

Медицинская

14 апреля 2017 г.
пятница
№ 26 (7744)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgz.ru

Признание

Отличные навыки и знания!

Команда Курского медуниверситета – лучшая в России по неотложной помощи



В этом году команда Курского государственного медицинского университета стала победителем V Всероссийской олимпиады по практической подготовке «Золотой МедSkill», прошедшей в рамках VIII конференции «Неделя медицинского образования – 2017». Олимпиада объединила 51 команду. В ней приняли участие более 350 студентов России, Белоруссии, Китая и Киргизии. Соревнования проходили в Учебной виртуальной клинике Сеченовского университета, где и моделировались различные клинические ситуации, при которых необходимо было оказать медицинскую помощь в неотложной или экстренной форме.

Олимпиада состояла из 5 испытаний. Каждый участник команды

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян (в центре), ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко, ректор КГМУ Виктор Лазаренко и команда победителей

выполнял определённый алгоритм действий (продолжительностью 8,5 минут), а эксперты наблюдали за ходом сценария через видеосистему. Большая часть клинических ситуаций предусматривала наличие симулированных актёров в виде медицинского персонала, родственников пациентов. Коммуникативные навыки в настоящее время рассматриваются на равных с профессиональными компетенциями специалистов. То есть конкурсанты должны были спасти пациента в состоянии клинической смерти. При этом диагностировать острый коронарный синдром и осуществить расширенные реанимационные мероприятия при развитии фибрилляции желудочков и

асистолии. Провести обследование пациента и начать терапию пострессорного периода, оказать помощь роженице, уделив при этом внимание её мужу.

Деловая игра, целью которой было сопоставление клинической картины заболевания пациента с данными электрокардиограммы, результатами лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований, стала заключительным этапом соревнований. Надо ли говорить, что испытание потребовало предельной сосредоточенности и чёткого клинического мышления.

(Окончание на стр. 2.)

Сотрудничество

Космическая медицина в академии

Сотрудники НИИ космической медицины Федерального медико-биологического агентства России посетили Благовещенск, где прочитали лекции студентам Амурской государственной медицинской академии и обсудили с руководством вуза методики и научную программу совместных экспериментов на животных по изучению различных физиологических систем организма в условиях моделированной невесомости. Также был рассмотрен ряд идей о возможности проведения совместного эксперимента на борту российского сегмента международной космической станции.

Визит в Благовещенск, кстати, уже третий по счёту, прошёл в рамках договора между НИИ космической медицины ФМБА и АГМА. Как рассказал проректор по научной работе и иннова-

ционному развитию АГМА профессор Сергей Целуйко, на базе экспериментальной научной лаборатории меакадемии будут отрабатываться наиболее актуальные эксперименты.

В частности, проведение совместных опытов на лабораторных животных по изучению влияния на организм моделированной невесомости.

В рамках своего визита в Приамурье сотрудники института прочли студентам АГМА 6 лекций, в том числе «Космическая медицина: прошлое, настоящее и будущее», «Медицинское обеспечение космических полётов» и «Физические тренировки в длительных космических полётах».

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.



Владимир ШАБАЛИН,
заместитель директора Института общей патологии и патофизиологии:
Герiatr должен быть регулятором различных тенденций в перестройке медицинской помощи пожилым.

Стр. 6

Александр ТИГАНОВ,
академик РАН:

Спецвыпуск «МГ» для психиатров и организаторов психиатрического здравоохранения – лекция выдающегося психопатолога и клинициста А.В.Снежневского «Психиатрический диагноз», прочитанная полвека назад, не только не потеряла своей значимости и актуальности в настоящее время, но представляется неопределимой для будущих поколений врачей-психиатров.

Стр. 8-10



Валентина КИЧИГИНА,
заведующая лабораторией системной организации нейронов ИТЭБ РАН,
доктор биологических наук:

Эпилептический статус и последующий эпилептогенез могут значительно ослабевать под воздействием эндоканнабиноидной системы мозга.

Стр. 11

Акции

Диктант пациентам больничной палаты

В ежегодной образовательной акции «Тотальный диктант» впервые приняли участие пациенты Омской областной детской клинической больницы.

Жители Прииртышья в шестой раз присоединились к всемирному марафону грамотности, поддержав девиз акции «Писать грамотно – модно!». В этом году на территории региона было организовано 111 площадок для написания диктанта.

Текст, специально подготовленный известным российским писателем Леонидом Юзефовичем, в Омске и районах области продиктовали и написали представители органов законодательной и исполнительной власти, журналисты, деятели культуры и науки, студенты и школьники. Смогли проверить свою грамотность и маленькие пациенты хирургического и травматолого-ортопедического отделений областной детской клинической больницы, а также врачи этого медицинского учреждения.

Образовательную площадку здесь организовал благотворительный центр помощи детям «Радуга» при поддержке Омского государственного университета им. Ф.М.Достоевского и волонтеров «Тотального диктанта». Учебной аудиторией на время стала одна из больничных палат, которая смогла вместить более 20 человек.

Конечно, по состоянию здоровья не все ребята смог-

ли разместиться за импровизированными партами: кто-то писал диктант лёжа, а кто-то – стоя. Региональные координаторы диктанта высоко оценили значимость события. «Проведение «Тотального диктанта» в детской клинической больнице – одно из тех малых дел, которые не поражают своим размахом, но несут в мир добро», – прокомментировали они.

Благодарность организаторам выразил и принявший участие в диктанте заместитель главного врача ОДКБ Виктор Шевчук. По его словам, этот проект не просто способствует культурному обогащению юных пациентов, но и полезен для их здоровья. Ведь участвуя в нём, дети почувствовали себя вовлечёнными в активную жизнь всей страны. А положительные эмоции, которые они получили, несомненно, помогут их скорейшему выздоровлению.

– По числу участников Омск уже несколько лет удерживает четвёртое место после Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска, – отметил губернатор Виктор Назаров. – Количество площадок у нас с каждым годом увеличивается. Это замечательно, что омичи так активны в желании оценить уровень владения родным языком.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Насильно не оздоровить

Комитет Государственной думы РФ по охране здоровья предложил Минздраву России ввести в штатный норматив поликлиник должность «врача по спортивной медицине». С такой инициативой выступили участники «круглого стола» «Законодательные аспекты организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом», организованного Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья.

По мнению экспертов, россиянам необходима мотивация к здоровому образу жизни, включая бесплатные медосмотры для тех, кто регулярно занимается спортом. Помимо этого, Министерству спорта РФ рекомендуется разработать положение о присвоении звания «ветеран спорта РФ» с установлением мер дополнительной социальной поддержки.

Примечательно, что в начале нынешнего года министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила о необходимости найти экономические стимулы для здорового образа жизни в нашей стране. Глава федерального Минздрава также предлагала внести изменения в нормативно-правовую базу, чтобы создать систему мотивирования работодателей и работников к формированию здорового образа жизни и созданию «здорового производства».

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Москва.

В числе лучших

Ассистент кафедры госпитальной хирургии Амурской государственной медицинской академии кандидат медицинских наук Сергей Аникин стал призёром конкурса научных работ молодых учёных России по онкологии.

Организатор конкурса – учёный совет НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова (Санкт-Петербург). Из нескольких десятков работ лишь 18 были допущены к завершающему этапу конкурса – очному. Каждый конкурсант представил свой доклад на суд компетентного жюри. Прослушав выступление С.Аникина, корифеи онкологии отметили высокий уровень научной работы. В её основе лежала диссертационная работа по комплексному подходу в функциональной хирургии низкого рака прямой кишки, а также 9 патентов на изобретение и 4 свидетельства о государственной регистрации программ ЭВМ. В результате амурскому учёному жюри присудило 3-е призовое место (два первых достались представителем НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова).

Торжественное награждение победителей и призёров конкурса пройдёт в рамках престижного международного форума «Белые ночи-2017» в Санкт-Петербурге, а доклад С.Аникина включат в программу сессии молодых учёных.

Николай ИГНАТОВ.

Амурская область.

Востребовано и доступно

Медицинская помощь становится всё более доступной для жителей приморской глубинки. Так, сразу 3 вида диагностических исследований начнут предоставлять в ближайшее время в Ханкайской центральной районной больнице: холтеровское мониторирование, электроэнцефалографию и спирографию. Каждое из них в медицинском учреждении будет проводиться впервые.

Раньше для уточнения диагноза заболевания пациенты, нуждающиеся в коррекции лечения, вынуждены были выезжать в другие учреждения здравоохранения региона, тратить средства на дорогу и проведение исследований, тогда как сейчас они смогут получать эти услуги по месту жительства.

Для проведения всех 3 видов исследований уже приобретено необходимое оборудование, которое разместится в кабинете функциональной диагностики – уже втором в ЦРБ. Его планируют открыть в медучреждении в начале июня. К работе готова приступить повысившая свою квалификацию медсестра функциональной диагностики.

В настоящий момент в больнице ждут возвращения врача, проходящего профессиональную переподготовку в Хабаровске.

Николай СТРАХОВ.

Приморский край.

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

События

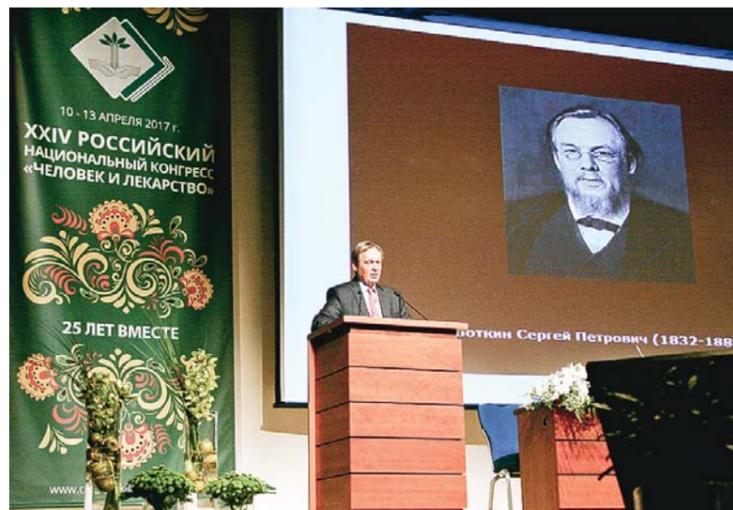
С именем великих
ПОДВИЖНИКОВ

В Москве завершил работу XXIV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»

Этот форум внесён в перечень мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РФ до 2020 г. и постоянно включается в годовую план научно-практических мероприятий Минздрава России.

В приветственном адресе министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, оглашённом во время церемонии открытия, было сказано, что на этот раз в центре внимания участников конгресса самые актуальные тенденции в лечении неинфекционных заболеваний. О значимости форума также говорили в своих выступлениях главный государственный санитарный врач страны Анна Попова, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы России Тимофей Нижегородцев, президент ассоциации «Росмедпром» Юрий Калинин. Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Козлова выразила уверенность, что встречи, обмен опытом во время конгресса будут способствовать появлению новых законодательных инициатив.

Конгресс аккредитован Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, поэтому важнейшей частью его программы стали школы для практикующих врачей. Кроме того, за 4 дня рабо-



Александр Чучалин во время открытия конгресса

ты форума состоялось множество лекций, симпозиумов, «круглых столов», дискуссий, клинических разборов, образовательных семинаров и других мероприятий.

Уже стало традицией проведение в рамках конгресса совещания профильной комиссии Минздрава России по специальности «терапия». На этот раз целью и задачей совещания было ознакомление с современными требованиями по оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах больным терапевтического профиля.

Многодневным сквозным мероприятием форума стал съезд

молодых терапевтов, посвящённый 185-летию со дня рождения С.Боткина. Выступая на церемонии открытия, президент конгресса академик РАН Александр Чучалин назвал С.Боткина, его сына Е.Боткина, канонизированного Русской православной церковью, В.Вересаева, В.Войно-Ясенецкого (архиепископа Луку) нравственными ориентирами для врачебного сообщества. Дух этих подвижников словно витал в залах и аудиториях конгресса «Человек и лекарство».

Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Признание

Отличные навыки и знания!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– В Курском медицинском университете сохранился стиль преподавания, сложившийся за несколько столетий в России, – это Московская, Санкт-Петербургская, Казанская, Харьковская и другие школы, основанные в первую очередь на обучении у постели больного, – говорит ректор университета, профессор, заслуженный врач РФ Виктор Лазаренко. – С другой стороны, современные образовательные технологии, реализуемые, в частности, в симуляционных классах, позволяют отработать как первичные навыки манипуляций, так и смоделировать огромное количество гипотетических ситуаций, в том числе неотложного

характера, что даёт возможность сформировать навыки совместного взаимодействия. Далее базовые тренинги сочетаются с работой в полноценной симулированной среде – имитированной палате реанимации, родильном зале, зонах ЧС, процедурном кабинете. Есть в КГМУ и собственные «актёры». Студенты с 1-го курса учатся оказывать неотложную помощь. Вместе с этим получают специализированные актёрские навыки: изучают состояния и травмы, которые могут возникнуть в чрезвычайной ситуации, детально разбирают реакции и поведение людей в ситуациях, требующих неотложной медицинской помощи. Обучение навыкам неотложной помощи и актёрскому мастерству проходит

в рамках тьюторского движения, когда старшекурсники передают свои знания младшим курсам.

Практической подготовке в университете уделяется особенное внимание, о чём говорят стабильные результаты команды: в предыдущих пяти олимпиадах «Золотой МедSkill» в трёх случаях студенты были призёрами, занимая вторые и третьи места, и в этом году команда Курского медуниверситета завоевала долгожданное первое место.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

(Продолжение темы на стр. 12.)

Современные технологии

Ассистирующий роботохирургический комплекс был представлен в Москве. Его характеристики и функции в рамках экспериментальной хирургической операции продемонстрировали наши ведущие специалисты.

Комплекс разработан при поддержке Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, Института конструкторско-технологической информатики Российской академии наук и других государственных учреждений.

«Сегодня говорили о том, что если при некоторых операциях кро-

Отечественные возможности впечатляют

вопотеря составляет от 1,5 до 2 л, то здесь возможна потеря 20-50 мл крови. Это значимо биологически, потому что мы удаляем только то, что нужно удалить, и то, что необходимо. Сейчас происходит переход на клеточный уровень», – отметил на мероприятии заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой.

Важно подчеркнуть возможность значительного повышения точности и жёсткости конструкции, что позволяет использовать разработку для разных видов хирургических

вмешательств. Цифровая платформа комплекса позволяет использовать возможности искусственного интеллекта – как при планировании, так и во время операции.

Помимо вышеперечисленных качеств, комплекс позволяет проводить вмешательства с разрешением на максимальном – клеточном уровне. Такие характеристики недоступны зарубежным аналогам.

«Необходимо понять, что без этого мы в будущем обойтись не сможем. Вот это и есть показатель качества, полноты, эффективности

медицинской помощи, которую должны получать наши граждане. Но здесь ещё есть одна очень важная составляющая – это то, что «сердце» работа отечественное. Оно состоит из отечественных комплектующих, базируется на отечественной информационной системе, создано нашими учёными, и поэтому мы можем быть независимыми», – подчеркнул С.Краевой.

Также в ходе презентации об особенностях и уникальности разработки рассказал главный

специалист-уролог Министерства здравоохранения РФ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова Дмитрий Пушкар: «Многие были свидетелями того, как проходит моя работа за консолью, находясь рядом. Благодаря новым возможностям разработки мы можем проводить операции совместно! Эта возможность есть только у нас».

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Cito!

Пресс-конференции

Когда и какой быть пенсии?

Недавно в Москве прошла пресс-конференция председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и председателя Союза пенсионеров России Валерия Рязанского, в ходе которой были затронуты вопросы совершенствования законодательной базы в социальной области, в сферах трудовых отношений, здравоохранения и пенсионного обеспечения.

Из законов, которые сейчас находятся в разработке, это закон о круге лиц, имеющих право на социальную пенсию, в частности дети-сироты. Поднимается тема, связанная с сохранением здоровья граждан от воздействия табака, отношением к электронным сигаретам и кальянам.

Что касается вопроса о начислении пенсий и выходе на неё, закон достаточно строго говорит о соответствующих параметрах. В советские времена, чтобы претендовать на пенсию, нужно было иметь хотя бы 20-25 лет минимального стажа и соответствующий возраст. Тогда, чтобы не прослыть

тунядцем, заработать такой стаж и при этом не получать зарплаты было просто невозможно. Сейчас учитываются вложения работодателя в саму пенсионную систему и минимальные требования для получения пенсии со всеми социальными выплатами – стаж 15-20 лет и возраст 55 лет у женщин и 60 у мужчин соответственно. Совершенно очевидно, что мужчина, начав работать с 20 лет, к 60 годам эти 20 лет трудового стажа вполне может заработать. Чтобы получить минимальную пенсию, достаточно отработать 8 лет, зарабатывая в месяц не менее двух минимальных зарплат и достигнуть пенсионного возраста.

Хороший выход для будущих пенсионеров – накопительная пенсия, в этом проекте уже приняты участие более 20 млн человек. На сегодняшний день собрано почти 3 трлн руб. добровольных взносов (взнос равен 6% от зарплаты), которые работают в экономике нашей страны, и эту технологию накопления надо продолжать.

Что касается увеличения пенсионного возрастного ценза, коми-

тетом совместно с Министерством здравоохранения РФ было проведено исследование здоровья людей предпенсионного возраста.

Согласно данным Научного центра профилактической медицины, у многих будущих пенсионеров возникают негативные последствия со здоровьем, связанные с резким прекращением трудовой деятельности, так что аргументы по части увеличения пенсионного возраста у Минздрава будут очень существенными, если этот вопрос поставят на обсуждение. Иначе может возникнуть ситуация, когда многие 63-летние мужчины просто станут инвалидами, а это целый набор дополнительных социальных льгот из бюджета, включая расходы на лекарственные препараты.

Но человек должен сам принимать решение, сколько ему трудиться, вопрос в том, как ему предоставить активное долголетие, включая его материальное положение и состояние здоровья.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Официально

Ни в одном из законопроектов...

Минздрав России и Федеральный фонд ОМС с удивлением обнаружили распространённую в СМИ информацию о том, что якобы безработные и самозанятые россияне будут лишены бесплатных полисов обязательного медицинского страхования. Эта информация не соответствует действительности и является искажением позиции ведомств. Об этом говорится в совместном заявлении Минздрава России и фонда ОМС.

Ликвидации такой базовой социальной гарантии, как право на бесплатную медицинскую помощь в рамках ОМС, не предусмотрено

ни в одном из готовящихся законопроектов или нормативных актов. Это неизменная и согласованная позиция Минздрава и ФОМС: Кон-

ституция РФ гарантирует право на бесплатную медицинскую помощь всем гражданам нашей страны без различия, работают они или нет.

Любые совершенствования системы ОМС основываются на этом положении и не предполагают какого-либо снижения объёма прав на бесплатную медицинскую помощь.

Соб. инф.

Инициатива

Наделят новыми полномочиями?

Вице-губернатор Приморского края Павел Серебряков предложил проработать ряд инициатив по наделению территориального фонда обязательного медицинского страхования новыми полномочиями. Свои предложения заместитель глава региона озвучил на заседании правления фонда.

В частности, он выдвинул предложение о наделении фонда полномочиями по проведению комплексной проверки медицинских учреждений, в том числе по эффективному использованию ими средств и закупок. В настоящее

время специалисты ТФОМС уполномочены осуществлять проверку только по использованию средств ОМС.

Заместитель главы региона, который одновременно является председателем правления ТФОМС,

отметил: не исключено, что полномочия по проверке эффективного использования средств и закупок могут касаться не только средств ОМС, но и всех других источников дохода медучреждений.

Участники заседания также рассмотрели вопросы формирования и использования средств нормированного страхового запаса в 2017 г., дали оценку переходному этапу оплаты медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара по клинко-статистическим группам.

Игорь ВОЛКОВ,
МИА Сито!

Владивосток.

Профилактика

Подмосковье как единый «здоровый город»

В рамках акции «Здоровый город», приуроченной ко Всемирному дню здоровья, в Московской области проведено профилактическое мероприятие, не имеющее аналогов по своему масштабу. В нём приняли участие более 200 тыс. человек. Основные массовые мероприятия с участием глав местных администраций прошли в 18 подмосковных городах: Серпухове, Луховицах, Дзержинском, Жуковском, Клину, Наро-Фоминске, Химках и т.д.

Все желающие вместе с известными спортсменами приняли участие в утренней зарядке, тан-

цевальной разминке, активных играх и спортивных соревнованиях, сдаче норм ГТО. Такие действия прошли во всех образовательных учреждениях, спортивно-оздоровительных школах, спортивных площадках, в парках, на центральных площадях городов, на производственных предприятиях. Самые достойные, победившие в олимпиадах здоровья, были награждены ценными призами.

Также по основным улицам городов и в парковых зонах были проложены маршруты «10 тыс. шагов к здоровью». Во многих городах объявлены территории, свободные от курения. При активном участии молодых волонтеров прошли тан-

цевальные флешмобы, направленные на пропаганду здорового образа жизни. Силами медицинских работников центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики были организованы скрининговые обследования для определения факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Проведены открытые школы и уроки здоровья, семинары, лекции, в частности по профилактике депрессии, а также мастер-классы, в том числе по скандинавской ходьбе и танцам, направленные на повышение физической активности. Всё это привлекло внимание как людей пожилого возраста, так и молодёжи.

Екатерина ИВАНОВА,
главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Минздрава Московской области.

Решения

В Департаменте здравоохранения Москвы столичным врачам, получившим статус «московский врач», пообещали доплату в размере 30% от оклада. Глава департамента Алексей Хрипун назвал этот статус «знаком качества» для московских докторов; чтобы его получить, необходимо раз в пять лет сдавать дополнительные экзамены. Проект будет запущен в сентябре нынешнего года.

Надбавка за статус

«В частности, специалист, который получил статус «московский врач», будет иметь право на материальное стимулирование до 30% от должностного оклада», – сказал А.Хрипун, добавив, что получившие статус «московский врач» медработники гарантированно получат 30% надбавки к должностному окладу.

Внедрение профессионального статуса «московский врач» было окончательно утверждено 4 апреля этого года на заседании президиума правительства Москвы. По словам А.Хрипуна, докторам, получившим этот статус, будут обеспечены хорошие карьерные позиции как в медучреждениях, подшефных департаменту, так и в самом высшем отраслевом ведомстве столицы.

Претендовать на статус «московский врач» смогут медики из любого региона страны, однако, как заметил А.Хрипун, доплачивать за этот статус будут только в московских медучреждениях.

Чтобы получить статус «московского врача», медработникам нужно будет сдать трёхступенчатый экзамен, аналогичный аккредитации, которую внедряет федеральный Минздрав по всей стране. Первый этап представляет собой компьютерное тестирование, второй – демонстрацию владения практическими навыками на

симуляторах, третий – собеседование с комиссией департамента.

В комиссию также войдут профессора клинических кафедр, главные врачи столичных медучреждений и «наиболее авторитетные представители медицинских вузов, имеющие высокую профессиональную репутацию». Комиссия также изучит профессиональное портфолио врача, в которое войдёт «информация о индивидуальных достижениях по различным направлениям деятельности».

Пилотный проект по сдаче экзаменов будет запущен в сентябре 2017 г. Получить этот статус смогут 5-7 тыс. врачей самых востребованных специальностей – терапевтов, неврологов, эндокринологов, педиатров, семейных докторов, лучевых диагностов (рентгенологов), анестезиологов-реаниматологов, кардиологов, акушеров-гинекологов, урологов и травматологов-ортопедов.

Несмотря на то, что проект обещают запустить осенью нынешнего года, нормативных документов, регламентирующих порядок присвоения и подтверждения статуса «московский врач», состав экзаменационных комиссий, форму свидетельства о получении статуса, ещё нет.

Ян РИЦКИЙ,
МИА Сито!

Москва.

Перспективы

Поставить заслон



Руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко принял участие в заседании Государственной комиссии по противодействию незаконному обороту промышленной продукции.

В ходе заседания комиссии руководитель Росздравнадзора рассказал присутствующим о новом порядке ввода в гражданский оборот лекарственных средств для медицинского применения и представил на одобрение соответствующий проект федерального закона.

Также на заседании обсудили вопрос ратификации Российской Федерацией Конвенции Совета Европы о борьбе с фальсификацией медицинской продукции.

По итогам заседания Государственной комиссией по противодействию незаконному обороту промышленной продукции одобрен пакет документов, необходимых для ратификации Российской Федерацией Конвенции Совета Европы о борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения, и проект федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросу ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов».

Яна ГЛАЗКОВА,
внешт. корр. «МГ».

В Клинической больнице № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России есть многолетняя традиция: если человека угораздило находиться в свой день рождения на больничной койке, то вместе с наилучшими пожеланиями он получает от медицинского персонала сувенир. Недавно в заведённом устье было допущено исключение, когда заведующая отделением оториноларингологии кандидат медицинских наук Наталья Конеченкова и ординатор Лариса Матросова вместо привычных настенных часов или чайной пары с логотипом больницы преподнесли букет хризантем юноше с острой баротравмой – медицинским последствием террористической атаки в городском метрополитене. Как знать, встретил бы вообще первокурсник Санкт-Петербургского государственного экономического университета Лёва Гаюна свою 19-ю по счёту весну, не оказавшись он в момент взрыва заслонённым от поражающей начинки самодельной бомбы телами рядом стоящих пассажиров, трёх рослых мужчин, которые погибли на месте. Нежные лепестки хризантемы символизируют помимо любви ещё и печаль...

...Особенность минно-взрывных травм не в диковинку петербургским специалистам: поражающими факторами зачастую становятся не только адский коктейль из всевозможных металлических предметов и вторичных ранящих агентов, но и тяжёлые воздействия ударной волны и пламени. В замкнутом пространстве при взрыве закономерны ожоги, не избежать разрушения внутренних органов и конечностей, которые сопровождаются кровопотерей и шоком. Вот почему скорость эвакуации и профессионализм врачей явились «альфой и омегой» развернувшейся битвы за спасение здоровья и жизни пассажиров «подземки».

Её предварительные итоги подвела «социальный» вице-губернатор Санкт-Петербурга Анна Митянина на последней пресс-конференции. Уже в течение получаса от момента прибытия состава с дымящимся третьим вагоном на станцию «Технологический институт» раненые с наиболее грозными травмами были перемещены в салоны автомобилей городской станции СМП, где получили экстренные медицинские пособия. К тому времени готовность принять эвакуированных подтвердили НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Мариинская больница, городская больница № 26, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова. Они-то и приняли на себя первый удар – к вечеру количество доставленных в приёмные отделения машинами службы «03» составляло 34 человека. Чуть позже цифры выросли почти вдвое. В этих стационарах сутками шли оперативные вмешательства, каждому тяжёлому больному было выполнено от 2 до 6 операций.

Среди госпитализированных в лечебные учреждения физические и психологически пострадавших пассажиров метро оказалось немало и тех, кто попал туда не «по скорой», а так называемым самоходом ввиду ухудшения самочувствия. К числу «отсроченных» пациентов, у кого не наблюдалось видимого угрожающего жизни состояния, но кого родственники всё же привезли в близлежащую больницу, принадлежит и молодой коренной петербуржец Лев Гаюн.

Особый случай

Хризантемы для ангела-хранителя

За студента Льва Гаюна, чудом уцелевшего при взрыве в петербургском метро, врачи радуются вместе со всеми



Пациента оториноларингологического отделения Льва Гаюна поздравляют с днём рождения заведующая Наталья Конеченкова (справа) и лечащий врач Лариса Матросова

Его лечащий врач, опытный оториноларинголог Лариса Матросова рассказывает:

– Лёва поступил в приёмный покой с жалобами на оглушённость и заложенность уха. Вслед за терапевтом, неврологом и травматологом его осматривала я. Выявленный дефект барабанной перепонки с множественными гематомами в барабанной полости потребовал срочной

госпитализации во избежание возможного нагноения. На следующий день в сурдологической лаборатории больному была выполнена аудиограмма, которая подтвердила патологию. Между тем при выставленном диагнозе «Острый посттравматический средний перфоративный левосторонний отит, осложнившийся невритом слухового нерва слева», прогноз течения болезни вполне благоприятный. На нашей стороне молодой возраст пациента. Большое значение имеет своевременная разгрузка слухового

исход, то её, мол, всячески подерживают в нём врачи. «Дают на заживление барабанной перепонки полгода, – уточняет молодой человек. – В противном случае предстоит пластика».

Совершенно безнадёжное это дело – напугать питерского студента, родившегося в рубашке, операцией по анатомическому восстановлению звукопроводящей системы в органе слуха, которая вовсе не исключена. Ведь он стоял в 3 шагах от смерти, и это не просто красивая словесная фигура, а доказуемый факт!

«Технологический институт». «Смотрите! – рисует юноша на листке бумаге схему вагона. – Вот первые двери по ходу поезда. Мне повезло, что, войдя через них на «Невском проспекте», я, когда на «Сенной площади» вышло много народу, «отлип» спиной от них и прошёл в самое начало вагона, встал у двухместных сидений. А вот вторые двери, между ними и первыми, как я сейчас понимаю, и занял атакующую позицию смертник».

В момент того взрыва мой соседник доставал наушники, хотел послушать музыку. Вагон резко подпрыгнул, однако от сильного толчка он не упал, поскольку за мгновение до светового раската взялся за поручень. Сознание же как будто на секунды пропало. Когда очнулся, глаза обжигала повисшая в воздухе невыносимая гарь. Под набегом ударной волны выпали контактные линзы, которые он носил, но картина не библейского, а всамделишного апокалипсиса всё-таки была различима: каменное лицо женщины преклонного возраста с разбитой головой, душераздирающий крик девушки подле убитой матери, выплывающие отовсюду осколки стекла, части вагонной обшивки в свободном полёте...

После того как молодой человек помог выйти через разбитое окно двум старушкам, чьи-то руки, протянутые с перрона, выдернули из пепелища его самого. Ещё не доходя до эскалатора, он сделал звонок родителям. Только потом, когда за ним приехал отец, и градус потрясения понизился, сильно разболелось левое ухо...

Попал Лев Гаюн, конечно же, в надёжные руки: врачи КБ № 122 им. Л.Г.Соколова наделены богатейшим опытом оказания специализированной медицинской помощи при катастрофах. В перечне адресов, где они эффективно работают, значатся Чернобыльская АЭС, Северный Кавказ. При всём этом «спецы» уверяют: никакие лекарства не заменят добрых сердец, настезь распахнутых пострадавшим. Более полутысячи напутствий с пожеланиями выздоровления петербургскому студенту и приветами в адрес его ангела-хранителя разместили в социальных сетях и прислали на телефон юного пациента отделения оториноларингологии друзья и совершенно незнакомые люди. Да будет известно, что как раз своему ангелу-хранителю Лёва мысленно и «передарил» букет хризантем, вручённый ему по случаю дня рождения представителями оториноларингологической службы от лица всей больницы. Но врачи за это, я думаю, на него, не в обиду...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

Проекты

Южный Урал вошёл в восьмёрку регионов, в которых Минздрав России и Научный центр здоровья детей реализуют пилотный проект, посвящённый изучению здоровья школьников. Куратор проекта, председатель Союза педиатров России Лейла Намазова-Баранова прибыла в Челябинск и рассказала о программе.

«Союзу педиатров России в этом году исполняется 90 лет, и за это время выстроена мощная система охраны детского здоровья. Но она нуждается в постоянном обновлении, насыщении современными технологиями, – объяснила Л.Намазова-Баранова. – Именно для этого в регионах страны в этом году пройдёт ряд мероприятий, в ходе которых мы должны оценить и переосмыслить, что сегодня

На контроле — здоровье школьников

Также проходит обучение навыкам неотложной помощи

происходит в отечественной педиатрии, и предложить в рамках нескольких пилотных проектов те изменения, которые в дальнейшем будут тиражированы по всей стране. Каждый регион имеет свои особенности здоровья детей, и нынешний пилотный проект посвящён определению этих особенностей. Выбраны 8 регионов в каждом федеральном округе. В Уральском федеральном округе выбрана Челябинская область. В рамках этого проекта специальная бригада из Москвы работает в челябинских школах и проводит осмотр

примерно 300 детей в возрасте 11 и 15 лет. Специалисты оценят соматическое и неврологическое здоровье, а также устойчивость к инфекциям, когнитивную деятельность детей, психологический статус школьников».

В «пилотных» школах также пройдёт обучение педагогов, медиков, старших подростков навыкам неотложной помощи, которую важно успеть оказать до приезда «скорой». Также педагогов и медиков обучат распознаванию сложного психологического состояния ребёнка, чтобы определить детей,

которые могут решиться на рискованные шаги, и вовремя им помочь. Через год столичные специалисты приедут повторно и оценят, как принятые по итогам обследования и обучения меры повлияли на общую ситуацию со здоровьем, психологическим состоянием и даже успеваемостью школьников.

«В последние годы в нашей области, к сожалению, среди подростков растёт заболеваемость новообразованиями, болезнями кожи и подкожной клетчатки, болезнями глаз, органов пищеварения, кроме того, часто встречаются так назы-

ваемые внешние причины – травмы и отравления, – отметила заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова. – Поэтому мы всё время ищем технологии, как сохранить здоровье наших детей для их дальнейшей активной жизни, развития. Сейчас в челябинских школах работает бригада из 15 специалистов, от которых мы ждём практических рекомендаций».

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Тенденции

Горизонты протонной терапии

В ней очень нуждаются наши пациенты

В Ульяновской области состоялся технический запуск протонного ускорителя Федерального высокотехнологического центра медицинской радиологии. Испытания прошли в рамках визита руководителя ФМБА России Владимира Уйбы и заместителя министра здравоохранения РФ Сергея Краевого.

«В городе Димитровграде находится уникальная протонная установка, аналогов которой нет в России, и, я думаю, ещё долгое время не будет, так как она очень дорогая и требует огромной инфраструктуры», – отметил В.Уйба. – Не случайно мы её построили в Димитровграде, где уже есть площадка Научно-исследовательского института атомных реакторов, единственного центра ядерных реакторов Росатома. Кроме протонной терапии, мы будем использовать метод радионуклидной терапии не повреждающий ткань безоперационный метод».

Он также пояснил, что благодаря протонной терапии врачи смогут добраться до опухоли любой локализации, то есть даже в недоступные для скальпеля и резистентные к химиотерапии места. «Протонная терапия, по сути, – единственный метод лечения таких пациентов. И если раньше подобный диагноз был приговором, то благодаря протонной установке появляется возможность излечения, то есть опухоль уничтожается полностью физикой пучка. Рецидива после этого лечения нет, и пациент выздоравливает. Благодаря высокой скорости пучка мы можем проводить протонную процедуру несколько раз, поражая не только материнскую опухоль, но и метастазы,

без ощутимого вреда здоровым тканям», – подчеркнул В.Уйба.

Руководитель ФМБА России отметил, что, несмотря на высокую стоимость метода, его использование позволит сэкономить бюджету РФ в год более 30 млрд руб. Кроме того, данная установка поможет провести точную диагностику и других заболеваний, например сердечно-сосудистых воспалений.

Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой подчеркнул, что ФВЦМР уникален тем, что это единственный в мире центр, на площадке которого собраны все методы диагностики и лечения – лучевые и ядерные, благодаря чему пациент может получить уникальную высокотехнологическую медицинскую помощь в одном месте.

«Этот циклотрон бельгийской компании был усовершенствован нашим российским институтом ядерной физики, благодаря чему его мощность увеличилась на 30%. В данной серии на сегодня это лучший аппарат, аналога которому в мире нет», – отметил он.

В настоящее время завершается механическая сборка оборудования Центра протонной терапии, подключение питания, сетей управления, систем охлаждения, подачи сжатого воздуха и медицинских газов к установкам и шкафам управления. Уже выполнены сборка и подключение механических систем комнат лечения, линии (системы) транспортировки протонного пучка, а также протонного циклотрона и его вспомогательных систем.

В России в протонной лучевой терапии нуждаются 30-50 тыс. человек в год. Она показана 7-8% онкологических больных, среди детей с различными опухолями эта цифра достигает 90%. Основ-

ным отличием данного центра от существующих экспериментальных лабораторий будет его высокая пропускная способность. В протонном корпусе ФВЦМР ФМБА России будут оказывать помощь 1200 пациентам ежегодно.

Сдача объектов центра в эксплуатацию будет происходить поэтапно в течение 2017-2018 гг. – с выходом на проектную мощность в 2019 г. Здесь предусмотрена консультативная поликлиника, ПЭТ-центр, радиологический центр, корпус радионуклидной терапии на 37 мест и круглосуточный стационар на 312 мест.

«Мы понимаем огромную ответственность, которая лежит на Ульяновской области в связи с созданием этого комплекса. На данный момент это важнейший объект для нас. Для этого была принята областная программа, в рамках которой регион вложил более миллиарда рублей в строительство самого центра, а также в инфраструктуру и благоустройство. В этом году в бюджете предусмотрено более 500 млн руб. на развитие Димитровграда. Сейчас мы создаём условия для комфортного пребывания будущих сотрудников и пациентов Центра радиологической медицины», – сообщил губернатор Ульяновской области Сергей Морозов.

Напомним, проект по созданию центра реализуется на территории Димитровграда по госпрограмме «Создание федеральных центров медицинских радиологических технологий» в рамках исполнения поручения Президента РФ.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Ориентиры

Педагогов московских школ начали обучать азам первой помощи. Специальный курс для работников образования запущен в медицинском симуляционном центре Департамента здравоохранения Москвы, расположенном на базе городской клинической больницы им. С.П.Боткина. Примечательно, что учителя, проходящие обучение в рамках данного проекта, не только слушают лекции, но и отрабатывают приёмы оказания первой помощи на пациентах-роботах.

Учатся учителя

Так, опытные врачи и медсёстры объясняют, что нужно делать при судорогах, тепловом ударе, травмах и ушибах. А также показывают, как обращаться с дефибриллятором, делать непрямой массаж сердца, применять приём Геймлиха (толчок с захватом сзади – используют, чтобы помочь при удушье, если человек вдохнул или проглотил инородный предмет). Подготовку прошли уже 160 столичных учителей.

«Данный курс рассчитан на 2 дня – по 9 академических часов в день. Но учителя слушают лекции о первой помощи лишь 4 часа. Всё остальное время занимает практика», – сообщили в пресс-службе департамента, добавив, что для отработки навыка искусственного дыхания, а также способов непрямого массажа сердца используют специальные торсы-фантомы. Они имитируют реакции организма взрослого человека и ребёнка. Такой робот способен воспроизводить человеческую реакцию на боль – издавать звуки, сужать зрачки. У симулятора есть пульс и сердцечное биение, у него может подниматься и снижаться артериальное давление, сбиваться сердечный ритм. Робота можно делать повязки, накладывать жгуты и шины. На нём также учатся оказывать помощь при

чрезвычайных происшествиях на воде. Тренировки проходят в специальной 5D-клинике. Здесь с помощью звуков, шумовых эффектов и декораций имитируют экстренные ситуации, которые могут произойти в общественных местах.

Помимо азов первой помощи, учителя узнают на курсах, как максимально оперативно передать оператору станции скорой и неотложной помощи всю нужную информацию о том, где находится пострадавший и что с ним случилось.

Как сообщили в Департаменте образования Москвы, федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» обязывает педагогов обучаться навыкам оказания первой медицинской помощи. Пункт 11 статьи 41, указывающий на это, вступил в силу в середине прошлого года. «Практика изучения основ первой помощи распространится на все городские школы, – рассказали в ведомстве. – Это необходимо, чтобы в экстренных ситуациях, которые могут произойти с учениками в школе или за её пределами, педагоги правильно действовали до прибытия врачей».

Владимир СТЕБЛОВ,
МИА Сити!

Москва.

Проблемы и решения

Привлечению внимания общества к важности развития в России паллиативной медицины, необходимости обезбоживания и поддержки тяжелобольных пациентов и их семей служит проводимая в столице социально-культурная акция «Боль и воля».

В ней принимают участие яркие отечественные художники, многие из которых признаны российским и международным арт-сообществом. Они создавали работы для проекта, основываясь на личном опыте боли и переживаний или вдохновлялись мужеством других людей.

Автор графических историй Яна Сметанина, например, перед написанием картин для выставки беседовала с пациентами хосписа, слушая их рассказы о мгновенных счастья, причём не из жизни до болезни, а здесь и сейчас. В итоге мы видим на полотнах художника моменты простой и обыкновенной радости, которую испытывали эти люди, находясь на разных стадиях болезни.

– Я кормлю птиц из окна. Вот недавно прилетали синички. А одна была зелёная! Удивительная зелёная синичка... – со светлой улыбкой рассказала Яне одна из пациенток столичного хосписа.

Теперь этот миг зажил своей жизнью на картине. Работа прямо на выставке подарена президенту фонда помощи хосписам «Вера» Юлии Матвеевой с напутствием автора:

– Надеюсь, что искусство может помочь!

Так же думают все художники, представляющие здесь свои разноплановые работы. Благодаря

Красный цвет – цвет боли

Он напоминает о проблемах паллиативной помощи



Я.Сметанина и Ю.Матвеева с подаренной картиной

им зрители сопереживают боли, страданиям, старости. Слышат авторов и героев картин. Испытывают желание оказать помощь. Задумываются над поднимаемой темой. А кто-то даже становится волонтером.

– В своём видеоперформансе Лиза Морозова наказывает сама себя в ответ на сообщения массмедиа о ежедневных муках раковых больных. Так она трансформирует чужое горе в свою травму.

Красный цвет символизирует мученичество в классическом голландском натюрморте – с красных

листов копирки у Хаима Сокола проступают лики мучеников XX века.

Минималистическая инсталляция Ольги и Олега Татаринцевых связана с критикой тоталитаризма. А дуэт МишМаш (Миша Лейкин и Маша Сумнина) ставит под сомнение саму возможность художника изобразить страдание, – рассказывает о выставке куратор проекта Михаил Сидлин.

Важная роль в развитии паллиативной медицины отводится информированности населения о хосписах, о том, кто и когда может обратиться к специалистам

по паллиативу, чтобы прожить оставшиеся дни или месяцы без страданий. Многие смертельно больные россияне, которых нельзя вылечить, но кому можно помочь, не знают о том, где получить профессиональную помощь, где поддержат их и семью в этот непростой период.

Поэтому, по мнению организаторов, этот медико-социальный проект способен, помимо лекарственной терапии, оказать психологическую, юридическую и духовную поддержку пациентам и их близким.

«Для меня тема боли – это не проект, а повседневная работа. И вся деятельность нашей команды направлена на улучшение доступности обезбоживания. Хорошим знаком является то, что сегодня общество на всех уровнях говорит об этом».

Если художник, тонкий человек, чувствующий проблему кожей, заговорил о боли, значит, мы все вместе с этой проблемой справимся», – отметила в своём выступлении на открытии выставки главный специалист по паллиативной помощи Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы Диана Невзорова.

По мировым стандартам, на каждые 300-400 тыс. пациентов нужен один хоспис. Но ни в одном регионе России потребность

в паллиативе не удовлетворена на 100%. А возрастная структура населения продолжает меняться в сторону увеличения числа пожилых людей. К 2020 г. в стране на 100 работающих ожидается 54 пенсионера и 15 несовершеннолетних. По данным ВОЗ, мы удерживаем 48-е место из 80 по международному индексу «качества смерти». И 38-е место из 42 стран Европы по доступности наркотического обезбоживания.

В 2015 г. в паллиативной помощи нуждались более 1,5 млн наших соотечественников (получили – 180 тыс. человек), в обезболивании в конце жизни нуждались более 230 тыс. россиян (получили – чуть более 45 тыс.).

В 2016 г. обезболивание получили уже 30% нуждающихся в нём. Прирост помощи – 10% в год. А если удастся объединить усилия государства, общественных организаций, пациентских сообществ, волонтеров и благотворительных фондов, то можно приблизиться к социально ориентированному обществу, где уважают и ценят каждого человека. Где создаются условия для комфортной жизни гражданина – сколько бы её ни оставалось...

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

– Владимир Николаевич, вы авторитет для специалистов, которые занимаются здоровьем старшего поколения. Вам наверняка больно осознавать, что наша страна серьёзно отстаёт от ряда государств в этих вопросах. Но сегодня прошлое отношение к возрастным пациентам, будем считать, кануло в Лету, перелом наступил, и всё же, какие проблемы сейчас первоочередные?

– Старение населения – один из наиболее важных естественных процессов, происходящих в современном мире. С увеличением возраста резко обостряются проблемы, связанные с изменившимся социальным статусом пожилого человека, его физическим и психологическим состоянием, адаптацией к новым взаимоотношениям с членами семьи и обществом в целом и множеством других аспектов. Демографическое старение – это изменение возрастного состава населения, при котором в результате роста средней продолжительности жизни возникает относительное увеличение доли пожилых людей. Этот процесс уже в течение нескольких лет вносит в социальный уклад человеческого сообщества значительные изменения.

Процесс демографического старения представляет собой сложную палитру переплетений социального, личностного и биологического. К этой проблеме трудно подходить с меркой отставания или опережения в масштабах отдельной страны, нации, этноса. Я не берусь за системный анализ проблемы, но относительно её медико-биологической составляющей могу высказать некоторые соображения.

Прежде всего, я думаю, надо решать организационные вопросы. Так, фактическое отсутствие единой геронтологической службы в нашей стране во многом препятствует выработке единой государственной стратегии в отношении медицинских проблем пожилого возраста. В стране очень много учреждений различного профиля – медико-биологических и социальных, государственных и негосударственных, академических и общественных, которые решают вопросы геронтологии, но пока это россыпь без системного интегратора. Более того, за последние годы у нас утрачены даже те структуры, которые хоть как-то координировали научную деятельность учреждений, разрабатывающих возрастные медико-биологические проблемы. Так, до недавнего времени работал Межведомственный совет по геронтологии при Российской академии медицинских наук и Минздраве России, который курировал более 200 учреждений. Каждый медицинский вуз, многие научные институты других ведомств разрабатывали вопросы старшего поколения, а результаты их исследований стекались и анализировались советом. Пусть это был неглубокий анализ, но он давал общую информацию о состоянии проблемы и предлагал мягкую ненавязчивую координацию разрозненным действиям. В настоящее время Российская академия наук перегружена своими внутриорганизационными проблемами, Минздрав России также постоянно меняет организацию и принципы работы системы здравоохранения. При этом, как показывают фактиче-

Авторитетное мнение

Геронтолог обязан быть услышан обществом

Почему так важна сегодня медицина в сфере старения?



До недавнего времени проблемы геронтологии и гериатрии в нашей стране оставались в тени. Население и не ведало о том, что есть такой специалист, как гериатр, который лечит пожилых людей. Мало кто объяснял людям, какие болезни грозят нам в старости и каким образом их можно избежать. И вот, в конце прошлого века вдруг обнаружилось, что 30% населения России – это пенсионеры, пожилые и престарелые граждане, которые имеют свои специфические медицинские проблемы. Аналогичными проблемами беспокоена не только Россия, но и другие страны мира. Их активно решают японцы, европейцы, американцы. Постепенно стал поворачиваться лицом к проблемам здравоохранения граждан пожилого возраста и наш Минздрав. Появились профильные научные центры, кафедры на факультетах для усовершенствования врачей в ряде вузов, систематически стали проводиться региональные и общероссийские конференции по вопросам здоровья людей пожилого возраста. В прошлом году Минздрав России ввёл (наконец-то!) должность главного гериатра страны. Активность решения проблемы – налицо. И всё же нерешённых вопросов больше, чем решённых, а подходы к их дальнейшему решению оставляют желать лучшего. В преддверии II Всероссийского конгресса по геронтологии и гериатрии мы беседуем с заместителем директора Института общей патологии и патофизиологии академиком РАН Владимиром ШАБАЛИНЫМ.

ские результаты, проводимые изменения далеко не всегда удачны. Так или иначе, геронтология и гериатрия остаются в падчерницах.

– Почему?

– Да потому, что каждый сам себе начальник. Одни создают препараты, другие – пищевые добавки, одни исследователи абсолютизируют узкие направления, например роль свободных радикалов, теломеров в старении, другие, напротив, плавают в широчайших научных морях – геномике, протеомике, метаболомике. А общего наблюдения «с высоты спутника» за этими движениями нет, общей мелодии в геронтологическом оркестре не создаётся – сплошная какофония. Главная задача – выработать хотя бы сугубо приближённое общее понимание того, что такое старение и его роль в развитии человечества, что такое физиологическое и патологическое старение, как воспринимать широкое разнообразие его форм и какими возможностями управления ими мы располагаем. Та же самая картина и в решении практических вопросов: отсутствует даже в приближённом варианте единство в понимании базисной структуры геронтологической службы. Нет и общего представления о функциях гериатра.

– И какой же выход вы видите из этой сложной ситуации?

– В конце года у нас состоится IV Всероссийский съезд геронтологов и гериатров. Я возлагаю на него большие надежды. Основную его задачу организаторы

видят в создании платформы, объединяющей всё российское сообщество геронтологов и гериатров. Требуется идеология единения, нужна ассоциация профессионалов-единомышленников, нужен дирижёр, слаженный оркестр. Необходимо преодолеть стремление многих лидеров вести себя в качестве единственного носителя истины в решении многосложного спектра проблем геронтологии. Хорошо известно, что именно на стыке научных направлений рождаются наиболее значимые результаты.

– И всё же есть ли острая необходимость переподчинить всех одному руководителю?

– Конечно, необязательно вводить монархию, скорее, более эффективной будет система парламентского правления. Её создание как раз и должен обеспечить съезд. Нужно открыто вынести на обсуждение съезда все противоречия, существующие между различными профильными организациями, ведущими геронтологами и гериатрами, попытаться хотя бы частично их нивелировать, с тем чтобы построить пусть ещё шаткую, но общую мировоззренческую платформу.

– Но это такая трудная задача, учитывая то многолетнее невнимание к вопросам геронтологии и гериатрии в нашей стране, в том числе и руководящих структур, которые смотрели на проблемы старшего возраста как второстепенные. По сути, надо на новом этапе начать всё заново.

– Пусть не всё, но во многом действительно заново. За последние годы рождались всё новые и новые организации, которые «жили сами по себе», каждая работала «на своём маленьком участке» и не видела сложных взаимосвязей на широком поле геронтологических проблем. Сейчас, когда изменились условия жизни людей пожилого возраста, отношение к здоровью старшего поколения, появились новые технологии борьбы с патологическим старением, встают новые задачи по их широкому практическому освоению. Нужно составить индивидуализированные лечебные программы, требуется широкий спектр интегральных пилотных медико-социальных проектов по решению вопросов возрастной демографии, объективное сопоставление их результатов на системном доказательном аналитическом уровне. Вот почему мы и ставим во главу угла программы IV съезда организационный принцип решения стоящих проблем. И надо понимать, что решение этих проблем не под силу одной личности, пусть даже самой выдающейся. С этим может справиться лишь коллектив специалистов с широким философским видением значимости процесса старения в становлении и развитии человека и человечества. При этом, хочу напомнить, что в апреле 2002 г. в Мадриде состоялась II Всемирная ассамблея по вопросам старения, которая признала постарение населения глобаль-

ной социально-демографической проблемой, затронувшей весь мир во всех аспектах его существования: традиционно-национальном, финансово-экономическом, политическом, нравственно-этическом. В то время ассамблея подчеркнула, что проблема демографического старения несёт в себе значительную неопределённость как в биологической, так и в социальной составляющей, что требует масштабного и фундаментального научного подхода в её изучении.

– Может, чаще стоит на эти темы готовить передачи по радио, телевидению? Разъяснять людям, что такое старение, что такое смерть, чтобы это не лежало камнем на душе в течение многих лет, чтобы каждый понимал, что он часть живой природы.

– Конечно, нужно. И подобные вопросы периодически всплывают в СМИ, хотя и крайне редко. А личностные проблемы человека, его конкретные седины, морщины, болезни закрывают плотной пеленой облик «великого процесса старения», который формирует человечество и всю живую природу.

– Практические вопросы ведь тоже встают сегодня довольно остро. Нужны ли нам отдельные гериатрические больницы? Ещё недавно у нас были больницы специально для пожилых, в Москве это ГКБ № 60. Сегодня их нет.

– Вопрос сложный и не может решаться однозначно. Боюсь, что при нынешнем отношении к старшему поколению в нашей стране и общей ситуации, складывающейся в здравоохранении, специальные больницы для престарелых, отделённые от общей лечебной сети, быстро превратятся в обыкновенные богадельни. Гериатр должен быть регулятором различных тенденций в перестройке медицинской помощи пожилым. Но, опять же, нужна идеология, нужен профессиональный союз, нужна координированная служба. Сегодня голос геронтологов и гериатров ещё не слышан обществом – звучит он слабо, да и слушать его особого желания у общества ещё нет.

– Не пора ли нам организовать и отдельный департамент в Министерстве здравоохранения, который будет решать накопившиеся проблемы. Мы как-то не учитываем, что уже треть населения страны – люди пенсионного возраста, которые требуют не меньшего внимания, чем другие возрастные группы. А дальше их будет ещё больше.

– Нельзя с этим не согласиться. Могу лишь отметить, что позиции Минздрава России и РАН в отношении геронтологии весьма слабые и нечёткие. Да и в целом в системе как государственных, так и личностных приоритетов в России категория здоровья не занимает высокого места. Обеспечение активного долголетия должно строиться на коренном изменении общественного и личностного понимания проблемы демографического старения и разработке принципиально новых технологий профилактики и коррекции рисков отклонения от физиологических процессов старения. Давайте думать о людях.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Стоит увидеть оцифрованные показатели работы территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга за прошлый год, чтобы наглядно убедиться: долгоиграющая пластинка вялотекущего кризиса в реальной экономике, ставшая похоронным маршем для ряда её секторов, не являет собой таковой и близко по отношению к системе обязательного медицинского страхования. Ну, в самом деле, в 2016 г. бюджет ТФОМС с берегов Невы был исполнен на 102,3%, подушевой норматив на одного застрахованного достиг 12 027 руб., превысив федеральную «планку» на 42%. За финансовый подклад так называемой дорожной карты также не стыдно: заработная плата врачей выросла на 13%, среднего медицинского персонала – на 8%, прибавка к доходам младших сотрудников составила 20%.

Участникам системы ОМС тем не менее пришлось нелегко в условиях существенного снижения темпов роста финансирования. А ещё им довелось модернизировать свою деятельность вслед за последними новациями в профильном законодательстве. Если 2016 г. выдался для территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга в целом успешным, то за счёт каких резервов удаётся эффективно расходовать средства обязательного медицинского страхования?

Петербургские специалисты говорят, что рост доходной части бюджета обусловлен, в том числе, дополнительными поступлениями средств ОМС из других регионов страны. Это связано со значительным увеличением числа иногородних пациентов, которые приезжают лечиться на берега Невы, что свидетельствует о высокой популярности учреждений здравоохранения и системы ОМС северного мегаполиса. В 2016 г. объём межтерриториальных расчётов вырос более чем на 28%, а поступления из федеральных округов в бюджет ТФОМС превысили 5 млрд руб.

Строгий финансовый контроль за использованием средств, как известно, – одно из условий успешной работы системы ОМС. Так вот в прошлом году в лечебных учреждениях города было проведено 226 проверок (в том числе 81 комплексная), в ходе которых эксперты констатировали значительное улучшение финансовой дисциплины участников ОМС. Как следствие, удалось снизить сумму, подлежащую восстановлению (с 15,6 млн руб. в 2015 г. до 9,3 млн в 2016 г.).

Анализируя объёмы медицинской помощи, оказанной жителям и гостям Санкт-Петербурга в 2016 г., специалисты территориального фонда подметили несколько особенностей. Положительной тенденцией можно назвать внушительный рост количества случаев лечения в дневном стационаре (+19,8%) наряду с сокращением вызовов скорой помощи (-9,2%). Негативной – увеличение количества случаев госпитализации (+5,0%). – В любом случае эта статистика является показательной и очень важна для организаторов городского здравоохранения и представителей профессионального медицинского сообщества при принятии управленческих решений. Финансирование ВМП за последний год выросло на треть, составив более 4,8 млрд руб., количество пролеченных пациентов увеличилось на 26% (до 31 932 человек). При этом более 55% такой медицинской помощи оказывается в учреждениях городского подчинения. Опираясь на данные об итогах прошлого года, можно с уверенностью сказать, что доступность ВМП в рамках системы ОМС в Санкт-Петербурге находится на хорошем уровне, – считает директор ТФОМС Александр Кужель.

Территориальный фонд ОМС совместно со страховыми медицинскими организациями постоянно занимается мониторингом качества оказанной застрахованным медицинской помощи. В связи с изменениями в профильном законодательстве снизилось количество медико-экономических экспертиз, однако экспертизы качества медицинской помощи проходили в 1,5 раза чаще.

Большим достижением А.Кужель называет разработку и активное использование в городе тематических экспертиз, проводимых для оценки качества оказываемой медицинской помощи при социально значимых

обращениях с каждым годом снижается. Так, число обоснованных жалоб на организацию работы в медицинских учреждениях уменьшилось почти в 2 раза по сравнению с показателем прошлого года, в 1,5 раза меньше стало обращений в связи с взиманием денежных средств.

К важным нововведениям в сфере защиты прав застрахованных следует отнести организацию института страховых представителей. Его внедрение началось в 2016 г., и на данный момент в системе ОМС работают 257 специалистов. Институт страховых представителей позволяет эффективно решать главные задачи отрасли – повышение доступности и качества медицинских услуг.

в соответствии с требованиями «Доступной среды».

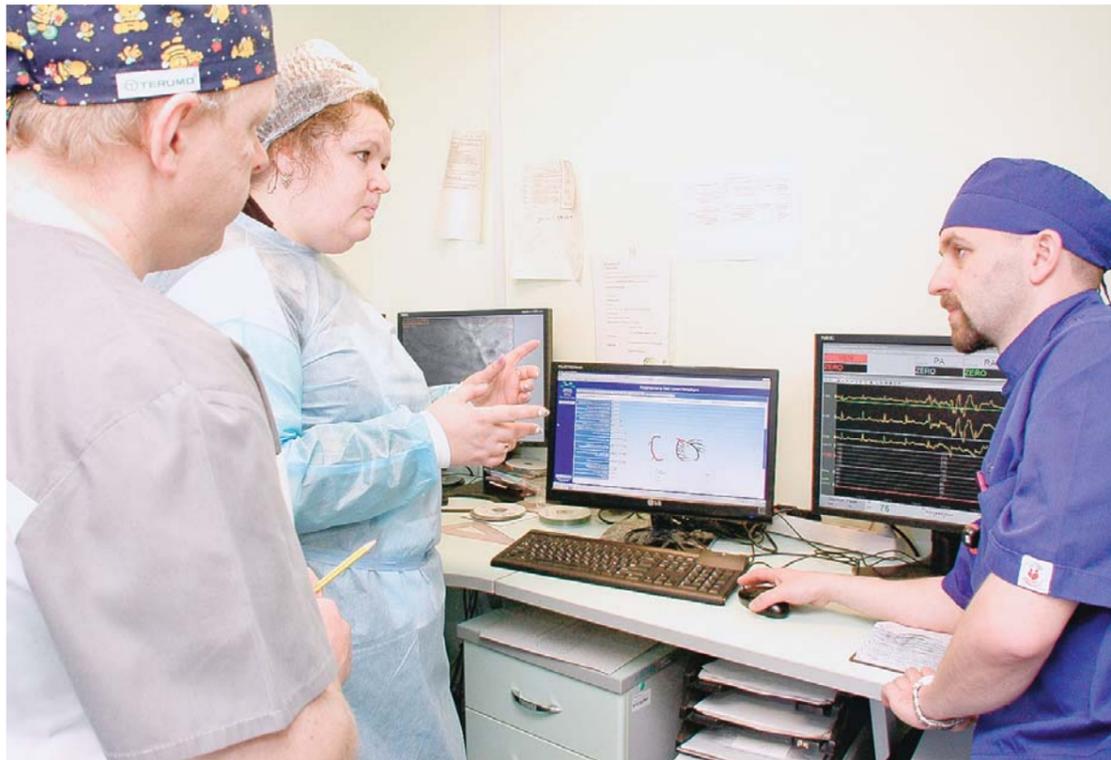
Главным для информатизации системы ОМС можно назвать проект территориального фонда, созданный при активном участии ведущих специалистов-кардиологов города – единый «Кардиорегистр». Сформированный ресурс позволил оказывать медицинскую помощь пациентам с патологией сердца и сосудов на совершенно новом качественном уровне. Построение системы учёта петербуржцев, страдающих такими заболеваниями или находящихся в группе риска, уже приносит первые результаты: на 16% снизилась летальность при ОКС (на 100 тыс. населения), на 18% выросла обращаемость за медицинской

степени на недавнем отчётном собрании ТФОМС Санкт-Петербурга по итогам работы за прошлый год в присутствии вице-губернатора Анны Митяниной касались руководители ведущих медицинских учреждений, научно-исследовательских институтов и страховых компаний Северной столицы. Так, главный врач городской больницы № 26 Василий Дорофеев рассказал о специфике работы крупного стационара в системе ОМС, отметил положительное влияние «Кардиорегистра» на маршрутизацию пациентов. Сообщение начальника отдела здравоохранения администрации Приморского района Санкт-Петербурга Людмилы Гайгалас было посвящено первым итогам работы по использованию

Итоги и прогнозы

Тематическая экспертиза покажет...

Эксклюзивные инструменты ТФОМС Санкт-Петербурга помогают бороться с социально значимыми заболеваниями



Промежуточные результаты работы в системе «Кардиорегистр» со специалистами городской больницы № 40 обсуждает представитель ТФОМС Санкт-Петербурга

заболеваниях. Уже дана оценка качеству оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения, при тяжёлом сепсисе, острой кишечной непроходимости, панкреатите, аппендиците, при хронических язвах желудка и оперативном лечении новообразований молочной железы в многопрофильных стационарах города. Благодаря полученным данным эксперты разрабатывают меры по улучшению качества работы медиков, проводится обучение, внедряются новые технологии лечения, приобретается медицинское оборудование.

Ещё одним инструментом в обеспечении эффективной обратной связи с застрахованными является анализ обращений от граждан. На основе полученных данных принимаются соответствующие управленческие решения, проводятся экспертные проверки, вводятся дополнительные контроли. Совместными усилиями участников системы ОМС количество

– Между тем, если мы ставим одной из целей активное развитие всех направлений работы, вряд ли удастся обойтись без создания единого информационного пространства, которое объединило бы всех участников системы обязательного медицинского страхования и застрахованных граждан. Значительный прорыв в этой деятельности как раз пришёлся на минувший год, – полагает директор ТФОМС.

Главным стимулом для развития отрасли стало активное взаимодействие фонда и страховых компаний в рамках реализации социально значимых проектов. Помимо развития службы страховых представителей, за счёт средств СМО реализуются проекты по антибиотикорезистентности и ранней диагностике рака кожи, развивается Единый информационный ресурс ОМС, улучшается маршрутизация пациентов и обеспечивается доступность медицинской помощи благодаря проекту «Зелёный свет» и оборудованию лечебных учреждений

помощью в первые 12 часов от появления боли в сердце, в 3 раза увеличилось количество пациентов, прооперированных в течение 60 минут с момента поступления в стационар.

В этом году для ТФОМС Санкт-Петербурга и страховых компаний приоритетным проектом стал новый информационный ресурс «Управление потоками плановой госпитализации», который позволяет записать пациента в стационар для прохождения отборочной комиссии и дальнейшей госпитализации по принципу «билетной кассы». Нововведение поможет повысить доступность медицинской помощи, побудит «рост» эффективности и качества работы врачей, облегчит процесс управления потоками пациентов.

Санкт-Петербург явился первым регионом России, где реализуется проект «Электронный полис». Трудно оспорить факт, что он передовой во внедрении новых информационных технологий в сфере ОМС.

Кстати, этой темы в той или иной

медицинскими организациями района единого онлайн-ресурса для организации плановой госпитализации и детской реабилитации. Ещё одним отчётом о проделанной работе и первых успехах стал доклад директора филиала ООО «РГС-Санкт-Петербург-Медицина» Ирины Усачевской о реализации проекта «Зелёный свет», целью которого является управление потоками пациентов в поликлинике.

Упомянем и об особом внимании участников состоявшегося главного рабочего совещания года к экспертному мнению Евгения Шляхто – академика РАН, генерального директора Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, главного кардиолога Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, а также к выступлению Аркадия Столпнера – председателя правления группы компаний Медицинского института им. Березина Сергея.

Евгений Владимирович высоко оценил первые результаты работы медицинских учреждений в информационной системе «Кардиорегистр». По его словам, эффективность этого ресурса в маршрутизации пациентов подтверждается снижением госпитальной смертности больных с сердечно-сосудистой патологией и увеличением количества оперативных вмешательств при ОКС и ОНМК. В свою очередь, Аркадий Зиновьевич разъяснил присутствующим особенности работы частной медицинской организации в системе ОМС. В МИБС высокотехнологичные диагностические исследования проходят более миллиона жителей страны. Благодаря взаимовыгодному сотрудничеству государства и частных компаний в городе на Неве удалось значительно повысить качество оказываемой медицинской помощи, при этом увеличив количество получивших её пациентов.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.
Санкт-Петербург.

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 25 (2055)

Настоящий спецвыпуск «МГ» – лекция выдающегося психопатолога и клинициста А.Снежневского «Психиатрический диагноз», прочитанная полвека назад, не только не потеряла своей значимости и актуальности в настоящее время, но и представляется неоценимой для будущих поколений врачей-психиатров.

Психопатологический синдром, без правильной квалификации которого диагностика заболеваний невозможна, является тем краеугольным камнем, который лежит в основе психиатрии как медицинской дисциплины.

Исходя из положения, что психопатологический синдром является закономерным сочетанием отдельных симптомов, нельзя не согласиться с тем, что психическое заболевание представляет собой закономерную смену синдромов с теми или иными вариациями, связанными с возрастом, предшествующими вредностями, наследственностью.

Подготовка врача-психиатра, владеющего методами психопатологического и клинического исследования больного, продолжает оставаться основной задачей современной психиатрии.

Попытки противопоставить умозрительные, а порой и абстрактные концепции психопатологическим и клиническим методам исследования представляются бесперспективными.

Александр ТИГАНОВ,
академик РАН,
ФГБНУ НЦПЗ, Россия.

Среди болезней современного мира главное место занимают злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые заболевания и психические болезни. Возможно, это расплата нашего времени за снижение инфекционных заболеваний, удлинение жизни человека, за напряжённый, нарастающий темп жизни, сопровождаемый постоянным стрессом.

Если резкое уменьшение инфекционных заболеваний было делом не одной только страны, а результатом деятельности врачей ряда стран, то борьба за снижение заболеваемости названными многими болезнями возможна только при постоянном сотрудничестве врачей всех стран. Это пытаются в настоящее время осуществить Всемирная организация здравоохранения.

Неметодичный подход ВОЗ ООН к созданию МКБ-ВОЗ

Первым шагом в области международного сотрудничества стало создание единой для всех стран классификации болезней.

Но работа по созданию совершенной классификации психических болезней обнаружила отсутствие единого их понимания не только между психиатрами отдельных стран, но и внутри каждой страны.

Оказалось, что в название одной и той же болезни психиатры разных стран и школ вкладывают различное содержание. То, что одни считают процессом, другие относят к патологическим реакциям. Упомянутая в наших учебниках и диссертациях «нозологическая эра» Крепелина во многих странах ещё не наступила. Она существует лишь в Германии, в нашей стране, отчасти в Японии и Австрии. Крепелиновская классификация психических болезней фактически исчерпывается только названиями заболеваний (номенклатурой).

Специальный выпуск: психиатрам и организаторам психиатрического здравоохранения

«Психиатрический



А. Снежневский

Созванные ВОЗ международные диагностические семинары, симпозиумы обнаружили расхождения в диагностике и понимании психических болезней среди психиатров разных стран. Это послужило поводом к тому, что английский психиатр со свойственной им последовательностью, педантичностью, начали изучать

методику психиатрической деятельности, начиная с симптомов, но не в виде главных и второстепенных признаков дифференциального диагноза болезни, а в виде определения симптомов психических расстройств, одинаково воспринимаемых всеми психиатрами, симптомов, реже воспринимаемых, и симптомов, воспринимаемых отдельными странами. Путь этот не только бесконечно длинный, но и неверный в своей основе. Симптомы, признаки болезни не воспринимаются, а познаются исходя из предмета познания.

Сам по себе симптом всегда многозначен, он принимает своё знаковое бытие, начинает обозначать что-либо только в составе синдрома, симптомокомплекса, статуса. Абстрагированное изучение симптомов с целью достижения взаимопонимания психиатров разных школ и стран бесполезно.

Построение методологии диагноза

Задача, следовательно, не ограничивается исследованием значения симптома и познания болезни, а шире – в методологии диагноза. По мере развития методологии психиатрического диагноза будет

В.Василенко в своей очень интересной статье в БМЭ «Диагноз и диагностика» выделяет три раздела диагноза. Первый – диагностическая техника, второй – значение проявлений болезни для диагноза, то есть семиология диагноза, и, наконец, третий раздел – особенности мышления, особенности диагностического познания.

Если первый раздел – диагностическая техника – имеет право на самостоятельное существование, то два других – значение семиологии для диагноза и особенности диагностического мышления – невозможно разделить. Особенности мышления определяются предметом этого мышления, предметом познания, и, следовательно, особенности диагностического мышления определяются семиологией.

Что же касается диагностической техники психиатра, то, как вы все знаете из своего опыта, она скудна, она беднее, чем у врачей любой другой дисциплины. Мы пользуемся расспросом, наблюдением и анамнезом. Соматические признаки играют у нас, в общем, незначительную роль: ликвор, состояние глазного дна при грубо-органических поражениях, прогрессивном параличе, опухолях, энцефалитах;

углубляться и знание психических болезней, и взаимопонимание психиатров.

Речь идёт не просто о психиатрическом диагнозе, а о диагнозе болезни вообще. Психиатр так же, как врач другой специальности, оперирует общими закономерностями патологии. Это не нивелирует диагностику отдельных больных – нервных, психических. Каждая из них обладает своими особенностями. Наш талантливый невропатолог М.Аставацатуров называл неврологический диагноз алгебраическим. Невропатолог в результате обнаружения симптомов, оперируя многими неизвестными, определяет точку поражения головного мозга, особенности патологического процесса. Так же, как неврологический диагноз отличается от диагноза внутренних болезней, психиатрический отличается от диагноза интернистского и неврологического.

Психиатр находится в ещё более сложных условиях, чем невропатолог. Психиатр решает по психопатологическим проявлениям вопрос об особенностях изменения физиологической деятельности мозга и его структурных изменениях. Если неврологический диагноз называют алгебраическим, то психиатрический можно сравнить с математической логикой. Ещё во многих случаях справедливы и сейчас слова В.Гризингера: «Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приближительно, а механизма совсем не знает».

изменения крови, мочи и др. – при экзогенных психозах. Следует упомянуть о тех общих положениях, с которыми психиатр встречается при исследовании психических больных.

От внешних симптомов болезни – к исследованию внутреннего, субъективного

Гардия в прошлом веке писал следующее: «Специфический характер болезни нелегко поддаётся распознаванию. Симптомы представляют только внешнее проявление болезни. Их перечисление и описание не составляют больших трудностей, но сгруппировать их, объяснить, свести к признакам общего характера, привести если не к единству, то, по крайней мере, к главным элементам от действия к причинам – это весьма нелёгкая задача, для которой не всегда достаточно талантливость, даже гениальность, опирающаяся на опыт. Как трудно уловить все эти рассеянные черты изменчивой физиологии болезней у постели больного, где природа говорит не тем языком, как книга».

Оршанский говорил, что при исследовании больного психиатр обнаруживает, что «сама картина болезни руководит ходом исследования, и врачу приходится приспособляться и применяться к пёстрой смене симптомов, ловить их на лету и уже позже складывать в своей голове и строить по ним цельное представление о

Комментарий специалиста

Признавая познание делом прекрасным и достойным... было бы правильно... отвести исследованию о душе одно из первых мест. Думается, что познание души много способствует познанию всякой истины, особенно же познанию природы. Ведь душа есть как бы начало живых существ... Добиться о душе чего-нибудь достоверного во всех отношениях и безусловно труднее всего.

Аристотель «О душе»

Вместо резюме. Этой ключевой теме посвящён спецвыпуск «Конспекта врача» «МГ» с классической лекцией академика А.Снежневского «Психиатрический диагноз». Она была прочита-

на на цикле кафедры психиатрии Центрального института усовершенствования врачей в 1966 г. для профессоров и преподавателей кафедр психиатрии всей страны.

Qui bene diagnoscit – bene curat! – Но нет диагноза сложнее, чем психиатрический. Психиатрия – единственная чисто человеческая специальность; всё остальное – общее с ветеринарией – кардиология, гастроэнтерология, пульмонология и т.д. А обучиться психиатрии профессионально возможно лишь за 10 и более лет только в научной школе под водительством учителя и отнюдь, далеко не всем.

Имея счастье учиться в школе ВЦПЗ АМН СССР при жизни А.Снежневского и обсуждать

с Учителем проект Глоссария психопатологических синдромов и состояний, не перестаю удивляться этой лекции как гармонии искусства психиатрии с её философией. Не случайно автор часто цитирует непревзойдённого патолога академика И.Давыдовского, с которым многие годы сотрудничал в президиуме АМН СССР. Для отечественной психиатрии академик А.Снежневский стал тем, кем для общей патологии человека навсегда останется академик Ипполит Васильевич Давыдовский.

Как и вся классика, эта лекция имеет непреходящее значение. Её актуальность особенно возрастает в настоящую эпоху кризиса, переживаемого оте-

чественной психиатрией из-за революционных перманентных реформ. Это судьба всех революций, в том числе и «Великой» революции 1917 г., 100-летие которой страна всё пытается осмыслить. В том числе и смысл сохранившегося анекдота о собрании в Доме умалишённых с единственной повесткой: как реформировать реформы.

Насущная необходимость врачебного конспекта диктуется и раритетом данного труда А.Снежневского, который не вошёл даже в юбилейный сборник его «Избранных трудов» к 100-летию со дня рождения (2004). Поэтому, я уверен, он станет настольным пособием не только для профессиональных психиатров.

Он адресован также врачам-организаторам психиатрического здравоохранения страны, поскольку проявились неприемлемые результаты пилотных реформ по переводу госбюджетной психиатрии на рыночные стандарты диагностики и лечения ООО обязательного медицинского страхования.

Классическая ясность изложения – при наисложнейшей методологии психиатрического диагноза, начиная с **внешних** симптомов, с постепенным переходом к исследованию **внутренней** сущности собственно психического как виртуальной реальности, не имеющей внешнего бытия.

Как внешние явления симптомы неоднозначны и не должны

болезни». Это замечание важно, ибо во многих учебниках рекомендуются схемы исследования больных, схемы описания статуса. Подобного рода искусственная, уже заранее схематизированная анкета проявления болезни, особенностей течения её у отдельного больного часто уводит врача от диагноза, если не болезни, то больного.

Далее, к технике психиатрического диагностического исследования следует упомянуть ещё об одной особенности, которая, впрочем, имеет отношение ко всем болезням. Речь идёт о значении субъективного, о ценности самонаблюдения больного.

Одно время к этой стороне распознавания болезни относились весьма скептически, считалось, что она лишена объективности. Последнее особенно подчёркивали нейрофизиологи, правда, обращая при этом, как они называли, к словесному отчёту больного. Рубинштейн с полным основанием утверждал, что самонаблюдение имеет объективное значение, оно неизбежно при любом исследовании человека. Когда мы при распознавании болезни обращаемся к самонаблюдению больного, то мы не требуем

Диагноз методический основывается на изучении всех особенностей проявления болезни, всех её отклонений, а также на анамнезе, в том числе семейном, на особенностях течения болезни, на предшествующих изменениях. Этот диагноз патогенетический.

Приведённая дискредитация диагноза узнавания вряд ли правильная. Диагноз узнавания – первый этап распознавания болезни, он продукт организованного опыта врача. Во всех случаях с этого начинается диагностика, а в острых неотложных случаях только она и возможна.

Диагноз и прогноз – слитные понятия

Этот диагноз – плод познаний на основе организованного опыта. Английский философ Льюис интуицию называет организованным и автоматизированным опытом. Диагноз узнавания – первый этап любого врачебного диагноза любой болезни. С этого этапа начинается дальнейшее углубление распознавания болезни. Диагноз по мере познания особенностей состояния, особенностей течения становится более полным и наконец сливается с прогнозом. Полный

«Отдельный симптом и его подробный анализ никогда не могут привести нас к желаемой цели, к распознаванию болезни. Отдельный симптом приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе» (Крафт-Эббинг).

В семиологии по этому поводу говорится: знак (симптом) получает своё знаковое событие только в совокупности с другими знаками, то есть в синдроме. Синдром – клиническая единица первого порядка – представляет собой биологическую структуру. Синдром – патогенетическое образование. Конкретных знаний о патогенезе психопатологических синдромов ещё нет. Тем не менее благодаря исследованиям, пусть в конечном счёте эмпирическим, Джексона, Корсакова, Хохе, Крепелина, Крамера, Оршанского, Павлова, Эя и других мы можем по особенностям синдрома судить о характере и тяжести расстройства психической деятельности.

Уровни синдромов и учение о едином психозе

Каждый из психопатических синдромов выражает определённый уровень тяжести расстройства психической деятельности. Шкала тяжести расстройства следующая: наиболее лёгким, выражающим наименее глубокое расстройство психической деятельности, является астенический синдром, с него начинаются все виды психического расстройства. Далее, по тяжести расстройства идут аффективные синдромы, причём депрессивные синдромы свидетельствуют о меньшей тяжести расстройства психической деятельности, чем маниакальные. За аффективными следуют так называемые невротические синдромы: истерические, навязчивости, сенестопатические-ипохондрические, деперсонализация, дисморфобия. Последующее углубление расстройства – свидетельство более глубокого нарушения психической деятельности – паранойяльные синдромы, галлюциноз, далее галлюцинозно-параноидные расстройства, фантастические или парафренические со всеми видоизменениями (фантастическими, конфабляторными), за ними – кататонические, наконец, – синдромы помрачения сознания, судорожные и ряд психоорганических расстройств.

Приведённая шкала не нова: это более подробное изложение того, что было получено представителями учения о едином психозе. При этом следует упомянуть о той упрощённой критике концепции единого психоза, которую можно найти почти во всех наших учебниках и диссертациях. Страницы, посвящённые учению о едином психозе, являются блестящими достижениями психиатрии XIX века. Психиатры того времени изучали общие закономерности расстройства психической деятельности, свойственные всем психическим болезням. Они пытались по особенностям психического расстройства определить тяжесть поражения, найти патофизиологические закономерности расстройства психической деятельности, их особенности. Они шли в своих исследованиях тем же путём, что и всё естествознание.

Повышать уровни критики в психиатрии и её философии

Кедров указывает, что всё естествознание развивалось вначале по пути первоначального обнаружения общих закономерностей и лишь в дальнейшем – частных. Этим же путём вместе со всем естествознанием следовала и психиатрия. Поэтому оценка работ Целлера, Гринингера, Шюле, Малиновского должна быть иной.

Уровень критики необходимо повышать не только в философии, но и в других дисциплинах, в том числе и в психиатрии.

У нас всё ещё принято стандартно предавать анафеме, кроме учения о едином психозе, и концепцию Бонгеффера.

Психиатрическая синдромология и учение Джексона о диссолюции

Приведённая шкала симптомов говорит только об одной их стороне – о патологически продуктивных или позитивных расстройствах. Когда мы говорим: «астенический синдром», «депрессивный синдром», «маниакальный синдром» – это обозначение позитивных, патологически продуктивных расстройств. Но в каждом синдроме содержится и другая сторона: негативные изменения.

Первым указавшим на это был Джексон, который говорил о том, что клиническая картина психического расстройства складывается из двух видов расстройств: негативные («выпадение») и позитивные. Последние могут проявиться только при негативных, то есть только в результате выпадения деятельности высшего уровня может проявиться деятельность более низкого уровня – источника позитивных явлений. Иначе говоря, негативные и позитивные расстройства выступают вместе.

Позитивные и негативные симптомы не тождественны, но существуют в единстве. Негативные расстройства могут быть функциональными, обратимыми и могут быть необратимыми различной тяжести. Это выражение общей особенности жизнедеятельности головного мозга. Головной мозг на действие вредности реагирует общими видами расстройств: раздражением и выпадением, что относится и к неврологии, и к психиатрии, только выступает по-разному, в зависимости от уровня его деятельности.

При этом обнаруживается одна особенность в единстве синдрома, в состоянии позитивных и негативных расстройств: позитивные расстройства переменны, чрезвычайно разнообразны, негативные – инвариантны. Пример – прогрессивный паралич, его позитивные расстройства: маниакальное состояние, эйфорическое, мегаломанический бред, депрессия, ажитированная, галопирующая форма со спутанностью – такова переменность позитивных расстройств. Негативные расстройства инвариантны: прогрессивно развивающееся выпадение, носящее название паралитического слабоумия. То же самое относится и к шизофрении.

(Окончание на стр. 10.)

ДИАГНОЗ»

от него психиатрической классификации его переживаний, мы ищем в данных его самонаблюдения объективные проявления болезни.

Любая болезнь, будь то соматическая или психическая, начинается с боли, понимая под болью всякое субъективное тягостное ощущение, всякого рода дискомфорт. Эти тягостные явления при всех заболеваниях, психических и соматических, как правило, представляют первичные признаки болезни. Однако Лериш говорил, что это, к сожалению, не первый признак болезни, а уже её развитие. Болезнь начинается первоначально безмолвно, появление боли означает, что заболевание уже охватило организм, и только тогда больной оказывается у врача.

Умение расспросить больного, активизировать его самонаблюдение является в ряде случаев решающим моментом для распознавания болезни.

Всё это самые общие соображения о технике диагностического исследования. Многие авторы выделяют два вида диагноза: один носит название диагноза узнавания и относится к примитивному диагнозу. Другой диагноз – методический, полный. Диагноз узнавания осуществляется путём припоминания. Врач, видя больного, припоминает подобные же случаи из своего прошлого опыта, из книг, из учебника и на этом основании ставит диагноз. Этот диагноз считается низким, в котором отсутствует элемент исследования.

диагноз – это диагноз с совершенным прогнозом. Диагноз и прогноз – слитные понятия. Распознавание болезни во всех её закономерностях течения, во всех её индивидуальных особенностях обеспечивает полное предсказание её дальнейшего течения и исхода.

Естественно, если уровень развития науки недостаточен, то и диагноз будет недостаточно полным и прогноз далеко не совершенным. Сейчас каждый из психиатров часто испытывает неудовлетворённость, а нередко и беспомощность при попытке прогнозирования болезни. В лучшем случае мы можем сказать, что в одном случае приступ закончится ремиссией, в другом – болезнь будет течь непрерывно. Но определить продолжительность ремиссии, предсказать время наступления следующего приступа, возможность его наступления – мы ещё не можем. Таков уровень современного развития психиатрии. Он свидетельствует о том, что психиатрический диагноз в наше время ещё не может считаться достаточно полным.

От симптома – к синдрому

Распознавание любой болезни, в том числе и психической, начинается с симптома, с отдельных симптомов. Но симптом – признак многозначный, и распознать нозологически самостоятельную болезнь на основании симптомов невозможно.

наивно восприниматься будто прямые признаки болезни, но познаваться, исходя из предмета познания душевнобольной личности. Сам по себе симптом... начинает обозначать что-либо только в составе закономерного совместного бега симптомов, детерминированного патогенезом болезни – то есть синдрома. Именно он представляет собой биологическую структуру как клиническую диагностическую единицу первого порядка. Синдром – патогенетическое мозговое образование... Каждый из психопатологических синдромов выражает определённый уровень тяжести расстройства психической деятельности.

Психиатрическая синдромология представляет собой научную основу в постаменте клинической психиатрии, независимую от этиопатогенетических концепций и нозологических классификаций, сменяющихся в МКБ-ВОЗ ООН и разрушающих «краеугольные камни наших понятий психиатрии» (сбывшийся прогноз К.Ясперса – диагноз А.Снежневского). Будущее научной психиатрии – за развитием психиатрической синдромологии. Психиатрия существует вечно, пока живы душа и разум рода человеческого, именуемого Homo sapiens. В глобальном мире значение психологии и расстройств массового сознания неуклонно возрастает. Психологическим оружием без войны был разру-

шен Советский Союз. Сейчас в интернете России безнаказанно действуют тысячи суицидогенных «групп смерти», реально уничтожая беззащитных детей при неведении судебной и социальной психиатрии о сути духовной опасности.

Прогноз Всемирной организации здравоохранения ООН. К 2020 г. меланхолия (депрессия, отчаяние и, следовательно, интенсивность самоубийств) превысит уровни наиболее распространённых заболеваний человечества; о чём в XVI веке беспокоился гений Северного Ренессанса Альбрехт Дюрер, а в XX – наш Учитель, создавая в структуре ВЦПЗ АМН СССР НИИ профилактической психиатрии.

Итак. 1966 г. Всего полтора десятка лет после Павловской сессии Академии наук СССР – и никакой Павловской рефлексологии в психиатрии. Вот, ещё один факт инициативы А.Снежневского в преодолении разрушающего государственного внедрения рефлексологии в отечественную психиатрию (см. – академик А.Тиганов об академике А.Снежневском в Большой российской энциклопедии, т. 30, 2015 г., с. 517). И также – никакого устаревшего конституционализма Эрнста Кречмера – Петра Ганнушкина – Тихона Юдина; несмотря на неизменное уважение и благодарность первому учителю. Истина дороже. Только научная патология и психопатология че-

ловека как часть его биологии, по Давыдовскому-Снежневскому. И краеугольный камень в методологии психиатрического диагноза – психопатологический синдром как «клиническая единица первого порядка, представляющая биологическую структуру, патогенетическое образование». Про классику нельзя сказать, будто это уже история. В историю войдёт специальный выпуск профессиональной (с 1893 г.) «Медицинской газеты», посвящённый кризисной эпохе отечественной психиатрии.

Подготовил
Виктор ОСТРОГЛАЗОВ,
сотрудник
Московского научного общества
историков медицины,
специальный корреспондент «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 8.)

Шизофренические позитивные синдромы исключительны своей вариабельностью, негативные – инварианты. Они заключаются первоначально в дисгармонии личности (так называемые психопатоподобные изменения), далее, усиливаясь, они приводят к явлениям регресса личности и наконец – к дефектному состоянию, шизофреническому слабоумию.

При сопоставлении позитивных и негативных расстройств, при всех психических болезнях одинаково обнаруживается вариабельность первых и инвариантность вторых. Но то и другое выявляется и существует в единстве. Углубление негативных расстройств обуславливает и особенности позитивных. Маниакальное состояние при прогрессивном параличе и маниакальное состояние при шизофреническом различно. Это и позволяет ставить диагноз болезни по состоянию больного даже без анамнеза, по особенностям синдрома. Но такой нозологический диагноз нельзя назвать полным, это абстрагирование, нозологический диагноз – диагноз вообще старческого слабоумия, вообще прогрессивного паралича, вообще шизофреники.

Развитие психиатрической нозологии и этиология И.Давыдовского

Полный диагноз ставится на основании изучения связи состояний, то есть установления последовательности в смене синдромов на основании стереотипа развития болезни. «Клинический диагноз на основании всего течения болезни, на совокупности отдельных фаз и периодов болезни. Только течение болезни в состоянии дать материал для выяснения происхождения болезни – патогенеза и исхода её» (Оршанский).

В исследовании связи состояний, то есть в смене синдромов обнаруживается патогенез болезни, её нозологические особенности. Основанием нозологической единицы является единство этиологии и патогенеза. Нозологические единицы группируются по единству этиологии и патогенеза. Нозологическое выражение процесса обнаруживается в смене синдромов, в связи состояний, которая является опосредованным организмом следствием действия болезнетворной причины. Это противоречит привычному шаблону мышления, считавшему, что клиническая картина болезни непосредственно обусловлена действием причины: И.Давыдовский называет подобный приём линейным объяснением причины и следствия.

Соотношение причины и следствия, причины и патогенеза – сложное и неоднозначное. Самый банальный пример этого: сифилис – этиология, а нозологических единиц, причиной которых является нейросифилис, много: сифилитические психозы, гумма головного мозга, спинная сухота, прогрессивный паралич. Из этого следует, что нозологическая единица, а следовательно, и диагноз, определяются установлением единства причины и следствия.

Другим примером сказанного могут быть алкогольные психозы. Их много, они все нозологически самостоятельны: бред ревности пьяниц, алкогольный галлюциноз, белая горячка, корсаковский синдром, алкогольный псевдопаралич – нозологически они самостоятельны, а этиология их одна и та же: хроническая интоксикация алкоголем.

Но в соотношении причин и следствия обнаруживается и противоположное. То, что Давыдовский называет «эквивалентностью»: разные причины приводят к одному и тому же следствию. Это результат экономии приспособительных механизмов организма.

Различного рода интоксикации, инфекции приводят к эквивалентным результатам, к экзогенного типа реакции Бонгеффера: делирию, амнезии, эпилептическому возбуждению – вне зависимости от различия причин. Делирий может наступать и в результате рожистого воспаления и воспаления лёгких, и интоксикации алкоголем, и в результате действия других вредностей. Бонгеффера многие осуждали за антинозолизм, однако

И.Давыдовский, далёкий от психиатрии, обосновал эквивалентность в качестве закономерности общей патологии. Бонгеффер обнаружил её в психической патологии и пытался объяснить образованием в организме общего для многих вредностей «промежуточного звена».

Эквивалентны не только экзогенные реакции. Эквивалентна группа периодических психозов: сенильноподобные психозы, описанные С.Жислином, неотличимы своей клинической картиной от некоторых форм сенильного слабоумия, хотя они и вызываются экзогенной причиной. Эквивалентны также шизофрени-

затрудняет нашу диагностику, приводит к диагностическим ошибкам. Но из этого не следует, что в психиатрии отсутствуют нозологические единицы. Они есть, но ещё не окончательны. В создании нозологии психиатры проделали огромную работу, которая ещё далека от совершенства. Существующие сейчас нозологические единицы не являются окончательными, требуется ещё большая и терпеливая работа по изучению всех особенностей течения процессов и их закономерностей. В результате будет преодолен существующий «жесткий» нозологизм,

Психиатрический диагноз больного, его индивидуальное лечение несовместимы с шаблоном и стандартом

Необходимо кроме диагноза болезни распознавать диагноз больного. Чиж в своей монографии «Методология диагноза» считает, что диагноз болезни – научный, а диагноз больного доступен далеко не всякому, он является искусством, для того чтобы поставить диагноз больного, необходимы вчувствование, особая проницательность. С ним можно согласиться

Специальный выпуск: психиатрам и организаторам психиатрического здравоохранения

«Психиатрический диагноз»



Альбрехт Дюрер: «Меланхолия I»

подобные синдромы. Наконец, описанная в последние годы группа так называемых переходных экзогенных психозов, эндоформных по своим проявлениям, возникает также от различных причин.

Следовательно, при распознавании болезней необходимо всегда помнить об этих двух особенностях: одна и та же причина может дать разные следствия, образующие отдельные нозологические единицы, и, с другой стороны, разные причины дают одно и то же следствие, одинаковое клиническое выражение.

Клинические различия между упомянутыми двумя путями развития патогенеза выражаются в том, что динамические, острые расстройства – экзогенные реакции, депрессивно-параноидные состояния, острые галлюцинаторно-параноидные состояния – часто эквивалентны, в то время как медленно развивающийся процесс обнаруживает тенденцию прогрессировать по типу клише, стереотипу клинического развития. Но оба типа патогенеза одинаково выражают реализацию сложившихся в эволюции (на это указывает Давыдовский) приспособительных механизмов организма.

Далее, мы знаем, что в ряде случаев инфекционные заболевания приводят к психозу экзогенного происхождения, но по истечении некоторого времени этот психоз становится всё более и более эндогенным по своим проявлениям и наконец затягивается, становится явно эндогенным, шизофреническим.

Имеется и обратное соотношение. В ряде случаев группа органических процессов, как прогрессивный паралич, артериосклеротическое и сенильное слабоумие, начинаются с аффективных, параноидальных, галлюцинаторно-параноидных или шизофренических расстройств, а в дальнейшем – по мере развития процесса – такого рода эндоформные расстройства исчезают, а процесс становится органическим.

Следовательно, абсолютное противопоставление эндогенного или экзогенного в практике не всегда находит достаточно основания. Нозологический догматизм

будет преодолено и принятие синдрома за нозологическую единицу.

В течение десятилетий, начиная с Крепелина, идёт дискуссия о существовании паранойи. Она происходит оттого, что параноидальный синдром принимается за нозологическую единицу. Исследования последних лет показывают, что параноидальное состояние – это синдром, иногда длительное время существующий, иногда очень недолго, иногда он представляет собой резидуальную паранойю после перенесённого приступа шизофреники, иногда это первая стадия развития шизофреники. В других случаях это острый приступ, то, что раньше называли острой паранойей, а на самом деле «шуб» или приступ шизофреники. Наконец, это эндоформное развитие органического артериосклеротического или сенильного процесса.

То же самое происходит с так называемыми функциональными психозами позднего возраста, выделенными в своё время Майер-Гроссом. Изучение этого рода психозов показывает, что они лишь синдромы, относящиеся к разным нозологическим единицам: поздней шизофреники, позднего маниакально-депрессивному психозу, или это первые стадии развития органических психозов – сенильного или артериосклеротического слабоумия.

То же самое можно сказать и о классических формах шизофреники: параноидная, кататоническая, простая, гебефреническая представляют собой синдромы, этапы, временный параметр развития непрерывного процесса.

Вот это все примеры дальнейшего развития психиатрической нозологии. Это путь, который приведёт к взаимопониманию отдельных психиатрических школ – внутринациональных и международных. Но диагнозом болезни, её формы диагностика не исчерпывается. Как известно, в любой патологической единице неизбежно возникают формы, ибо патогенез – чрезвычайно разветвлённый процесс со множеством звеньев, и поэтому он развивается не всегда одинаково.

в одном – что для распознавания болезни, как, впрочем, и для любого другого исследования, необходимы кроме знания своей специальности и личные способности, проницательность и достаточно высокий общий культурный уровень. Но это другая сторона задачи. Диагноз больного остаётся и принадлежит науке, исследованию. Когда мы говорим о стереотипе течения, то мы пользуемся обобщением, усреднёнными данными, а любая закономерность – это есть нечто среднее с постоянными индивидуальными отклонениями в ту или другую сторону от этой средней. Для того чтобы поставить диагноз больного, то есть установить особенности течения болезни у конкретной личности с её индивидуальными особенностями, необходимо знать общие закономерности течения болезни. Без знания особенностей течения любой болезни невозможен диагноз больного.

Если психиатр не знает всех особенностей течения, например шизофреники, то он ограничивается наклейкой ярлыка этой болезни. Он не сможет обнаружить, как течёт болезнь у данного больного. Диагноз больного – это есть распознавание всех особенностей реализации общих закономерностей у отдельного больного.

Диагностическая мысль движется от общего – нозологии, от формы болезни – к реализации у исследуемого больного. Диагноз больного является завершающим этапом диагностики.

Он требует максимальной индивидуализации. В земской медицине было такое неписаное правило: каждого больного называть по имени и отчеству. Это было не ханжество, а индивидуализация не только диагноза больного, но и его терапии. Основной закон терапии – лечить не болезнь, а больного. Индивидуализация одинаково нужна и при реадaptации и трудоустройстве. А для этого прежде всего необходим диагноз больного со всеми особенностями проявления и течения болезни.

В английских больницах сейчас введена так называемая групповая терапия. Ежедневно собирается группа больных для обсуждения личных проблем. Происходит это в фрейдистско-баптистском духе, подражать которому не стоит. Но в этой групповой терапии есть одна ценная особенность. При таком обсуждении личных проблем больной выделяется из безликой массы, становится личностью и для других больных, и для персонала. Он перестаёт быть единицей шагающего батальона шизофреников, он не идентифицируется с койко-днём, человеко-приёмом. Чехов говорил, что даже в сером заборе провинциального города можно найти что-то своё, какую-то индивидуальность.

В нашей же практике инструкции, методические письма, приказы, психофармакологический ажиотаж и всё другое прочее заслоняют порой больного со всеми его личными особенностями течения болезни, лечения, устройства его судьбы.

При этом забывается, что психиатрический диагноз больного, его индивидуальное лечение совершенно несовместимы с шаблоном и стандартом.

Учёные из Института теоретической и экспериментальной биофизики РАН (ИТЭБ) вместе с коллегами из Московского физико-технического института (МФТИ) в своей совместной работе показали, что эпилептическая активность ослабевает либо полностью блокируется, если подопытным животным вводятся препараты, активирующие деятельность эндоканнабиноидной системы мозга.

Примечательно, что результаты исследования были опубликованы в журнале *Brain Research* – международном мультидисциплинарном издании, освещающем фундаментальные исследования, посвящённые фундаментальным и клиническим аспектам деятельности головного мозга. Об этом сообщает пресс-служба ИТЭБ.

университета в Иерусалиме и Института Вейцмана (оба – Израиль), а также приглашённый профессор Рокфеллеровского университета (США) Рафаэль Мешулам показал, что головной мозг вырабатывает свою жирную кислоту. В дальнейшем Дэниел Пьомелли и Нефи Стелла из Калифорнийского университета (США) обнаружили ещё один липид с такими же

Учёные продемонстрировали, что введение веществ, активирующих эндоканнабиноидную систему, приводит к нормализации электрической активности в мозгу. Значительно снижается дисбаланс в деятельности гиппокампа и медиальной септальной области. Наряду с этим исчезает высокочастотный патологический ритм в гиппокампе.

тов, активирующих эндоканнабиноидную систему, гиппокамп оставался практически неповреждённым. За эту работу научный сотрудник ИТЭБ Любовь Шубина получила премию Президента РФ.

В поиске новых подходов

В работе было особенно важно выявить и зафиксировать измене-

Немного теории

Эпилепсия, как известно, представляет собой одно из самых распространённых хронических неврологических заболеваний человека, проявляющееся в возникновении повторных судорожных приступов. В зависимости от того, в какой части мозга находится «судорожный» очаг, клиницисты выделяют разные виды эпилепсии. К примеру, если такой очаг локализуется в височной доле, то развивается так называемая височная эпилепсия. Учёные из лаборатории системной организации нейронов ИТЭБ РАН и МФТИ обнаружили эффективный способ защиты височной доли мозга от патологических изменений при развитии эпилепсии.

В настоящее время не существует надёжных способов для лечения височной эпилепсии. У части пациентов, получающих по этому поводу имеющуюся в арсенале медиков медикаментозную терапию, мозг становится «заторможенным». Кроме того, примерно треть таких больных являются фармакорезистентными, то есть не поддаются лечению. При тяжёлых формах височной эпилепсии и резистентности к лечению больным удаляют гиппокамп – центр формирования «судорожного» очага – парная структура, расположенная в височных отделах полушарий головного мозга.

Данная структура головного мозга отвечает за формирование краткосрочной памяти и последующий её перевод в долгосрочную. После удаления гиппокампа пациент становится полностью неспособным к запоминанию новой информации. В этой связи исследователи постоянно ищут новые пути защиты гиппокампа от патологических

В клиниках и лабораториях

Терапевтический потенциал

Защита гиппокампа – приоритетная цель нейробиологов

событий, приводящих к развитию эпилепсии.

По следам западных коллег

Биологи смоделировали развитие височной эпилепсии у морских свинок, используя нейротоксин, вызывающий при введении в организм животных так называемый эпилептический статус. Чтобы исследовать процессы, происходящие после этого в височных долях мозга, в гиппокамп и связанные с ним области вживляли электроды для регистрации активности при эпилептическом статусе и во время эпилептогенеза.

«Мы показали, что эпилептический статус и последующий эпилептогенез могут значительно ослабевать либо полностью блокироваться, если подопытным животным вместе с эпилептогеном вводить препараты, активирующие деятельность эндоканнабиноидной системы мозга», – отметила заведующая лабораторией системной организации нейронов ИТЭБ доктор биологических наук Валентина Кичигина. Термином «каннабиноиды» принято обозначать химические соединения, содержащиеся в конопле, а также их синтетические аналоги.

В 1992 г. известный учёный-биохимик профессор Еврейского



свойствами. Эти два соединения и представляют собой главные эндогенные каннабиноиды головного мозга. Эндогенная каннабиноидная система поддерживает гомеостаз мозга, модулирует высвобождение возбуждающих и тормозящих нервную систему веществ, также участвует в регуляции иммунной системы организма.

«Блестящие результаты были получены и при исследовании ткани гиппокампа, полученной из мозга лабораторных животных», – подчеркнула, в свою очередь, В.Кичигина. – Молодые учёные из нашего института с помощью специальной программы подсчитывали количество интактных клеток в срезах гиппокампа. Оказалось, что после введения препара-

тов с помощью объективных показателей. Оказалось, что эндоканнабиноиды воздействуют комплексно на различные структуры мозга, и порой это происходит в противоположных направлениях. «Было очень важно применить современные методы математической обработки данных и доказать сначала самим себе, а затем и рецензентам статьи, что наши методы обработки адекватны, а результаты статистически значимы», – рассказал ведущий научный сотрудник ИТЭБ, по совместительству профессор кафедры информатики МФТИ, доктор физико-математических наук Рубин Алиев.

Наблюдаемые исследователями улучшения в состоянии тканей гиппокампа у лабораторных животных с моделью височной эпилепсии, а также нормализация электрической активности мозга после стимуляции эндоканнабиноидной системы позволяют думать о разработке новых подходов для лечения эпилепсии. Кроме того, эта работа демонстрирует терапевтический потенциал воздействия на эндогенную каннабиноидную систему при лечении других патологий мозга, вызванных нейротоксическим повреждением.

Марк ВИНТЕР.

Гипотезы

Ультрафиолет, да не тот

В поисках причины катаракты

Учёные Международного томографического центра Сибирского отделения РАН выдвинули новую гипотезу возникновения катаракты: они предполагают, что одним из источников окислительного стресса – основного условия помутнения хрусталика глаза – являются фотохимические реакции под воздействием ультрафиолетового излучения Солнца.

До сих пор в научном мире нет полного и однозначного представления о том, почему возникает это заболевание. «Возрастная» теория не выдерживает критики уже потому, что катаракта может появиться у молодого человека и не развиваться у престарелого. Прежде были попытки объяснить возникновение этой патологии генетикой и даже связать с употреблением алкоголя и табака. Но стопроцентных доказательств, говорят в центре СО РАН, не получила ни одна из версий.

Сибирские исследователи занялись изучением фотоиндуцируемых реакций хромофоров хрусталика глаза, которые приводят к повреждению белковых молекул. Важность этой научной работы отмечена грантом Президента РФ. По словам одного из участников



проекта, кандидата физико-математических наук Петра Шерина, в принципе известно, что основная причина возникновения катаракты – окислительный стресс, то есть нарушение баланса между прооксидантами («атакующими») и антиоксидантами («защитниками»). Когда прооксидантов становится больше, чем антиоксидантов, начинаются необратимые структурные изменения белков, что приводит к образованию больших водонерастворимых светорассеивающих агрегатов, в результате чего хрусталик глаза мутнеет.

– Другой вопрос, что причины возникновения окислительного стресса в здоровом хрусталике в настоящее время остаются во многом неясными. По нашему мнению, одной из важнейших причин развития окислительного стресса и, соответственно, ката-

ракты является ультрафиолетовое излучение Солнца, причём волны определённой длины, – поясняет учёный.

Согласно гипотезе сотрудников Международного томографического центра, именно под воздействием ультрафиолетового излучения в хрусталике происходит постоянное, в небольших количествах образование реакционно активных молекул. Но если в молодом организме антиоксиданты успешно защищают свои белки от этих «реакционеров», то с возрастом защита от негативных фотохимических реакций становится слабее. Итогом накопления критической массы «опасных» модификаций в структуре белков и клеток хрусталика является катаракта.

Задача, которую ставят сибирские учёные, – на молекулярном уровне выяснить, какие именно фотохимические реакции приводят к необратимым изменениям в структуре белков и клеток хрусталика, чтобы знать, на какой стадии можно замедлить или даже остановить развитие катаракты. Первая серия экспериментов уже показала, что данная задача имеет шанс быть успешно решённой.

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Новости

Методики трансгастальной пункционной биопсии при опухолях поджелудочной железы, позволяющей поставить гистологический диагноз до операции, отныне доступны врачам-дальневосточникам. В дорожной клинической больнице на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД» прошёл научно-практический семинар «Возможности эндоскопической ультрасонографии в клинической практике», среди приглашённых на который находились эндоскописты, врачи УЗД, онкологи как из линейных учреждений системы медицинского обеспечения на Дальневосточной магистрали, так и представляющие территориальное здравоохранение, а кроме того, преподаватели и студенты Дальневосточного государственного медицинского университета.

Диагноз до операции

Тонкая игла взамен обширной операции

Участники наблюдали видеотраслацию из операционной тонкоигльной пункции с аспирацией и дренирования псевдокист поджелудочной железы, желчного и панкреатического протоков под контролем эндоскопической ультрасонографии, которую выполнял заведующий эндоскопическим отделением Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова кандидат медицинских наук Евгений Солоницын.

Он провёл уточнённую диагностику 9 сложным пациентам. Ранее больным, чтобы подтвердить или опровергнуть диагноз злокачественной опухоли поджелудочной железы, пришлось бы перенести обширные операции для получения гистологического материала. Теперь на смену им пришла дооперационная морфологическая верификация, когда достаточно обойтись всего небольшим про-

колом специальной иглы через стенку желудка.

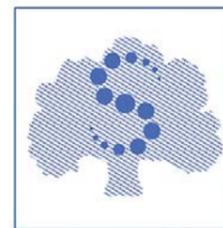
Дальневосточники наглядно убедились: использование очень высоких частот ультразвука даёт «картинку» высокого качества с разрешающей способностью изображения менее 1 мм, в чём частично и заключается безоговорочное превосходство эндоскопической ультрасонографии над обычным ультразвуковым исследованием, компьютерной и магнитно-резонансной томографией. Эти и другие преимущества ЭУС, например возможность подвести ультразвуковой датчик по просвету пищеварительной трубки под визуальным контролем непосредственно к исследуемому объекту, участники семинара обсудили за «круглым столом».

Владимир КЛЬШНИКОВ, корр. «МГ».

Хабаровск.

Основная повестка этого мероприятия с международным участием – «Качество медицинского образования – от профильной школы к профессиональному стандарту». Конференция в этом году приобрела небывалый масштаб и формат. Более чем на 20 площадках во время проведения заседаний, «круглых столов», семинаров, симпозиумов и иных мероприятий, предусмотренных программой конференции, обсуждены вопросы повышения конкурентоспособности российского медицинского и фармацевтического образования. Кроме того, одна из главных тем – качество медицинского образования на всех его этапах: от предпрофессионального уровня до аккредитации специалистов. Общее количество участников достигло 3800 человек из Российской Федерации и стран ближнего и дальнего зарубежья.

осуществляться путём проверки навыков по принципу объективного структурированного клинического экзамена. Оценку теоретических знаний проводят независимые экзаменаторы. Одновременно с оценкой качества обучения студента оценивается качество работы преподавателя. Независимое тестирование показывает уровень квалификации преподавателей. В резолюции этого заседания констатируется необходимость формирования новых подходов в проектировании образовательных



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Новый логотип медицинского вуза

– Впервые на конференцию собралась такая разная аудитория, – говорит проректор по учебной работе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Татьяна Литвинова. – Мы пригласили как школьников, которые учатся в медицинском классе и мечтают стать врачами, так и состоявшихся специалистов. Ребятам, участвующим в проекте «Медицинский класс в московской школе» предстоит сдавать в нашем университете предпрофессиональный экзамен. Другой тематике посвящены симпозиумы для практикующих врачей – прохождению профессиональной аккредитации и вхождению в систему непрерывного медицинского образования. Помимо насыщенной программы заседаний в рамках «Недели медицинского образования» состоялось объединённое заседание Координационного совета по области образования «Здравоохранение и медицинские науки», ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», совета деканов (директоров) медицинских факультетов (институтов) государственных университетов Минобрнауки России, прошло Всероссийское совещание руководителей образовательных организаций, осуществляющих деятельность по программам среднего профессионального образования. Был проведён совет деканов педиатрических факультетов. Всероссийская студенческая олимпиада по практической медицинской подготовке «Золотой МедSkill» также традиционно завершилась в дни «Недели медицинского образования». Организованы были и мероприятия обучающего характера, касающиеся аккредитации специалистов, применения дистанционных технологий в образовании, информационных технологий в медицине и образовании.

Особый интерес вызвало пленарное заседание «Лучшие практики в медицинском образовании – основа развития национальной системы здравоохранения». Качество подготовки специалиста определяется многими компонентами на каждом из этапов образования: школьном, университетском и послевузовском. В Сеченовском университете успешно реализуется проект центр образовательных программ «Медицина будущего». Сегодня он трансформируется в Международную школу межвузов-

Деловые встречи

Новая парадигма

VIII Общероссийская конференция «Неделя медицинского образования – 2017»



Участники конференции знакомятся с современными информационными технологиями в медицине

ского консорциума на базе вуза, идёт развитие полилингвальной среды. В образовательном процессе участвует многопрофильный университетский Клинический центр. Разработаны и направлены в Минобрнауки России предложения по совершенствованию подготовки по программам аспирантуры. Активно работает Методический центр аккредитации специалистов. Участвуя в проекте «Медицинский класс в московской школе» и запустив инновационный ресурсный центр «Медицинский Сеченовский предвузовский», университет приступил к реализации нового актуального пилотного проекта – создание образовательной системы качества в сфере подготовки медицинских специалистов. В рамках проекта на клинических дисциплинах контроль практической подготовленности студентов стал

программ. Говорится о трансформации практикоориентированных технологий, повышении внимания к самостоятельной работе обучающихся. При этом должен осуществляться контроль качества подготовки на всех уровнях и этапах. Актуализация образовательных стандартов будет проходить в соответствии с требованиями утверждаемых профессиональных стандартов. Это потребует их пересмотра как по содержанию, так и по условиям осуществления образовательного процесса.

Предложенная ректором Сеченовского университета, главным специалистом по медицинскому и фармацевтическому образованию Министерства здравоохранения РФ, академиком РАН Петром Глыбочко модель образовательного континуума (школа-университет-клиника) получила широкое

распространение в российской высшей медицинской школе. Вслед за Сеченовским университетом, внедрившим модель «Университетская клиника», другие образовательные организации выстраивают взаимоотношения с медицинскими организациями, руководствуясь принципами, заложенными при реализации этого пилотного проекта.

«Современные темпы развития медицины выдвигают новые требования к уровню квалификации специалиста, соответствовать которым он может, только находясь в постоянном совершенствовании профессионального уровня, расширяя и углубляя свои компетенции. «Неделя медицинского образования» способствует объединению усилий медицинского сообщества для обсуждения ключевых проблем и достижений в сфере медицинской деятельности, позволяет выра-

ботать практические решения по наиболее актуальным вопросам. Цель мероприятия – улучшение качества подготовки специалистов в данной сфере, повышение конкурентоспособности российского медицинского и фармацевтического образования на мировом рынке образовательных услуг. Конференция призвана способствовать формированию национальной модели здравоохранения будущего, созданию условий для конструктивного диалога и обмена опытом между российскими и международными специалистами», – подытожил ректор Пётр Глыбочко.

Одна из новых тем, которая прозвучала на «Неделе медицинского образования», – аккредитация преподавателей. К студенту предъявляются конкретные требования, которые отражены в практикоориентированных стандартах, где прописано, какими знаниями и навыками он должен обладать. Что касается преподавателей, то подобных чётких требований нет. Почему один может заниматься педагогической деятельностью, а другой не должен получить допуск в профессиональную среду? Да, педагоги также проходят повышение квалификации. На ряд должностей их избирают по конкурсу, для участия в котором требуется учёная степень. Но профессиональное сообщество должно всё-таки прежде подтвердить, готов ли преподаватель читать лекции, проводить семинары, мастер-классы. Это также повысит качество медицинского образования.

На «Неделе медицинского образования» университет впервые принимал участников в новом обновлённом качестве, с новым названием и новым брендом. Сеченовский университет проводит кампанию по ребрендингу, направленную на создание нового корпоративного стиля, отражающего инновационные подходы к стратегическим направлениям развития университета. И уже с апреля этого года университет переходит на новый фирменный стиль, который подчёркивает глобальные изменения вуза, международное позиционирование, основанное на новом бренде, понятном и привлекательном для мировой аудитории.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

События

В Москве состоялся III конгресс с международным участием Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи. Одной из центральных тем мероприятия было лечение плоскоклеточного рака.

Ежегодно в мире регистрируется свыше 500 тыс. новых случаев злокачественных опухолей головы и шеи, это заболевание уносит около 270 тыс. жизней.

Проблема лечения плоскоклеточного рака головы и шеи (ПРГШ) актуальна и для России. Каждый год в нашей стране диагностируется более 30 тыс. новых случаев заболевания, смертность составляет около 15 тыс. человек.

Таргетная терапия даёт надежду В том числе при лечении рака

Несмотря на доступную визуальную локализацию и выраженную симптоматику, 70% пациентов обращаются за специализированной помощью с запущенными формами заболевания.

На конгрессе обсуждались различные аспекты диагностики и терапии ПРГШ; были представлены новейшие результаты исследований в этой области.

О современных парадигмах комбинирования химио- и лучевой терапии ПРГШ рассказал старший научный сотрудник отделения опу-

холей верхних дыхательных и пищеварительных путей Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России доктор медицинских наук Илья Романов. По его мнению, только комплексный подход в лечении ПРГШ, слаженная работа хирурга, радиолога и химиотерапевта позволяет добиваться наилучших клинических исходов.

И.Романов подчеркнул: сегодня с внедрением в медицинскую практику таргетных препаратов, возможности лечения данного

заболевания значительно возросли. Терапия при помощи этих инновационных лекарственных средств, воздействующих преимущественно на поражённые опухолевым процессом клетки, является наиболее перспективным направлением в современной онкологии.

Тему использования таргетных препаратов при рецидивирующем (метастатическом) ПРГШ и в схемах индукционной терапии продолжила руководитель отделения химиотерапии Москов-

ского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена Минздрава России доктор медицинских наук Лариса Болотина.

В докладе научного сотрудника Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена кандидата медицинских наук Артёма Геворкова был сделан акцент на методы профилактики и коррекции возможных нежелательных явлений химиолучевой терапии, которые позволяют врачу повысить комплаентность пациентов. А это – залог эффективности лечения любого заболевания, а онкологического – особенно.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Почему бы и нет?

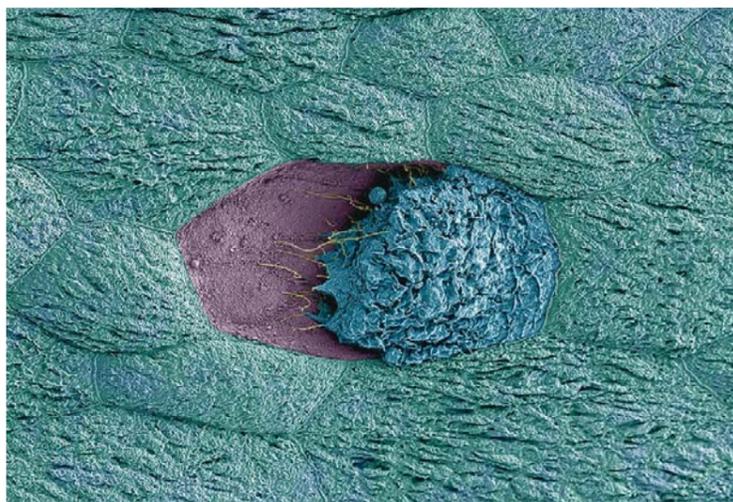
Капсульный подход

Клетки обычно «сидят» на матричной подложке, сформированной различными волокнами, например того же коллагена, но могут и двигаться, например те же иммунные лимфоциты, выходящие для мониторинга тканей из сосудов. Нервные стволовые клетки локализованы в глубине мозга, однако их потомки в виде предшественников-прогениторов нейронов и разной глии-«клея» белого вещества вынуждены преодолевать большие расстояния, измеряемые 10-20 см. Продвижение на ещё большее расстояние претерпевают нервные отростки, достаточно вспомнить седлистый нерв, то есть совокупность многих отростков, идущих от спинного мозга до кончиков пальцев стопы (более метра). Миграция клеток регулируется различными факторами, среди которых белковый рецептор, встроенный в клеточную оболочку-мембрану. Его молекула «спарена» – coupled – с подмембранным протеином, сдерживающим деление и клеточное движение. А. Куртова, работающая в биотехнологической компании южного Сан-Франциско, выяснила со своими коллегами, что выключение гена рецептора ограничивает клеточный рост и «передвижение», например клеток слизистой толстого кишечника в... печень. Журнал Nature расценил это открытие как заслуживающее вынесения на обложку последнего мартовского номера.

Редакция назвала тему «Право на проход-пассаж» и покрасила мигрирующие в полости сосуда клетки зелёным, показав тем самым, что рецептор светится благодаря зелёному флуоресцентному протеину (GFP). Благодаря ему в 2002 г. в римском Университете здоровья было сделано открытие, на которое мало кто обратил внимание: римляне обратили внимание на то, что мегакариоциты – клетки с большими ядрами – присутствуют в... лёгких. До них считалось, что органом кроветворения является костный мозг, где «обрывки» цитоплазмы мегакариоцитов превращаются в тромбоциты, которые нужны не только для свёртывания крови, но и иммунной защиты. Спустя 15 лет необычное открытие итальянцев переоткрыли сотрудники Калифорнийского университета в Сан-Франциско и Лос-Анджелесе.

Иммунитет, как известно, бывает приобретённым, или адаптивным, и врождённым. Последний представляет собой систему быстрого реагирования (знаменитый принцип «сначала ввяжемся в бой, а потом разберёмся»), для чего на поверхности иммунных лимфоцитов имеются протеиновые рецепторы. Сотрудники Университета города Порто в португальской Коимбре (где в своё время была римская Конимбрига) выяснили, что витамин С крайне важен для активации микроглии – иммунных клеток мозга. Молекулы аскорбата, то есть восстановленной формы аскорбиновой кислоты, проводятся в клетки нервной системы по бел-

ной из них является использование для активации иммунных лимфоцитов генно-модифицированных сальмонелл, неослабленная форма которых вызывает тиф. Её преимущество заключается в анаэробном образе жизни, когда микробам не требуется кислород. Микроб был модифицирован, в результате чего его клетки стали выделять флагеллин – основной протеин жгутиков-флагелл. Жгутики необходимы микроорганизмам для продвижения в тканях, и поэтому флагеллин является первым агентом, на который реагируют рецепторы неспецифической иммунной защиты. «Обогащение» сальмонелл флагелином привело к повышению у мышей эффективности антитуморной иммунотерапии.



Смерть клетки

ковому каналу, пронизывающему клеточную мембрану. Выключение канального протеина привело к аномальной активации микроглии и, как следствие, к запуску мозгового воспаления, которое может приводить к нейродегенеративным расстройствам. В университетах штата Вирджиния в городе Ричмонд и Рокфеллеровском в Нью-Йорке показали, что старение клеток увеличивает варибельность их генома, что проявляется в «истощении» способности иммунных клеток противостоять опасности.

Приведённые факты важны для проникновения в биологию клеток и разработки более эффективных и «нацеленных» иммунотерапий. Од-

И всё же она представляет собой перспективу пусть и не слишком далёкую, но будущего, а врачам уже сегодня требуются надёжные методы борьбы с аномальным ростом клеток. Для подавления его есть хорошо известный доксорубин, название которого указывает на красный цвет препарата. Проблема, однако, в том, что нет надёжных методов адресной доставки препарата к большим клеткам. Евгения Харлампиева со своей помощницей Вероникой Козловской, работающие в Университете штата Алабамы в городе Бирмингем, предложили капсулы с лекарством, диаметр которых не превышает 5 микрон, то есть

меньше эритроцитов. Малый размер капсул позволяет им легко проходить по руслу самых мелких капилляров в тех же лёгких.

Оболочки капсул делаются из 15 слоёв танниновой кислоты в сочетании с производным всем знакомого поливинила. При ультразвуковом исследовании мощностью 0,1 ватт/см² капсулы дают великолепный контраст, что облегчает диагностику. Повышение мощности ультразвука в 100 раз буквально «рвёт» оболочку капсул, что приводит к высвобождению доксорубина в нужном месте и его цитотоксичности 97%. Авторы подчёркивают высокую эффективность капсулирования препарата и биосовместимость оболочек, а также «управляемость» и регулирование высвобождения доксорубина. За сочетание терапевтических и диагностических свойств капсул их причислили к тераностикам. А специалисты Питтсбургского университета сообщили об окончании III фазы клинических испытаний новых антител (Nivolumab), которые, однако, действуют при сохранении «здорового» иммунного ответа.

Клетки рождаются, выполняют возложенную на них геномом функцию и затем, старея, заканчивают свой жизненный путь. В норме это происходит в результате сигнала, посылаемого митохондриями, или внутриклеточными энергетическими станциями, вырабатывающими энергетическую валюту в виде молекул АТФ. Ранее апоптоза – запрограммированной смерти, – была открыта аутофагия, или самопоедание, за которую японцу в 2016 г. дали Нобелевскую премию. Известен также некроз – тоже клеточная смерть, например под действием физического или химического ожога, скажем, кислотой. Последняя вызывает оксидативный, или окислительный стресс, повреждающий ДНК и нарушающий её починку-репарацию. Агрессивные кислородные радикалы (ROS) образуются и в митохондриях, в которых идёт окисление глюкозы и другой органики. Издавна известно, что с радикалами борются антиоксиданты, например хорошо всем известный витамин С, или аскорбиновая кислота. Её пользу для укрепления иммунитета, борьбы с простудой и даже раком активно рекламировал Л.Полинг, открывший белковую альфа-спираль, известие о которой подтолкнуло Крика и Уотсона предложить спираль ДНК.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature, Science Signaling,
Clinical and Laboratory Haematology.

Угроза

Пыль тому виной

Учёные из Университета Джорджа Вашингтона (США) провели глобальный анализ исследований домашней пыли, проведённых в 14 штатах страны, и выяснили, что эта пыль куда опаснее, чем может показаться на первый взгляд. В ней не только живут бактерии, простейшие и пылевые клещи, но и содержатся остатки всех тех химических соединений, из которых состоят предметы в доме. Эти соединения часто могут быть токсичны для человека, а также вызывать самые разнообразные заболевания, в том числе и рак.

Научная группа провела анализ 27 разнообразных исследований, посвящённых домашней пыли и её составу. Ведущий автор данной работы Ами Зота полагает, что это первый комплексный анализ того, остатки каких химикатов присутствуют в домашней пыли.

Выяснилось, что эти химикаты представлены в основном 4 группами: это прежде всего фталаты, затем фенольные соединения, далее добавки, придающие различным предметам огнеупорные свойства (одна из найденных добавок может вызывать рак) и фторсодержащие вещества. Всего было выявлено 45 потенциально токсичных соединений, содержащихся в различных бытовых предметах и попадающих в воздух, а потом в пыль. В 90% образцов присутствовало как минимум 10 вредных веществ, в том числе и вызывающая рак огнезащитная добавка.

По словам авторов, домашняя пыль может служить дополнительным фактором для развития различных заболеваний. Люди могут, не зная того, вдыхать или глотать вредные соединения или даже впитывать их через кожу. В зоне риска находятся прежде всего маленькие дети, так как они ползают или играют на полу и часто облизывают руки.

Соавтор исследования Вина Сингла добавила, что разнообразие и концентрация вредных веществ в пыли стали для неё шоком и призвала заменять те бытовые предметы, которые содержат эти вещества, на те, которые изготовлены из более безопасных материалов.

Борис БЕРКУТ.

По информации Medical Express.

Исследования

Целясь наверняка

Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) будет более эффективным, если пациент получает таргетную терапию одновременно с приёмом противовоспалительных препаратов. К такому выводу пришли учёные из Медицинского колледжа Бэйлора (Великобритания) на основании результатов крупных исследований.

Согласно статистике, ДГПЖ встречается почти у 50% мужчин в возрасте 51-60 лет и у 9 мужчин из 10 старше 80 лет. Однако вопрос о причине появления аденомы простаты по-прежнему остаётся открытым.

По словам ведущего автора исследования доктора Ли Синя, в процессе эксперимента анализировалась роль рецептора андрогена в простате эпителиального клеточного гомеостаза и способ балансирования этих клеток. Учёные изучали роль, которую играют андрогенные

рецепторы в гомеостазе простаты, путём удаления андрогенного рецептора в просвете эпителиальных клеток.

В исследовании использовалась специально генетически сконструированная модель мыши. В процессе эксперимента у неё был удалён андрогенный рецептор в доли эпителиальных клеток простаты, называемых цитокинами, которые приводят к дефектам в плотных соединениях. В нормальных клетках плотные соединения исправны, и молекулы, являющиеся сигналами воспаления, не могут проникнуть в прилегающие районы. Однако в некоторых клетках, где был исключён рецептор андрогена, плотные соединения были повреждены цитокинами, продуцируемыми полостными клетками, поэтому могли просочиться в прилегающие районы.

По словам учёных, просочившиеся цитокины способствуют набору иммунных клеток, особенно макрофагов и Т-клеток, в простатиче-

ской среде. Эти иммунные клетки затем секретируются в дополнительные цитокины, которые впоследствии привлекают больше подобных клеток. Кроме того, IL-1 клетки секретируют факторы роста, которые стимулируют пролиферацию клеток в предстательной железе.

По словам руководителя группы исследователей Ли Синя, удаление рецепторов андрогенов вызывает воспалительную реакцию, способствующую пролиферации клеток.

Таким образом, разрушение рецептора андрогена может управлять воспалением, поскольку просветные клетки воспалённой железы человека имеют меньше рецепторов андрогена, чем просветные клетки из невоспалённой простаты. Он также подчеркнул, что результаты могут объяснить, почему некоторые пациенты с ДГПЖ реагируют на таргетную терапию, а у других болезнь продолжает прогрессировать: поэтому лечение аденомы простаты может быть более эффективным, если пациенты получают таргетную терапию одновременно с противовоспалительными препаратами.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам Molecular Cell.

Версии

Максимум эффективности минимальным доступом

Как известно, радикальная цистэктомия и региональная лимфодиссекция являются стандартными методами лечения локализованного мышечно-инвазивного и немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря высокого риска и представляет собой одну из основных хирургических урологических процедур. В конце минувшего года были опубликованы результаты сравнения различных способов выполнения радикальной цистэктомии.

Что характерно, открытый хирургический подход применяется по-прежнему широко, хотя в последние два десятилетия были предприняты усилия для того, чтобы оценить наличие преимуществ у минимально инвазивных процедур: лапароскопической или роботизированной по сравнению со стандартной техникой. От-

крытая радикальная цистэктомия ассоциируется с высоким уровнем сложности, но при анализе результатов серии лапароскопических и роботизированных операций не удалось продемонстрировать достоверное снижение послеоперационных осложнений по сравнению с серией открытых хирургических вмешательств.

Лапароскопическая и роботизированная радикальная цистэктомия демонстрируют снижение кровопотери, пребывания в стационаре и объёмы трансфузии, но также показывают и более длительное время операции. В то время как при открытой радикальной цистэктомии, как правило, регистрируется более короткая продолжительность операции, но и более длительная госпитализация с более высоким уровнем тяжёлых осложнений.

Герман АКОДИС.

По материалам журнала Actas urologicas espanolas.

Выводы

Высокое давление — ясное сознание?

Повышенные цифры артериального давления у пожилых людей являются признаком низкой вероятности развития слабоумия после 90 лет, особенно если гипертоническая болезнь началась в 80-летнем возрасте. Такое заявление сделали учёные Университета Калифорнии в Ирвине (США), опровергая тем самым устоявшееся мнение о прямой связи гипертонии и болезни Альцгеймера.

В эксперименте приняли участие 559 добровольцев, наблюдение за которыми продолжалось в среднем по 2,8 года, причём все участники исследования перевалили 90-летний рубеж.

В начале обследований признаков деменции не было обнаружено ни у одного из участников, однако в последующий период 224 пациента (40%) проявили признаки старческого слабоумия. Исследователи

выяснили, что те пациенты, у которых, согласно их собственным сообщениям, гипертония развилась после 80 лет, имели на 42% меньше шансов получить деменцию после 90 лет (по сравнению с теми, кто вообще не имел высокого давления).

Участники, чья гипертония началась в возрасте после 90 лет, уменьшали вероятность слабоумия на 63%. Эти корреляции, по словам учёных, проявлялись независимо от

того, принимали участники препараты от гипертонии или нет.

Кроме того, отметили исследователи, риск деменции снижался по мере увеличения тяжести гипертонии. Это вполне согласуется с гипотезой, что в данной возрастной группе высокое артериальное давление может защитить мозг от негативных воздействий, приводящих к слабоумию.

Авторы предложили несколько возможных объяснений связи между давлением и риском деменции. Возможно, артериальное давление имеет некий определённый уровень, который помогает поддержать адекватный кровоток в мозгу, и этот уровень меняется с

возрастом. Другое объяснение менее вероятно — возможно, кровяное давление снижается как следствие разрушения клеток мозга. То есть не давление является причиной отсутствия деменции, а отсутствие слабоумия исключает высокое кровяное давление.

Несмотря на большое количество участников, работа имела ряд ограничений. Пациентами были в основном женщины-пенсионеры. Все жили в одном и том же округе штата Калифорния, а значит не отражали всё «старое» население страны. В связи с этим учёные намерены расширить ареал исследований, так как, по словам одного из авторов работы доктора Марии Карильо, старческое слабоумие является наиболее быстро растущим видом заболевания среди пожилого населения США.

Эксперименты

«Меню» по Менделееву

Приготовление пищи в алюминиевой посуде может нанести серьёзный вред интеллекту ребёнка и снизить уровень его IQ. К такому выводу пришли исследователи из Университета Ашленда (США), изучив образцы алюминиевой посуды в 10 развивающихся странах.

В ходе эксперимента исследователи симитировали приготовление еды, прокипятив в алюминиевой посуде слабые растворы кислоты в течение 2

часов. В результате из посуды в раствор поступили значительные объёмы алюминия, мышьяка и кадмия. Кроме того, уровень самого алюминия в растворе в 6 раз превысил норму.

Как выяснилось, посуда делается из алюминиевого металлолома, в том числе из частей компьютеров, бытовой техники, автоматических механизмов, банок и другого промышленного мусора, который представляет серьёзную и ранее не оценённую опасность для здоровья миллионов людей.

Все эти детали не предназначены для контакта с пищей. Кроме алюминия они содержат примеси свинца и кадмия, которые, собственно, и являются токсичными ингредиентами посуды.

В частности, кадмий приводит к повреждению почек у детей, вызывающему впоследствии смерть от рака и сердечно-сосудистых катастроф. Попадание в организм свинца может привести к повреждению мозга ребёнка, умственной отсталости и, как следствие, низкой успеваемости. По словам

учёных, опасность представляет более трети всей посуды, произведённой из алюминия.

Таким образом, заявляют учёные, недорогая алюминиевая посуда может быть намного более опасной для общественного здравоохранения, чем свинцовая краска или другие известные источники вредных веществ, которые признаны токсичными по всему миру.

Примечательно, что в начале 70-х годов прошлого века канадская исследовательская группа показала связь алюминиевых кастрюль и болезни Альцгеймера, так как в мозгу пациентов обнаружилось значительное количество алюминия, выделяемого в пищу в процессе приготовления.

У наших соседей

С учётом интересов всех сторон

Азербайджан ведёт переговоры с украинскими компаниями о создании совместного фармацевтического производства на территории Пираллахинского промышленного парка. Об этом сообщил глава Минэкономики Азербайджана Шахин Мустафаев на встрече с первым заместителем председателя правительства — министром экономического развития и торговли Украины Степаном Кубивом.

По словам Ш.Мустафаева, украинские компании могут вос-

пользоваться возможностями и льготами Пираллахинского пром-

парка и создать там фармацевтическое производство. «В настоящее время Азербайджан ведёт переговоры с рядом украинских компаний о сотрудничестве в этом направлении», — отметил министр.

И вот недавно, Ш.Мустафаев сообщил о том, что инвестиции

в первый этап строительства азербайджано-иранского фармацевтического завода составят 20,5 млн долл. Поначалу его планировалось разместить в Сумгайтском химико-промышленном парке, однако в конце концов сошлись на том, что стройка будет перенесена в Пираллахинский промышленный парк.

Идеи

В США каждый год проходит около 30 тыс. операций по пересадке органов. 20-50% таких операций в течение 5 лет «проваливаются». Во многих случаях это происходит потому, что иммунная система человека не идентифицирует донорский орган как свой. В результате происходит отторжение трансплантата. Исследователи из Школы медицины Перельмана Университета Пенсильвании (США) открыли способ, который поможет увидеть, идёт ли в организме процесс отторжения. У новой методики есть 2 основных преимущества — во-первых, с её помощью можно обнаружить, что процесс уже идёт, на более ранних сроках, во-вторых, она не так болезненна, как биопсия, для анализа достаточно образца крови.

Если дальнейшие исследования подтвердят эффективность нового метода, то люди, перенёвшие операцию по пересадке органа, будут чувствовать себя лучше, а их новые органы будут работать дольше. Новый биомаркёр даст врачам возможность лучше контролировать состояние пациентов и вовремя реагировать на начавшееся отторжение.

Ведущий автор исследования Прашант Валлабайосюла пояснил,

Предотвращая отторжение



что такой биомаркёр, который будет активен всё время, начиная от пересадки органа и далее, сейчас критически необходим. Кроме того, если он будет корректно отражать состояние пациента, то, возможно, в некоторых случаях, когда нет активного отторжения, потребуется назначать меньшие дозы иммуносупрессивных пре-

паратов. В свою очередь, это поможет избежать побочных эффектов таких лекарств, среди которых в том числе называют рак, повышение кровяного давления, повреждение почек.

Новый метод заключается в анализе концентрации и состава экзосом. Многие клетки выделяют небольшие капсулы, которые

содержат протеины и другие молекулы материнских клеток. Такие капсулы называют экзосомами. Учёные не имеют точной информации, зачем они нужны, но известно, что они могут влиять на клетки, находящиеся вокруг. На поверхности экзосом есть протеиновые маркёры — антигены МНС (главного комплекса гистосовместимости).

По этим антигенам иммунная система отличает «свои» клетки от «чужих». Антигены МНС донора и реципиента отличаются, и именно на этом основана методика — чем больше донорских экзосом содержится в крови реципиента, тем больше вероятность, что процесс отторжения находится в активной фазе.

Учёные в лабораторных условиях пересадили мышам группы клеток человеческой поджелудочной железы. Специалисты смогли определить и подсчитать человеческие экзосомы в крови животных, и когда в ходе опыта они спровоцировали отторжение донорских клеток, ко-

Ну и ну!

Кесарю — кесарево

Процесс родов у человека проходит несколько сложнее, чем у многих других живородящих существ. Головы человеческих младенцев довольно велики, и родовые пути, по которым они проходят, не всегда достаточно эластичны, чтобы в них поместилась большая голова. В этом случае врачи достают малыша вручную с помощью полостной операции, называемой кесаревым сечением. Операция, возможно, названа в честь Юлия Цезаря, которого, по легенде, достали из живота умирающей матери.

Небольшая группа исследователей из Австрии и США проанализировала статистику по количеству кесаревых сечений за последние годы и обнаружила, что за последние 50 лет количество родов, при которых делается эта операция, возросло на 10% — с 3% от общего количества родов в 1960-х гг. до 3,3 в наши дни. Учёные отметили, что рост числа кесаревых сечений мог быть обусловлен увеличением количества детей, головы которых слишком велики для естественных родов.

По словам специалистов, логика и математические расчёты позволяют предположить, что если раньше большеголовые дети могли погибнуть при рождении, то сейчас они выживают и передают «ген большеголовости» уже своим детям, дополнительно увеличивая процент кесаревых сечений и продолжая «замкнутый круг». При этом большие дети в среднем здоровее, чем маленькие, а значит, у них больше шансов вырасти и, в свою очередь, обзавестись потомством. Таким образом, пояснили учёные, кесарево сечение могло дать новый толчок эволюции.

Исследователи подчеркнули, что это только гипотеза, пока не имеющая доказательств. И добавили: увеличение размера головы новорождённых может объясняться и современным образом жизни — снижением уровня физической активности и увеличением количества потребляемых калорий.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Xpress, CNN, interfax.az, Reuters.

Далёкое-близкое

Партизанские медики вызывали огонь на себя

Они действовали не хуже регулярных войск Красной Армии

Весной 1942 г., 75 лет назад, бойцы 1-ой Клетнянской партизанской бригады разгромили в тогдашнем Дубровском районе Орловской области элитный военный санаторий для гитлеровских воздушных асов. Эта одна из самых дерзких ночных операций народных мстителей нынешней Брянщины была экранизирована потом в многосерийном телевизионном фильме «Вызываем огонь на себя». В числе погибших гитлеровских пилотов было немало высших офицеров рейха, которым фашисты устроили пышные похороны, а средствами массовой пропаганды было предписано изображать дело так, будто операция осуществили десантники из состава регулярных войск Красной Армии.

Журналистская судьба свела меня в своё время с Александром Афанасьевичем Морозовым, родным братом легендарной руководительницы Сещинского подполья, которое осуществляло, в частности, сбор разведывательных данных о расположении и режиме работы гитлеровского авиационного санатория. Доводилось встречаться и с одним из главных героев киноленты, бывшим командиром 1-ой Клетнянской партизанской бригады Фёдором Данченковым. В старых блокнотах сохранились записи бесед с жившими ещё в ту пору участниками легендарных событий, лечившими партизан работниками лесного госпиталя. Итак...

Окупирав территорию нынешней Брянщины, гитлеровцы оборудовали возле посёлка Сеща (по фильму Сеча) на местном аэродроме крупную авиационную базу, с которой летали бомбить Москву: до столицы было всего 350 км. Для охраны нескольких сотен боевых самолётов на особый режим была переведена территория вокруг Сещи, авиабазу охраняли около 4 тыс. солдат и офицеров вермахта. И всё же бойцам Красной Армии во взаимодействии с партизанами удалось взять эту воздушную крепость. Для помощи подпольщикам с Большой Земли был прислан кадровый разведчик Константин Поваров. Обо всех этих событиях и рассказано в телевизионном фильме. Теперь – о том, что осталось за кадром.

Дом матери Поварова находился в деревушке Бельской, всего



В таких условиях приходилось оперировать раненых партизан. Рядом идёт бой с карателями

в 5 км от Сещи. Именно сюда приходили связные из 1-ой Клетнянской партизанской бригады, забирая у подпольщиков добытые сведения, которые потом радисты Фёдора Данченкова передавали на Большую Землю. А в своём сарае Марфа Григорьевна Поварова устроила для партизан временный «госпиталь». Лечить же народных мстителей приходила, рискуя жизнью, из соседней деревни Радичи врач Надежда Митрачкова. К сожалению, об этой мужественной женщине сохранилось очень мало сведений: после гибели разведчика Константина Поварова её схватили и замучили на допросах гитлеровцы.

Со временем, когда партизаны активизировали свои боевые действия, особенно после удачного налёта на гитлеровский санаторий в деревне Сергеевка (по фильму Серпеевка) встал вопрос и об устройстве стационарного лесного госпиталя. Раненных-то и больных становилось всё больше, а лечить их было некому и нечем.

Приведём теперь выдержку из книги воспоминаний Фёдора Данченкова «Особое поручение»: «Когда окончательно обосновались в лесном лагере, оказалось, что среди нас нет ни одного медика. Однако вскоре к нам пришёл пробившийся из окружения фельдшер Гриша Самотёсов. В двух небольших хатках в Бочарах мы развернули свою первую санитарную часть...»

Работал в ней вначале лишь один фельдшер, а потом... Потом начальником стал военврач Сергей Зуев, ротными фельдшерами – Григорий Самотёсов и Анатолий Гвоздилов, санитарками – Анна Тришкина и Евгения Жутенкова.

Особо, думается, надо рассказать о начальнике военного госпиталя. Все, знавшие этого человека, сохранили о нём самые тёплые воспоминания. Сергей Зуев утравив санитарные палатки, лечил раненых, скрупулёзно следил (это в условиях-то лесной жизни!) за соблюдением гигиены,

ухитрялся принимать больных в далеко расположенных от места дислокации отряда деревнях. Понятно, как ждали медицинской помощи из партизанского леса пострадавшие от хворей жители окрестных сёл и деревень. В самый короткий срок Сергей Петрович завоевал такой авторитет, что иначе, как «профессором», его и не величали. Этому врачу верили все, он умел по-человечески душевно подойти к раненому или больному.

– Партизаны профессора прислали! – разносилось по деревням, и к Сергею Петровичу тут же стекались нуждавшиеся в помощи. А врач останавливался в какой-либо деревенской хате, надевал белый халат и тут же начинал медосмотр. Но вот доктору-то помочь уже никто не смог: заразившись тифом в одной из деревень, военврач Сергей Зуев умер.

Однако к той поре в военном партизанском госпитале уже появился самый настоящий хирург Семён Жамеричев. Обладая кроме обширных профессиональных знаний ещё и недюжинной личной отвагой, Семён Степанович даже лично ходил на боевые задания, чтобы на месте тут же оказывать помощь раненым. Сохранились воспоминания и этого доктора:

«Кое-что из медицинского имущества мы получили с Большой Земли. Но партизаны никогда не упускали случая воспользоваться и подходящими трофеями. Однажды фельдшер Гриша Самотёсов притащил целую плащпалатку лекарств, а потом и набор хирургических инструментов. В землянке же, где располагалась операционная, всё так и блестело чистотой. Медсёстры и санитарки буквально с ног сбивались, стараясь как можно тщательнее выполнять распоряжения строго начальника: перевязывали

раненых, кормили их, шили из парашютов бельё...»

Добавим ещё, что ежедневно, независимо от погоды, хирург выстраивал по очереди все взводы на медосмотр. Когда было тепло, мыслились в протекавшей неподалёку небольшой речушке, с наступлением холодов «бани» устраивали прямо у костра...

Медицинские же работники были, в силу необходимости, настоящими универсалами: и терапевтами, и стоматологами, для чего на пне устроили даже зубо-врачебное кресло. А понимавший толк в народной медицине фельдшер Григорий Самотёсов наладил сбор целебных растений, и под его руководством наскоро обученные «знахари» готовили целебные отвары и настои. Потому, наверное, в отрядах, которые базировались для большей безопасности в болотах, не было ни одного случая массовой инфекции!

Рассказывали мне как-то бывшие партизаны и про такой эпизод. Во время одного из ожесточённых боёв в Малиновом лесу был тяжело ранен молодой пулемётчик Владимир Игрунин. Силы сражавшихся были явно не равны, и народные мстители уже собирались отступить в спасительную глубь леса. Но тогда пришлось бы отложить операцию, что грозило бы гибелью отважному партизану. О сложившейся ситуации хирург доложил лично комбригу, и Фёдор Данченков, чтобы спасти жизнь боевому товарищу, приказал продолжать бой. И паренёк из дубровской деревушки Большая Аleshня остался жив...

Такие вот не погавшие в фильм эпизоды напомнили мне странички из старого блокнота.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива редакции газеты «Брянский рабочий».

Выставки

«Шершавым языком плаката...»

В центральной городской библиотеке Ставрополя состоялось открытие выставки конкурсных детских рисунков на тему: «Туберкулёзу – нет. Здоровый образ жизни – наш ответ!». На суд зрителей и жюри было представлено 113 работ детей и подростков из общеобразовательных учебных заведений 20 районов Ставропольского края. Рисунок Дианы Лазарашвили (СОШ № 9, Ессентуки) занял 1-е место, у Александра Кравченко (СОШ № 18, Курский район) – 2-е место, и плакат Алексея Булавина (СОШ № 4, город Светлоград) – 3-е место.

Специальный приз за оригинальность и реализм жюри присудило Елене Чопозовой (СОШ № 14, Минераловодский район). Приз зрительских симпатий будет определён после закрытия выставки, которая продлится до 31 марта.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.



Посетители выставки



Рисунки, занявшие призовые места

– Этот день сыграл решающую роль в вашей жизни, не так ли, Михаил Ашотович? – с этого вопроса началась наша беседа с народным артистом России Михаилом Багдасаровым.

– Да. Михаил Джебраилович приветливо встретил меня в своём кабинете, но, конечно, очень удивился моей просьбе и спросил, как меня зовут. «Миша», – ответил я.

– Так значит, мы тёзки. И что же ты, тёзка, умеешь делать?

– Я в типографии работаю учеником линотиписта и в школе учусь.

– Ну, а в цирке что будешь делать?

– Всё, что скажете. Хоть арену подметать. А потом всё равно стану артистом.

Наверное, такая уверенность и одержимость сквозили в моих словах, что Джебраилов не устоял. Так я связал свою жизнь с цирком. Делал все, что прикажут, – и арену подметал, и клетки чистил, работал и униформистом, и конюхом. От родителей держал всё в тайне. Однако отец всё равно узнал то, что я пытался скрыть, и устроил мне взбучку. Но разве она могла меня остановить? И отцу пришлось смириться. Может быть, он надеялся, что увлечение моё быстро пройдёт, и я выберу другую профессию. Но я твёрдо решил остаться в цирке, и когда на гастроли в Баку, в начале 60-х, приехала знаменитая укротительница Маргарита Назарова (было это вскоре после выхода на экраны страны нашумевшего фильма с её участием – «Полосатый рейс»), я понял, к чему буду стремиться. Я должен, как и Назарова, стать укротителем.

Ему помог случай, заставивший признанного Мастера обратить внимание на безвестного юного униформиста. До начала очередного представления Маргарита Назаровой в бакинском цирке оставалось две минуты, когда, воспользовавшись недосмотром служителя, тигры выскочили из клетки. Тигрица Рада ворвалась в гримёрную, где готовилась к выступлению одна из участниц программы. На помощь насмерть перепуганной артистке пришли униформисты, среди которых был и 17-летний Михаил Багдасаров. Оказавшись в необычной, экстремальной ситуации, он не растерялся. Действовал спокойно и уверенно и помог загнать зверя в клетку. Оценив смелость Миши, Назарова пообещала, что, когда ему исполнится 18 лет, она возьмёт его к себе в attraction. И слово своё сдержала. Багдасаров стал ассистентом, а потом и тренером-дрессировщиком у М. Назаровой. Так начался его собственный полосатый рейс, длинной в жизнь, который продолжается и по сей день.

– Я учился не только у неё, но и у других известных мастеров дрессировки, таких как Константин Константиновский, Вальтер Запашный, Борис Манжеля, – рассказывает М. Багдасаров. – Изучая их методы дрессуры, перенимая их опыт, я в то же время стремился выработать собственный стиль, уйти от простого подражательства. Обычно дрессировщик заставляет животных на манеже исполнять определённый набор трюков. Но каким бы разнообразием они ни отличались, воображению мастера здесь не разгуляться. Поэтому у меня родилась фантастическая идея – выйти за рамки привычных трюков. Превратить цирковую арену в театральную сцену и поставить настоящий спектакль с участием хищников, спектакль, имеющий свой сценарий, сюжетную линию. В пору своего ученичества, а замысел родился ещё в годы сотрудничества с М. Назаровой, я к реализации этой идеи ещё не был готов. Такая большая работа требовала



Приходите в Цирк, говоря словами Франсуа Мориака, – последнее приращение гистора искусства
М.Багд

...Мише Багдасарову было 13 лет, когда он впервые попал в цирк. Случилось это 28 апреля 1958 г. На всю жизнь сохранил он благодарность своей соседке – тётке Асе Манучаровой, которая взяла мальчугана посмотреть цирковое представление и познакомилась с удивительным, волшебным миром, без которого он уже не мыслил жизни. На следующий день после первого посещения цирка (а было это в Баку, где жила семья Багдасаровых) Миша, набравшись смелости, пришёл к директору цирка и попросил принять его на работу. Михаил Джебраилов был хорошо известным в цирковом мире человеком, многое повидал на своём веку, но такого настырного паренёка он ещё не встречал.

Михаил БАГДАСАРОВ:

Тигр – очень благородное животное

опыта, надо было совершенствоваться мастерство дрессировщика, научиться подчинять своей воле животных, словом, овладеть всей сложной, отточенной до предела техникой работы с четвероногими артистами. В 1973 г. я начал выступать самостоятельно. Начал с... осликов.

– Первая моя попытка создать труппу четвероногих артистов закончилась для них трагически. Получив добро Михаила Джебраилова на attraction «Упрямые ослики», я купил на собственные деньги шесть симпатичных животных (стоили они в Баку совсем недорого) и стал готовить их к выступлению. Но произошло непредвиденное, то, что нередко происходит в цирке, где никто не застрахован от случайностей – ни люди, ни звери. В Баку в это время гастролировал известный дрессировщик Виктор Тихонов с attractionом «Зубры и тигры». И вот тихоновские тигры вдруг выскочили из клеток, а тут им, что называется, под «горячую руку» попались мои ослики. От несчастных животных, на которых набросились тигры, остались только «рожки да ножки». Пришлось мне набирать новых артистов для своего attractionа. Судьба новой шестёрки осликов оказалась куда счастливее горького удела их предшественников. Они даже снялись в фильме «Синие зайцы» ленинградских кинематографистов. В фильме участвовали мои ослики и знаменитый «домашний» лев Кинг. Этот «воспитанник» бакинского дрессировщика-любителя Льва Берберова впоследствии снялся и в популярной кинокартине «Необыкновенные приключения итальянцев в России».

Шесть лет гастролировал Михаил Багдасаров по стране с attractionом «Упрямые ослики», который пользовался неизменным успехом у любителей цирка. Но все эти годы он думал о том дне, когда начнёт работать с хищниками. В голове уже созрел конкретный замысел. Увлечённый древним армянским эпосом о подвигах легендарного Давида Сасунского Багдасаров задумал средствами циркового искусства воссоздать его героические страницы.

Опыт совместной работы с М. Назаровой, самостоятельные выступления с attractionом «Упрямые ослики» подготовили хорошую почву для нового поворота

в цирковой карьере Михаила. Он приступил к разработке сценария по мотивам «Давида Сасунского». Это была новаторская работа. Багдасаров решил создать смешанную группу хищников, сделать то, что до него делали лишь Иван Рубан и Вальтер Запашный. Но он пошёл дальше своих предшественников и учителей, задумав одновременно вывести на манеж львов, тигров, ягуаров, леопардов, снежных барсов, пантер, рысей, пум, оцелота, волка, шакала, гиену! Ведь герой эпоса – отважный пастух Давид из Сасуна, согласно легенде, должен бороться со всеми этими хищниками, бороться со злом, дабы победило добро.

– Я долго подбирал животных для своего спектакля, – рассказывает далее Михаил. – Одних купил сам, других передал мне Ереванский зоопарк, сотрудники которого понимали, что этим они помогают созданию произведения, прославляющего героическое прошлое родного края. Три года шла напряжённая работа. И вот 17 августа 1979 г. в Горьком состоялась премьера, приуроченная к 60-летию советского цирка.

Успех attractionа превзошёл все ожидания. Зрители восторженно встретили выступление М. Багдасарова, создавшего мужественный образ сильного, доброго, смелого юноши-пастуха, бесстрашно вступающего в схватку со свирепыми хищниками и укрощающего их. Рецензенты отмечали, что перед Багдасаровым стояла трудная задача – создать слаженный ансамбль из зверей, которые никогда не общаются между собой в природе. Живут они на разных континентах, имеют разные повадки и вкусы, по-разному относятся к людям и друг к другу. Такая смешанная группа требует от дрессировщика досконального знания особенностей любого из подопечных. Ведь ему надо не только «подружить» их, но и выявить артистические способности каждого. И всё это удалось сделать Багдасарову.

«Давид Сасунский» триумфально шествовал по всей стране, любители цирка бурей аплодисментов встречали каждое появление на манеже и самого Михаила Багдасарова, и четвероногих «артистов» – львов Красса и Зевса, бенгальскую тигрицу Бетти, амурских тигров Урала и Амура, канадских пум – Капу и Задиру, исполняю-

щих главные «роли» в этом удивительном спектакле. Именно за постановку «Давида Сасунского» Михаил Багдасаров был удостоен в 1980 г. звания заслуженного артиста Армянской ССР. Спустя 17 лет к этому званию добавится другое, ещё более почётное – народный артист России. Так страна отметила вклад Михаила Багдасарова, давно уже ставшего москвичом, в развитие отечественного циркового искусства, которому знаменитый артист преданно служит уже почти шесть десятилетий.

– Михаил Ашотович! У вас настоящая цирковая династия, не так ли?

– Да. Жена Ирина – в прошлом акробатка, из-за травм вынуждена была уйти с арены, но даже после этого в течение многих лет помогала мне в качестве ассистента. По цирковой стезе пошли и все пятеро моих братьев – Виктор, работающий и сейчас вместе со мной дрессировщиком, а также Григорий (его, к сожалению, уже нет в живых), Сергей, Эдуард и Артём. И хотя жизнь разбросала нас по разным городам, всех по-прежнему связывает любовь и преданность цирку. Ну, а прямые продолжатели нашей семейной профессии – двое моих детей: сын Артур и дочь Карина. Оба они – заслуженные артисты России, и давно уже получили признание как настоящие мастера своего очень нелёгкого дела.

Четверть века назад 18-летняя Карина и 13-летний Артур впервые вышли на арену вместе со мной в attractionе «Тигры-шоу», а потом, приняв его эстафету, стали выступать самостоятельно. Я руковожу attractionом, но главные действующие лица на арене – Артур и Карина.

– Ну а с медициной, с медиками приходилось иметь дело?

– Это было в 2006 г. В этот вечер на арене Московского цирка Никулина на Цветном бульваре шло очередное представление «Тигры-шоу». На арене – Артур и Карина Багдасаровы и 11 уссурийских тигров. Один из них – 4-летний Цезарь – уже с утра вёл себя очень странно, выглядел каким-то нервным, возбуждённым. Эта возбуждённость чувствовалась и вечером на арене во время представления. Тигр неожиданно бросился на дрессировщика.

Всё могло кончиться очень плохо. Пришлось выбежать на манеж с револьвером, заряженным холостыми патронами, и несколько раз выстрелить в ухо тигру. Оглушённый и напуганный выстрелами Цезарь отпустил Артура.

Артура отвезли в больницу, а представление продолжалось. Его заканчивал я и Карина. Все остальные десять тигров вели себя в этот вечер нормально и даже во время трагического инцидента спокойно лежали на барьерах.

Что же случилось с Цезарем? Вообще говоря, тигр – очень благородное животное. Он искренен, открыт, никогда не скрывает своих намерений, не нападет исподтишка. Чем был недоволен Цезарь в тот злополучный день, сказать трудно. Животное находится во власти своих инстинктов, и никто не знает, что зверь может неожиданно сделать, повинуясь какому-то загадочному импульсу. Цезарь осознал всё же свою вину за произошедшее! Когда Артур, выйдя из больницы, пришёл в цирк и подошёл к клетке Цезаря, тот стал тереться щекой о решётку, словно пытаясь прильнуть к хозяину, погладить его. А потом он виновато лёг, покорно склонив голову и всем видом показывая, что сожалеет о случившемся и просит прощения у своего укротителя, которому врачи едва спасли жизнь. Да, едва спасли жизнь. Благодаря своему врачебному мастерству.

Три месяца пролежал Артур в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского после схватки с Цезарем. Перенёс несколько операций, на него было наложено где-то около 100 швов! Словом, пережил Артур немало. Но как только пришёл в себя, встал на ноги, сразу вышел на манеж, чтобы вместе с Кариной продолжить так полюбившийся зрителям attraction «Тигры-шоу», который продолжает жить. Мы колесим со своими тиграми, среди которых появились в последние годы немало новичков по всей огромной стране. И всюду, где бы мы ни выступали, представления вызывают огромный интерес, потому что это не просто шоу. Это настоящее высокое искусство.

Беседу вёл
Валерий АСРИАН,
внешт. корр. «МГ».

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А. ПАПЫРИН.

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

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

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

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

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru

(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-03-00452 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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