

События

Короткий визит с большим содержанием

Новосибирский центр крови произвёл на губернатора большое впечатление



Число почётных доноров в Новосибирской области достигло 10 500. Очередной группе награждённых новосибирцев нагрудный знак «Почётный донор России» вручил губернатор Владимир Городецкий. Во Всемирный день донора глава региона побывал в Новосибирском центре крови.

Обращаясь к виновникам торжества, Владимир Городецкий сказал: «Спасибо вам. Несмотря на то, что современная медицина владеет высокими технологиями, самой главной ценностью по-прежнему остаются люди, которые принимают решение сдать кровь». Во время неформального общения с донорами, за чашкой чая, глава области расспросил их о том, что движет человеком, который

готов безвозмездно делиться своей кровью не раз и не два, а регулярно на протяжении многих лет.

Важной частью визита стала экскурсия по медицинскому учреждению. Это было первое непосредственное знакомство губернатора со службой крови. Он увидел высокотехнологичные лаборатории НЦК, заинтересовался автоматизированной системой «Центр управления запасами крови», осмотрел операционный зал и, конечно, узнал мнение самих посетителей о работе учреждения. По словам Владимира Городецкого, Центр крови произвёл на него большое впечатление как уровнем технической оснащённости и организацией производственных процессов, так и комфортными условиями, которые созданы здесь для доноров.

— Радует, что в Новосибирской области сформирована высокоэффективная система забора, переработки, хранения и логистики донорской крови, а сам центр оснащён оборудованием на уровне ведущих европейских стран. Благодаря энтузиазму работающих здесь специалистов появляются новейшие технологии, расширяются направления деятельности. Так, в нынешнем году наш региональный Центр крови начал сотрудничать с Национальным регистром доноров костного мозга, — подчеркнул губернатор.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Перемены

Для пациентов «серебряного» возраста

Стаканчиком кислородного коктейля в фитобаре отметили открытие нового отделения городской поликлиники № 78 — гериатрического, его первые посетители — ветераны Великой Отечественной войны и жители блокадного Ленинграда.

Жителям Фрунзенского района, пребывающих в «серебряном» возрасте, об «упакованном» по последнему слову медицинской науки и техники поликлиническом специализированном подразделении, где бы проводилась профилактика преждевременного старения, мечталось давно. И вот

— свершилось. Для гостей администрации учреждения устроила целую экскурсию по новым помещениям гериатрического назначения. Они побывали в водолечебнице, кабинетах иглорефлексотерапии и массажа, зале ЛФК, комнате психоэмоциональной разгрузки. Многие из экскурсантов приняли предложение хозяев позаниматься на тренажёрах, пройти сеанс массажа, побеседовать с медицинским психологом, а в конце пути — заглянуть в фитобар.

По словам главы Фрунзенского района Владимира Омельниченко,

который наряду с представителями Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и главными врачами амбулаторно-поликлинических учреждений поучаствовал в открытии гериатрического отделения, это событие очень важно. Ввод дополнительных мощностей разгрузит районные поликлиники, и дорога ветеранов за специализированной медицинской помощью станет короче.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

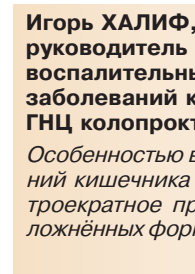
Санкт-Петербург.



Тереза КАСАЕВА, заместитель
директора департамента
Минздрава России:

В последние годы в стране удалось не только остановить распространение туберкулёзной инфекции, но и придать существенный импульс темпам снижения заболеваемости и смертности от туберкулёза.

Стр. 4-5



Игорь ХАЛИФ,
руководитель отдела по изучению
воспалительных и функциональных
заболеваний кишечника
ГНЦ колопроктологии, профессор:

Особенностью воспалительных заболеваний кишечника в нашей стране является трехкратное преобладание тяжёлых осложнённых форм с высокой летальностью.

Стр. 10



Юрий КАЛИНИН,
президент Союза ассоциаций
и предприятий медицинской
промышленности, профессор:

По отдельным направлениям оказания медицинской помощи мы можем покрыть 100% потребностей лечебно-профилактических учреждений.

Стр. 12

Главная тема

России нужен национальный медицинский центр

Вице-президент Российской академии наук, директор Эндокринологического научного центра Минздрава России Иван Дедов настойчиво ставит вопрос о создании в стране национального медицинского центра.

На встрече в Кремле с Президентом РФ Владимиром Путиным учёный вернулся к этому вопросу, поднятому им на предыдущей встрече с главой государства, состоявшейся в канун принятия решения о слиянии РАН, РАМН и Россельхозакадемии.

Среди сегодняшних приоритетов современной российской медицины и здравоохранения, определяющих ключевые демографические показатели, вице-президент РАН назвал охрану материнства и детства, такие социально значимые болезни, как неинфекционные заболевания, онкологию, кардиологию, сахарный диабет и нейронауки, регенеративную медицину.

Инструментом для решения таких проблем являются, по мнению главного эндокринолога Минздрава России, геномные и постгеномные технологии, клеточные технологии. «Сегодня ведь можно предсказывать риски заболеваемости не только социально значимыми, но и редкими, орфанными заболеваниями, — пояснил

И.Дедов. — Развивается эмбриология, биоинформатика, мы привлекаем математиков, физиков, химиков, сегодня невозможно без такой интеграции».

Указанные выше тренды, естественно, должны объединять вокруг себя и фундаментальную, и клиническую медицину, подчеркнул учёный. «Финансирование должно быть, если мы определяемся на этом. Безусловно, это субсидии, программы хорошо отшлифованные, хорошо просчитанные, и, конечно, грантовая поддержка. Тогда всё будет получаться. Сегодня такие объединения, консорциумы уже созданы», — отметил И.Дедов.

Учёный напомнил, что «все-таки мы, медицина и здравоохранение, разбросаны — и в ФАНО сейчас оказались, и в Минздраве, в Федеральном медико-биологическом агентстве».

«Я вновь возвращаюсь к теме о том, что можно было бы создать что-то типа национального центра медицины или здоровья, объединить в нём лидеров, создать по-настоящему креативный центр», — сказал вице-президент РАН. — Я подготовил варианты, они абсолютно рациональны, просчитаны. Думаю, что такое направление имеет сегодня абсолютную логику».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

Движение — это жизнь

На столичном стадионе «Динамо» в Ижевске прошла XVI Спартакиада «Здоровье-2015» среди работников здравоохранения Удмуртской Республики. Более 4 тыс. участников – 86 команд, сборные работников медицинских и образовательных организаций, подведомственные региональному Минздраву и не только, боролись за победу в разных дисциплинах.

Программа спартакиады включала в себя разные виды спорта: боулинг, волейбол, дартс, мужскую и женскую легкоатлетическую эстафету, волейбол, настольный теннис, шашки и другие виды.

Жюри отмечало не только спортивные успехи, но и креативную спортивную форму, и волю к победе. Одна из региональных команд сделала и покажет в своём эфире фильм об этой спартакиаде. Возможно, личный пример врачей заставит задуматься о своей физической активности и телезрителей.

В один из дней с утра во многих крупных учреждениях здравоохранения Удмуртии прошёл большой флешмоб «Здоровье в порядке – спасибо зарядке». Его участниками стали медицинские работники. Таким способом они напомнили своим пациентам: «Движение – это жизнь».

Кстати, врачи не только демонстрируют пациентам комплексы упражнений, но и выходят на оздоровительные прогулки. В Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями Удмуртия присоединилась ко всероссийской оздоровительной акции «Прогулка с врачом». Её проводят 2 раза в месяц, по утрам в субботу. Всех желающих ждут в одном из парков Ижевска.

Марина ЦВЕТУХИНА.

Ижевск.

Историческую поликлинику
отремонтировали

Детская поликлиника Уссурийской центральной городской больницы, обновила свой облик. Это особенно важно, учитывая, что здание, ранее принадлежавшее железнодорожной больнице, историческое – построено ещё в 1906 г.

Все помещения были обновлены по современным технологиям и оснащены новой мебелью. Примечательно, что во время ремонта учреждение функционировало в полном объёме. Поскольку поликлиника обслуживает более 10 тыс. человек, остановить работу она не могла. Строители шли поэтапно, сначала на ремонт закрывался один кабинет, а в это время приём продолжался в других. Стоимость работ составила почти 300 тыс. руб. – все средства выделены из внебюджетных средств больницы.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

Диспетчерская
стала оперативнее

Специалисты Красноярского территориального центра медицины катастроф продемонстрировали коллегам из других субъектов РФ созданный здесь центр видеоконференцсвязи. Новое подразделение оснащено аппаратно-программным комплексом и моноблоками для 70 абонентских пунктов, которые расположены в городах и районах края. Важно, что программный продукт для ЦМК отечественный, он разработан специалистами Красноярского медицинского информационно-аналитического центра.

Объединение лечебных учреждений единой телесетью даёт огромные преимущества: есть возможность проводить мониторинг пациентов специалистами больниц, отправлять по каналам видеосвязи консультативные запросы и результаты диагностических исследований. Таким образом, в Красноярском крае рассчитывают на серьёзное повышение качества экстренной медицинской помощи пострадавшим.

Министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин отметил, что работа всех медицинских служб в регионе выстраивается применительно к особым климатогеографическим условиям. Держать на ЧС-контроле ситуацию в каждом районе края медикам теперь стало проще.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

За заслуги перед областью

Губернатор Борис Дубровский подписал постановление о награждении знаком отличия «За заслуги перед Челябинской областью» главной медицинской сестры окружного онкологического диспансера Галины Алферьевой.

Галина Андреевна в диспансере работает с 1965 г., то есть 47 лет. Она прошла путь от палатной медицинской сестры до главной медсестры учреждения.

– Её отличают организаторские способности, настойчивость. Галина Андреевна – новатор, совершенствует методики работы для среднего и младшего медицинского персонала. Её личный вклад и опыт сыграли большую роль в становлении коллектива специалистов со средним медицинским образованием, – отмечают в руководстве окружного онкологического диспансера.

Добавим, что знак отличия «За заслуги перед Челябинской областью» был учреждён в 2004 г. к 70-летию региона. Он присуждается по решению губернатора.

Мария ХВОРОСТОВА.

Екатеринбург.

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

Репортаж

Тревога
оказалась учебной

И показали себя медики на учениях самым достойным образом

Пассажиры и встречающие, находившиеся утром на автовокзале города-курорта Ессентуки, были немало удивлены, когда увидели подъезжающую с сиреной «скорую помощь»: видимых причин к визиту медиков не было. К счастью, это было всего лишь началом учений, которые проходили под эгидой Ставропольского краевого территориального центра медицины катастроф и о которых впоследствии было объявлено диспетчером автовокзала, чтобы не началась паника.

Вот что рассказал заместитель директора центра Валерий Попов:

– В соответствии с поручением заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец проводятся плановые специальные учения на транспортных узлах России с целью отработки вопросов оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при возникновении чрезвычайных ситуаций: ДТП, терактов, взрывов и пр. По такой схеме мы уже провели учения на автовокзалах в Минеральных Водах и Пятигор-



Валерий Попов (слева) проводит беседу с бригадой «скорой»

ске, железнодорожном вокзале в Ставрополе. Добиваемся чётких и слаженных действий от персонала транспортных узлов: до прибытия «скорой» они должны уметь оказать квалифицированную первую

помощь. С каждой проверкой дела обходят всё лучше и лучше. Сейчас люди уже прониклись ответственностью: приобретают медикаменты, инвентарь, проводят занятия со своим персоналом. При необходимости к обучению подключается наш учебный центр.

Вполне возможно, что «проникнуться ответственностью» руководителям вышеназванных и других транспортных узлов Ставрополья, и в особенности Кавказских Минеральных Вод, помогает то обстоятельство, что в своё время эти объекты уже становились местом проведения терактов, и не учебных, а реальных, при которых погибали и получали ранения пассажиры, а не приглашённые статисты.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ессентуки.

Фото автора.



«Пострадавшие» эвакуируются в ЛПУ города для госпитализации

Признание

У лучшего врача
служба — дни и ночи

Правительство Омской области учредило новые ведомственные награды для отличившихся в служении обществу на поприще медицины – медаль «За заслуги в области здравоохранения» и нагрудный знак «Отличник здравоохранения Омской области».

И когда в Концертном зале Омска чествовали медиков, поздравляя их с профессиональным праздником, медалями были награждены врач-хирург, заведующий отделением городской клинической больницы № 1 им. А.Н.Кабанова Николай Остроухов, врач-уролог, заведующий отделением Омской областной клинической больницы Олег Хлебов и врач анестезиолог-реаниматолог, заведующий отделением тоже областной клиники, но уже детской, Пётр Самбрат. Нагрудными же знаками были отмечены главная медицинская сестра городской

детской клинической больницы № 3 Лилия Ввергай и медсестра областной клинической больницы Галина Михайлова.

Но официальная часть праздника на этом не завершилась. Торжественное мероприятие, на которое были приглашены почти 800 работников лечебно-профилактических учреждений города на Иртыше и сельских районов Прииртышья, стало знаковым для тех из них, кто был признан победителями областного этапа Всероссийского конкурса врачей. А их, занявших 1-е и 2-е места в 28 номинациях, оказалось 56 человек.

Однако имя абсолютного победителя, признанного по итогам 2014 г. лучшим врачом Омской области, до последнего держалось в секрете. Пока, наконец, его не объявил после добрых слов в адрес своих земляков-медиков временно исполняющий обязанности губернатора этой административной

сибирской территории Виктор Назаров.

– Заслуженный врач РФ, врач-реаниматолог высшей профессиональной категории, заведующий Центральной подстанции скорой медицинской помощи Андрей Александрович Хлопков! – прозвучало со сцены.

Переполненный зал взорвался аплодисментами. Уж кого-кого, а врача, отдавшего более 30 лет своей жизни хлопотливой, беспокойной и очень ответственной работе, где, как поётся в песне, «служба – дни и ночи», большинство медиков более чем миллионного Омска хорошо знали. И здесь же, на сцене, после небольшой паузы, врио губернатора вручил лучшему врачу Омского региона ключи от автомобиля.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Начало

Полтора миллиарда петербургских таблеток

Свыше 40 наименований инновационных фармацевтических продуктов и дженериков будет сходиться с конвейера завода «Новартис Нева» мощностью 1,5 млрд таблеток в год, построенного в особой экономической зоне Санкт-Петербурга.

Торжественное открытие первого в России предприятия полного цикла швейцарской фармацевтической компании, название которое переводится на русский язык как «новые достижения», состоялось в рамках XIX Петербургского международного экономического форума. Вопреки прогнозам зарубежных скептиков интерес мирового бизнеса к нынешнему «российскому Давосу», завершившему свою работу на днях, оказался огромен. На церемонии открытия фармацевтического завода губернатор Санкт-Петербурга

Георгий Полтавченко не преминул заметить: побит рекорд по количеству гостей, приехавших на берега Невы, уже в первый день работы форума он подписал целый ряд важных документов и соглашений, предусматривающих крупные инвестиционные вливания в экономику города со стороны как российских, так и иностранных компаний.

Что же касается инвестора, пришедшего в Северную столицу несколько лет назад и построившего фармзавод в Приморском районе, то он – надёжный партнёр в использовании возможностей особой экономической зоны, в развитии петербургского фармацевтического кластера, в реализации федеральной программы «Фарма-2020» и проектах импортозамещения, заметил градоначальник. О том, что ни о какой утрате интереса компании к работе в Санкт-Петербурге и России говорить не приходится,

а дело обстоит с точностью до наоборот, констатировали и присутствовавшие на церемонии открытия завода его генеральный директор Вадим Власов, посол Швейцарии в РФ Пьер Хельг, представители трёх федеральных министерств – здравоохранения; промышленности и торговли; экономического развития.

На новом предприятии смонтированы 3 производственные линии. Когда завершится наладка оборудования, начнётся в тестовом режиме выпуск препаратов для лечения больных с кардиологическими, онкологическими, неврологическими, эндокринологическими заболеваниями, а также в целях трансплантологии, после чего будет запущена процедура регистрации препаратов.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

На контроль!

Онкопроверки назрели

Столичные власти выступили с инициативой о создании системы онкоаудита, в рамках которой медицинские учреждения, специализирующиеся на онкологии, а также врачи всех специальностей будут проверяться экспертной комиссией на предмет соблюдения правил диагностики и лечения онкозаболеваний.

«Есть предложение организовать аудит лечебных учреждений по соблюдению ими правил выявления онкологических заболеваний», – отметила депутат Мосгордумы Людмила Стебенкова. Предполагается, что медицинские учреждения будут инспектировать особая комиссия, специализирующаяся на онкологии. Как отметила Л.Стебенкова, комиссия может входить в Росздравнадзор либо быть самостоятельной структурой.

«Пока пациент не обратился с жалобой, проверить медицинское учреждение невозможно. Система онкоаудита позволит исправить эту ситуацию», – пояснил член комиссии Мосгордумы по здравоохранению Алексей Мишин.

Согласно системе, инспектор будет проверять качество лечения в онкологических клиниках, а также работу других специалистов – терапевтов и хирургов, которые могут на ранней стадии диагностировать заболевание.

«Основной задачей врача является выявление проблемы на ранних стадиях. Врачи на всех уровнях и всех специальностей должны следить за рисками возникновения онкологических заболеваний у пациентов. То есть те же терапевты, хирурги или косметологи должны обращать внимание на любые признаки рака, даже если пациент пришёл

к ним по другим вопросам. Это внимание к родинкам, бородавкам, лимфоузлам и т.д. При любом подозрении на онкологию нужно проводить диагностику», – уверен А.Мишин.

В столичном Департаменте здравоохранения также отметили, что аналогичная система уже действует в Европе.

Во избежание распространения случаев самоубийств среди онкобольных Мосгордума ранее призвала врачей информировать пациентов о возможности получить психологическую поддержку: так, например, депутаты предложили разместить в городских онкодиспансерах информацию о службах психологической помощи.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Москва.

Дословно

Жалобы — это маркёры неблагополучия

Министр здравоохранения Иркутской области Николай Корнилов на очередном совещании с главными врачами лечебных учреждений региона поставил задачу организовать работу с обращениями пациентов, имея в виду вопросы и жалобы.

С начала 2015 г. в поликлиниках Приангарья проводится анкетирование пациентов. По информации регионального Минздрава, жители региона низко оценили работу регистратур по таким параметрам, как вежливость и коммуникативные навыки сотрудников регистратуры; скорость оказания консультации в регистратуре

и оформление документации; организация вызовов врачей на дом; возможность подать жалобу. Кстати, о жалобах: люди направляют их прямоком в областное Министерство здравоохранения. В 2014 г. сюда поступило 772 претензии на качество оказания медицинской помощи и соблюдение этики. За I квартал 2015 г. поступило уже 268 жалоб.

– Мы обязаны сделать так, чтобы человек, приходя в лечебное учреждение, получал не только квалифицированную медицинскую помощь, но также участие, понимание со стороны медработников. Это касается всех, от персонала регистратуры до главных врачей. Необходимо регулярно

разъяснять сотрудникам вопросы этики и деонтологии и тщательно контролировать выполнение этих требований», – заявил министр.

Поставлена задача – разместить в каждом ЛПУ на видном месте подробную информацию о времени приёма главного врача и его заместителей, и телефоны, по которым пациенты могут обращаться за помощью в решении спорных вопросов, ведь большинство из них могут быть решены в самом медучреждении без участия экспертов министерства.

Елена ОКТЯБРЬСКАЯ.

МИА Сити!

Иркутск.

Профилактика

Совместное служение во благо здоровья

Минздрав России и Патриарх Русской православной церкви договорились сообщать заниматься профилактикой алкоголизма и наркомании, оказанием паллиативной помощи.

Новое соглашение между Минздравом России и Русской православной церковью было подписано в рабочей резиденции главы Русской православной церкви. Свои подписи под документом поставили Патриарх Московский и всея Руси Кирилл и глава Минздрава России Вероника Скворцова.

Стороны хотят взаимодействовать в сфере помощи алкоголь- и наркозависимым, инвалидам, бездомным, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, организации паллиативной помощи. Кроме того, они договорились сотрудничать в теме формирования здорового образа жизни у населения. Большое поле для совместной деятельности – профилактика абортов. В центрах кризисной беременности при роддомах будут трудиться психологи и священники РПЦ, представители религиозных организаций. Они будут принимать участие в преабортном консультировании женщин в медицинских организациях. Согласно данным, приведённым пресс-службой патриарха, в России действуют 50 церковных центров защиты материнства, 27 церковных приютов для женщин с детьми и беременных в кризисных ситуациях, более чем в 25 епархиях ведётся преабортное консультирование.

Со своей стороны, Минздрав России поддержит Всероссийский день трезвости, восстановленный в России в 2014 г. Священным синодом: ведомство поможет распространить макеты социальной рекламы «Трезвый город», созданные при участии РПЦ.

Минздрав России обещает открыть и пункты амбулаторной помощи бездомным в городах с населением более полумиллиона

человек. В России действуют свыше 250 церковных проектов помощи бездомным, в рамках которых открыто более 76 приютов, рассчитанных на 2017 мест. Благодаря им медицинскую помощь бездомным оказывают бесплатно, это ещё один вклад в уменьшение угрозы распространения инфекционных заболеваний.

Взаимодействие РПЦ и Минздрава активно развивается в силу того, что «определяются всё новые и новые области, где Церковь и здравоохранение могли бы совместно работать для того, чтобы лечить людей и поддерживать здоровый образ жизни», – сказал при подписании соглашения Святейший. Он подчеркнул, что «для Церкви болезнь всегда была фактором не только физического, но и духовного воздействия на человеческий организм. Может быть, именно поэтому миссия исцеления всегда была миссией Церкви, начиная со служения Иисуса Христа. Он не только учил людей – он их исцелял, и мы знаем, что община первых христиан, апостольская община, в центре своего служения также имела исцеление».

«Сегодня это служение обретает новые формы, – продолжил предстоятель РПЦ. – Мы нуждаемся во взаимодействии с профессиональными медиками, особенно в такой сфере, как работа со страдающими от алкогольной и наркотической зависимости, и во многих других. Надеемся, что наше служение может помочь современной медицине».

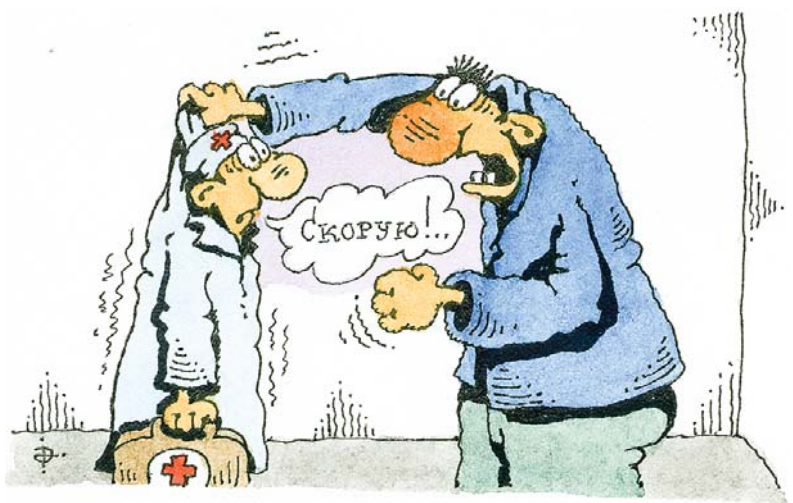
Вероника Скворцова, в свою очередь, заявила, что количество социально значимых проектов должно увеличиваться. И медики и церковь могут многое сделать вместе: это и оказание паллиативной помощи, защита материнства и детства, помощь бездомным и людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Криминал

Удар по врачам



С начала 2015 г. в Москве при исполнении служебных обязанностей уже 5 врачей получили травмы от пациентов, в 2014 г. было зафиксировано 10 таких случаев. Об этом сообщил главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Николай Плавунов.

Ранее сообщалось, что в первой декаде июня около дома 30 по улице Новорогожской пациент ударил ножом врача скорой помощи, приехавшего по вызову. Пострадавшего госпитализировали в

ГКБ № 29 с колото-резаной раной брюшной полости в состоянии средней степени тяжести. К счастью, в течение суток состояние пострадавшего врача улучшилось и сейчас оценивается как удовлетворительное.

«Такого рода случаев в последнее время в Москве не было. По каждому случаю мы писали заявление в органы внутренних дел», – отметил Н.Плавунов.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Традиционно каждые 4 года более чем 7-тысячное фтизиатрическое сообщество на своих съездах обсуждает актуальные вопросы противотуберкулёзной службы, намечает задачи на будущее. На этот раз (впервые за весь период проведения съездов) «большой сбор» прошёл не в Москве, а на гостеприимной воронежской земле. Современный Воронеж, который по праву носит статус культурной столицы стран Содружества Независимых Государств, избран местом проведения форума не случайно. В реализации мероприятий по здоровьесбережению и эффективной организации медицинской помощи Воронежская область – одна из наиболее перспективных и результативных. Вот и на недавней итоговой коллегии Минздрава России министр Вероника Скворцова акцентировала внимание коллег на том, что «в этом регионе имеется много положительных находок».

Благодатный край

«Благословенная земля, талантливый, предприимчивый народ», – так ещё в эпоху Петра I писал о Черноземье французский историк. Действительно, и земли тут плодородные, и климат мягкий, и люди – свободные и дружелюбные. Многие национальности веками живут здесь, не зная вражды и раздора. Как и столетия назад, поныне стекается в этот благодатный край на поселение люд из многих ближних и дальних земель. Город открыт для инициативных, трудолюбивых и доброжелательных людей...

Как отметил заместитель губернатора Воронежской области Владимир Попов, регион входит в число 15 лучших в Российской Федерации и является одним из лидеров в стране по динамике и целенаправленному развитию в социально-экономическом плане. По такому интегральному показателю, как качество жизни, уступает лишь Московской и Белгородской областям.

Регулярно организуемые съезды фтизиатров на своих площадках собирают ведущих фтизиатров России и других стран ближнего и дальнего зарубежья. В 2015 г. в мероприятии приняли участие свыше 900 специалистов, причём помимо фтизиатров из разных регионов РФ с докладами выступали известные профессионалы в области пульмонологии, эпидемиологии, инфектологии, ВИЧ-инфекции, лабораторной диагностики, доказательной медицины, иных смежных направлений, представители Всемирной организации здравоохранения, Федеральной службы исполнения наказаний, а также других заинтересованных органов исполнительной власти и организаций. Это очевидно, ведь только при условии консолидации медицинского сообщества, общества в целом, государства можно рассчитывать на успех в обуздании туберкулёзной инфекции.

Целью форума стал анализ первых результатов по актуализации задач противотуберкулёзной работы в современных условиях, выработка научных, прикладных, организационно-методических подходов по основным проблемам фтизиатрии, эффективным методам профилактики, диагностики и лечения этого заболевания. В течение 3 дней специалисты из 82 регионов при живом участии иностранных коллег намечали приоритетные направления борьбы с туберкулёзом в Российской Федерации, обсуждали пути совершенствования национальной стратегии с учётом современных вызовов и возможностей, а также новейшие технологии обучения во фтизиатрии, без чего не может быть прорывного движения вперёд.

Незримая связующая нить

Примечательно, что в зале рядом со специалистами находились студенты Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко. Это важно, ведь строить будущее, в котором нет места туберкулёзной инфекции, надо сообща с молодой сменой. Именно старшие определяют стратегический вектор развития. Собравшиеся на форум – это люди, искренне заинтересованные в том, чтобы уже в ближайшие десятилетия максимально снизить бремя туберкулёза в нашей стране и идти плечо к плечу с мировым сообще-

Итоги и прогнозы

От изменений в мире — до перемен в сознании

На X съезде фтизиатров России в Воронеже определены новые подходы к противотуберкулёзной работе



Главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева открывает съезд

ством в достижении амбициозной задачи Всемирной организации здравоохранения по ликвидации этой фатальной инфекции во всём мире.

Фтизиосообщество прекрасно осознаёт, что успешный путь вперёд зиждется на огромной работе, начатой предшественниками. Поэтому в этот торжественный день коллеги минутой молчания почтили тех, кто ушёл в мир иной в период между IX и X съездами. Бесспорно, память о наставниках стала хорошим «воспитательным моментом» для многочисленной молодёжи в зале.

Так уж устроена наша жизнь, что с годами редуют ряды коллег, учителей, которые охотно делились своими мастерством и любовью к людям. Упомянутые И.Васильевой дорогие многим имена Михаила Перельмана, Владислава Ерохина и других именитых фтизиатров всколыхнули сердца тех, кому на жизненном пути посчастливилось общаться с ними – высокими профессионалами и настоящими людьми. Тепло их добрых, спокойных, неравнодушных сердец, которое они никогда не жалели, навечно сохранится в душах их продолжателей, ведь любовь и высокое призвание никогда не умирают.

Есть на что надеяться

В начале своего выступления заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Тереза Касаева огласила приветствия заместителя председателя Правительства РФ Аркадия Дворковича и заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой участникам и гостям мероприятия. В своём докладе Тереза Касаева отметила положительную динамику снижения заболеваемости и смертности от туберкулёза в Российской Федерации.

– Смертность от туберкулёза в стране продолжает снижаться, – отметила она. – Показатель смертности от туберкулёза за январь – апрель 2015 г. по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. снизился на 5,5% и составил 10,3 случая на 100 тыс. населения. При этом наибольшее снижение показателя имеет место в Центральном федеральном округе – на 16,4%».

Приветствуя коллег на воронежской земле, главный фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ирина

Васильева подчеркнула, что всех собравшихся объединила общая проблема, имя которой – туберкулёз. Она сохраняет свою остроту в нашей стране, а также беспокоит весь мир. Тем не менее в последнее время в России наметился обнадеживающий тренд к снижению заболеваемости и смертности от туберкулёза. И обусловлен он в первую очередь системной, комплексной, чётко организованной работой, аккумулирующей лучший опыт отечественной противотуберкулёзной службы и новейшие достижения мировой медицины. Однако наряду с положительными переменами в эпидемиологии и организации противотуберкулёз-

ной службы актуальным остаётся значительное распространение туберкулёза с множественной и широкой устойчивостью микобактерий к противотуберкулёзным лекарствам, увеличение доли больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Регистрируется низкая эффективность лечения больных, повсеместно не внедрены меры психологической и социальной поддержки пациентов в период лечения. Сохраняется дефицит врачебных кадров во фтизиатрической службе. Поэтому

впереди немало напряжённой работы, определение наиболее оптимальных путей борьбы с инфекцией. Руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области Владимир Ведринцев выразил уверенность, что съезд придаст новый импульс развитию такой сложной дисциплины, как фтизиатрия. Эта служба требует сегодня многогранного, межведомственного подхода. Только объединившись, можно рассчитывать на конкретный результат. Вся работа в Воронежском регионе построена на неформальной основе. Опыт проведения заседаний межведомственных комиссий, созданных в рамках каждого муниципалитета, поучителен, его можно тиражировать. Ежегодный уровень только флюорообследований достиг на сегодня 85%, причём они проводятся всем, начиная с 15-летнего возраста. В результате комплексного подхода заболеваемость туберкулёзом за последние 5 лет снизилась на 53%, на 16% – количество запущенных форм, на 22% – удельный вес

умерших на первом году наблюдения. Распространённость активных форм туберкулёза сократилась на 42,7%, в том числе бациллярного – на 49,7%, МЛУ-ТБ – на 40,7%. В основе комплексного подхода по предупреждению распространения туберкулёза лежит уменьшение скрытого резервуара инфекции за счёт активного своевременного выявления заболевания путём массовых скрининговых осмотров, а также новых организационных, диагностических, противоэпидемических подходов к лечению как

на стационарном, так и на амбулаторном этапе.

Как подчеркнула главный фтизиатр Федеральной службы исполнения наказаний Татьяна Чевагина, основную свою задачу ФСИН видит в решении вопросов туберкулёза у спецконтингента, который находится в ведомственных медицинских учреждениях. В этом направлении проведена и продолжается большая работа. Т.Чевагина также выразила уверенность, что лишь совместно можно побороть это грозное и опасное заболевание.

Представитель штаб-квартиры ВОЗ (Женева) Дэниел Фальзон рассказал о глобальной ситуации по МЛУ-ТБ в мире, познакомил с проблемами и новыми возможностями в лечении, а также поблагодарил всех участников форума за готовность и стремление подключиться к общим усилиям в неустанной борьбе с туберкулёзом.

Архимандрит Сергей озвучил приветствие митрополита Воронежского и Лискинского Сергея, в котором отмечено, что значительный прогресс, которого медицина достигла в борьбе с туберкулёзом, произвёл в общественном сознании убеждённости, что эта болезнь почти исчезла. Но, к сожалению, этого не произошло. Размышляя о возможных причинах неудачи с этим недугом, Церковь замечает забвение человеческой личности. И съезд – прекрасная возможность напомнить всем медицинским работникам о необходимости объединить усилия в борьбе с этой древней болезнью, несущей людям страдания, бедность, преждевременную смерть. Такое объединение возможно на основе сочувствия к больному человеку, сочувствия, понимаемого не как простое чувство жалости. Настоящее сочувствие предполагает кропотливый труд по предотвращению, облегчению и уменьшению страданий, желание изменить человека, чтобы он больше не страдал. Сочувствие не допускает безразличия, а страдание заставляет действовать. Важно утвердить более гуманное отношение к больному туберкулёзом, которое позволяет им полноценно лечиться и возвращаться к активной общественной жизни, чтобы пациенты находились в таких условиях, которые препятствовали бы распространению болезни.

Опыт хозяев достоин умножения

Неоценимый вклад в обуздание туберкулёзной инфекции вносит один из российских лидеров – воронежская фтизиатрическая служба во главе с Сергеем Корниенко, профессиональным специалистом,



Главный детский фтизиатр Минздрава России Валентина Аксёнова (слева) и фтизиопедиатр Надежда Клевню

талантливым менеджером, вместе с коллективом единомышленников находящимся в непрерывном поиске инновационных подходов в организации противотуберкулёзной работы и улучшении эпидемиологической ситуации. За прошедшее десятилетие показатель смертности от туберкулёза в регионе снизился в 3 раза, заболеваемости – в 2.

На территории области отлажена комплексная, межведомственная модель, предусматривающая вовлечённость всех в противостояние инфекции, – начиная с губернатора Алексея Гордеева, Департамента регионального здравоохранения, окружного клинического противотуберкулёзного диспансера, ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, руководителей всех заинтересованных департаментов и ведомств и заканчивая муниципалитетами и сельскими поселениями. Учитывая это, решением Минздрава России Воронежская область объявлена номинантом конкурса Международного союза борьбы с туберкулёзом и болезнями лёгких на лучшую практику по организации противотуберкулёзной помощи.

В рамках форума воронежцы активно делились с коллегами накопленным опытом по включённости каждого звена в общую цепочку, то есть в единую, слаженную систему, действующую на основе новых методов и подходов в профилактике, диагностике и лечении.

Год от года всё больше молодых воронежских врачей решают связать свою судьбу с фтизиатрией. Их подготовка начинается со студенческой скамьи местного медвуза, причём уже в период обучения поддержку им оказывают наставники и старшие коллеги ОКПТД. Об этом рассказывали коллегам первый проректор, доктор медицинских наук, профессор Александр Черных и заведующая кафедрой фтизиатрии доктор медицинских наук Ольга Великая. С опытом работы ВГМУ по привлечению кадров в непрестижную пока специальность знакомил преподаватель других медвузов страны во время посещения университета, его учебной виртуальной клиники, симуляционно-тренингового центра, вузовского центра здоровья, а также музейного комплекса.

Конечно, не всё в воронежской фтизиослужбе идеально. В частности, недостаточна ещё материально-техническая база, особенно во фтизиопедиатрии. Поэтому при



Сергей Корниенко охотно делится с коллегами и журналистами опытом воронежских фтизиатров

на воронежской земле, а также выразила уверенность, что при таком подходе фтизиатрическому сообществу по плечу осуществить свои задачи и реализовать план ВОЗ по ликвидации этой смертоносной инфекции.

Достижения и перспективы

На форуме прозвучало множество серьёзных докладов по актуальным вопросам туберкулёза и путям повышения эффективности борьбы с этим заболеванием. Кроме того, у каждого имелась возможность для конструктивного обмена взглядами и мнениями.

Архиважными проблемами, вызывающими наибольшее опасения фтизиатрического сообщества, являются туберкулёз с МЛУ и ШЛУ возбудителя и туберкулёз, ассоциированный и ВИЧ-инфекцией. Эти направления сегодня наиболее приоритетны, а потому требуют внедрения более современных инновационных подходов.

25-летию ВИЧ-инфекции в России был посвящён обстоятельный доклад руководителя Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академика РАН Вадима Покровского. Этой сложной проблеме также посвящались симпозиумы по актуальным вопросам противотуберкулёзной помощи больным ВИЧ-инфекцией, профилактике туберкулёза у людей, живущих с

Как всегда, глубоким и аналитичным был доклад главного фтизиопедиатра Минздрава России Валентины Аксёновой, всесторонне охарактеризовавшей проблему туберкулёза у детей и подростков.

В рамках форума работали многочисленные школы практических врачей по актуальным вопросам лечения туберкулёза. Дискуссии продолжались на десятках таких «активных» площадок, как «круглые столы», симпозиумы, пленарные



Сплочённая команда фтизиатров Северного Кавказа

заседания и т.д. Благотворительной организацией «Партнёры во имя здоровья» при поддержке Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ в России впервые была организована школа пациента для страдающих от туберкулёза. Причём о первом опыте внедрения такого проекта на воронежской земле рассказали главный врач Воронежского окружного клинического противотуберкулёзного диспансера Сергей Корниенко и заместитель главного врача ОКПТД по клинико-экспертной работе Роман Никитин.

Особое внимание было уделено также проблемам внелёгочного туберкулёза, микробиологической диагностике заболевания, вопросам инфекционного контроля во фтизиатрических учреждениях, значения референс-лабораторий в контроле за распространением лекарственно-резистентного туберкулёза. В фокусе внимания оказалась и роль профильных НИИ в повышении эффективности противотуберкулёзных мероприятий.

Как известно, прежде в рамках пленумов и научно-практических конференций Российского общества фтизиатров обсуждались основы основ деятельности фтизиатрической службы – нормативные документы. Это важное направление было продолжено на воронежском форуме. В частности, в течение года РОФ, ведущие специалисты-фтизиатры, микробиологи, инфекционисты и т.д. разрабатывали несколько федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулёза. Три очередные (по внелёгочному туберкулёзу, по применению метода клапанной бронхоблокации

и доработанные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией) были утверждены на пленарном заседании. Предложено их широкое применение в противотуберкулёзных учреждениях. Также инициирована разработка новых клинических рекомендаций по актуальным проблемам фтизиатрии.

От «страстей по приказу» – к действию

В своих выступлениях участники форума неоднократно отмечали актуальность и пользу для практического здравоохранения приказа Минздрава России № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания». Действительно, ранее принятый в 2003 г. приказ Минздрава России № 109 давно требовал изменений, поскольку сама жизнь их диктовала, да и наука не стоит на месте, разрабатываются новые методы диагностики и лечения. В условиях ежегодного увеличения количества больных туберкулёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, появлением новых научных наработок по ускоренной диагностике и лечению лекарственно устойчивого туберкулёза возникла необходимость пересмотра устаревших рекомендаций

от неё ждут свежих креативных идей. Напомним, что конкурс был учреждён Российским обществом фтизиатров при поддержке Минздрава России, Всемирной организации здравоохранения и профессионального врачебного издания «Медицинская газета». В брошюре рассказывается о первых шагах конкурса, содержится краткая информация о победителях, опубликовано положение об очередном этапе 2015 г. Все участники и гости форума получили эту брошюру, чтобы отвезти её в свои регионы и пригласить к участию в конкурсе не только фтизиатров, но и талантливых молодёжь всех специальностей, кто так или иначе соприкасается с проблемой туберкулёза.

Смелее смотреть в завтра!

Участники съезда приняли декларацию, где заявили, что в последнее десятилетие эпидситуация по туберкулёзу в стране заметно улучшилась, хотя всё ещё не достигнуты средние показатели европейского региона. Успех получен благодаря существенному улучшению финансирования противотуберкулёзных мероприятий – снабжению лекарственными препаратами, внедрению современных молекулярно-генетических методов исследования, а также за счёт совершенствования системы организационных мер, в частности, внедрения контролируемого лечения, реструктуризации противотуберкулёзных учреждений и т.д.

Для решения актуальных проблем съезд рекомендует ускорить внедрение во всех регионах положений приказа Минздрава России № 951 в отношении новых стандартов лечения больных, основывающихся на результатах тестов лекарственной чувствительности возбудителя, и с использованием современных хирургических методов при МЛУ- и ШЛУ-ТБ, широким применением психологической и социальной помощи пациентам. Для улучшения кадрового вопроса съезд решил обратиться к Правительству РФ с предложением о подготовке молодых специалистов-фтизиатров в соответствии с Федеральным законом № 326 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании».

Решено развивать фундаментальные научные исследования, направленные на разработку новых вакцин, противотуберкулёзных лекарств и иммунологических, молекулярно-генетических методов. Под руководством Ассоциации фтизиатров России – организовывать клинические исследования по внедрению краткосрочных режимов химиотерапии больных с МЛУ- и ШЛУ-ТБ. Продолжить развитие отечественной фармацевтической индустрии по разработке и выпуску противотуберкулёзных препаратов.

Время летит стремительно. А потому фтизиосообществу предстоит удвоить, а то и утроить свои усилия, чтобы не отстать в аутсайдерах мировой цивилизации. Используя отечественные наработки, следует смелее заглядывать в завтрашний день фтизиатрии, всеми силами решая задачу по устранению туберкулёза как проблемы общественного здравоохранения, выдвинутой в ранг первоочередных государственных задач. И как знать, быть может, благодаря новым законодательным инициативам, активной работе фтизиосообщества, сочувствию и участию всего населения страны на очередном съезде фтизиатров году этак в 2050-м в том же Воронеже или каком-либо ином славном российском городе будущие поколения врачей объявят наконец о победе над палочкой Коха, как в своё время удалось одолеть оспу, холеру и другие смертоносные напасти, к числу которых относится пока туберкулёзная инфекция...

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

Воронеж.



Обладатель премии «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» в номинации «За верность традициям отечественной медицины» Надежда Богуш с наставниками Ольгой Киселевич и заведующим кафедрой фтизиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова Владимиром Стахановым

поддержке Минздрава России, как было подчёркнуто на съезде, в ближайшие 2 года здесь будет построено детское поликлиническое отделение областного противотуберкулёзного диспансера.

Не случайно по завершении форума главный фтизиатр Минздрава России И.Васильева направила благодарственное письмо губернатору Воронежской области академику РАН Алексею Гордееву, в котором, в частности, отметила блестящую организацию форума, радушие и сердечный приём

ВИЧ, школа практического врача на тему «Тактика ведения тяжёлого ВИЧ-инфицированного пациента с микобактериальной инфекцией» и т.д. К сожалению, в этом направлении работа только начинается...

Памяти видного учёного, члена-корреспондента РАН Владислава Ерохина был посвящён симпозиум «Морфология туберкулёза в клинике и эксперименте». Симпозиум «Хирургическое лечение туберкулёза лёгких» уже традиционно посвящается памяти академика РАМН Михаила Перельмана.

Профилактика

Победители получают награды

На пути к здоровому образу жизни

В Екатеринбурге прошёл VII Уральский конгресс по здоровому образу жизни.

— Мы можем с уверенностью сказать, что эта тема входит в число приоритетов государственной социальной политики. Решение вопросов сохранения и укрепления здоровья может быть успешным лишь при условии согласованных действий различных институтов общества. В нашем регионе вектором, определяющим стратегию формирования здорового образа жизни, является концепция, утверждённая постановлением правительства Свердловской области на период до 2020 г., — заявил в своём выступлении первый заместитель председателя правительства Владимир Власов.

Для реализации концепции принят уже второй 5-летний комплексный план мероприятий с целевыми показателями и создан межведомственный координационный совет.

— Поворотной точкой отсчёта для системной работы по профилактике заболеваний не только в Свердловской области, но и во всей России явилось июньское всероссийское совещание «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни в Российской Федерации» с участием министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, проведённое в Екатеринбурге в



Конгресс проходил с живым участием известных на Урале людей

прошлом году, — сказал министр здравоохранения Аркадий Белявский. — Вероника Игоревна высоко оценила результаты, достигнутые в последние годы в Свердловской области в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний с применением инновационных технологий.

В рамках VII Уральского конгресса большая часть программы была посвящена работе с молодёжью. В зданиях администрации Ека-

теринбурга и Свердловского областного медицинского колледжа прошёл VII межрегиональный форум студенческих волонтерских отрядов «Здоровье нации в наших руках: добровольчество», в программе которого было и представление волонтерских отрядов из федеральных округов, и презентация лучших практик волонтерской деятельности, сайтов студенческих волонтерских отрядов.

Работали дискуссионные пло-

щадки, проводились «круглые столы», мастер-классы. К участию в форуме были привлечены известные политики, спортсмены, молодёжные лидеры.

Были награждены победители международного конкурса студенческих научных работ «Развитие технологий здоровьесбережения в современном обществе», который был организован правительством Свердловской области, Уральским федеральным университетом им. Б.Н.Ельцина и Казахским национальным университетом им. аль-Фараби. Он проводился среди студентов российских и зарубежных вузов всех форм обучения с целью развития актуальных направлений исследований в сфере здоровьесбережения населения.

Награды также получили победители областного конкурса компьютерной графики, организованного Свердловским областным центром медицинской профилактики среди учащихся образовательных учреждений, учреждений культуры, школьных детских творческих объединений.

Ярким и весёлым стал флэшмоб «Здоровое сердце России».

Научная программа конгресса завершилась шествием «3000 шагов» и спортивным праздником на стадионе «Динамо».

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Новости

Технологии эндоскопической функциональной риносинусхирургии постепенно внедряются в практику работы лор-отделения Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко в Улан-Удэ.

И на полипы есть управа

На днях мастер-класс по оперативной хирургии в оториноларингологии провёл руководитель отдела Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России (Москва) Владимир Авербух. Он продемонстрировал бурятским коллегам максимально щадящие методы хирургического лечения заболеваний носа и околоносовых пазух.

Необходимость в расширении спектра лор-хирургических вмешательств вызвана ростом числа больных хроническим полипозным риносинуситом. Как отметил заведующий отделением оториноларингологии РКБ им. Н.А.Семашко Сергей Бороноев, в настоящее время лечение хронических рецидивирующих риносинуситов является одной из самых актуальных проблем данной области медицины: в разных регионах этим заболеванием страдают от 2 до 4% населения. Причём заболевание нередко «сочетается» с бронхиальной астмой или аллергическим ринитом, что утяжеляет состояние больного.

Отныне в оказании помощи данной категории пациентов лор-хирурги Бурятии намерены следовать стандартам лечения синуситов и носовых полипов, которые утверждены Европейским ринолгическим обществом. Речь идёт о сочетании современных методов эндоскопической риносинусхирургии с применением схем медикаментозной терапии.

Елена СЕРГЕЕВА.

Улан-Удэ.

Деловые встречи

В Омске завершился Форум социальных инноваций, на котором 145 организаций представили свыше 400 социально значимых проектов. И в первую очередь — в медицине и здравоохранении. На площадке в блоке «Инновационная медицина», например, Омская область щедро продемонстрировала конкретные идеи, которые вполне применимы в сфере здравоохранения.

Экспозиция городской клинической больницы № 1 им. А.Н.Кабанова рассказала об использовании новых медицинских технологий при оказании медицинской помощи больным хронической почечной недостаточностью. В рамках государственно-частного партнёрства с медико-образовательной организацией «Нефрологический экспертный совет» на базе больницы действует отделение гемодиализа. Также был представлен стенд, рассказывающий о деятельности ГКБ № 1, в том числе, по развитию трансплантологии в регионе.

Клинический онкологический диспансер показал созданный в регионе «замкнутый цикл лечения», предусматривающий своевременное выявление патологии в первичном звене, современное специализированное, в том числе хирургическое, лечение и реабилитацию пациентов при раке молочной железы, осуществляющийся в рамках государственно-частного партнёрства с ЗАО МЦСМ «Евромед».

Высокие медицинские технологии и инновации, внедряемые Западно-Сибирским медицинским центром ФМБА России, в том числе по направлениям трансплантологии и нейрореабилитации, особен-

Приехали — гостями, уехали — друзьями

В Омске успешно прошёл Форум социальных инноваций

но заинтересовали посетителей. Совместно с научными сотрудниками Омского государственного медицинского университета этим ЛПУ выполняются хирургические вмешательства, соответствующие уровню передовых клиник России и зарубежья. Применяют инновационные технологии, в том числе высокотехнологичные. Одним из приоритетных направлений является нейрореабилитация, в рамках которой функционирует современный роботизированный комплекс «Локомат». В 2015 г. на базе клиники планируется выполнить первую трансплантацию печени.

Также в работе выставки принял участие Омский государственный медицинский университет, который представил действующие на базе университета образовательные инновационные проекты по разным направлениям клинической, фундаментальной, профилактической медицины.

Необходимо отметить, что на площадке «Инновации в медицине» работали представители Воронежской, Томской области, Москвы, Новосибирска, Нижнего Тагила.

До начала открытия форума сопредседатель его оргкомите-

та, вице-председатель Совета Федерации Галина Карелова и временно исполняющий обязанности губернатора Омской области Виктор Назаров обошли выставку инновационных проектов, чтобы побеседовать с авторами и инвесторами социальных технологий, применяемых в работе с инвалидами, семьями с детьми, людьми пожилого возраста. Экспозиция выставки представляет проекты органов исполнительной власти, социальной защиты и бизнеса 50 регионов Российской Федерации, включая Москву и Санкт-Петербург. Экспоцентр был полон посетителей, среди которых немало представителей учреждений социальной сферы.

«Выставка, представленная регионами, некоммерческими социальными ориентированными организациями — очень значима и полезна, — отметила Г.Карелова. — Было бы неправильно, если бы с этими возможностями развития отрасли не познакомилась социальные работники. Было представлено несколько инвесторов, которые могут работать в Омской области, в том числе по теме создания спортивных площадок».

На заключительном пленарном заседании Г.Карелова и В.Назаров подвели итоги деловой программы Форума социальных инноваций. 710 участников представляли в Омске 73 субъекта Российской Федерации. На дискуссионных площадках и «круглых столах» выступающие прозвучало более 200 докладов. Как отметила вице-председатель Совета Федерации, с завершением форума работа его оргкомитета не прекращается. Спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко не только поддержала идею проводить это мероприятие на регулярной основе, но и поручила составить подробный каталог всех проектов и новаций, представленных на первом Форуме социальных инноваций, родоначальником которого стала Омская область. В отдельный сборник войдут материалы и доклады, прозвучавшие в течение 2 дней работы форума. По его итогам с учётом выдвинутых предложений и рекомендаций участниками выработан и принят проект резолюции. Обмен опытом и мнениями на форуме ещё раз убедительно показал, что вовлечение бизнеса и внебюджетных инвестиций в социальную сферу может быть эффек-

тивным для государства, бизнеса и, что особенно важно, для граждан.

Пленарное заседание Форума социальных инноваций проходило в преддверии Дня социального работника, отмечаемого 8 июня. Г.Карелова и В.Назаров поздравили всех работников сферы социального обслуживания с профессиональным праздником. Участникам Форума социальных инноваций вручены почётные грамоты и благодарственные письма Министерства труда и социального защиты РФ, Пенсионного фонда РФ, правительства Омской области.

Победителями конкурса инновационных проектов, посвящённого 70-летию Победы, подведение итогов которого приурочено к форуму, стали 10 представителей отрасли. Им вручены именные сертификаты на прохождение стажировки в лучших отечественных и зарубежных учреждениях социальной сферы.

Подводя итоги форума, глава региона отметил, что собравшиеся на форум участники приехали в Омск гостями, а уедут — друзьями. «Вы для нас отныне не гости, а лучшие друзья. Если у вас возникнет необходимость в нашей помощи, будет достаточно сказать, что вы — участник первого Форума социальных инноваций», — отметил он.

Виктор Назаров также поблагодарил Галину Карелову за содействие появлению в российском календаре Дня социального работника. Поздравляя всех участников форума с профессиональным праздником, он отметил, что их труд — это ответственная и важная миссия, которая заслуживает искреннего уважения.

Николай ЛУКЬЯНОВ.

Омск.

У каждого научного учреждения – своя история, в которой есть и победы и поражения. Непростая она и у Московского НИИ психиатрии, ставшего недавно филиалом Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского. Когда за плечами почти столетие, есть что вспомнить, чем гордиться, о чём печалиться. Но какие бы катаклизмы, перестройки не происходили в стране, этот клинический центр был и остаётся до сих пор примером честного служения его коллектива науке, практике, исполнению своего профессионального долга в любых условиях. Сохраняя честь и достоинство, коллектив института заслужил признание не только в России, но и за рубежом. Трудно живёт он в эти юбилейные дни, но уверенно смотрит в своё будущее, верит в него, потому что создавали его корифеи, которые отдали все свои силы своему дорожному НИИ, в котором всегда царил дух независимых суждений и который отличало «своё лицо».

На том и стоим

В Москве научного центра психиатрии не было долго. В Петербурге благодаря выдающемуся учёному академику В.М.Бехтереву он появился в начале прошлого века, а вот в новой столице только через 12 лет, когда в 1920 г. был подписан указ Наркомпроса РСФСР о создании Психоневрологического института.

С первого дня новой жизни благодаря собравшейся в клинике старой плеяде выдающихся психиатров в НИИ царил стиль чёткого взвешенного суждения о профессионализме. Здесь было много людей, к мнению которых можно прислушаться. В общем, у новорождённого было своё лицо и, что самое главное, своя школа. Возглавил институт Фёдор Рыбаков – ученик С.Корсакова. Увы, директор рано ушёл из жизни. Но продолжатели его дела не сдали позиций, благодаря чему институт сыграл ключевую роль в становлении современной психиатрической службы в стране.

Начиная с конца 20-х годов коллектив провёл масштабную работу по реконструкции больницы, улучшению социального положения больных, стал развивать дифференцированную систему психиатрических и наркологических учреждений, в центре которой был поставлен психоневрологический диспансер. Сколько бы мы ни спорили о том, кто может быть руководителем коллектива, роль личности в истории доказала, и давно уже, сама жизнь. Вот и в НИИ в разработке теоретических основ психиатрической службы особое значение имела деятельность тогдашнего директора Л.Розенштейна. Диспансер мыс-

поддержки больных опиралось на те модели, которые были сформулированы в прошлые годы.

Высокая цена репутации

Кончилась война, и новые задачи встали перед коллективом. Домой стали возвращаться люди, прошедшие фронт, концлагеря, тяжёлые годы выпали и на тех, кто оставался в тылу, работая, как и вся страна, на Победу. И в это время большую роль сыграли работы Дмитрия Мелехова, который развивал представления о компенсаторных возможностях

чётким клиническим принципам – для врача это тоже позиция, о которой в институте никогда не забывали, помня об этических нормах своих предшественников и учителей.

Наука как главный критерий качества работы

В последние годы институт не только принял участие в радикальном изменении правовых и этико-деонтологических основ оказания психиатрической помощи, но фактически стал научно-методическим центром её

смежный с психиатрией характер имеет и развивающаяся в стране система помощи при различных формах патологии речи и других нарушениях высших психических функций. Тесное сотрудничество института с одним из лучших в мире научно-практическим нейрореабилитационным центром, который возглавляет академик В.Шкловский, позволило создать образцовую систему нейрореабилитации. Работа совместно, неврологи, дефектологи, нейропсихологи, а также психиатры достигают немалых успехов в восстановлении речи и психических функций у больных с тяжёлыми поражениями головного мозга после инсультов, черепно-мозговых травм. Эту систему надёжно поддерживают неординарные разработки отдела патологии мозга и отделения нейрофизиологии. С опорой на классические психопатологические принципы клинического динамического анализа и учёта личностных и средовых факторов в институте разработаны методологические аспекты раннего выявления и терапии расстройств психического здоровья, а значит, и возможности раннего предупреждения заболеваний, в том числе в общесоматических учреждениях, в условиях первичной медицинской сети. Нельзя не сказать и о том, какой вклад внесли сотрудники института в развитие экологической психиатрии, психиатрии катастроф и чрезвычайных ситуаций. Общепризнан вклад в разработку методов немедикаментозной терапии психических заболеваний. Здесь впервые в нашей стране применили инсулинотерапию, получили развитие метод разгрузочно-диетической терапии, ряд известных в России и за рубежом работ о влиянии злоупотребления алкоголем на здоровье и продолжительность жизни. Сегодня востребованы и предложения специалистов о работе с больными данного профиля уже в первичном звене, когда обученные терапевты с первых дней могут выявить проблемы психического здоровья и установить взаимодействие с психиатрами, что поможет остановить или предотвратить его неблагоприятное развитие.

Как о жизни человека, которому за 90 лет, трудно рассказать с учётом всех эпизодов, поступков, успехов и неудач, так и об учреждении, которое вскоре вступит в свой второй век, – невозможно совершить невозможное. В наше время, когда растёт бремя психических заболеваний, востребованность во врачах данной профессии огромна, но профессия эта нелёгкая, трудоёмкая и, по признанию директора НИИ психиатрии профессора Валерия Краснова, – судьба. Молодые выпускники, выбирая свою профессиональную стезю, задумайтесь, и если она влечёт вас в психиатрию, следуйте ей, ибо в центре этой специальности – человек.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Вехи

Утоли печали, раздели радости

Московскому НИИ психиатрии – 95 лет



Валерий Краснов (в центре) среди коллег

гентной средой. Здесь НИИ психиатрии выполнял функции военного госпиталя. Но наука не стояла в стороне, разработки сотрудников касались органических поражений головного мозга и их последствий, что нашло отражение в известных патогенетических и терапевтических исследованиях целой плеяды

личности и опоре на сохранённые качества и психические функции как основе реабилитации. Но неожиданно встали проблемы, казалось бы, далёкие от психиатрии, а точнее для неё настали сложные времена, но коллектив института и тогда сумел сохранить свою репутацию. Это касалось проблемы диссидентов. В 70-е годы руководители медицинской отрасли делали ошибки – время было такое, и не все оказались «сильными духом».

Правда, надо признать, считают специалисты НИИ, это была и реакция на нападки Запада, которые нередко без достаточных на то оснований преувеличивали негативную роль в их судьбе наших врачей. МНИИП вроде бы не имел прямого отношения к данному вопросу, трудности легли в основном на плечи их коллег из других учреждений, но и пройти спокойно мимо этого факта было просто невозможно. Тот же корифей МНИИ психиатрии Дмитрий Мелехов – выдающийся учёный воплотил в своих разработках принципы психологической деятельности, чёткие политические и идейные установки. Будучи религиозным человеком, он всегда сторонился публичности и связей с властью, и, естественно, отказывался от участия в «спецконсилиумах», диагностических комиссиях, постановке диагнозов так называемым диссидентам. До сих пор сотрудники считают, что институт благодаря таким независимым лидерам сохранил свою репутацию.

Сегодня уже понятно, что психическое здоровье не у всех диссидентов было безупречным, среди них были страдающие теми или иными формами патологий. Но неучастие во лжи, следование



К тайнам мозга

лился им как преимущественно профилактическое учреждение, работающее среди населения, на предприятиях, в учебных заведениях, во взаимоотношениях с социальными службами. Уже тогда ставилась задача перехода от больниц-гигантов к полустационарам, отделениям в соматических больницах, санаториях, организации патронажной службы. Эта практика принесла свои плоды в тяжёлые годы Великой Отечественной войны.

Институт эвакуировали в Томск – город уникальный, хорошо известный своей наукой и интелли-

учёных – И.Равкина, Г.Сухаревой, С.Жислина, Р.Голодец – и продолжают и сегодня усилиями многих сотрудников института. Одним из важнейших направлений НИИ стало изучение экзогенно-органических расстройств. Многие идеи и начинания первых десятилетий деятельности оказались созвучны задачам проводимых в последующие годы научных и организационных поисков. В частности, современное реформирование психиатрической помощи, направленной на её демократизацию, приближение к населению, обеспечение социальной и правовой

Цифры и факты

- ✓ В рейтинг среди 50 лучших научных учреждений Минздрава России – МНИИ психиатрии занимает 8-е место
- ✓ Цитируемость научных трудов за 2014 г. – 2000
- ✓ Число публикаций за 2014 г. – 1600
- ✓ Число публикаций в зарубежных журналах за 5 лет – 64
- ✓ Число публикаций в российских журналах – 273.

* * *

В МНИИП работают 58 врачей клиники и 160 научных сотрудников. Среди них 24 профессора, 34 доктора и 97 кандидатов медицинских наук, 3 заслуженных врача РФ, 1 заслуженный деятель науки РФ. Институт располагает клиникой в 300 коек.

За 10 лет здесь защищено 20 докторских и 90 кандидатских диссертаций.

Ежегодно сотрудники выпускают от 4 до 7 монографий, в том числе англоязычных, от 3 до 8 патентов на изобретения.

В институте ежегодно обучаются до 20 аспирантов и 40 ординаторов.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 40 (1892)

(Окончание.)

Начало в № 44 от 19.06.2015.)

Подострая СДГ часто проявляется психомоторным возбуждением, провоцируемым головными болями. В связи с доступностью болевых контакту более ярко выступает нарастающая головная боль, играя роль ведущего симптома. Наряду с рвотой, брадикардией, артериальной гипертонией важным компонентом компрессионного синдрома становятся застойные явления на глазном дне, имеющие тенденцию первоначально развиваться на стороне гематомы.

Стволовые симптомы при подострой СДГ встречаются гораздо реже, чем при острой, и почти всегда являются по своему генезу вторичными – компрессионными. Среди латерализационных признаков ведущее значение принадлежит гомолатеральному мидриазу и контрлатеральной пирамидной недостаточности, которые выявляются или нарастают в процессе наблюдения. Следует учитывать, что в фазе грубой клинической декомпенсации расширение зрачка может появиться и на противоположной гематоме стороне.

Пирамидный гемисиндром при подострой СДГ обычно выражен умеренно и гораздо реже, чем при острой, бывает двусторонним. Благодаря доступности болевых контакту почти всегда удаётся обнаружить очаговую полушарную симптоматику, даже если она мягкая или избирательно представлена расстройствами чувствительности, полей зрения, а также нарушениями высших корковых функций (речь, стереогноз и т.д.). В половине случаев локализации гематомы над доминантным полушарием возникают афатические нарушения. У части больных развиваются фокальные судороги на противоположной стороне тела.

Следует выделить три основных варианта клинического течения подострых субдуральных гематом.

Классический вариант с характерным трёхфазным изменением сознания. Встречается часто.

Вариант без первичной потери сознания. Встречается очень редко. Черепно-мозговая травма не сопровождается утратой сознания или она настолько непродолжительна, что о ней нельзя судить с достоверностью. Дальнейшее клиническое течение такое же, как и при классическом варианте.

Вариант со стёртым светлым промежутком, при котором максимальное просветление сознания после его первичной утраты не выходит за пределы оглушения. Встречается нередко.

К хроническим относят субдуральные гематомы, если они обнаружены спустя 14 и более суток после черепно-мозговой травмы. Однако главной их отличительной особенностью является не срок верификации сам по себе, а образование капсулы, которая придаёт известную автономность в сосуществовании гематомы с головным мозгом и определяет всю последующую клиническую и патофизиологическую динамику. Вследствие этого хронические субдуральные гематомы будут рассмотрены отдельно.

Диагностика

При распознавании СДГ часто приходится преодолевать затруднения, обусловленные многообразием форм их клинического проявления и течения. В случае, когда субдуральная гематома не сопровождается тяжёлыми сопутствующими повреждениями головного мозга, её диагностика основывается на трёхфазном изменении сознания: первичная утрата в момент травмы – светлый промежуток – повторное выключение сознания, обусловливаемое компрессией головного мозга.

Если при относительно медленном развитии сдавления мозга в клинической картине наряду с другими признаками выявляются диффузные распирающие головные боли, изменения психики по «лобному» типу и психомоторное возбуждение, а на краниограммах обнаруживаются перелом основания черепа (либо костные повреждения отсутствуют), то имеются основания предполагать именно СДГ. К этому заключению может склонять механизм повреждения – удар по голове тупым предметом (чаще по затылочной, лобной или сагиттальной области), удар головой о массивный предмет либо резкое изменение скорости движения, приводящие не столько к локальной импрессии, сколько к смещению мозга в полости черепа

и возможности образования гематомы на противоположной стороне.

При распознавании субдуральной гематомы следует учитывать нередкое преобладание общемозговой симптоматики над очаговой, хотя это соотношение и вариативно. Характер гнездовой патологии при изолированной СДГ – её сравнительная мягкость, распространённость и нередко двусторонность – тоже может способствовать её диагностике. При этом краниобазальные симптомы (и среди них прежде всего гомолатеральный мидриаз) сравнительно чаще более выражены, чем при ЭДГ. Предположение о субдуральной гематоме может косвенно подкрепляться особенностями полушарной симптоматики. Пирамидный гемисиндром выражен обычно мягче, чем при эпидуральной гематоме, и не имеет брахиофациального акцента. Обнаружение

расстройств чувствительности тоже более свойственно для СДГ.

Диагностика субдуральной гематомы особенно трудна у пострадавших с тяжёлым сопутствующим повреждением мозга, когда светлый промежуток отсутствует или является стёртым. У пострадавших, находящихся в сопоре или коме, брадикардия, повышение артериального давления, эпилептические припадки настораживают в отношении возможности компрессии мозга. Возникновение или тенденция к углублению расстройств дыхания, гипертермии, рефлекторного пареза взора вверх, децеребрационной ригидности, двусторонних патологических знаков и другой стволовой патологии поддерживают предположение о сдавлении мозга гематомой.

Обнаружение следов травмы в затылочной, лобной или сагиттальной области (особенно если известен механизм повреждения), клинические симптомы (кровотечение, ликворея из носа, ушей) и рентгенологические признаки перелома основания черепа позволяют ориентировочно склониться к диагностике субдуральной гематомы. Для её латерализации в первую очередь следует учитывать сторону мидриаза.

При СДГ, в отличие от эпидуральных гематом, краниографические находки ме-

борозд, сужение гомолатерального бокового желудочка и дислокация срединных структур. После изоденсивной фазы следует фаза пониженной плотности, в которой коэффициент абсорбции изливающейся крови приближается к плотности цереброспинальной жидкости. При этом наблюдается феномен седиментации: нижняя часть гематомы в результате осаждения высокоплотных элементов крови становится гиперденсивной, а верхняя – изоденсивной и гиподенсивной.

Одновременно на КТ преобладают признаки уменьшения внутричерепных резервных пространств – сужение желудочковой системы, сдавление конвексальных субарахноидальных щелей, умеренная или выраженная деформация хиазмальной и охватывающей цистерн. Значительное смещение срединных структур сопровождается развитием дислокационной гидроцефалии, сочетающейся с компрессией субарахноидальных пространств. При локализации гематомы в области задней черепной ямки развивается острая окклюзионная гидроцефалия. После удаления гематомы отмечается нормализация положения и размеров желудочковой системы, цистерн основания мозга и субарахноидальных щелей (см. рис. 1).

На МРТ при острых субдуральных гематомах возможна низкая контрастность

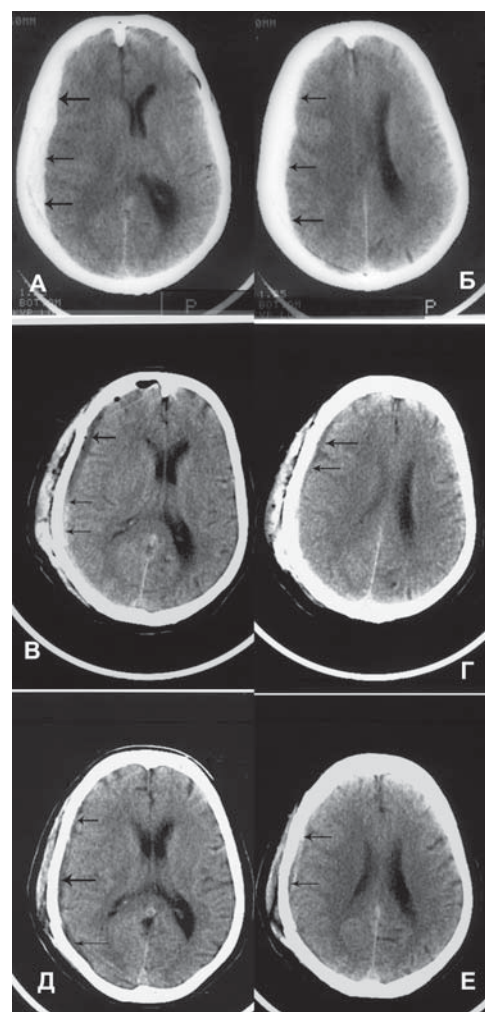
Травматическая
субдуральная гематома

Рис. 1. Острая субдуральная гематома в правой лобно-теменно-височной области у пострадавшей 54 лет; фаза грубой клинической декомпенсации. КТ: А, Б – до операции над правым полушарием видна протяжённая серповидной формы гиперденсивная зона, примыкающая к внутренней поверхности костей свода черепа (стрелки); желудочковая система грубо смещена влево с признаками контрлатеральной дислокационной гидроцефалии; В, Г – спустя сутки после операции. На месте удалённой гематомы определяется гиподенсивная полоска, соответствующая скоплению кровянистого ликвора (стрелки), пузырьки воздуха над лобной долей слева, заметное уменьшение дислокации желудочковой системы; Д, Е – спустя 12 суток после операции. Редислокация и расправление желудочковой системы, начинают чётче проследиваться субарахноидальные щели, в зоне удалённой гематомы сохраняется гиподенсивная полоска, соответствующая субдуральному скоплению ЦСЖ (стрелки). Значительное клиническое улучшение

нее важны для локальной диагностики. При острой СДГ часто выявляют перелом основания черепа, обычно распространяющийся на среднюю и заднюю черепные ямки, реже – на переднюю. Наблюдаются сочетания повреждения костей основания и свода. Если при острой СДГ имеется повреждение костей свода, то обычно оно обширно. В отличие от эпидуральных гематом при СДГ переломы часто обнаруживаются на противоположной гематоме стороне. В целом повреждения черепа отсутствуют у 1/3 пострадавших с острой СДГ и у 2/3 – с подострой.

Решающую роль как в распознавании СДГ, так и в уточнении её локализации, размеров, влияния на мозг играют КТ и МРТ.

Острая субдуральная гематома на КТ обычно характеризуется серповидной зоной гомогенного повышения плотности (рис. 1). В большинстве случаев СДГ распространяется на всё полушарие или большую его часть, нередко переходя на другое полушарие, а также в межполушарную щель и на намёт мозжечка.

Коэффициенты абсорбции острой ЭДГ выше, чем у СДГ, вследствие смешивания последней с цереброспинальной жидкостью и/или детритом. По этой причине внутренний край острой и подострой СДГ, повторяя рельеф поверхности подлежащего мозга, может иметь нечёткий контур. Иногда СДГ имеет атипичную локализацию, целиком располагаясь в межполушарной щели, над или под намётом мозжечка, на основании средней черепной ямки.

Со временем в результате разжижения содержимого, распада пигментов крови происходит постепенное снижение плотности СДГ, затрудняющее диагностику, особенно в тех случаях, когда коэффициенты абсорбции изменённой крови и окружающего мозгового вещества уравниваются. СДГ становится изоденсивной в течение 1-6 недель. Диагноз в этом случае основывается на вторичных признаках – сдавление или медиальное смещение конвексальных субарахноидальных

изображения за счёт отсутствия метгемоглобина. До 30% хронических СДГ выглядят гипо- или изоденсивными на томограммах по T1, но практически все они характеризуются повышенной интенсивностью сигнала на томограммах по T2. В случае повторного кровоизлияния в подострую или хроническую субдуральные гематомы отмечается гетерогенность их структуры. Капсула хронической гематомы, как правило, интенсивно накапливает контрастное вещество, что позволяет дифференцировать её от гигром и арахноидальных кист. МРТ позволяет хорошо выявлять субдуральные гематомы, изоденсивные при КТ-исследовании (рис. 2), и имеет преимущества при плоскостных субдуральных гематомах, особенно если они распространяются в межполушарную щель или стелятся базально (рис. 3).

Хирургическое
лечение

При острой СДГ, вызывающей сдавление и смещение мозга, хирургическое лечение должно быть произведено в максимально сжатые сроки после травмы. Чем раньше она удалена, тем лучше исходы.

Для полного удаления острой СДГ и надёжного гемостаза обычно показана краниотомия. Размер и локализация костно-пластической трепанации зависят от протяжённости гематомы и локализации сопутствующих паренхиматозных повреждений. При сочетании её с ушибами полюсно-базальных отделов лобных и височных долей нижняя граница трепанационного окна должна достигать основания черепа, а другие границы – соответствовать размерам и локализации гематомы. Удаление её позволяет остановить кровотечение, если оно продолжается из очагов разможнения мозга. При быстро нарастающей дислокации мозга краниотомии следует начать с наложения фрезевого отверстия, через которое можно быстро аспирировать часть СДГ и тем самым

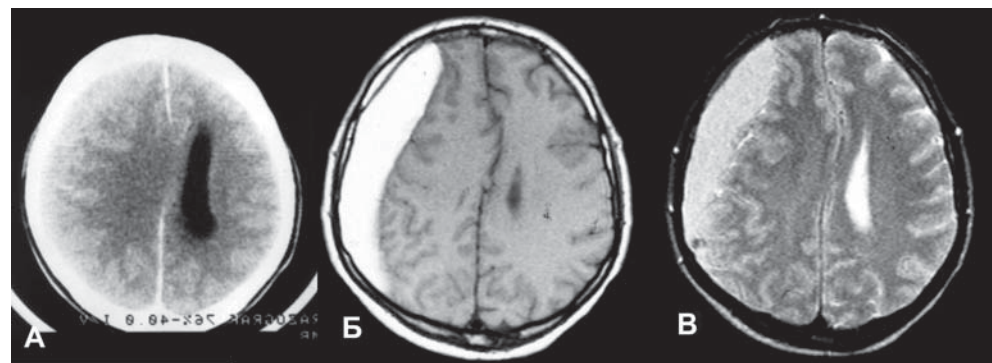


Рис. 2. Подострая субдуральная гематома справа. КТ: А – отсутствие субарахноидальных щелей по конвексу, грубая дислокация срединных структур справа налево с полным сдавлением правого бокового желудочка, левый боковой желудочек гидроцефально расширен, гематома не визуализируется – изоденсивна. МРТ: Б – в режиме T1; В – режиме T2. Видна распространённая субдуральная гематома

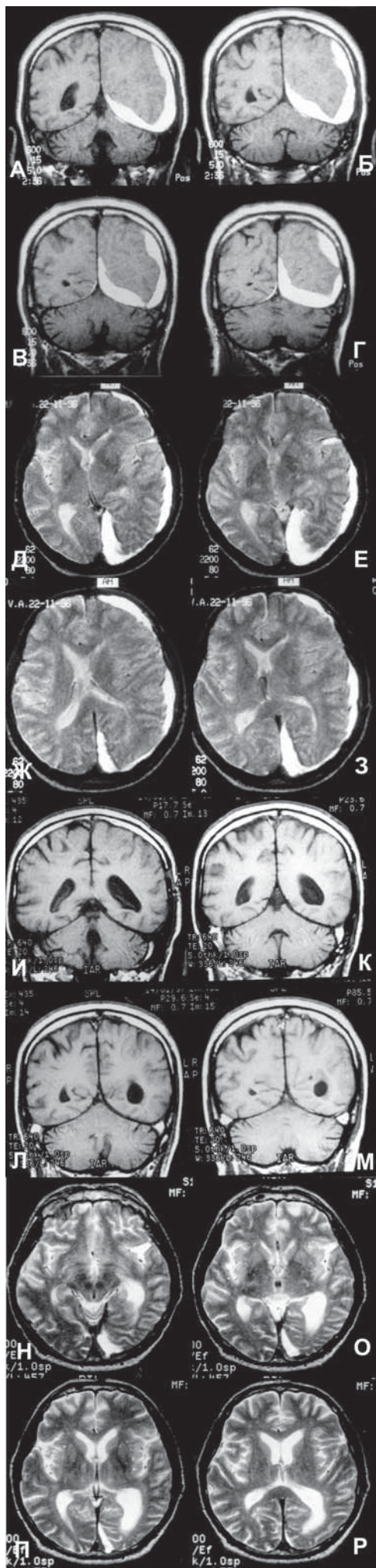


Рис. 3. Подострая субдуральная гематома слева у пострадавшего 66 лет; фаза умеренной клинической декомпенсации. МРТ: А, Б, В, Г – фронтальные томограммы по T1; Д, Е, Ж, З – аксиальные томограммы по T2 выявляют распространение субдуральной гематомы с конвекса на основание средней черепной ямки, над намётом мозжечка и в межполушарную щель; III и боковые желудочки смещены слева направо; И, К, Л, М, Н, О, П, Р – спустя 1,5 месяца после удаления гематомы – полная нормализация внутричерепной ситуации; клиническое выздоровление.

уменьшить степень компрессии мозга. Затем в темпе необходимо выполнить остальные этапы краниотомии. Впрочем, существенного отличия при сравнении летальности в группе больных, где первоначально использовали «быстрое» удаление гематомы через фрезевое отверстие, и в группе больных, где сразу использовали трепанацию, не установлено.

При СДГ в трепанационное окно выпячивается напряжённая, синюшная, не пульсирующая или слабо пульсирующая твёрдая мозговая оболочка.

При наличии на стороне СДГ сопутствующего полюсно-базального ушиба лобной и

височной долей следует вскрыть твёрдую мозговую оболочку дугообразно основанием к базису (поскольку в этом случае источником кровотечения часто являются корковые сосуды в области ушибов мозга), при конвексально-парасагиттальной локализации гематомы – лучше основанием к верхнему сагиттальному синусу. Иногда с целью минимизации грыжевого выпячивания мозга при экстренной операции гематому удаляют через отдельные линейные разрезы твёрдой мозговой оболочки.

При наличии подлежащих внутримозговых гематом и очагов разможнения свёртки крови и мозговой детрит удаляют путём ирригации и щадящей аспирации. Гемостаз осуществляют биполярной коагуляцией, гемостатической губкой, материалом типа «суржиль» или фибринотромбиновой клеевой композицией. После ушивания твёрдой мозговой оболочки или её пластики костный лоскут следует уложить на место и фиксировать швами. Если же отмечается пролабирование вещества мозга в трепанационный дефект, костный лоскут изымают и для сохранения имплантируют в подкожную клетчатку передней брюшной стенки или под фасцию бедра, завершая операцию декомпрессивной трепанацией.

К ошибкам хирургической тактики следует отнести удаление СДГ через небольшое резекционное окно без ушивания твёрдой мозговой оболочки. Это действительно позволяет быстро удалить основную часть СДГ, однако чревато пролабированием вещества мозга в костное окно со сдавлением конвексальных вен, нарушением венозного оттока и увеличением отёка мозга. Кроме того, в условиях отёка мозга через небольшое трепанационное окно трудно ревизовать источник кровотечения и выполнить надёжный гемостаз.

Консервативное лечение

Пострадавшие с СДГ в ясном сознании и при толщине гематомы менее 10 мм, смещении срединных структур не более 3 мм, без сдавления базальных цистерн обычно не нуждаются в хирургическом вмешательстве.

У пострадавших, находящихся в сопоре или коме, при стабильном неврологическом статусе, отсутствии признаков сдавления ствола мозга, при внутричерепном давлении, не превышающем 25 мм рт.ст., и объёме гематомы не более 40 мл допускается проведение консервативной терапии при динамическом клиническом и КТ-МРТ-контроле.

Резорбция плоскостной СДГ происходит в течение месяца. В некоторых случаях гематома приобретает капсулу и трансформируется в хроническую форму. Тогда могут возникнуть показания к закрытому наружному дренированию.

Прогноз и исходы

Острая субдуральная гематома в прогностическом отношении нередко менее благоприятна, чем острая эпидуральная гематома. Это обусловлено тем, что СДГ обычно формируется при первично тяжёлом повреждении мозга, в условиях быстрого темпа смещения мозга и ущемления стволых структур. Поэтому, несмотря на использование современных методов диагностики, при острой СДГ сравнительно высока летальность, а среди выживших значительна глубокая инвалидизация. Исходы значительно хуже, если гематома сопровождается ушибами 3-4-го вида. В этой группе пострадавших имеется достоверная корреляция ($r = 0,68$, $p < 0,05$) между степенью смещения прозрачной перегородки, сдавлением базальных цистерн и исходами. При отсутствии светлого промежутка (что указывает на изначально более тяжёлую первичную травму мозга), исходы СДГ более тяжёлые, чем у пострадавших с наличием светлого промежутка (разумеется, при своевременном хирургическом вмешательстве).

Существенное значение для прогноза имеет также темп выявления и удаления СДГ. Исходы её хирургического лечения значительно лучше у пострадавших, оперированных в первые 4-6 часов после травмы, чем в более поздние сроки. Объём гематомы, как и возраст пострадавших, по мере увеличения играет отрицательную роль в исходах. Неблагоприятные результаты обусловлены также развитием внутричерепной гипертензии и ишемии мозга, которые, однако, при быстром устранении сдавления мозга могут быть обратимыми. К важным прогностическим факторам относится отёк мозга, который часто прогрессирует, несмотря на удаление острой СДГ.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки России,
лауреат Государственной премии РФ.

НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Варфарининдуцированный некроз кожи

Мужчина 62 лет, страдающий тромбофилией, получал варфарин по поводу рецидивирующего венозного и артериального тромбоза. Кроме тромбофилии, у него была инфраренальная аневризма брюшной аорты диаметром 48 мм.

Два дня назад у него развился коллапс со всёвозрастающей болью в левом боку. На КТ-ангиографии была выявлена левосторонняя ретроперитонеальная гематома. Нарастающая абдоминальная боль и снижение гемоглобина со 125 до 88 г/л послужили показанием для экстренного перевода больного в операционную в связи с подозрением на разрыв аневризмы.

Из анамнеза. Больному принимал 1,5 мг варфарина каждый день в течение 20 лет без каких-либо осложнений. Он гетерозиготен как по фактору V Leiden, так и по мутациям в гене протромбина G2021A. Курильщик в течение 4 лет. Имеются лёгкая степень ревматоидного артрита, сахарный диабет 2-го типа, хроническая почечная недостаточность 3А-стадии, небольшой аортальный стеноз и гипертензия.

Перед хирургической операцией с целью антикоагуляции был принят варфарин в терапевтической дозе (МНО 2,5), согласно принятому в хирургическом отделении протоколу вместе с Prothrombinex-VF (CSL Behring Australia) в дозе 5000 IU. На операции был подтверждён диагноз разрыва аневризмы абдоминальной аорты. Перед пережатием аорты был назначен heparin sodium (5000 IU). К концу операции его действие было полностью обратимым после введения 50 мг сульфата протамина.

Выздоровление сначала проходило без побочных эффектов. После операции в 1-й день назначена доза варфарина 1,5 мг вместе с дополнительной дозой эпохарагин sodium (40 мг дважды в день).

На 5-й день появилась нарастающая абдоминальная боль. Больной был возвращён в операционную для диагностической лапаротомии. Патологии выявлено не было. МНО – 3,1, антикоагуляционная терапия не производилась.

На 8-й день он был переведён в блок интенсивной терапии из-за ухудшения показателей газообмена, гипотензии и появления признаков коагулопатии. Появились обширные и болезненные области некроза кожи на передней брюшной стенке, боках и бёдрах. МНО 6,2, АЧТВ 64 с, уровень фибриногена 1,0 г/л, количество тромбоцитов упало с 265×10^9 до 123×10^9 .

Проведена инфузия замороженной плазмы и 10 ед. криопреципитата. Применение варфарина было прекращено, проводилась антикоагуляционная терапия внутривенным введением гепарина (целевое АЧТВ 65-100 с) для лечения варфарининдуцированного некроза кожи.

Результаты ELISA-теста на выявление гепарининдуцированной тромбоцитопении были отрицательными, так же проводился скрининг на васкулитобусловленные антитела. Антикардиолипиновые и анти-бета-2-гликопротеин-1-антитела, так же как и волчаночный антикоагулянт не были выявлены. Уровни протеинов С и S были низкими (0,45 U/ml и 0,53 U/ml, соответственно).

Некрозы кожи продолжали отграничиваться в течение 2 дней и обработаны на 10-й день. Гистологическая картина соответствовала варфарининдуцированному некрозу кожи.

Антикоагуляционная терапия внутривенным гепарином продолжалась в течение 2 недель и была затем заменена на эпохарагин sodium (100 мг дважды в день).

Кожные поражения регулярно перевязывались, отрицательное давление бинтованием применялось в течение последующего месяца. Позднее была выполнена пересадка аутологичной кожи с хорошим результатом, и больной был переведён в отделение реабилитации на 63-й день после операции.

Варфарининдуцированный некроз кожи – редкое осложнение при общепринятой методике его применения. Патогенетический механизм его остаётся неясным, но есть предположение, что некроз индуцирован транзитным парадоксальным гиперкоагуляционным статусом.

Варфарин ингибирует определённые витамин К-зависимые факторы более быстро, чем это делают другие, продуцируя транзитное нарушение баланса актив-

ности прокоагулянтов и антикоагулянтов. Антикоагулянтная активность протеина С резко снижается (в течение 24 часов) вследствие короткого периода полураспада, равного 5-8 часам. Уровень других витамин К-зависимых факторов коагуляции (II, IX и X) снижается медленнее, потому что их период полураспада составляет 24-72 часа. Начальный результат поэтому связан с повышением тромбина и транзитным гиперкоагуляционным статусом, что может привести к тромботической окклюзии микроваскулярного русла и, таким образом, к некрозу тканей.

У обсуждаемого больного было несколько факторов риска развития некроза кожи, индуцированного варфарином: возраст, ожирение и тромбофилия в анамнезе. Кроме того, он был гетерозиготным по фактору мутации гена V Leiden (приводит к активации резистентности и функциональной недостаточности протеина С, и мутации протромбина G2021A, повышающего уровень протромбина. Наклонность к гиперкоагуляции часто ассоциируется с фарфарининдуцированным некрозом кожи и включает недостаточность протеинов С и S и антитромбина III. К другим предрасполагающим факторам относятся женский пол и применение повышенных доз варфарина.

Потенциальная роль Prothrombinex-VF в развитии некроза кожи при применении варфарина у обсуждаемого больного требует дальнейшего рассмотрения. В Австралии немедленное прекращение приёма варфарина достигается применением концентратов протромбинового комплекса или свежезамороженной плазмы. Prothrombinex-VF является концентратом протромбинового комплекса, вошедшего в рутинную практику в Австралии и Новой Зеландии. Концентрат содержит три фактора (протромбин, VIII и X), включая низкие уровни фактора VII, но не содержит протеины С и S.

Немедленное прекращение приёма варфарина при поступлении больного отражает требования протокола, принятого нашим центром, пишут авторы статьи в Medical Journal of Australia (2015) R.O'Dempsey, A.Choong, J.Miller и др., и опубликованного в 2009 г. Chiu и соавт. Наш больной получал только Prothrombinex-VF; ни витамин К, ни свежезамороженная плазма не применялись. Мы исходили из предположения, что уровни протеинов С и S были низкими во время операции, поэтому Prothrombinex-VF не прекращает продукцию протеинов Си S, вызванную варфарином. Потеря крови, связанная с операцией, уменьшала бы их и дальше, и возобновление приёма варфарина сразу после операции могло бы их ещё больше снизить. Авторы поэтому полагали, что очень низкие уровни протеинов С и S вместе с наличием у больного тромбофилии, вероятно, привели к нарушению баланса в пользу тромбоза.

Согласно консенсусу, достигнутому недавно в Австралии, варфарин не применяется, а вместо него назначают 5-10 мг витамина K1 парентерально одновременно с Prothrombinex-VF. Период полураспада инфузионно вводимых факторов свёртывания соответствует эндогенным факторам свёртывания, но дополнение витамина K1 (как кофактора для их синтеза) будет предотвращать синдром отмены (варфарина). Это может также повышать уровни протеинов С и S, помогая тем самым избежать транзитного нарушения протромбинового статуса, когда лечение варфарином возобновляется.

Описанное наблюдение подчёркивает важность знания о варфарининдуцированном некрозе кожи как редком осложнении терапии этим препаратом. Принимая во внимание индивидуальные особенности обсуждаемого больного, такие как наличие тромбоза в анамнезе, прежде чем отменять варфарин, следует быть уверенным в том, что соответствующая адекватная терапия имеется в наличии и может быть достигнута оптимальный результат. Витамин K1 следует назначать вместе с Prothrombinex-VF во время отмены варфарина для предупреждения синдрома отмены, он может увеличить уровни протеинов С и S, следовательно, поможет избежать тромботических осложнений.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

– Игорь Львович, как часто встречаются пациенты с ВЗК в России и в мире?

– По распространённости язвенный колит всегда превышал болезнь Крона. Но 20 последних лет наблюдается гораздо больший рост заболеваемости болезнью Крона, что можно объяснить не только истинным приростом заболеваемости, но и улучшением диагностики данной группы заболеваний благодаря разработке чётких диагностических критериев.

Распространённость ВЗК в разных регионах мира очень отличается. Так, частота язвенного колита, по данным разных исследователей, составляет от 21 до 268 случаев на 100 тыс. населения, а болезни Крона – от 9 до 199 случаев, достигая максимальных показателей в странах Скандинавии, Северной Америки, Канаде, Израиле. Прирост заболеваемости язвенным колитом – 5-20 случаев в год на 100 тыс. населения, болезнью Крона – 5-15 случаев в год.

Важно отметить, что ВЗК развиваются преимущественно в молодом возрасте (средний возраст – 20-40 лет).

По данным эпидемиологических исследований, распространённость язвенного колита в европейской части России составляет 20,4 на 100 тыс. населения и 3,7 – болезни Крона.

Особенностью заболеваемости в нашей стране является троекратное преобладание тяжёлых осложнённых форм ВЗК с высокой летальностью, что связано с поздней диагностикой.

В течение первого года болезни диагноз «язвенный колит» устанавливается только в 25% случаев, в остальных случаях – на протяжении 3-12 лет от начала клинических симптомов. При этом, если диагноз установлен в период до 3 лет с начала заболевания, частота осложнений составляет 55%; при более поздней диагностике – в 100% случаев. Более того, при поздней диагностике в 29% случаев развиваются тяжёлые осложнения.

Для примера: анализ эпидемиологических исследований в Новосибирске показал, что у лиц с болезнью Крона срок установления диагноза с момента появления первых симптомов заболевания составляет 6,5 года, а при язвенном колите – 2,7 года.

– То есть затруднения возникают уже на этапе выявления и диагностики ВЗК?

– Да, однозначно. Правильная и своевременная диагностика ВЗК очень важна для успешного лечения. Однако трудность заключается в том, что единого золотого стандарта диагностики не существует. Диагноз ВЗК устанавливают на основании оценки клинической картины болезни, данных комплекса эндоскопических, радиологических, гистологических и биохимических исследований.

Таким образом, своевременная постановка диагноза у пациента, страдающего язвенным колитом или болезнью Крона, зачастую зависит от конкретного специалиста-гастроэнтеролога, который правильно составит план обследо-

Наши интервью

Расширяя границы гастроэнтерологии

Воспалительные заболевания кишечника требуют новых методов терапии



Прошла традиционная 41-я научная сессия ЦНИИ гастроэнтерологии «Расширяя границы». В её работе приняли участие ведущие российские и зарубежные эксперты по проблемам диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, кишечника, онкологической патологии органов пищеварения и др. Одной из активно обсуждаемых проблем была тема воспалительных заболеваний кишечника.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона и язвенный колит, по тяжести течения, частоте осложнений и летальности занимают одну из ведущих позиций в структуре болезней пищеварительной системы. Отсутствие единого взгляда на проблему ВЗК среди практикующих врачей, несвоевременная и поздняя диагностика, неадекватное лечение приводят к развитию осложнений, выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста и летальному исходу.

Таким образом, болезнь Крона и язвенный колит имеют не только медицинское, но и важное социальное значение. Актуальность проблемы ВЗК на сегодня не подлежит сомнению, что подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного

возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом.

Более подробно о состоянии проблемы воспалительных заболеваний кишечника и перспективах её решения мы попросили рассказать руководителя отдела по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника Государственного научного центра колопроктологии, доктора медицинских наук, профессора Игоря ХАЛИФА.

дования и проанализирует всю полученную информацию. В этой связи актуален вопрос о создании в России так называемых центров ВЗК – объединений специалистов и ресурсов здравоохранения на базе крупных клиник и больниц, включающих гастроэнтерологов, колопроктологов, эндоскопистов, морфологов, специалистов УЗИ и лучевой диагностики, знакомых с проблематикой ВЗК.

– Какие имеются современные возможности и нерешённые проблемы в лекарственной терапии ВЗК?

– Лечение обоих заболеваний должно основываться на принципах доказательной медицины. В течение многих лет лечение ВЗК было ограничено применением следующих препаратов базисной терапии: аминосалицилатов, глюкокортикостероидов и иммуносупрессоров, как химической, так и биологической природы.

Однако примерно в 35% случаев наблюдается стероидорезистентное или стероидозависимое течение ВЗК, а также развивается резистентность не только к гормонам, но и к иммуносупрессивным препаратам, что приводит к появлению тяжёлых осложнений, к необходимости оперативных вмешательств и выходу на инвалидность лиц молодого трудоспособного возраста.

Важно своевременно оценивать ответ на базисную терапию и пом-

нить, что основная цель лечения ВЗК – достижение бесстероидной ремиссии.

Внедрение биологических препаратов в схему лечения ВЗК позволило значительно увеличить долю пациентов, достигающих стабильной ремиссии в короткие сроки. В то же время в России наблюдаются относительно низкие показатели (0,4%) назначения биологической терапии ВЗК по сравнению с другими странами (15%). Во многом это связано с отсутствием адекватных государственных программ возмещения стоимости лекарственных препаратов для лечения ВЗК.

Следует также подчеркнуть, что применение биологической терапии ВЗК не стало панацеей. Примерно у 30% пациентов не удаётся добиться снижения активности заболевания на фоне применения ингибиторов ФНО-альфа, и более чем у 50% пациентов наблюдается утрата эффективности терапии в течение первого года лечения. Кроме того, ингибиторы ФНО-альфа могут приводить к тяжёлым инфекционным заболеваниям и перед их назначением необходимо исключить латентно протекающие болезни, особенно туберкулёз.

Таким образом, проблемы лечения тяжёлых форм болезни Крона и язвенного колита остаются актуальными, поэтому необходимы дальнейшие поиски эффективных препаратов.

– Каковы перспективы лечения ВЗК в ближайшем будущем?

– Прогресс в лечении ВЗК может идти в двух основных направлениях. Первое – это совершенствование уже существующих средств с целью создания более эффективных медикаментов, лишённых побочных реакций. Либо создание новых препаратов с избирательным принципом действия, за счёт чего может снизиться уровень возникновения побочных реакций.

В рамках этого направления достигнуты определённые успехи в совершенствовании двух групп базисных препаратов: кортикостероидов и биологической терапии. Совершенствование стероидной терапии привело к созданию нового поколения лекарственных средств – топических стероидов. Эти препараты обладают минимальной способностью всасываться из желудочно-кишечного тракта и быстро метаболизируются при первом прохождении через печень. Указанные свойства позволяют, с одной стороны, избежать системного действия, характерного для традиционных гормональных средств, а с другой – помогают создать высокую концентрацию препаратов в просвете кишки.

Второе направление совершенствования терапии при ВЗК заключается в выработке принципиально новой «биологической»

лечебной стратегии, заключающейся в селективном действии на источник воспаления, без воздействия на весь организм.

Теоретически любое звено воспалительного каскада может быть точкой приложения лекарственных препаратов биологического действия.

Основная задача биологических методов лечения – подавление эффекторных сигналов на разных уровнях и разрыв порочного круга воспаления.

Подобных методов на сегодняшний день достаточно много, но лишь единичные из них уже используются успешно. Практическое применение большинства относится к ближайшим или отдалённым перспективам.

Биологические методы лечения включают супрессию эффектов провоспалительных цитокинов специфическими антителами или ингибиторами, применение цитокинов с противовоспалительным действием, антитела к разным сигнальным молекулам: интегринам, адгезинам, активированным субпопуляциям лимфоцитов.

Одним из наиболее активно разрабатываемых направлений является блокировка антителами молекул адгезии (в частности, α4β7интегрин, ICAM-1 и др.). Эти молекулы играют большую роль в развитии воспаления при ВЗК и вызывают миграцию клеток из сосудистого русла в очаг воспаления. Например, специфические моноклональные антитела к α4β7интегрину уменьшают хоминг лейкоцитов и способствуют заживлению язвенных дефектов.

Важным свойством является их селективность воздействия на ЖКТ, за счёт чего обеспечивается лишь минимальное число побочных реакций локального свойства без системных проявлений.

Должен сказать, такой продукт уже успешно используется в США и странах Европы, но в России, к сожалению, он пока не зарегистрирован.

– Что сегодня является самым важным при лечении данных заболеваний?

– Задачей врачей должно стать обеспечение мультидисциплинарной медицинской помощи с учётом индивидуальной потребности пациентов для своевременной и правильной диагностики, достижения максимального улучшения отдалённых исходов течения ВЗК и уменьшения инвалидизации.

Беседу вела
Елена ЛЬВОВА.

Москва.

Новости

В Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере всерьёз задумались о развитии нового для этого учреждения направления деятельности – нейроонкологии.

Как пояснили в администрации онкодиспансера, поводом к такому решению стала экстраординарная ситуация: пациентке, которая была госпитализирована сюда для оперативного лечения периферического рака лёгкого, потребовалось срочное хирургическое

Развитие неизбежно

вмешательство на головном мозге. Женщина пожаловалась на беспокоящую её сильную головную боль, и во время МРТ-обследования был выявлен единственный метастаз опухоли в правую лобную долю головного мозга. Размер «находки» оказался настолько велик, что в любой момент у пациентки могли возникнуть осложнения со стороны

ЦНС, которые поставили бы под сомнение возможность выполнения операции на лёгком.

Во вновь возникших обстоятельствах красноярские онкологи приняли решение провести комплексное хирургическое вмешательство. Для выполнения нейрохирургической операции пригласили профессора Красноярского государствен-

ного медицинского университета доктора медицинских наук Андрея Народова, а торакалтомию выполнили специалисты онкодиспансера.

Фактически это была первая нейрохирургическая операция, проведённая в стенах Красноярского онкодиспансера, и с неё может начаться новый виток истории онкологической службы региона. По

словам заместителя главного врача диспансера Игоря Гринёва, около 15% всех опухолевых заболеваний составляют нейрохирургические, и это обстоятельство вынуждает Красноярский онкодиспансер расширять сферу деятельности. Безусловно, для полноценной работы в данном направлении потребуются техническое и технологическое оснащение клиники, а также подготовка специалистов.

Елена СИБИРЦЕВА.
Красноярск.

Сегодня, 26 июня во всём мире отмечается День борьбы со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом. Накануне этой даты корреспондент «МГ» побывала в обновлённом отделении реабилитации Рязанского областного клинического наркодиспансера и выяснила, как здесь проходит реабилитация наркозависимых и что нужно, чтобы человек вернулся к нормальной жизни.

Контекст

В России 8 млн человек сегодня признают себя потребителями наркотиков. К тому же новые времена несут новые напасти: к «традиционным» героину и марихуане добавились китайские синтетические наркотики «спайсы». Меняется и портрет потребителя – если раньше было больше наркоманов «со стажем», то теперь под прицелом наркомафии стратегический демографический ресурс России – молодёжь до 30 лет.

К чести всех, кто борется с этой «чумой», в последние пару лет лавинообразный рост количества наркоманов удалось остановить. В процессе профилактики – выявление – лечение – реабилитация обратили внимание на последнее по счёту, но далеко не последнее по важности звено: реабилитацию.



Наталья Жукова

между людьми, вернуть его обществу – такую задачу ставит перед своими сотрудниками Наталья Жукова, руководитель Рязанского областного клинического наркодиспансера. Иначе – срывы и возврат к прошлым привычкам неизбежны.

– У нас есть несколько программ реабилитации: краткосрочные (30 дней) и долгосрочные (90 дней) стационарные программы для наркозависимых, а также амбулаторные программы для тех, кто уже прошёл лечение, – рассказывает Наталья Анатольевна. – Есть в составе диспансера и

«овоща», неспособного самостоятельно дойти до туалета, постепенно, малыми шагами продвигаются к нормальному существованию. Пусть не все, но есть те, кто вырывается из страшного круга и уже несколько лет не принимает наркотики.

– Мы отвечаем за медицинскую помощь и реабилитацию, лечим пациентов с зависимостью, но на этом процесс не останавливается, – говорит Н.Жукова. – Дальше начинается ресоциализация. После возвращения человек должен жить с семьёй, если она есть, найти работу, устроиться, иначе он вернётся к старому образу жизни. Так называемый пост-реабилитационный социальный патронаж осуществляется,

живут и работают в коллективе, в котором в миниатюре воспроизводятся нормальные отношения в социуме. Информатика к размышлению...

В РОКНД ведётся совместная работа с некоммерческими и благотворительными организациями Рязанской области и других регионов, с некоторыми из них заключены договоры. Это направление является одним из перспективных, правда, и здесь есть свои подводные камни: частое отсутствие комплексного подхода, методическая разрозненность программ. А значит, есть необходимость развития системы добровольной сертификации, методической помощи подобным учреждениям, а главное – разработка меха-

Ориентиры

Строить жизнь заново

Этому учат в Рязанском областном клиническом наркодиспансере

Разорванный круг

В комплексном подходе к лечению наркомании реабилитация занимает всё более важное место. Ведь для того, кто уже попробовал отраву,

центр медицинской помощи и реабилитации для детей и подростков с наркологическими проблемами. На амбулаторной базе мы также работаем с группой «созависимых» – членами семьи, близкими друзьями потребителей наркотиков. Даже если они сами не принимают наркотики, но психологически им зачастую тоже требуется помощь.

Из рук в руки

Наркологи, психологи, неврологи, терапевты – в диспансере трудится целая команда медиков. Подходы как современные, так и классические: углублённая психодиагностика, арт-терапия, сеансы физиотерапии в специальной альфа-капсуле, иглорефлексотерапия, электростимуляция, а также групповые и индивидуальные занятия, тематические лекции, посещение спортивного зала, библиотеки, просмотр фильмов и др. В стационаре одновременно получают медицинскую наркологическую помощь 104 пациента, проходят программу медико-психологической реабилитации – 30. Амбулаторную реабилитационную помощь в настоящее время получают 351 человек. Это те, кто строит свою жизнь заново, зачастую начиная из состояния

низмов мотивации лиц, которые употребляют наркотики, нахождение программ реабилитации и ресоциализации. Отдельного внимания заслуживает взаимодействие с сообществами взаимопомощи «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы». Свою деятельность сообщества осуществляют на базе Рязанского

Ближе к земле

Стационарные отделения РОКНД между собой сотрудничают.



Индивидуальная работа с психотерапевтом

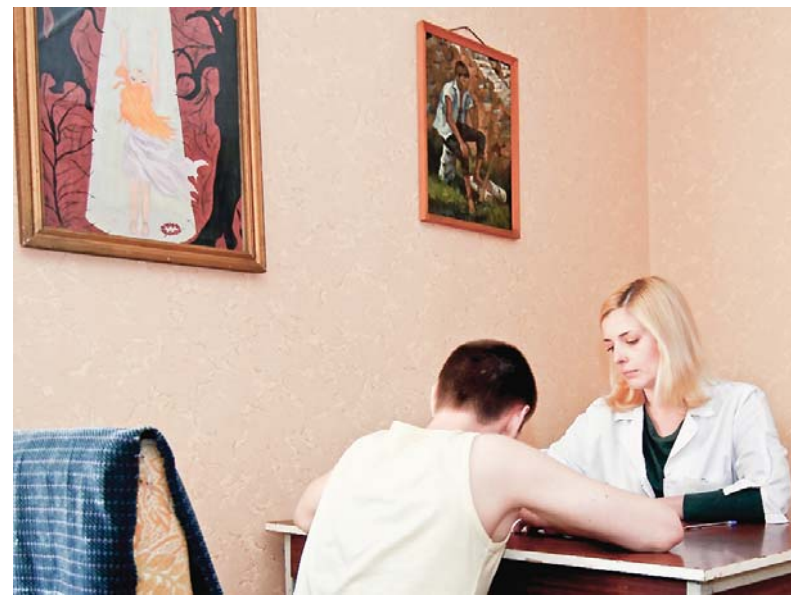
Прошлый год ознаменовался двумя важными событиями. Первое – изменения в законодательстве – отныне потребители наркотиков несут ответственность перед обществом: по решению суда они обязаны пройти лечение и реабилитацию. Второе – на заседании Правительства РФ в ноябре 2014 г. повесткой дня стало создание Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях. А сейчас, через полгода, речь уже идёт о муниципальном уровне этой системы.

В рамках этой работы по согласованию с Министерством здравоохранения Рязанской области в областном клиническом наркологическом диспансере из имеющихся 140 наркологических коек были выделены 30 реабилитационных для наркологических больных в составе вновь организованного отделения стационарной медико-психологической реабилитации.

это может быть единственным способом вырваться из порочного круга. Научить человека самостоятельно, без наркотиков справляться со стрессами, жизненными проблемами, изменить его привычки, показать ему другие отношения



Арт-терапия: пациенты рисуют газету



У каждого пациента индивидуальный план лечения

называют «на Зиле». Именно при этом рязанском автомобильном заводе в 1978 г. были открыты 2 стационарных отделения, предшественники нынешнего стационара. В советское время трудотерапия составляла важную часть лечения. Сегодня это уже не является обязательным элементом, хотя часто раздаются голоса в поддержку возврата этой практики.

В частности, периодически выдвигается идея организации сельскохозяйственных коммун для проходящих реабилитацию от наркотической зависимости. Что ж, зарубежный опыт показывает, что это, возможно, неплохая идея. Например, в Италии существует около 200 подобных поселений в рамках проекта «Человек» Итальянского центра солидарности. Важная особенность таких коммун состоит в том, что люди, кроме получения медицинской и психологической помощи,

областного наркологического диспансера. Представители этих групп проводят занятия как в отделении стационарной медико-психологической реабилитации, так и после завершения курса. Реабилитанты могут стать членами сообществ взаимопомощи, в которых лечебная субкультура и психотерапевтическая среда помогают осуществить мобилизацию внутренних ресурсов личности больных и повышение их адаптивных возможностей, укрепить их желание вести здоровую жизнь. Ведь в конце концов ключевым является именно этот поворот в сознании наркомана: решение перейти от разрушения к созиданию собственной жизни.

Анна КАБИКОВА,
спец. корр. «МГ».

Рязань.

Фото автора.

Отечественные инновационные разработки в сфере медизделий не доходят до конечного потребителя. Если ранее главной проблемой производителей была процедура регистрации своей продукции, то сейчас на первом плане – трудности, связанные с её реализацией. Об этом заявил президент Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности Юрий Калинин, открывая VII Всероссийский съезд работников фармацевтической и медицинской промышленности. В его работе приняли участие представители Минпромторга и Минздрава России, Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, Росздравнадзора, Российской академии наук, Российского союза промышленников и предпринимателей, Торгово-промышленной палаты РФ, Академии медико-технических наук.

Плюсы и ещё раз плюсы

Прошедший отчётный год был благоприятным для развития отрасли, отметил, открывая съезд, Юрий Калинин. Проведена модернизация более 60% производственных мощностей в соответствии с современными стандартами. Теперь лекарства на модернизированных производствах выпускаются по правилам GMP, а медицинские изделия – по стандарту ISO 13485. Построены десятки новых современных предприятий. В области фармацевтики и медицинских изделий сформировано 12 инновационных территориальных кластеров и научно-образовательных центров, основу которых составляют современные научные и образовательные учреждения, известные в стране и мире компании.

Всего в создание и реконструкцию производств инвестировано около 200 млрд руб., в том числе 60 млрд из средств федерального бюджета, 60 млрд иностранных инвестиций и более 80 млрд собственных и заёмных средств предприятий.

В 2014 г. также урегулирован вопрос, связанный с регистрацией медизделий. По данным Росздравнадзора (их представил в своём выступлении вице-главы Росздравнадзора Михаил Мурашко), процент отказов в регистрации медизделий составляет чуть более 3-5. Сегодня проблема, которая выходит на первый план, – это причина отказов. Как показывает анализ, в основном они обусловлены недостаточностью проведённых испытаний и исследований, а также низкой готовностью технической и эксплуатационной документации.

Переходя к конкретным отраслям, Ю.Калинин особо подчеркнул достижения в производстве лекарственных средств. «В 2014 г. отрасль работала по новым правилам производственной практики (GMP). За год проинспектировано более 70 предприятий, аттестовано около 300 уполномоченных лиц». Наместились большие сдвиги в увеличении объёма российских лекарств по номенклатуре Перечня жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов: из 608 наименований, включённых в Перечень ЖНВЛП, 413 наименований уже производится на отечественных предприятиях. В качестве примеров спикер привёл целый ряд инновационных разработок. В их числе: биоаналог импортного биологического лекарственного средства ритуксимаб, применяемого для лечения неходжкинской лимфомы, пегилированный интерферон альфа для лечения гепатита С, широкий спектр препаратов для лечения бронхиальной астмы, сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных заболеваний.

До конца 2015 г. должны ещё завершиться исследования по разработке 35 импортозамещающих лекарственных препаратов из Перечня ЖНВЛП, что повысит долю лекарств отечественного

Итоги и прогнозы

Синдром роста

Российские производители фарммедпродукции обсудили пути развития отрасли



производства, включённых в перечень, до 85%.

«Большой вклад в развитие нашей фарминдустрии вносят зарубежные фирмы, локализуя производство в России», – обратил внимание президент Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности.

Что касается развития медицинской промышленности, в прошлом году она также интенсивно развивалась, несмотря на некоторые трудности, связанные со спадом рынка. Благодаря имеющимся резервам и государственной поддержке в виде госпрограммы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 гг. удалось укрепить материально-техническую базу предприятий, а также внедрить на большинстве производств современную систему менеджмента качества. «Практически для всех видов оказания медицинской помощи разработаны конкурентоспособные изделия. Из них некоторые закрывают от 20 до 80% потребности. А по отдельным направлениям мы можем покрыть 100% потребностей лечебно-профилактических учреждений», – подчеркнул Ю.Калинин.

«Третий лишний» и не только

Однако, несмотря на имеющиеся достижения, в денежном выражении доля продукции отечественного производства на российском рынке по лекарствам и медицинским изделиям по итогам 2014 г. составила лишь 25 и 16%, что явно не соответствует имеющемуся потенциалу. «В прошлом году общий объём рынка медицинской продукции достиг 1 трлн руб. Более 600

млрд руб. из них пошло на развитие зарубежной индустрии в ущерб экономике и безопасности России», – подвёл итоги работы отрасли спикер.

Многие отечественные разработки не доходят до ЛПУ, и производители несут колоссальные убытки. «Хватило 5 месяцев этого года, чтобы мы дошли до дна. На складах завода валяется сделанная в соответствии со стандартами ISO продукция

Кроме того, спикер отметил не решённые до сих пор вопросы по принятию постановления «Третий лишний», которое ограничивает допуск зарубежных фармпроизводителей к госзакупкам лекарственных средств, и утверждению статуса локального продукта на фармрынке. Выступающий напомнил, что обсуждение этих проектов ведётся уже около года, но финальных документов как не было, так и нет.

требованиям, которые существуют в этой сфере», – отметил он. Минпромторг России уже подготовил два проекта постановления правительства, которые проходят согласование в федеральных органах власти.

Не сбавлять темпы

Кроме того, участники съезда обсудили ряд важнейших задач, касающихся процедуры заклю-

С заявлением главы АРФП категорически не согласился заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб. Он напомнил, что проект постановления «Третий лишний» уже внесён в правительство, и в нём уточняется, что с 1 января 2016 г. «упаковка не будет считаться локальным продуктом» – только производство готовой лекарственной формы. Действие постановления будет распространяться

на препараты, страной происхождения которых будет являться не только Российская Федерация, но и республики Казахстан, Беларусь, Армения и Киргизская.

Что касается определения локального продукта, то в рамках работы над реализацией Закона о промышленной политике подготовлен проект постановления правительства, который регламентирует данный вопрос и охватывает, в том числе, фармацевтическую и медицинскую отрасль. Там будут даны конкретные определения технологических стадий, как для лекарственных средств, так и для медицинских изделий.

Говоря о внедрении на фармпроизводствах международных стандартов, С.Цыб отметил, что, согласно «даным аналитических агентств, порядка 80% российского рынка – это предприятия, которые соответствуют самым лучшим международным стандартам. Я уже не говорю о тех предприятиях, которые за последние 5 лет появились в России. Все новые предприятия уже изначально строятся в соответствии со всеми лучшими передовыми международными практиками в производственной сфере». По его словам, практически все флагманы российской фарминдустрии уже подтвердили соответствие своего производства правилам GMP.

По мнению С.Цыба уже нужно говорить о комплексе стандартов GxP: «GMP – не единственный международный стандарт, который официально принят в России; у нас есть клиническая практика, лабораторная практика, аптечная практика, дистрибьюторская практика... Я думаю, что надо уделить внимание этим секторам и принять там документы, которые соответствовали бы всем наилучшим международным

чения долгосрочных контрактов на поставку ЛС и ценообразования. В период кризиса наименее устойчивыми оказались компании, производящие препараты низкого ценового сегмента. Специалисты выразили надежду, что цены на дешёвые препараты, входящие в Перечень ЖНВЛП, будут проиндексированы на уровень, позволяющий им выйти на порог рентабельности.

На встрече присутствовали и руководители высших учебных заведений, что позволило выслушать мнения разных сторон по вопросу подготовки специалистов. В частности, ректор Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академии Игорь Наркевич отметил, что с принятием и реализацией стратегии «ФАРМА-2020» произошёл качественный скачок в подготовке кадров для фарминдустрии:

«Основное достижение заключается в том, что создан механизм формирования ответа на кадровый заказ отрасли. В частности, в нашем вузе оперативно решена задача по подготовке технологов, сегодня наши выпускники работают на предприятиях города и области, а также в других регионах страны.

Благодаря поддержке работодателей наши студенты проходят практику на заводах от Санкт-Петербурга до Кургана. Около 40% дипломных работ выполняется по заказу предприятий, работодатели принимают участие в государственной итоговой аттестации. Из выпускников этого года, около 40% ещё до получения диплома уже получили предложение от работодателей о трудоустройстве».

В завершении мероприятия Юрий Калинин отметил, что в 2015 г. перед отраслью возникли новые проблемы, связанные с общей ситуацией в экономике России, и они потребовали внесения кардинальной корректировки в планы развития отрасли. Наиболее важные решения отражены в Плане мероприятий по снижению негативных последствий экономического кризиса на развитие производства лекарственных средств и медицинских изделий. «От его выполнения во многом зависит перспектива развития большинства компаний, а значит, и перспектива сохранения взятых темпов развития отечественного производства лекарств и медицинских изделий», – подчеркнул Ю.Калинин.

В ходе работы съезда данный план был представлен на обсуждение. После его доработки документ будет представлен в Минпромторг России.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Название душевного недуга «шизофрения» в буквальном переводе с греческого бес-смысленно, поскольку говорит о разделении мозга, который действительно «расщеплён» на два полушария (сродни ему олигофрения, или – дословно – «малоумие», маленький мозг).

«Российская газета» поместила интервью со специалистом по персонифицированной медицине, требующей «учитывать все нюансы... организма, особенности генетического кода – генома». На вопрос, что делать, чтобы меньше хворать, он ответил: «...нужно больше любить себя, надо хотя бы один день в неделю разгружаться... в понедельник – после излишеств, которые мы позволяем в выходные дни. Вот и всё. В этом весь секрет».

Иной подход был век назад, о чём Э.Джонс (1879-1958), основатель Британского психоаналитического общества, писал в биографии З.Фрейда, изданной и у нас. Сторонник учения «венского шарлатана» (по В.Набокову) видел интеллектуальный гений Фрейда как «моральное достижение». Свою первую статью о «моральном мозге» Лоуренс Колберг, американский коллега Джонса, «пробивал» по редакциям журналов 5 лет. Лишь в начале июня 2015 г. учёные Пенсильванского университета в Филадельфии с помощью функциональной МРТ доказали, что у будущих магистров бизнес-администрирования 24-33 лет, «исповедующих» моральный подход к деловой активности, серого вещества в лобной доле больше, чем у не слишком скрупулёзных в своём поведении.

Интересно, есть ли персонифицированные различия между представителями двух групп на уровне генома (под первым обычно понимают последовательность «букв» генетического кода, а под вторым всю ДНК хромосом, кодирующую не только белки-протеины). Но недавно BioRxiv поместил сравнение геномов 90 жителей Африки, Азии и Европы, которое показало

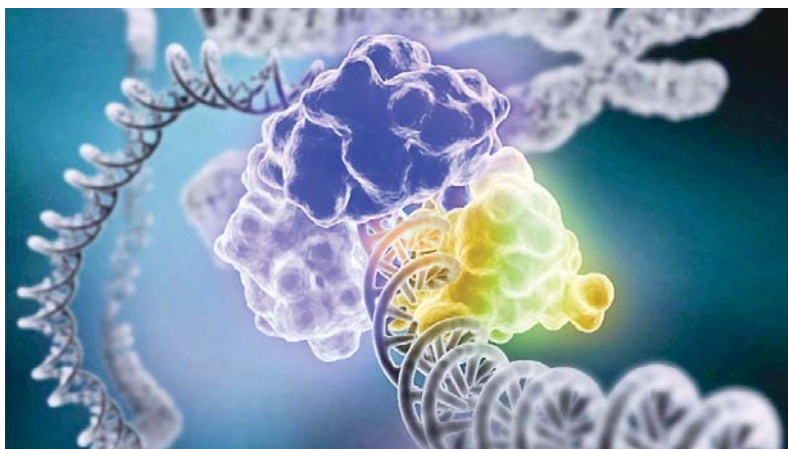
Гипотезы

Разгружаться по понедельникам



Белковый комплекс (сине-жёлтый) репарации ДНК (двуцепочная серая справа и слева)

развитие генов мозга на протяжении последних полумиллиона лет. Авторы обратили особое внимание на ген, кодирующий белковый фермент синтеза в клетках сосудов, нейронах и иммунных лимфоцитов окиси азота, которая регулирует важные процессы в мозгу. Второй ген (FMRP – Fragile X-chromosome Mental Retardation Protein) имеет повторы троек «букв», превышение числа которых ведёт к нарушению прочности белка и «отламыванию» концевой участка X-хромосомы с её многочисленными генами ума и иммунной защиты. Следствием хрупкости становится умственная отсталость – деменция, ведущий симптом болезни Альцгеймера, что дало СМН повод заявить, что обретение ума нашими предками сопровождалось их предрасположенностью к Альцгеймеру.



Увеличение серого вещества в мозгу моральных студентов

Оставим в стороне досужие измышления и лучше обратимся к публикации в журнале Neuron,

в которой описаны результаты обследования более 11 тыс. шизофреников, геномный «груз» которых сравнили с таковым у 16 тыс. здоровых людей. Сравнение тут же «вывело» специалистов Медицинской школы Маунт Синай в Нью-Йорке на то же FMRP, а также связанные с ним гены белков, обеспечивающих синаптическую передачу возбуждающих импульсов, а также сигналов «охранительного» торможения (синапс – это точка соединения нервных клеток). Известно, что синаптические протеины выполняют роль встроенных в нейрональную оболочку рецепторов, которые улавливают молекулы возбуждения и торможения, результатом чего

хлора и кальция. В нарушениях этой сложной системы авторы статьи видят главную причину шизофрении, которую трактуют как «расщеплённое сознание». Их выводы подтверждены португальскими, канадскими и голландскими специалистами в области нейронных культур, которым с помощью флуоресцентных протеинов удалось «покрасить» не только белки-рецепторы, но и один из транспортеров возбуждающего нейрона глутамата (глутаминовой аминокислоты). Они также исключили ген белка, «улавливающего» указанный глутамат в рецепторе возбуждения, в результате чего клетки культуры резко снизили свою активность. Похоже, что психиатры всерьёз и с разных сторон «навалились» на проблему шизофрении, в чём им отчасти помогли молекулярные... онкологи.

Последние уже более 10 лет знают о нарушении ДНК-репарации разрывов цепей ДНК, которые ведут к мутациям и транслокациям кусков хромосом, в результате чего активируются онкогены. Однако как выяснилось, нарушение целостности цепей вещества генов представляет собой естественный процесс, лежащий в основе активности нейронов. Уникальное открытие позволяет говорить о новом механизме нервной активности, о котором никто и не догадывался. Учитывая, что цепи ДНК по своей последовательности «персонифицированы» у каждого человека (что доказывается невозможностью пересадок органов и тканей), сам характер возбудимости и торможения у разных людей видится в ином свете – не клеточном, а молекулярном. Думается, что в скором будущем в связи с удешевлением и более широким распространением чтения геномов нас ждут новые необычайные с точки зрения логики открытия и сюрпризы.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам J.Neuroscience.

Перспективы

Сумели ли фармацевты создать препарат, который вновь разжигает у женщин поутраченное было половое влечение?

Сбой в системе

Большинство женщин, состоящих в долгосрочных союзах, отмечают, что со временем накал страстей падает. Причём не только с мужем: их вообще никто не возбуждает. Некоторые сексологи-психологи считают, что такие перепады влечения – это совершенно нормально, особенно по мере того, как женщина становится старше. Другие же полагают, что отсутствие сексуального желания – это медицинское состояние, возникающее в результате нарушения химического баланса в мозгу.

И вот учёным, возможно, удалось найти средство, с помощью которого это состояние можно лечить. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) рассматривало вопрос о том, одобрить ли к медицинскому использованию флибансерин, называемый иногда «виагрой для женщин». Препарат в итоге был одобрен, но у него по-прежнему есть не только сторонники, но и противники.

Какие факторы приводят к исчезновению полового влечения, и чем в этом смысле может помочь флибансерин? Не только женщины в возрасте сталкиваются с нарушениями половой функции – доказательством тому популярность виагры.

«У медиков есть поговорка о том, что у мужчин наблюдаются три типа нарушения половой функции: эрекция, эрекция и эрекция, – комментирует Стивен Стал, психиатр из Калифорнийского университета в

Дамская виагра

Ею может стать флибансерин

Сан-Диего, США. – А у женщин этих типов тоже три: желание, желание и желание».

Как только выяснилось, что виагра довольно успешно справляется с нарушениями мужской половой функции (принося при этом хорошую прибыль компании-производителю), фармакологические фирмы стали активно пытаться разработать её женский аналог, который воздействовал бы на мозг, а не на гениталии.

Флибансерин в этой гонке пока один из лидеров. Изначально он разрабатывался как антидепрессант, однако выяснилось, что на настроение человека он большого влияния не оказывает. Зато женщины, задействованные в клинических испытаниях, неожиданно начали сообщать о любопытном побочном эффекте: им стал более интересен секс.

Флибансерин, похоже, работает за счёт регулирования баланса сигнальных молекул (нейротрансмиттеров), а именно допамина, норадреналина и серотонина, в нужных структурах мозга. «Мы считаем, что он либо нормализует биохимический баланс, либо компенсирует нехватку определённых веществ, как бы отлаживая всю систему, – поясняет Стал. – Вполне возможно, что он отключает у женщин лобные структуры мозга, подавляющие сексуальное желание и интерес».

Подогретая страсть

Препарат не стали использовать в качестве антидепрессанта, потому что в этом смысле его эффект был недостаточно выраженным, но попытались переработать его в стимулятор для женщин, страдающих расстройствами со сниженным сексуальным желанием.

Первоначальные тесты показали, что женщины, употреблявшие препарат, сообщали о возрастании количества «удовлетворительных половых контактов», но доказать существенное влияние флибансерина на желание не удалось. Поэтому в 2010 г. FDA не стало одобрять его к применению.

Тем не менее дальнейшие клинические испытания дали основание полагать, что лекарство всё-таки усиливает половое влечение, хотя эффект этот достаточно умеренный. «Вопрос вот в чём: как измерять улучшение?» – говорит Сьюзен Скэнлан, председатель организации Even The Score, которая выступает за поиск фармакологического решения проблемы расстройств со сниженным сексуальным желанием.

Таблеткой плохой брак не исправишь...

Тем не менее она указывает, что исходный ориентир в целом довольно расплывчатый: «Американская женщина в среднем занимается

сексом 3 раза в месяц. Если у пациентки не было 3 совокуплений в месяц, значит ли это, что препарат не работает?» Пациентки со сниженным сексуальным влечением, принимавшие флибансерин, сообщили в среднем о 2,8 половых контактах в месяц – по сравнению с 1,5 у тех, кто препарат не принимал.

Некоторые из пациенток в ходе этих тестов сообщили о серьёзных улучшениях. Вначале им доставалось плацебо, которое, по их словам, никак не помогло вернуть половое влечение, несмотря на все старания. Однако после того, как серия тестов с плацебо была завершена, предложили попробовать реальный препарат. «Уже через пару недель я стала совершенно другим человеком, – вспоминает одна из них. – Я просыпалась среди ночи и ласкала мужа. Ощущения близости и желания вернулись на 100%».

У флибансерина могут быть и побочные эффекты, в том числе сонливость, головокружение и тошнота. Скэнлан, однако, утверждает, что они куда менее серьёзные, чем у виагры и ей подобных средств от расстройств эрекции. «Давайте-ка посмотрим на побочные эффекты у 26 препаратов, которые одобрены для лечения мужских сексуальных проблем, – говорит она. – Там будут потенциальный инфаркт, слепота, неожиданная смерть и мой любимый – разрыв пениса».

Есть и те, кто считает, что одобрение флибансерина может заставить женщин искать медицинское решение проблемы, с которой лучше разобраться путём консультации у сексолога или устранения сопутствующих факторов, к примеру, стресса и чрезмерной рабочей нагрузки. «В вопросе желания важны отношения, важен контекст и ситуационные факторы наподобие настроения и обстановки», – говорит Синтия Грэм, старший лектор по медицинской психологии в Саутгемптонском университете в Британии.

Но она тем не менее не отрицает, что фармакологическое решение может в определённых случаях быть оправданным. «Да, я считаю, что у некоторых женщин есть проблемы с половым влечением, и в целом я думаю, что лекарственный препарат для женщин может быть полезным. Но это лекарство должно быть явно клинически значимым, и нам нужно больше узнать о побочных эффектах», – говорит Грэм.

Конечно же, никто не говорит, что начинать лечение нужно сразу с лекарственных средств, не исключив для начала многие факторы, способные вызывать расстройство половой функции, например, усталость, приём других лекарств, стресс и проблемы в отношениях.

Если у вас медицинское расстройство, к примеру, диабет, то говорить о нём можно до потери пульса, и это ничего не изменит. Расстройство со сниженным сексуальным желанием – это дисбаланс в химии мозга.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Lancet.

Гипотезы

Детина стоеросовая

Станут ли люди будущего гигантами?

Человек среднего роста сейчас существенно выше, чем 150 лет назад. Средний рост человека увеличился во многих промышленно развитых странах, от Великобритании и Соединённых Штатов Америки до Японии, и прибавка составила до 10 см. Но если взять данные за последние 150 лет, то окажется, что особенно заметные результаты показали Нидерланды.

Почему же люди в целом, и голландцы в частности, так вытянулись? Есть ли признаки того, что эта тенденция к акселерации будет сохраняться, и если да, то на каком этапе остановится?

В здоровом теле – здоровый рост

Такие вопросы вдохновили профессора Мюнхенского университета Джона Комлоса на изыскания в новой для того времени области антропометрической истории. Эта наука изучает зависимость между увеличением или уменьшением среднего роста населения и различными экономическими и социальными факторами.

В ходе его исследований выяснилось, что колебания среднего роста населения близко отражают изменение двух параметров: образа питания и количества заболеваний. Особенно выраженным этот эффект становится, когда эти два фактора влияют на организм в детском возрасте. Если дети получают недостаточно еды или, к примеру, не могут усвоить питательные вещества в результате заболеваний, вызывающих диарею, то шансы вырасти в высоких взрослых у них сильно падают.

«В итоге основными стимулами увеличения среднего роста являются улучшенное питание, хорошее состояние здоровья и в целом повышенное качество жизни», – заключает Уильям Леонард, профессор антропологии из Северо-Западного университета в американском штате Иллинойс.

История богата примерами, демонстрирующими эту взаимосвязь роста и здоровья. В Западной Европе в период позднего Средневековья, после того как эпидемия чумы уничтожила до 60% всего населения, выжившие получили облегчённый доступ к еде, и их жизненные обстоятельства стали менее стеснёнными. Оба этих фактора сдержали распространение

болезни и позволили людям вытянуться в высоту: рост у среднего англичанина в то время был всего на 4 см меньше, чем у его современного соотечественника.

Однако в Европе XVII века показатели роста вновь упали. Средний француз был тогда не выше 162 см. Суровые зимы малого ледникового периода плохо сказались на урожаях. Повсюду вспыхнули конфликты – от Английской гражданской войны до войн Людовика XIV во Франции и Тридцатилетней войны на территории современной Германии. «Европа в XVII веке попросту разодрала себя на части», – констатирует Комлос.

Индустриальная революция XVIII столетия, в ходе которой люди начали скапливаться в городских трущобах, где свирепствовали болезни, тоже негативно повлияла на средний рост человека. Тем не менее уже к концу XIX века социальные перемены привели к улучшению сельскохозяйственного производства, снабжения чистой питьевой водой и городской санитарии, а также подняли уровень жизни населения. Графики среднего роста западных европейцев резко пошли вверх и уже многие десятилетия продолжают в том же духе.

Связь между ростом и здоровьем по-прежнему хорошо видна в наши дни. За современным примером достаточно обратиться к Северной и Южной Корее. КНДР занимает 188-е место из 195 в Индексе человеческого развития ООН (ИЧР) – при расчёте этого показателя принимаются во внимание средняя продолжительность жизни, доходы

и уровень образования. При этом средний рост северокорейских мужчин на 3–8 см ниже, чем у их сверстников из Южной Кореи, которая в ИЧР 2014 г. находилась на 14-м месте.

Генетический фактор

Как почти любая характеристика человеческого организма, рост очень сильно зависит от генов. У высоких пар в большинстве случаев будет высокое потомство. Но при этом недавние подвиги в показателях среднего роста в некоторых странах нельзя списать на эволюционный отбор.

На самом деле, с чисто дарвинистской позиции, согласно которой более приспособленные организмы производят больше потомства, Homo sapiens поступает строго наоборот. Живущие в бедности, менее здоровые и за счёт этого менее высокие пары, как правило, имеют больше детей, чем зажиточные люди. Если рассматривать глобальную ситуацию, то оказывается, что обычно вариации в среднем росте связаны с разницей в социально-экономическом статусе и питании.

С генетической точки зрения современные рекорды роста говорят не об успехе естественного отбора, а о том, что организмы получают всё необходимое для того, чтобы как можно более полно реализовать заложенный в генах потенциал. «Главный урок заключается в том, что окружающая среда накладывает свой отпечаток на человеческое тело. Дело тут не только в генетике», – заключает профессор Комлос.

Кстати

Повышенная привлекательность

Стоит отметить, что высокий рост считается привлекательным во многих культурах. Рост также служит на удивление точным показателем оценки потенциального уровня доходов. Часто приводятся в пример результаты исследования, которое показало, что с каждым дополнительным дюймом (2,54 см) роста его обладатель в среднем в год трудовой жизни зарабатывает на 976 долл. больше.

Но на каком-то этапе эта зависимость заканчивается. Рост явно не коррелирует с богатством напрямую, если не брать известных спортсменов и моделей. Зарабатывающие миллионы главы корпораций далеко не всегда великаны. Описанная зависимость сходит на нет в районе 190 см, когда просто высокий рост переходит в категорию необычно высокого.

Юрий ГОРСКИЙ.

По материалам BBC-Medicine.

Ну и ну!

102-летняя жительница Германии Ингеборга Рапопорт получила учёную степень в Гамбургском университете и стала старейшим кандидатом медицинских наук в мире.

фессором педиатрии. Была награждена национальной премией за работу, результатом которой стало снижение младенческой смертности в ГДР.

С 1933 по 1945 г. нацисты в

Старейший кандидат наук

Впервые она попыталась защитить диссертацию в 1938 г. Работа была посвящена проблеме дифтерии. Однако нацистские власти не допустили Рапопорт к защите из-за того, что её мать была еврейкой.

«Это было дело принципа. Я решила защищать диссертацию в 102 года не ради себя, а ради жертв нацизма», – рассказала она. Причина, по которой она не стала защищать диссертацию раньше, не сообщается.

В апреле три профессора из Гамбургского университета отправились к Ингеборге Рапопорт, проживающей в восточной части Берлина, чтобы она рассказала им о своём исследовании. По словам пожилой женщины, подготовиться к защите ей помогли друзья. Они, в частности, занимались поисками в Интернете, какие исследования в области борьбы с дифтерией были сделаны за последние 80 лет.

После несостоявшейся защиты докторской диссертации в 1938 г. Рапопорт эмигрировала в США. В 1952 г. она приехала в Восточный Берлин, где стала про-



Германии систематически преследовали и истребляли евреев. На первом этапе, с 1933 по 1939 г., евреев дискриминировали и грабили. После начала Второй мировой войны их депортировали в лагеря и гетто, где массово уничтожали. Жертвами нацистов стали более 6 млн человек еврейской национальности. К концу войны в Германии в живых их осталось не более 10 тыс.

Игорь НИВКИН.

По материалам
Kölnische Rundschau.

Проверь себя

Миф о йогурте

Многие убеждены в том, что регулярное употребление молочных продуктов, в частности йогуртов, укрепляет здоровье. Испанские исследователи из Мадридского университета доказали, что это не более чем миф.

В исследовании приняли участие более 4 тыс. человек. В течение трёх с половиной лет они находились под наблюдением специалистов. Учёные изучили их рацион питания и то, как йогурт влиял на состояние их здоровья. Оказалось, употребление в пищу йогуртов не

влияло ни на физическое, ни на психическое состояние участников эксперимента. Анализ данных показал, что у тех, кто регулярно ел йогурт, качество жизни, связанное со здоровьем, было примерно таким же, как и у тех, кто йогурт не употреблял.

Эксперты отметили, что обычно в исследованиях оценивается эффект от правильного питания в целом, а не польза отдельных составляющих рациона. Вероятно, из-за этого и возникают подобные мифы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medinform.net.

Важнейшие операции

Пол встал на место

В хайфском медицинском центре «Бней-Цион» под руководством профессора Игоря Сохотника была проведена одна из самых сложных операций в истории Израиля. У двухлетней девочки, уроженки страны, был выявлен врождённый дефект: в её организме, несомненно женского пола, оказались половые органы не ярко выраженного мужского типа.

Согласно пояснению профессора Сохотника, подобные половые органы промежуточного типа (по сути, лишние) часто определяются физиологически. Они бывают и мужского и женского вида. «Это генетический дефект, случающийся у детей от браков между близкими родственниками, например, двоюродными братьями и сёстрами», – продолжает свою мысль Игорь Сохотник.

Ребёнок наследует две половых

хромосомы: материнскую X и отцовскую X или Y – в зависимости от пола. При наследовании X-хромосомы ребёнок будет женского пола, а при наследовании от отца Y-хромосомы ребёнок будет мужского пола. При так называемом «смешанном типе» бывает разная степень нарушения.

В ходе 5-часовой операции по удалению лишних для женского организма мужских половых органов профессору Сохотнику ассистировал его коллега по больнице «Бней-Цион» профессор Даниэль Тейтельбаум, одновременно являющийся руководителем программы по детской хирургии на курсах повышения квалификации при Университете системы здравоохранения штата Мичиган, США.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Хайфа, Израиль.

Осторожно!

По образу и подобию

Регулярное проживание в доме с курящими родственниками практически удваивает шансы ребёнка стать курильщиком во взрослой жизни, утверждают исследователи из Университета штата Иллинойс в Чикаго.

В ходе исследования учёные изучили данные более 13 тыс. человек в возрасте от 18 до 74 лет. Анализ показал, что наличие курящих родителей и родственников, проживавших совместно, увеличивало вероятность того, что ребёнок станет курильщиком, почти вдвое. Среди участников исследования 40% испытуемых сообщили, что подвергались воздействию курения, будучи детьми.

Эксперты пояснили, что риск появления у человека во взрослой жизни вредной привычки связан с восприятием норм поведения.



В сознание ребенка закладывается информация о том, что такое поведение является вполне нормальным и может служить примером. Исследователи предупреждают, что все вредные привычки роди-

телей повышают вероятность того, что ребёнок захочет их повторить, когда повзрослеет.

Алина КРАЗЕ.

По информации medicinform.net.

Не только знатокам, но и просто любителям цыганской, русской по сути, песни знаком и близок романс, строка которого вынесена в заголовок. И безусловно, имя его исполнителя Юла Бриннера. Впрочем, более, чем романс, при упоминании имени Бриннера всплывает в памяти фильм «Великолепная семёрка». То есть его герой ковбой Крис – кумир нашего детства. В этом году исполняется 95 лет со дня его рождения и 30 лет со дня смерти, что в нашем случае знаменательнее.

Такие буйные узоры судьбы

Между тем не только романсом и фильмом прославился Юлий Борисович Бриннер. Трудно вообразить более узорчатую судьбу – под стать самому XX веку.

Когда в советском прокате вышел фильм «Великолепная семёрка», он имел сумасшедший успех. Большинство из зрителей не могли предположить, что в 30-е годы в Париже этот ковбой пел русские романсы в ресторанах, а в венах его течёт русская кровь? Его парижский друг, великий Жан Кокто, говорил: «Юлу Бриннеру нужно было сойти с ума, чтобы додуматься до того, что он когда-нибудь сможет стать великим Юлом Бриннером».

...Летом 1865 г. к капитану пиратского корабля, бороздившего моря вокруг Японии и Китая, пришёл юноша, и попросил доставить его до Японии. Юношу звали Жюль Бриннер, ему было 16 лет и он убежал из родительского дома в Швейцарии. За несколько месяцев работы Жюль стал незаменимым помощником хозяина, который полюбил его как сына. Когда пират умер, он оставил Жюлю всё своё состояние, и тот стал богатым и уважаемым членом британской колонии в Японии.

Там он женился, у него родились дети, но Жюль бросил семью и переселился во Владивосток. Стал Юлием Ивановичем и второй раз женился на дочери монгольского хана. У них родилось шестеро детей: три дочери и трое сыновей – Леонид, Борис и Феликс. Когда сыновья окончили гимназию, их послали учиться в Петербургский университет. В Петербурге Борис

Болезни великих

Окончен путь...

«Табачный» урок кумира нашего детства



знакомится с Марусей Благородной, дочерью владивостокского врача, на которой женится в 1914 г. и с нею возвращается во Владивосток дипломированным минералогом.

11 июля 1920 г. появился на свет сын, которого назвали в честь деда Юлом. В 1924 г., в Москве, в служебной командировке, отец Юла знакомится с актрисой Московского художественного театра Екатериной Корнаковой, женой Алексея Дикого (будущего народного артиста СССР, лауреата, сыгравшего Кутузова, Нахимова и даже Сталина). Через некоторое время Борис бросает семью и уезжает в Харбин с Екатериной. Это было сделано ещё и потому, что быть русским эмпаном становилось опасно. Его первая жена Маруся вместе с Юлом и дочкой Верой тоже отправляются в Харбин. Позже Юл просто сбежал из дома в Париж.

В Париже после долгих поисков работы он знакомится с Алёшей

Дмитриевичем, известным исполнителем цыганских песен. 15 июня 1935 г. в большом парижском кабаре состоялся первый концерт Юла Бриннера, исполнявшего цыганские песни в сопровождении 30 гитар. Певцу ещё не было и 15. В Париже 30 лет спустя они записали совместный музыкальный альбом «The gypsy and I» (1967). Пластика стала коллекционным раритетом.

До этого Юл работает спасателем на пляже, знакомится с труппой бродячих циркачей, 2 года выступает в цирке. Но однажды падает с трапеции на стопку монтажных труб и попадает в больницу с множеством переломанных рёбер и повреждённых позвонков. Во время лечения Юлу для снятия боли дают опиум, он привыкает и становится наркоманом. Однажды в доке, куда он ходит, чтобы купить опиум у матросов, знакомится с Жаном Кокто – известным поэтом, драматургом, художником авангардного направления, курильщиком опиума. Кокто знакомит Юла со своими друзьями Пабло Пикассо, Сальвадором Дали, Марселем Марсо, Жаном Марэ.

Юл понимает, что стал наркоманом. Он уезжает в Швейцарию, где год проводит в клинике. В 1938 г. возвращается в Париж и поступает учеником в русский театр. Но начинается война. Юл едет в Китай, где встречается с отцом и его женой Екатериной Ивановной. Бывшая актриса рассказывает Юлу о Московском художественном театре, о системе Станиславского и о своём учителе Михаиле Чехове. В 1939 г. Екатерина Корнакова даёт своему пасынку рекомендательное письмо к Михаилу Чехову, переехавшему в США и открывшему там школу актёрского мастерства, из которой вышли многие звёзды голливудского кино. Юл едет в Штаты.

Стимул женщин

Реальный опыт общения с женщинами Юл приобрёл в Париже. Но первой Настоящей Женщиной в его жизни стала несравненная Марлен Дитрих, которая научила его всему, что должен уметь и знать мужчина божественного круга. «Что ей тогда взбрело в голову, почему фрау Дитрих потребовала у парикмахера побрить меня наголо, она так и не объяснила. Но когда я, глядя в зеркало, машинально провёл рукой по бритому черепу, она положила на него свою руку и сказала: «Мистер Бриннер, мне кажется, в таком виде у вас не должно быть никаких проблем с репертуаром».

Лысый Юл стал суперзвездой, пользовался бешеным успехом у женщин. В разное время среди его возлюбленных были самые красивые, самые знаменитые актрисы: Джуди Гарланд, Мэрилин Монро, Ингрид Бергман.

Великолепный Крис

В 1959 г. Юл выкупил у Акиры Куросавы права на съёмку фильма по сюжету знаменитой картины «Семь самураев». Вестерн, получивший название «Великолепная семёрка», был поставлен режиссёром Джоном Стерджесом и вышел на экраны в ноябре. Картина имела огромный кассовый успех во всём мире, в том числе и в СССР, и тогда большинство из нас впервые услышали имя Юл Бриннер.

После успеха фильма «Великолепная семёрка» Юл Бриннер получал много предложений сниматься. Отчасти из-за идеального лысого черепа диапазон ролей был широкий: от Тараса Бульбы до израильского генерала, прототипом которого являлся Моше Даян. Тем не менее сам актёр довольно иронично относился к

своему успеху и признавался, что американское кино ему не нравится. Снимался Юл и в европейском кинематографе.

Звезда и смерть Бриннера

Юл был счастлив: он играл любимую роль в музыкальной комедии по мотивам гомеровской «Одиссеи». Спектакль получил славу по всей Америке только благодаря Юлу: публика хотела видеть знаменитого бритоголового актёра и заполняла зрительные залы. В апреле 1983 г. в Сан-Франциско был сыгран 4000-й спектакль «Король и я», и по этому поводу состоялось чествование Юла Бриннера.

Но радость Юла была омрачена. Днём позже он узнал, что у него неоперабельный рак.

С 15 лет Бриннер был заядлым курильщиком, выкуривал по 2-3 пачки сигарет в день. И хотя после 50 лет бросил курить, в апреле 1983 г. обратился к медикам, и они обнаружили у него рак лёгкого. Болезнь уже невозможно было вылечить, она прогрессировала: был затронут спинной мозг. Актёр испытывал страшные боли, но продолжал выступать в инвалидном кресле. И никто, кроме его партнёров по сцене, не знал о том, какие муки он испытывает.

После смерти Юла Бриннера по телевидению неоднократно повторялось его короткое обращение о вреде курения, снятое незадолго до смерти по заказу Американского онкологического общества. Сидя перед телекамерой, он говорил: «Сейчас, когда меня уже больше нет, предупреждаю вас: не курите. Что бы вы ни делали, только не курение. Если бы я мог вернуться назад и бросить курить, не было бы повода обсуждать мой рак. Я в этом убеждён». Это выступление впервые появилось на экранах в день смерти Юла Бриннера, 10 октября 1985 г., то есть без малого 30 лет назад...

Молва утверждает, что к посмертному призыву одного из самых популярных актёров прислушались более трети курильщиков Соединённых Штатов. Значит, есть смысл прислушаться и нашим современникам...

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Эврика!

В 1896 г. аптекарь из Гамбурга Оскар Тропловиц работал над созданием медицинского лейкопластыря. Один из вариантов был особенно неудачным: лента так сильно держала, что даже рвала кожу, когда её отклеивали. Лейкопластырь, в конце концов, был создан, а «неудачный» вариант позже прославился в качестве клейкой ленты – «скотча», как его принято называть в России.

Изобретениями мир вокруг нас кишит, но только тех мы зовём изобретателями, кто свою догадку положил на службу людям. Чаще это начинается с патента. Однажды вечером, 110 лет назад, 11-летний Фрэнк Эпперсон оставил на веранде стакан с лимонадом, который размешивал деревянной палочкой. Ночью ударили заморозки, к утру лимонад замёрз. Фрэнк вытащил за палочку замёрзшую массу из стакана и лизнул. Понравилось. Лишь 18 лет спустя он запатентовал «ледяной леденец». В первые 4 года было продано 60 млн эскимо – коммерческий рекорд того времени!

Не обходится в изобретательстве без альтруизма. Группа студентов-химиков из Германии руководствовалась желанием уменьшить количество мусорных отходов и внести таким образом свой вклад в борьбу с загрязнением окружающей среды. Объектом усовершенствований стали популярные во всём мире стаканы

Принцип «эскимо»

Всегда в жизни есть место изобретателям

для «кофе с собой». Точнее – пластиковые крышки для них: в отличие от самих стаканчиков крышки сложнее собираются и утилизируются. Именно их студенты и решили сделать съедобными: из американского печенья, рецепт теста которого они несколько изменили. Печенье долго не размокает, не даёт кофе пролиться и является лакомством, сопровождающим напиток. Разработчики, занявшие второе место на европейском конкурсе инновационных идей, сейчас планируют выход на рынок и занимаются поиском партнёров. Фантазия и изобретательности и нашим согражданам не за-



нимать. Но нет у россиян ярко выраженного стремления, как у американцев, найти применение своим знаниям с конкретной пользой для себя и других. У русских, похоже, это уж один альтруизм, минимум практицизма и ни на гран коммерции.

Красноречивее доказательства

русской непрактичности трудно представить, чем Царь-пушка. Извините, ещё есть и Царь-колокол. И с этим спорить вряд ли кто станет. А вот спор о первенстве изобретения велосипеда разгорелся в конце XIX века и длится по сию пору.

Общество велосипедистов

Германии постановило: установить памятник изобретателю велосипеда. Велосипедисты в соседней Франции, которой велосипед и обязан своим названием (по-французски vélocipède, от латинского vĕlōx «быстрый» и pēs «нога»), отреагировали на это известие с возмущением. Дескать, vélocipède сконструировал француз раньше немца. Тот факт, что патент на агрегат получил в 1866 г. гражданин США, никого не смутил.

Русский рассудит по-своему. В 1791 г. изобретатель Иван Кулибин продемонстрировал публике своё новое детище – трёхколёсную самокатку. Работу над этим механизмом Кулибин начал ещё в 1784 г., но на создание функционирующей модели потребовалось целых 7 лет проб и ошибок. То и был первый в мире велосипед...

Главное, не останавливайтесь – изобретайте!

Борис АДАМОВ.

Москва.

В студенческой жизни любого медицинского вуза апрель и май – всегда месяцы особенные. С лучами долгожданного весеннего солнца пробуждается от зачётов, коллоквиумов и сессий прогрессивная творческая поросль, и начинается безудержный и увлекательный марафон талантов, именуемый фестивалем «Студенческая весна».

Однако многое зависит не только от способностей самих артистов, но и от идеологического посыла – важно не только, как ты будешь удивлять благодарную публику, но и, главное, чем. Самую громкую славу, естественно, получают номера, касающиеся внутренней жизни вуза – инсценировки про студенческие будни, запоминающиеся курьёзные случаи, всевозможные пародии. И высшим пилотажем студенческого юмора всегда были театральные зарисовки, героями которых становились узнаваемые преподаватели. Достаточно просто со сцены произнести в том или ином контексте звучную фамилию профессора или доцента, и публика буквально ликует от восторга. Такой любопытный инцидент произошёл однажды и с героем этой занимательной истории.

Заведующий кафедрой фармакологии Тверской медицинской академии профессор Геннадий Базанов – личность невероятно популярная в студенческой среде. Он руководил одной из самых сложных, фундаментальных и принципиальных кафедр, входящих в тройку «судьбоносного экватора», сдав который на 3-м курсе, студент-медик мог не только официально называть себя «состоявшимся студентом», но и жениться (аналогично сопроводу в технических вузах). Вне зачётов и экзаменов этот профессор казался совершеннейшим душкой и обаятельным добряком. На своих лекциях Геннадий Александрович с неизменной очаровательной улыбкой и искренним удовольствием рассказывает уморительные анекдоты и занимательные истории на житейские темы, всегда уместно декламирует хулиганские стишки и афоризмы, да и сам удачно формулирует хлёсткие шуточки, чем вызывает восторг студенческой аудитории. При этом, что особенно ценно, он всегда умудряется в доступной форме популярно разъяснять самые сложные нюансы своей трудной для понимания науки, прививая неподкупный интерес к насущным медицинским проблемам.

В повседневном общении же профессор Базанов всегда прост и открыт для молодёжи, живо интересуется студенческой жизнью, охотно посещает театральные капустники, где от души наравне со студентами хохочет над остроумными шутками, которые частенько потом цитирует на своих лекциях новым поколениям будущих медиков. В профессиональной же среде он заслуженно считается серьёзным и крупным учёным, ведущим специалистом в вопросах фитотерапии и уникальным знатоком чудодейственных свойств лекарственных растений, на основе которых им уже несколько десятилетий подряд создаются новые лекарственные препараты.

Кажущийся на первый взгляд несколько легкомысленным, ли-

А ещё был случай

Неожиданное наказание



беральный нрав профессора-фармаколога, видимо, и стал однажды основанием для смелой идеи – показать на сцене сатирическую пародию на него. Зная об увлечении Геннадия Александровича собирательством лекарственных трав, студенты-шутники придумали сценку, где изобразили профессора в весьма необычном образе. Удачно имитирующий голосовую манеру Базанова студент-пародист для большей схожести с прообразом своего героя обложился пышными подушками, подчеркнув тем самым выдающуюся комплекцию профессора, надел самодельный парик, очки в толстой роговой оправе и комично расхаживал по сцене, повторяя знакомые каждому студенту «фирменные» жесты и демонстрируя характерную походку. Всё это самодеятельное шоу выглядело бы весьма занимательно, если бы не просматривался в выступлении весьма пикантный сценарный подтекст.

Студенты, увлечённые смелой идеей, не придумали ничего более оригинального, чем облачить героя в несуразные и безразмерные клетчатые шорты, деревенские калоши и настоящую растаманскую футболку. При этом профессор-фармаколог, якобы пребывавший на отдыхе, карикатурно расхаживал по импровизированному лесу, с огромной лупой в руках высматривал свежие поросли конопли, с увлечением срывал её листочки, тут же скручивал их в папиросы и на себе, так сказать, испытывал «лекарственные» свойства фитотерапевтических ингаляций. В результате своих экспериментов развесёлый натуралист неистово хохотал, неадекватно шутил, ловил занимательные галлюцинации и в итоге превращался в безумного Карлсона, эффектно улетающего в финале сценки за кулисы.

Зрительный зал в буквальном смысле неистовствовал! Восторг публики был запредельным! Громогласные аплодисменты, протяжное улюлюканье и свист поклонников, восхищённые поздравления сокурсников после триумфального концерта, сценарные фразы, раз-

летевшие на десятки цитат... И главная отрада для исполнителя – по удачному стечению обстоятельств в зрительном зале в этот вечер не было самого прототипа – профессор Базанов уехал в командировку.

Впрочем, отсутствие Геннадия Александровича оказалось недолгим. Буквально на следующий день, в субботу, профессор вернулся, и ему, естественно, коллеги в красках пересказали всё, что творилось на сцене вуза. Безусловно, заперевшись, понимали, что такой откровенно-жесткий стёб над преподавателем вряд ли одобряет его коллеги. Будут возмущения, порицания, недовольства. Но все искренне надеялись на то, что сам Геннадий Александрович, человек весёлый и задорный, любит пошутить и к студентам относится весьма лояльно.

Однако уже к воскресенью, когда адреналин и триумфальные эндорфины поутихли, к звёздам местного театрального олимпа пришло незбылемое осознание того, что палку-то они всё же перегнули. На такие смелые и отчаянные выкрутасы не грех и обидеться... А это может вылиться в непредвиденные последствия. И эти последствия не заставили себя долго ждать.

Буквально в понедельник основной костяк участников знаменитого студенческого вечера собрался на практический семинар по клинической фармакологии в просторной учебной комнате. И тут уже было не до смеху. Все ожидали прихода преподавателя, который точно был на пятничном концерте, но сразу после окончания его стремительно удалился, не поделившись личными комментариями.

И вдруг в учебный класс входит профессор Базанов... Студенты, явно перепуганные неожиданной встречей, с искренним удивлением на физиономиях вскопили с мест, приветствуя преподавателя. Геннадий Александрович дежурно поздоровался и попросил всех занять свои места. Серьёзное амимичное выражение лица профессора, раздражённый

взгляд, строгий железобетонный тон его спокойного голоса явно не предвещали ничего хорошего. После традиционной переключки всех присутствовавших на занятии, профессор произнёс свою вводную речь и обозначил цели и задачи предстоящего цикла.

Вяснилось, что за 10 дней, отведённых на изучение дисциплины, каждому студенту придётся не только тщательно готовиться к ежедневным устным опросам, но и учить солидную кучу тестовых заданий, писать вручную реферат с использованием новейшей литературы, проводить самостоятельный сбор лекарственных растений с описанием их фармакологических свойств, решать ситуационные задачи и в финале – представить обстоятельную курсовую работу, в которой должен быть отражён личный опыт применения полученных знаний. И это, не считая итогового зачёта на оценку! В аудитории повисло гробовое молчание. Все понимали, что час расплаты настал. Справиться с поставленными профессором задачами с первого захода не удастся даже самым заядлым отличникам. Надежды на своевременный выход на сессию растворялись с каждым новым пунктом в длинном списке требований.

Завершив вводную часть выступления, Геннадий Александрович неожиданно устремил свой пронизывающий взгляд на одного из студентов.

– Георгий Вакулин, встаньте! – строго проговорил профессор.

Самый известный в вузе своими артистическими способностями представитель культурного сектора спешно принял стойку по команде «смирно».

– Георгий Владимирович, ответьте мне на один вопрос, – после многозначительной паузы продолжил профессор. – Правда ли, что вы участвовали в концерте «Студенческой весны» в минувшую пятницу и исполнили арию Мистера Икса?

Отнекиваться было бесполезно. Ни один концерт в академии вот уже несколько лет не обходился без выступлений одарённого студента Вакулина, обладающего потрясающим оперным голосом. Георгий односложным «да» подтвердил своё участие.

– Скажите, пожалуйста, что ещё из присутствовавших здесь, помимо вас, принимал участие в студенческом капустнике? – опустил глаза в учебный журнал, хладнокровно продолжил Геннадий Александрович.

Понимая, к чему ведёт преподаватель, Георгий растерянно поглядывал на одноклассников. Среди явившихся на занятие было ещё 7 человек, засветившихся в тот вечер на сцене. Среди них – и исполнитель злополучной роли профессора-натуралиста. Ребята в оцепенении вжались в стулья. Скорбные выражения лиц умоляюще просили Вакулина не выдавать их фамилии. Предвкушая необратимое возмездие, но одновременно понимая, что правда повлечёт ещё больше проблем на этот раз

уже со стороны соратников по театральным экспериментам, с глубочайшей досадой и нескрываемой горестью «влипший» студент Вакулин решает повторить подвиг героя Матросова:

– Кроме меня в концерте больше никто не участвовал, – тихо проговорил Георгий.

– Я ещё раз спрашиваю вас, студент Вакулин! Кто из ваших коллег принимал участие в театральном вечере? – по-прежнему не отрывая глаз от журнального списка, повторил вопрос профессор.

– Никто, – чуть более громко проговорил волнующийся студент.

– Я в последний раз задаю этот вопрос! Вы точно уверены, что, кроме вас, больше никто не выступал на сцене в эту пятницу? – ещё более настойчиво поинтересовался Базанов.

– Я точно уверен, Геннадий Александрович! Никто! – словно солдат на параде отрапортовал Георгий.

Профессор неожиданно поднял глаза и холодящим взглядом снова пронзил стоящего перед ним студента.

– Хорошо. Я понял вас. Значит, мои следующие слова я адресую вам лично, – сакцентировал преподаватель и после очередной паузы продолжил:

– Уважаемый Георгий Владимирович! Вы проделали колоссальную творческую работу, подарившую зрителям огромное наслаждение! Тот триумфальный спектакль, который вы с соратниками представили на суд публики, вызвал неописуемый восторг и массу положительных эмоций. Все выходные мне звонили мои коллеги и делились впечатлениями. К сожалению, я не присутствовал на вечере, но охотно прислушиваясь к мнению авторитетных ценителей студенческого таланта. Вы честно заслуживаете поощрения. Учитывая вашу общую успеваемость по остальным предметам и оценивая ваши результаты обучения на нашей кафедре на ранних курсах, я принял решение освободить вас от прохождения данного цикла. Вы можете не посещать наши занятия и после сдачи реферата получить зачёт автоматом. Благодарю вас за ваш талант и буду ждать новых встреч на сцене академии!

От услышанного Вакулин едва не грохнулся в обморок. Ещё большая скорбь, перемешанная с досадой, злобой и нарастающей завистью охватила всех свидетелей разговора. Пытаться снова выручать своих одноклассников и на этот раз говорить правду было бессмысленно. Георгий, ошарашенный новостью, поблагодарил профессора за приятные слова и пулей выскочил из аудитории, не веря в произошедшее чудо. Попавшие же впросак студенты объявили ему незаслуженный бойкот. Который, впрочем, был снят сразу же после успешной сдачи зачёта по клинической фармакологии.

Максим СТРАХОВ,
врач.

Тверь.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Ю.БЛИЕВ.

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

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

Заказ № 15-05-00476 Тираж 31 145 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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