что мышечные волокна отличаются скоростью расщепления энергосистем, то есть глюкозы и жиров. Поэтому миофибриллы окрашиваются флуоресцентными белками в разные цвета, демонстрируя преимущества хотя бы одной пробежки в неделю, а также разницу между спринтером и стайером.

Учёные пришли к выводу, что углеводы вреднее для здоровья, чем жиры, а 10 лет назад – что нельзя использовать синтетический анаболик GW, который врачи прописывали людям с метаболическими расстройствами, например анорексией. GW запретили, потому что в больших дозах он вызывает рак у мышей, а затем на него ополчилось и Всемирное антидопинговое агентство. В Йельском университете у дрозофил обнаружили пару нейронов в глотке мух, которые регулируют потребление сахара (сахарозы). После разрушения нервных клеток или блокирования их белковых рецепторов дрозофилы переставали «слетаться как мухи на мёд».

Быстрое удовлетворение мышечных потребностей в энергии обеспечивается «сжиганием» глюкозы, но стратегическое идёт за счёт жиров. Однако мозг потребляет исключительно глюкозу, что и вынуждает мышцы переключаться на сжигание в митохондриях – энергостанциях клетки – триглицеридов. Регулятором переключения является, как выяснили в Калифорнии, один из белковых рецепторов пероксисом, то есть внутриклеточных образований, накапливающих перекиси, откуда их название (PPAR). Выключение гена PPAR ведёт к нарушению образования митохондрий и формирования миофибрилл (мышечных волокон). Было также известно, что применение одной из микроРНК (miR22) ведёт к снижению веса у самцов мышей, а дрожание «переводит» белый жир в бурый, что также ведёт к потере излишнего веса.

Но всё это были качественные наблюдения, в Ла-Холье решили всё «оцифровать», давая мышам повышенную дозу GW на протяжении двух месяцев вместо одного. Каково же было удивление учёных, когда мыши безостановочно бегали в колесе 270 минут вместо 160, что на 70% дольше. Геномное исследование показало вовлечение в процесс лекарственной выработки необычайной выносливости 975 генов, часть из которых увеличили, а часть снизили активность. В числе увеличивших были гены, отвечающие за расщепление жиров, а снизивших – углеводов, что биологически закономерно, поскольку организм «сберегает» глюкозу для мозга, переходя на жиры.

Иген

Плодовитое трио

В первой половине 2017 г. специалисты Центра планирования семьи и репродукции в Мексике намерены применить технику рождения ребёнка от трёх родителей в 20 случаях беременности.

Первый в мире ребёнок от трёх биологических родителей уже родился в этом году здесь. Супругская пара из Иордании решила на такой способ зачатия во избежание наследования ребёнком генов матери, которая является носителем синдрома Лея. Результаты обследования показали, что мальчик совершенно здоров.

По оценкам экспертов, число потенциальных родителей, чьи дети

Эксперименты дают пищу для размышлений. Известно такое расстройство сердечной мышцы, как фибрилляция, спасать от которой призваны дефибрилляторы с их обжигающими кожу мощными электрическими разрядами. Аномальная мышца создаёт блок электрической проводимости, в результате чего распространение волн, вызывающих координированные сокращения мышечных волокон, нарушается. При этом возникает хорошо знакомая физикам интерференция с её всплесками и провалами, приводя к формированию спиральной воронки турбулентности с колебаниями амплитуды разрядов и мышечных потенциалов действия (AP – Action Potential). Теперь надо искать гены, нарушенные протеины которых ведут к ненормальным сокращениям сердечной мышцы, возможно, связанным с уровнем сахара в крови.

Повышение его уровня увеличивает риск развития опухолей в толстом кишечнике и груди, а также мочевом пузыре. Сотрудники различных европейских университетов «просеяли» данные обследований на предмет выявления повышенного содержания сахара в крови и диабетов около 800 тыс. шведов и австрийцев, среди которых выявлены 812 человек с глиомами мозга (частота 1 : 1000). Эти данные говорят, что мозг в сравнении с другими органами надёжнее защищён от нежелательного действия сахара, что, возможно, связано с преимущественным потреблением им глюкозы. Но может быть и так, что он испытывает на себе благотворное действие длинной некодирующей белок РНК (lncRNA), которая служит органайзером для молекул предшественниц информационных РНК (иРНК). Известно, что незрелые предшественницы синтезируются на ДНК, представляя собой копии генов с некодирующими протеиновыми регуляторными участками. Затем будущие иРНК подвергаются сплайсингу, в ходе которого участки (без белка) вырезаются и в цитоплазму отправляются зрелые иРНК, несущие информацию только для синтеза протеинов. Вполне возможно, что лекарства будущего поколения для борьбы с мозговыми опухолями будут иметь своим адресатом именно некодирующие РНК. Не будем забывать, что РНК-«водитель» широко используется в ген-редактировании для поиска соответствующих ДНК-мишеней.

В заключение добавим, что в Техасском университете Далласа с помощью ген-редактирования у мышей исправили мутации гена, приводящие к мышечной дистрофии.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.По материалам Cell Metabolism,
Science Advances.

рискует унаследовать генетические заболевания, достаточно велико. В связи с этим учёные намерены увеличить число пациентов, готовых прибегнуть к процедуре оплодотворения, предполагающей участие троих человек: отца, матери и донора.

В Мексике, что характерно, не существует конкретных правил, регулирующих методы вспомогательной репродукции, в том числе митохондриальную замену. В 2015 г. парламент Великобритании одобрил одну из техник зачатия, в которой могут участвовать три человека. В США подобная технология оплодотворения запрещена.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации New Scientist.

Открытия

Внезапная человечность

Острый психологический стресс приводит к повышению эмпатии. К такому выводу пришли исследователи из Венского университета (Австрия).

Как известно, стресс является одним из важнейших психобиологических механизмов, без которого мы не смогли бы выжить. Он мобилизует организм и позволяет ему управлять угрозами ситуации. Ранее предполагалось, что стресс приводит к борьбе либо к «бегству», однако в последнее время на основе результатов поведенческих исследований эта теория неоднократно ставится под сомнение.

Новые данные показали, что люди демонстрируют рост просо-

циального поведения в условиях стресса. В своём исследовании Клаус Ламм и его команда из Венского университета пролили свет на задействованные нейронные процессы, лежащие в основе этого поведения.

В эксперименте участники подвергались воздействию острого стресса. Их мозговую активность измеряли с помощью магнитно-резонансной томографии. Исследователи сосредоточились прежде всего на изменениях, связанных со стрессом нейронной активности в состоянии так называемой эмпатии.

В общей сложности 80 (в основном мужчинам) участникам было предложено срочно решить сложную задачу в течение небольшого

времени, при этом их действия критиковали. В то же время им показывали снимки человеческой руки, сделанные во время болезненной медицинской процедуры, а в другие моменты оценивали их социальное поведение, предлагая разделить некоторую сумму денег между собой и незнакомым человеком.

В состоянии стресса участники эксперимента были добрее к гипотетическому незнакомцу и сильнее сочувствовали пациенту, с чьей рукой проводились манипуляции. К.Ламм обобщил выводы: «Люди выражают больше сочувствия и чаще склонны помогать другим, когда они находятся в состоянии стресса».

Ну и ну!

В настоящее время на рынке состоит более 500 разновидностей энергетических напитков, и их популярность постоянно растёт. Одновременно с этим растёт количество обращений за медицинской помощью среди людей, которые часто употребляют энергетики. Производители и любители этих напитков заявляют, что они так же безопасны, как кофеин сам по себе, однако на самом деле, как сообщили учёные из Тихоокеанского университета (США), это неправильно.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) считает количество кофеина до 400 мг (5 чашек) безопасным. Однако кроме кофеина энергетики содержат множество других веществ, которые могут оказывать негативное влияние на здоровье.

Энергия во вред

Чтобы определить, насколько это влияние сильно, исследователи наблюдали за изменениями в организмах 18 здоровых мужчин и женщин после того, как они выпивали банку энергетика или другого напитка, содержавшего только кофеин в том же количестве, что и в энергетике, но при этом не имевшего других добавок. В среднем банка энергетического напитка содержит около 320 мг кофеина (эквивалент 4 чашек кофе), некоторое количество витамина В, таурина, сахара и других ингредиентов.

Состояние здоровья участников специалисты контролировали в течение 24 часов после употребления напитков с помощью измерения артериального давления, а также электроэнцефалографии. Данные

ЭЭГ показали, что у тех людей, которые пили энергетики, наблюдались изменения в сердечном ритме – пролонгация интервала QT.

Эти изменения могут быть причиной нарушений сердечного ритма, опасных для жизни. Исследователи подчеркнули, что несколько лекарств были изъяты из обращения, так как у них был такой же побочный эффект. Артериальное давление после употребления энергетических напитков повышалось в среднем на 5 пунктов, и эффект сохранялся 6 часов спустя.

После жидкостей, содержавших только кофеин, давление увеличивалось на один пункт. Для здоровых людей эта разница может быть небольшой, но пациентам, у которых есть проблемы с сердцем, стоит воздержаться от энергетиков.

Однако

Имитируя матку

Сотрудники детской больницы Филадельфии (США) во главе с Аланом Флейком разработали систему, которая воспроизводит процессы, происходящие в матке, а также моделирует функции плаценты. Эта система смогла в течение 4 недель поддерживать жизнь в нескольких недоношенных ягнятах, родившихся сильно раньше срока – в 15-17 недель вместо 21. Всё это время животные находились в пластиковых ёмкостях, напоминающих заполненные жидкостью пакеты.

Преждевременные роды – основная причина гибели новорождённых детей, малыши, родившиеся на сроке в 22-24 недели, имеют шансы на выживание, не превышающие 10%. Те, кому всё же удаётся выжить, часто страдают от самых разных заболеваний – органы таких детей, по словам А.Флейка, просто ещё не готовы к полноценной работе после рождения.

Рождённые до срока малыши восприимчивы к инфекциям, а искусственная вентиляция лёгких может повредить этот важный орган. Замкнутая система, созданная специалистами, лишена этих недостатков.

Пластиковую ёмкость наполнили водным раствором солей. Роль плаценты, которая обычно снабжает плод кислородом и другими необходимыми субстанциями, выполнял оксигенатор. Вместо

того, чтобы искусственно вводить кислород в кровь подопытных ягнят, учёные разработали специальную технику, использующую сердечные сокращения животных, чтобы извлекать кислород из аппарата. Такой способ не наносит вреда лёгким, заявили сотрудники больницы.

Далее в ёмкости поместили недоношенных ягнят, родившихся при помощи операции кесарева сечения. По истечении 4 недель часть ягнят подвергли эвтаназии и вскрыли, чтобы выяснить, были ли у них проблемы со здоровьем. Оказалось, что все ягнята были здоровы, нарушений в их развитии не было. Ещё несколько ягнят «родились» – их достали из ёмкостей и вскормили с помощью бутылочки. Самому старшему из них уже исполнился год, и он также развивается нормально.

Пока система ещё не готова к испытаниям на людях. Учёные планируют изменить её внешний вид, чтобы дети развивались не в «пакетах», кроме того, состав самой жидкости также будет подвергнут модификации, так как амниотическая жидкость – это не только раствор солей, но ещё и питательные вещества, помогающие развитию плода.

Родители смогут слышать и видеть, как развивается их ребёнок – для этого в инкубаторах установят камеры. Возможно, новая система обеспечения жизнедеятельности будет готова уже через несколько лет.

Преодоление

Физическая активность снижает риск развития большого количества заболеваний (в том числе диабета и некоторых видов рака). Кроме того, она может также замедлять естественное ухудшение функций мозга, которое сопровождается старением.

В движении – жизнь

В теории упражнения обеспечивают мозгу лучшее снабжение кровью, кислородом и питательными веществами, что положительно влияет на его состояние, а также помогает выработке гормона, ответственного за формирование новых нейронов и синапсов. В Университете Канберры (Австралия) провели метаанализ 39 научных работ, чтобы выявить, как влияют на мозг регулярные физические упражнения в течение не менее 4 недель.

Сделав серию тестов, исследователи выяснили, что аэробные упражнения улучшают когнитивные функции – такие как мышление, чтение, обучение, способность к рассуждению.

Руководитель научной группы Джо Норфи по итогам работы заявил, что физическую активность следовало бы прописывать людям в возрасте от 50 лет и старше как профилактику заболеваний мозга. При этом, подчеркнули учёные, совершенно необязательно ходить в спортзал – в качестве аэробной нагрузки вполне подойдёт пешая прогулка до магазина и обратно с тяжёлыми сумками.

Проекты

Увеличение количества соли с приёмом пищи ослабляет необходимость в потреблении воды, однако усиливает чувство голода. К такому парадоксальному результату пришли учёные из немецкого аэрокосмического центра в ходе клинических исследований рисков полёта на Марс, проведённых с участием российских и китайских медиков.

воду, вторую – пищей с высоким содержанием натрия, также давая обычную воду, а третью – едой с высоким содержанием натрия в солевом растворе.

Исследователи предположили, что моча, которая необходима для удаления азота из организма, собирается в почках, куда под действием силы космоса приходит вода, разбавляя концентрирован-

Баланс между жаждой и голодом

Программа «Марс-500» позволила наблюдать за физическим и психическим состоянием здоровых людей в условиях стационара 24 часа в сутки. За первые 105 дней исследований (время «долета» до Марса) добровольцы сократили потребление соли с 12 до 6 г, снижая уровень на 3 г каждые 29 дней.

В ходе второго, 205-дневного этапа, добровольцы повторили эксперимент, а затем так же последовательно довели уровень соли с 6 до 12 г в день. При этом участники эксперимента постоянно измеряли количество жидкости, потребляемой за день, и жидкости, выделяемой при мочеиспускании. Против ожиданий записи добровольцев показали, что с увеличением потребления соли они стали пить меньше воды. В то же время моча стала более концентрированной, так как организм начал удерживать больше воды, чем обычно.

Чтобы разобраться в механизме солевых парадоксов, учёные провели эксперимент с мышами. Грызунов разделили на 3 группы: первую группу кормили пищей с низким содержанием натрия, наливая в поилки водопроводную

ный солевой раствор. Таким образом, вода остаётся в организме, отдаётся наружу лишь малая часть. Однако производство мочевины требует сильных энергетических затрат, и, вероятно, этим можно объяснить, почему мыши, сидящие на солевой диете, потребляли много пищи: их тела нуждались в энергии для изготовления концентрированной мочи.

Это исследование подверглось критике со стороны экспертов, которые отметили, что исследования на мышах не могут быть экстраполированы на людей, как и на 10 мужчинах – на всё человечество. В эксперименте принимали участие только мужчины, и даже мыши были мужского пола.

Однако исследование достоверно показало, что мочевина, которая долгое время считалась побочным продуктом, может выполнять функции удержания воды в организме с помощью концентрированного солевого раствора. Очевидно, что это открытие требует дальнейшего исследования, и пока не стоит поедать солёные чипсы, чтобы удерживать жидкость в организме. Лучше выпить пару стаканов обычной воды.

Ситуация

Ненужный близнец



Группа из 5 хирургов детской больницы в Чикаго (США) провела успешную 6-часовую операцию по отделению близнеца-паразита 10-месячной пациентке из Западной Африки.

Доктора отметили этот случай как крайне редкий, поскольку близнец-паразит пророс к спине и плечу развитого младенца, в результате чего ребёнок выглядел так, будто имел 4 нижних конечности.

По словам одного из хирургов Джона Руге, врачи опасались, что им не удастся отделить близнеца-паразита таким образом, чтобы здоровый ребёнок не остался парализованным. Кроме того, существовала угроза возникновения проблем с функционированием

сердца и лёгких. Несмотря на возможные риски, операция прошла успешно, спустя 5 дней девочка была выписана из больницы.

Отмечается, что после курса реабилитации пациентка сможет вернуться в Африку. На время лечения уход за девочкой осуществляла семья из США, узнавшая об уникальном случае через некоммерческую организацию, помогающую детям с редкими заболеваниями и патологиями во всём мире получать бесплатную медицинскую помощь.

Подготовил
Марк ВИНТЕР.
По материалам BBC, Reuters, New Scientist, Science Daily.

Шаман (саман по-тунгусски) – возбуждённый, иступлённый человек. Тюркоязычные народы Южной Сибири называют шамана «кам» (отсюда «камлать»). Примитивное шаманство было присуще ранним этапам развития формации. Камлать могли многие, не нуждаясь для этого даже в особых одеяниях, а шаманы почти не отличались от соплеменников. Следующей ступенью было родовое шаманство, когда шаман был служителем лишь родового культа. На третьей ступени шаман – уже специалист, живущий доходами от профессии.

Они сочетали многие ипостаси

Функция шамана, с его знаниями и уникальными возможностями посредника, стала одной из важных и авторитетно-влиятельных. Власть колдуна в племени усиливалась по мере развития строя, и на каком-то этапе функции шамана и вождя объединялись. Обладая набором некоторых средств и приёмов, шаман мог манипулировать сознанием соплеменников, моделируя их поведение, дабы оно оставалось в рамках, приемлемых для элиты племени, формируя таким образом не только идеологию, базирующуюся на верованиях, но и структурируя социальную систему в целом.

Оседлость племён привела к возникновению стационарного культового жертвенника, позже ставшего храмом. «Храм был ядром, сердцевинной селения... рядом размещался и царский дворец. Но именно храмовое сооружение доминировало над дворцом... Чем древнее цивилизация... тем ещё очевидней становится её сосредоточенность вокруг храма» (Г.Уэллс).

Для понимания феномена шаманства важен аспект объединения колдуном лечебной и магической функций: той и другой ведал один и тот же субъект. Приёмы обеих профессий перемешивались и сочетались, не нанося взаимного урона и не конкурируя: всё сводилось к общему знаменателю в виде исполнителя этих функций – шамана, в силу чего в магии и медицине имели место общие принципы и техники. «...Хотя первичным намерением религии меньше всего является душевное оздоровление или профилактика душевного заболевания, она фактически... может привести к действенным психогигиеническим и даже психотерапевтическим результатам благодаря тому, что даёт человеку убежище и опору, которых он не нашёл больше нигде: убежище и опору в трансцендентном и абсолютном» (В.Франкл). Со временем общий источник происхождения этих двух потоков основательно занесли пёски времени, и отыскать место, где течение раздвоилось, едва ли возможно. А, может быть даже, оно вовсе не расщеплялось, и существование колдовства и врачевания – двух рукавов единой реки – лишь культуральный самообман, цивилизационная иллюзия, которая время от времени становится очевидной. Шаманская практика лечения сохранила связь с народным врачеванием. Но некоторые способы лечения, рациональные по сути, получили обрядовое значение.

На заре бытия человечество впервые задумалось о душе, наличие которой объяснило бы непонятные и непонятые феномены: сон и сновидения, болезни и смерть, составлявшие неведомые и невидимые аспекты существования людей. В случае неотчётливой локализации патологического процесса, неспецифических астении или интоксикации, общего недомогания было неясно, что болит, если целы все части тела и нет

видимых повреждений. Наличие души объясняло это «недоразумение». Сновидения интерпретировались, как «путешествие души, покинувшей тело». Болезни и обмороки объяснялись результатом «влияния на душу злых духов и непрочной прикреплённостью к телу души, готовой отлететь в случае смерти». В русских заговорах фигурируют имена 12 сестёр-лихорадок, чьи имена обозначают симптом: Знобуха, Желтуха, Ломуха, Трясовица и пр. Только колдун-шаман, знающий высшие тайны Неба, мог бороться с им-материальными духами болезни.

Далёкое – близкое

Соло на бубне

История психиатрии началась с шаманов

Первобытный шаман воплощал синтетическое искусство: он танцевал, рисовал на стенах пещеры, выкрикивал заклинания, аккомпанируя себе топотом ног и стуком по куску дерева или в бубен.

«Култ сумасшествия»

Шаманизм достиг расцвета тогда, когда племя стало главной формой общественной жизни, и склонился к упадку с распадом племенных связей. Он является не религией, но совокупностью экстатических и терапевтических методик, цель которых – вступить в контакт с миром духов, заручившись их поддержкой для управления делами людей.

Первые описания шаманства (ясачные книги, «отписки» русских служилых людей XVII века) усматривали в нём «дело дьявола», видя в шаманах его «слуг». Второй этап оценки шаманизма связан с рационалистическим мировоззрением XVIII века, считавшего шаманов «шарлатанами». Третий этап относил его к народной медицине. Четвёртый трактовал это явление как социально-религиозную систему, возникшую в результате деградации аутентичного шаманского учения. В 1870-е годы шаманство стали считать ранней стадией развития религии. В XX веке мнение о том, что шаманство – специфическая религиозная система, обрело новых сторонников.

М.Элиаде видел основу шаманства в «архаической технике экстаза», применяемой как средство связи с «высшим небесным существом». По сути, шаманизм объединил формальную психотехнологию и религию, обозначив первую как средство постижения второй.

Для коммуникации между людьми и духами был необходим посредник, человек, обладающий уникальными свойствами, – шаман. Он занимал в общине особое положение не оттого, что общался с духами, напротив: ему приписывалась эта способность именно потому, что он был в племени на особом счету. Шаманами становились те, кто имел «видения» и получил могучих духов-покровителей. Чертой, отличавшей шамана от соплеменников, была его психопатологическая предрасположенность, проявлявшаяся различными клиническими феноменами.

В шаманы попадали люди, чьё поведение не укладывалось в общепринятые стандарты. Если человек слышал «голоса» и имел видения, то этот феномен воспринимался как «подтверждение полномочий», верификация «по-

свящённости» субъекта. «Архаической техникой экстаза» лучше овладевали люди, склонные к особым состояниям психики.

Психиатры начала XX века отмечают близость распространённой на Севере «арктической истерии» и шаманства. Династическая передача шаманства не меняла положения дел, так как наследование психического расстройства при этом не исключалось.

У ненцев европейского Севера бытовало понятие «шаманская болезнь». По их верованиям, «духи забирают у человека душу, варят её, едят, вкладывая затем в из-

бранника другую душу», дававшую обладателю новое качество: он становился способен к шаманству.

Интерпретация камлания шамана зависит от окружающих его людей. Шведский историк Г.Ландтман писал: «...для дикарского ума нет ничего более естественного, чем приписать экстаз духовным агентам. Конвульсивные жесты и бессвязные выкрики вдохновлённого кажутся признаками того, что его воля отсутствует и что телом его овладео некое странное существо. Поэтому считается, что дух или бог говорит его устами и направляет его действия». От человека с психическим расстройством шаман отличался тем, что сам «вступал в связь с духами, вызывая и отпуская их по своей воле». Это выглядело как произвольное регулирование приступов психического расстройства.

При эмеряченье, распространённом некогда в Восточной Сибири, движения и реплики камлающего шамана в том же ритме и темпе, с той же вычурной моторикой повторяли его зрители – по типу эхопраксий и эхоталий. Лица, вовлекаемые в действо, считались окружающими – «одержимыми» носителями «вселившихся в них духов». Исследователь эмеряченья С.Мицкевич считал, что оно возникало как результат гипнотического внушения, введения в транс. А.Токарский полагал, что феномен эмеряченья определялся сочетанием таких факторов, как истерическая личность, определённая этническая и территориальная принадлежность, психопатологическая наследственность.

Шаманство как источник медицинского знания

Хоровод, начатый шаманом, запуск психическую эпидемию, в которую вовлекались люди, ищущие безопасности. Механизм возникновения, развития, распространения и сакральный смысл психической эпидемии обнажает сущность и этиологию возникновения культурной традиции. В цепочке психической эпидемии лишь один человек был оригинален – шаман. Именно он предлагал тренд традиции, ещё не ставшей таковой. Только он был креатором, создателем и режиссёром этого процесса (с поправкой на то обстоятельство, что его идеи, всё же возможно, были инспирированы высшими силами).

Ритуал шамана – камлание: иступлённая пляска с монотонным пением, ударами в бубен, бряцанием амулетов («...с древних времён существует общераспространённое поверье, что бесов и

духов можно обратить в бегство звоном металла – мелодичным ли треньканьем бубенчиков, зычным ли голосом колоколов, резким ли брэнчанием цимбалов, гудением ли гонга или просто лязганьем железных или бронзовых тарелок, по которым ударяют молотком, палкой или одна о другую»), ритмичными ускоряющимися телодвижениями. Психофизиологическая суть камлания – введение в транс окружающих и себя. В ходе этой процедуры шаман переживал психопатологические феномены («голоса духов»), чувствуя после сеанса крайнее изнурение.

Не слишком большой арсенал средств колдунов древнего мира был тем не менее достаточно эффективен. Введению в транс способствовали монотонный звуковой раздражитель, утомляющий своим однообразием слуховой анализатор (ритм ударных инструментов – шаманского бубна и звякающих украшений); блеск ритуального жертвенного костра и блестящих предметов шаманского одеяния, утомляющие анализатор зрительный; таинственные телодвижения и пассы, совершаемые шаманом, при полной уверенности его пациентов в высокой эффективности происходящего; массовость действия, заражающего окружающих тотальностью охвата; ритуальный костюм шамана, его головной убор, в глазах племени приближающий своего обладателя к духам; особый социальный статус шаманов; использование ими в ряде случаев галлюциногенов и иных токсичных веществ, способных усиливать эффект процедуры.

Обычная цель камлания – «найти и вернуть похищенную душу» больного в тело. Приёмы и методы, не меняясь по сути, становились более разнообразными: изначальная открытость приёма вуалировалась культурными наслоениями. В некоторых регионах мира шаманство существовало в двух формах: храмовые жрецы (служители божеств при святилищах) и шаманы-колдуны, не связанные с официальным культом, занимавшиеся в основном врачебной практикой, частными предсказаниями, микстирующие шаманские приёмы и средства народной медицины. Эмпирика знаний, постепенно накапливающихся и систематизирующих информацию, расслоила шаманов на жрецов, знающих сакральные тайны мироздания и «слышащих голоса богов», и знахарей, имеющих более утилитарные и практические задачи.

С того момента, когда в племенах эпохи позднего палеолита и протонеолита появилась функция шамана, начинается история психиатрии. И.Павлов считал, что лечебная деятельность – «...ровесница первого человека... было бы несправедливо считать историю медицины с письменного её периода». Достоверно о развитии, методах и областях применения психиатрии в эту эпоху ничего неизвестно, но о них можно судить косвенно: по исследованиям синполитейных первобытных обществ (затерянные племена, реликтовые социумы, существующие в письменную эру и развивающиеся синхронно с обществами изучавших их учёных).

Поле психиатрической деятельности для шаманов могли быть психомоторное возбуждение, эпилептиформные припадки, состояния выраженной депрессии, ажитированной тревоги, ступорозные явления. Этот перечень, на первый взгляд, ограничивал психиатрию древнего человека так называемой большой психиатрией, оставляя в стороне психиатрию пограничную. Но истерическая симптоматика полиморфна, и такие больные тоже могли входить в число пациентов шамана. Психотерапевтический аспект его заклинаний и манипуляций часто играл положительную роль, вводя пациента в состояние лечебного транса, по выходе из которого тот мог избавляться от патологической симптоматики. Вероятно, ряд заболеваний большой психиатрии тоже, так или иначе, подвергались влиянию колдуна, но в этих случаях терапия могла усугублять ход болезни: бред воздействия или одержимости получали дополнительную базу для развития.

К этой эпохе относится возникновение и формирование бреда одержимости – эволюционного предшественника синдрома Кандинского – Клерамбо. Его этнопсихопатологические специфические варианты и ныне встречаются в синполитейных этнических группах.

Некоторые восхитительно наивные рецепты давних эпох, преломлённые временем и этнографическими особенностями, нашли отражение в современных методах лечения психических расстройств. Технические находки колдунов: монотонный ритмичный шум, утомляющий ухо; блеск огня, утомляющий глаз; массовость действия, заражающая участников процесса подражательностью – эти способствующие введению в транс нюансы применяются современными психотерапевтами.

Колдовство стало на заре существования человечества системой, на которую нанизывались прочие знания, накапливаясь и превращаясь в ремёсла, науки, искусства, технологии... Шаманство было «...носителем медицинского и естественного знания, морального, религиозного и образовательного контроля, оно считалось родоначальником прикладных наук и искусства... оно было экономическим, умственным, физическим, социальным и моральным организатором общества» (П.Сорокин). Психически неуравновешенные (часто – просто нездоровые) люди стали у истоков огромного количества новаций, превратив их в ремёсла, творчество, традиции... Цепочки соплеменников колдуна, начатые его магическим танцем и вторящие его движениям, стали векторами развития цивилизации.

Именно шаманы придумали музыку. Первыми инструментами стали их бубны.

С тех пор музыка считается (различные эпохи сопровождалась разной мерой убеждённости в этом обстоятельстве) средством лечения психических недугов: «Болящий дух врачует песнопеньем», – написал Е.Баратынский. Кто знает: может быть, ритмы, навязанные пациенту бубном шамана (или симфоническим оркестром – принципиальной разницы нет), действительно способны восстанавливать душевную гармонию, меняя больную биохимию психических процессов, прошедших неверным путём, но отозвавшихся резонансом ещё неведомых нам струн души на вибрации, генерированные музыкальными инструментами, звучащими в определённом режиме звуковых колебаний?

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент

Северного государственного
медицинского университета.

Архангельск.

В работе недавно прошедшего в столице конгресса геронтологов и гериатров, поразившего тем, что среди его участников было много как совсем молодых специалистов, так и среднего возраста, обращала на себя внимание женщина, которая старалась не пропустить ни одного сообщения. Оказалось, что Ольга Татаринова – главный гериатр Министерства здравоохранения Республики Саха – Якутия.

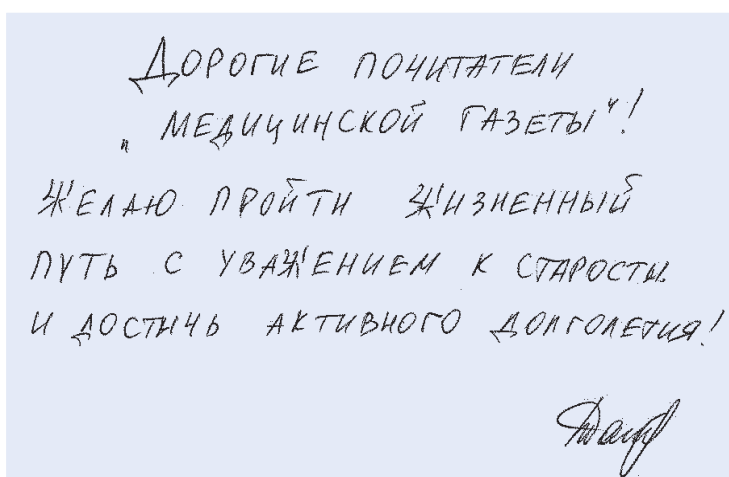
– Ольга Викторовна, в чертах вашего лица два человека: в них что-то глубинное северное и в тоже время русское. Так и хочется задать вопрос – кто вы и откуда?

– Я родилась в Якутии, окончила там школу, мама у меня наполовину якутка, наполовину эвенкийка, а отец поляк. Рассказывают, что, когда я родилась, все удивлялись – у якутов довольно стандартная черная внешность, и вдруг рождается очень крупная, белоголовая, курчавая девочка. Да и родилась я не в яранге, а в роддоме посёлка городского типа. У нас там было много выходцев из Украины, Белоруссии, которые работали шахтёрами.

После окончания школы решила поступить в Новосибирский медицинский институт. Для меня большим авторитетом была наша местная акушер-гинеколог Нинель Кривошеева – замечательный врач, которая до сих пор у нас работает, хотя ей 85 лет. Школа дала крепкие знания, наши учителя, к слову, из наших братских республик, готовили нас по-настоящему, так что неуверенности у меня в знаниях не было. Повезло и в институте – рядом оказались хорошие, опытные преподаватели, замечательные однокурсники, многие и сегодня работают в Новосибирске, достигли успехов, стали известными в профессии, в общем, состоявшимися людьми. Когда поступила в аспирантуру, мне повезло в очередной раз с замечательным учителем Юрием Никитиным. Он создал в Новосибирске Институт терапии и профилактической медицины и один из первых стал проводить исследования сосудистых больных, пациентов с инсультами. И я поначалу увлеклась этим направлением. Но вышла замуж. Вскоре родились две девочки. Признаюсь, я взрослый человек, но до сих пор не могу отделаться от комплекса неуверенности. Могла бы больше добиться, но вечно что-то останавливало...

– Вы же занимаетесь любимым делом – заботой о старшем поколении. Это главное!

– Почему-то мы начинаем понимать некоторые вещи довольно поздно, потому не случайно я, наверное, считаю, что старший возраст – это счастливая пора, счастливый период жизни. Человек в старости начинает осознавать, что он из себя представляет. Многие люди считают, что 50-60 лет – это конец, но они ошибаются. Наоборот, считаю, что это только начало важного этапа в жизни. Мне 50, но ещё многое



Гериатр

Ольга ТАТАРИНОВА:

Человек в старости начинает осознавать, что он из себя представляет

надо успеть – дочек вырастить, активно поработать в науке, впереди огромные планы.

– Что же такого замечательного вы открыли для себя в изучении проблем старения и почему занялись организацией медицинской помощи старшему поколению, которое особенно в ней нуждается?

– Всё просто. Старость – это мудрость. Но мудрость можно и воспитать – все мы по-разному приходим к ней, к её пониманию. И геронтология в этом отношении – благородная специальность. Мы, гериатры, помогаем пожилым не только сохранить своё здоровье, чтобы они были функционально независимы, самостоятельны, но использовали для себя и для других тот потенциал, который в них заложен от рождения, как можно больше. Гериатрия только в последнее время осознала своё место в нашей жизни, и заниматься ею, считаю, почётно.

Это я окончательно поняла в Научно-исследовательском институте геронтологии им. Д.Ф.Чеботарёва в Киеве, где я проучилась, посмотрела, чем занимаются его специалисты, и загорелась темой. Моим учителем по новой специальности стал Алексей Шабалин. Признаюсь ещё в том, что чем старше становишься, тем больше начинаешь ценить своих учителей. Поэтому я сегодня обращаю внимание на старшее поколение, к которому надо быть внимательным, постоянно благодарным ему за то, что оно вложило в нас, просто за то, что эти люди есть. Вот тот же Алексей Васильевич первый создал в Новосибирске учёный совет по геронтологии и

гериатрии и впоследствии проводил учёбу гериатров у нас в Якутии, немало внёс в развитие гериатрии в нашей республике.

– Ольга Викторовна, до вас никто серьёзно проблемами геронтологии в Якутии не занимался. Какие вопросы встали перед вами, какие конкретно темы вы считали важными на первых этапах своей нелёгкой работы?

– В 90-е годы, да и раньше в нашей стране говорили только о кавказских долгожителях – не пьют, не курят, ведут здоровый образ жизни, у врачей вовсе не бывают. А у меня получалась другая картина – наши якутские долгожители, как говорят, и «выпить не дураки», и трубку курят, многие из них переболели туберкулёзом, кто-то страдает пороком сердца, но все они дожили до преклонных годов – 90 лет.

– И сколько же таких у вас было тогда?

– Мало кто знает, никто не подсчитывал, но Якутия уже давно считается республикой долгожителей, а не только Кавказ. Все говорят – здесь нельзя жить, здесь тяжело, а наши долгожители доказывают обратное, хотя природа у нас не кавказская, а суровая, выживать здесь не просто. Я начинала изучать состояние их здоровья, особенности быта в начале 90-х годов, тогда у нас было много таковых, и то, что А.Шабалин предложил изучить долгожителей Якутии, хвала ему за это и честь. В сборе материала активно помогали медики, выяснилось, что в пригороде Якутска живут 57 столетних человек, это были очень интересные люди. Помню дедушку 97 лет, он жил в доме



престарелых, но, несмотря на возраст, собирался в 5-й раз жениться, присмотрел себе здесь подругу – глазки блестя, внутреннего огня не растерял. Почти все пациенты были худыми, непривычно было видеть тех, кто «в теле». Нам предложили написать книгу о долгожителях, что мы с Алексеем Васильевичем и сделали.

– И всё же, как вы рассматриваете проблему долгожителей в Якутии, чем объясняете этот феномен?

– Чем больше я думаю на эту тему, тем у меня больше вопросов, нежели ответов. Несомненно, наследственный фактор имеет значение, но ещё мне кажется, что они выживают вопреки всему, всю жизнь занимаются тяжёлым трудом, как правило, у всех было нелёгкое детство, когда они болели, недоедали. Может, долгожитель – просто счастливчик судьбы, бог его выбирает и дарит ему это счастье за испытания. Но не только. Эти люди обязательны, у них есть «стержень». Это сильные личности, они преодолевают стрессовые ситуации. Очень хочу исследовать их дальше.

– В то же время вы отмечаете, что якуты стали жить меньше.

– Не меньше. Столетних долгожителей становится меньше. Меняется климат. Иным стало отношение к людям. В то же время мы, кажется, единственный регион в России, где введён знак «Столетний гражданин». Сам знак очень красивый, с 90-х годов он вручается по решению правительства Республики Саха. Это знак уважения к людям, которые смогли дожить до солидного

возраста. У них ясные головы, своя философия, мудрость.

– А в чём она?

– Они говорят, что у долгожителя особый характер. Что бы ни случилось, надо выдерживать в жизни всё и двигаться дальше. Это стремление чего-то достигнуть, пусть даже маленького результата, но своего. Это не самолюбование, не гордыня, это стремление что-то значить, оставить о себе память. А ещё они с огромным уважением относятся к врачу. Я с ними разговариваю о жизни и пытаюсь понять их тайну, но пока её, я, увы, не разгадала. Думаю, наука должна ответить на этот вопрос. Раньше я считала, что дело в наследственности, но сейчас, думаю, этого недостаточно. Мы сегодня много делаем для пожилых, для них открыты участки, их посещают терапевты, в помощь врачам даём двух сестёр. Если врач, к которому они прикреплены, уходит

в отпуск, они не пойдут ни за что к другому, ждут «своего», для них он не просто участковый доктор, а член семьи. Мы планируем для них «фельдшерский чемоданчик» с лекарствами, внедряем систему, которая позволяет пожилым общаться с врачом находясь дома.

– В беседе с вами я поняла, как вы их любите...

– Конечно, а как их не любить. С ними время протекает незаметно: пока разговариваешь, может пройти несколько часов. Они интересные, говорят о простых вещах, которые заставляют тебя задуматься. К примеру, то, что «всех людей надо любить, прощать». Наука меня привлекает, чтобы ответить на вопрос «как можно помочь следующему поколению?» Хочу, чтобы Якутия стала примером благодарного отношения к старикам не только для России, а чтобы мы стали территорией, комфортной для пожилых. В этом, как и во всём, нас активно поддерживает министр здравоохранения Якутии Михаил Охлопков.

– Наверное, вам задают вопрос, почему вы стали гериатром? Ведь многим эта работа кажется неинтересной, скучной, надо возиться со стариками...

– Нет. Мне такого вопроса ещё не задавали. Возможно, во мне есть уверенность, что иной работы мне не дано. Мне близки проблемы пожилых. Да и вообще, чем дольше ты занимаешься своим делом, тем больше оно тебе интересно, тем больше раскрывает свои тайны. И есть желание работать и работать дальше. Так думают многие, кто рядом со мной...

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-05-00197 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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