

Медицинская

8 ноября 2017 г.
среда
№ 84 (7802)

Газета®

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

Ориентиры

Ближе к профессии

Школьники выбирают медицину



Надымские старшеклассники воспользовались возможностью познакомиться с профилактической и клинической медициной вплотную. В одной из школ города состоялась второй набор в медицинский класс, и теперь 18 учеников будут еженедельно посещать занятия в различных медучреждениях.

В ямальском центре медицинской профилактики будущие медики прошли посвящение в профессию: надели белые халаты и поклялись свято исполнять врачебный долг. С напутственной речью к ребятам обратилась заместитель главного врача центра Наталья Половодова. Она представила кураторов проекта и познакомила собравшихся с планом предстоящей работы.

В Надыме готовится надёжное врачебное пополнение

В завершение церемонии будущим коллегам, а теперь уже действующим «послам здоровья» были вручены памятные подарки и проведена ознакомительная экскурсия по медучреждению.

«Нами совместно с коллегами проведена большая работа по подготовке медицинских кадров для региона, начиная со школьной скамьи. В течение нескольких лет наши специалисты организуют для надымских школьников разных возрастов профориентационные мероприятия – «погружения в профессию», – рассказал руководитель окружного центра медицинской профилактики Сергей Токарев. – В прошлом году мы впервые работали с медицинским классом, и взаимодействие это было очень продуктив-

ным. Могу сказать, что такой проект действительно нужен и очень востребован, в том числе и для развития волонтерства в нашей отрасли. Говоря с ровесниками на одном языке, но обладая более глубокими знаниями о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний, мерах неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях, индикаторах болезней, наши ребята вносят существенный вклад в информирование населения, помогают нам разяснять жителям важность ответственного отношения к здоровью и соблюдения правил здорового образа жизни».

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Лео БОКЕРИЯ,
президент Лиги здоровья нации,
академик РАН:

Здоровье нации – это вопрос национальной безопасности.

Стр. 4



Кирилл ПРОЩАЕВ,
профессор кафедры терапии,
гериатрии и антивозрастной медицины
Института повышения квалификации
ФМБА России:

У нас пока отсутствуют согласованные межотраслевые программы для медицинских и социальных работников в области геронтологии.

Стр. 6

Виктор СЕВАСТЬЯНОВ,
главный врач Центра патологии речи
и нейрореабилитации Минздрава
Марий Эл, профессор:

Междисциплинарные исследования часто оказываются наиболее результативными.

Стр. 11



Акценты

Новый щит здоровья

Низкомолекулярные пектины из морской травы способны защитить человека от токсичных металлов и радионуклидов. К такому выводу пришли учёные Школы биомедицины Дальневосточного федерального университета по итогам проведённых исследований. Результаты представил директор Департамента фармации и фармакологии ДВФУ Максим Хотимченко на международной конференции «Функциональные продукты питания и хронические заболевания» в Медицинской школе Гарварда (США).

Учёные изучили действие низкомолекулярных пектиновых веществ морской травы филлоспадикус (Phyllospadix iwatensis) на лабораторных животных. Результаты опытов показали, что применение «морского» пектина многократно ускоряет выведение ионов стронция и иттрия из организма и препятствует их накоплению во внутренних органах.

По мнению исследователей, такие структурированные пектиновые вещества можно использовать в качестве активных компонентов продуктов и биологически активных добавок к пище для защиты человека от

вредного действия токсичных металлов и радионуклидов. Как известно, именно они являются основными факторами загрязнения окружающей среды в крупных городах.

– Участие в конференции такого уровня даёт возможность учёным ДВФУ быть среди мировых лидеров исследований и разработок продуктов лечебно-профилактического питания, – отметил М.Хотимченко. – Представленные результаты вызвали значительный интерес участников конференции.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

События

Гематологи собрались на Урале

В Свердловской областной клинической больнице № 1 состоялась научно-практическая конференция «Лейкозы и лимфомы. Терапия и фундаментальные исследования», приуроченная к выполнению в больнице 500-й трансплантации костного мозга. Организаторами мероприятия выступили Национальный медицинский исследовательский центр гематологии и Национальное гематологическое общество.

Специалисты Уральского федерального округа обсудили вопросы организации медицинской помощи онкогематологическим больным; проблемы диагностики и лечения острых лейкозов, а также состояние дел и перспективы трансплантации костного мозга.

Открывая конференцию, исполняющий обязанности министра здравоохранения Свердловской области Игорь Трофимов отметил, что ОКБ № 1

является фактически единственным в регионе учреждением практического здравоохранения, которое выполняет подобный спектр пересадок: до 50 трансплантаций органов и тканей и 40-45 костного мозга в год.

По словам главного гематолога Минздрава России академика Валерия Савченко – гостя и основного докладчика конференции, коллектив гематологов Свердловской областной

клинической больницы № 1 – одна из передовых команд России, владеющая всеми инновационными методиками и современными технологиями диагностики и лечения пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

К сожалению, отечественный регистр на сегодня – это разрозненная сеть данных регионов с общим количеством более 50 тыс. доноров. Поэтому создание общероссийского регистра признано на конференции одной из важнейших задач.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сито!

Екатеринбург.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ

Лампы фототерапии и «лучистое тепло»

- Светодиодные и УФ лампы фототерапии новорожденных
- Обогреватели для новорожденных «Лучистое тепло»
- Выгодное ценовое предложение, наличие на складе

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

Новости

Что покажет проверка
«на прочность»?

По последним сведениям, в Омской области прошли диспансеризацию свыше 254 тыс. человек. На второй её этап для дообследования направлено почти 91 тыс., то есть каждый третий. Как отмечают специалисты, наиболее часто у осмотренных выявляются болезни системы кровообращения и эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, проблемы пищеварения и болезни нервной системы. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов головного мозга, сахарный диабет и глаукома – самые распространённые заболевания. Кроме того, при проведении лабораторных и инструментальных обследований впервые выявлялись онкологические заболевания.

Всего в этом году в рамках диспансеризации планируется осмотреть более 365 тыс. жителей области. Значит, как говорят омичи, они пройдут самую надёжную проверку здоровья «на прочность».

Татьяна ВАСИЛЬЕВА.

Омск.

Мужчины
озаботились своим здоровьем

Медицинские работники тюменской областной больницы № 4, что в городе Ишиме, провели день мужского здоровья. Для представителей сильного пола работали отделения профилактики, лучевой диагностики, урологии. Мужчины прошли полное комплексное обследование: сдали кровь, сделали ЭКГ сердца, УЗИ брюшной полости, КТ лёгких и флюорографию.

Мероприятие состоялось в выходной день, и в нём приняли участие 144 человека. Самая большая нагрузка пришлась на врачей ультразвуковой диагностики. 73 пациента были направлены на обследование предстательной железы, мочевого пузыря и почек. В результате у половины из обратившихся выявлены аденома предстательной железы, заболевания простатитом и камни в почках. По словам Павла Сескутова, уролога, всем пациентам назначено амбулаторное лечение, они взяты на диспансерный учёт. Более того, четверо мужчин с подозрением на рак направлены к онкологам.

Были среди пациентов и женщины, которые, узнав об акции, привели своих супругов и даже сыновей. Кстати, большинство ишимцев приходят в выходной день обоснованно, лечиться проще вне рабочего времени.

Жанна СТРИЖАК.

Ишим.

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

Память

В благодарность
фронтovým медсёстрам

В честь них в столице воздвигнут монумент



Во время церемонии

Памятник «Фронтóвая медсестра» открыт у городской поликлиники № 109 на улице Гурьянова в Москве. Здесь в годы Великой Отечественной войны базировался госпиталь, куда поступали с фронта раненые участники обороны столицы.

«Огромное спасибо нашим ветеранам, которые выступили с инициативой возведения памятника. При поддержке столичных властей, депутатского корпуса, общественных организаций в городе появился новый знаковый монумент, что осо-

бенно важно в преддверии 76-й годовщины битвы за Москву, – сказал на церемонии открытия памятника председатель Московской городской думы Алексей Шапошников. – Для меня этот монумент значит многое: фактом его установки мы, молодое поколение, показываем, что не забываем подвиг наших дедов, чтим память погибших за наше Отечество, за Москву».

Инициатива возведения памятника принадлежит 95-летнему Борису Малинину – ветерану ВОВ, участнику битвы за Москву, полковнику в отставке. Монумент сооружён при

поддержке мэра Москвы Сергея Собянина, депутата Государственной Думы Федерального Собрания РФ Елены Паниной, Межрегиональной общественной организации «Союз десантников».

В торжественной церемонии открытия приняли участие ветераны Великой Отечественной войны, бывшие фронтóвые медсёстры, военные врачи, ветераны боевых действий, депутаты, медицинские работники.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Сотрудничество

Глобальным угрозам биологической безопасности и противодействию инфекционным болезням было посвящено совещание в Сочи глав служб государств-членов Шанхайской организации сотрудничества (ШОС), отвечающих за обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

В эту международную организацию входят Китай, Россия, Казахстан, Таджикистан, Киргизия и Узбекистан, а 9 июня 2017 г. полноправными членами ШОС стали Индия и Пакистан. Все 5 совещаний глав служб государств-членов ШОС, отвечающих за обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, инициировала и проводила российская сторона. Первое из таких совещаний состоялось в 2008 г.

Руководители и уполномоченные представители профильных ведомств и научных учреждений всех государств-членов ШОС, а также секретариата организации обсудили на этот раз в Сочи актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия на пространстве ШОС, текущего сотрудничества и будущие направления совместной работы. Программа работы включила опыт России в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия стран ШОС в условиях глобальных вызовов биологической безопасности, научно-исследовательских учреждений Роспотребнадзора по мониторингу вируса гриппа и других вирусных инфекций с пандемическим потенциалом на пространстве

Противостоять болезням вместе

На это настроены государства ШОС

ШОС. Представители Китайской Народной Республики поделились опытом по обеспечению безопасности пищевой продукции. Узбекистан представил участие страны в международных проектах по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Продemonстрирован также опыт совместной научно-исследовательской деятельности по обследованию природных очагов чумы в России и Киргизии, сотрудничество Таджикистана со странами пространства ШОС, опыт создания и организации работы Российско-Гвинейского научно-исследовательского центра эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней в городе Киндия Гвинейской Республики. Индия и Пакистан поделились своими наработками в сфере противодействия угрозам инфекционных заболеваний.

По итогам совещания единогласно принято Итоговое заявление. Проблематика борьбы с инфекционными болезнями, констатирует документ, сохраняет свою актуальность на пространстве ШОС в связи с растущими региональными и глобальными интеграционными процессами, либерализацией торговли, ростом трансграничного перемещения людей. Государства-члены ШОС решают задачи по элиминации кори,

поддержанию успехов, достигнутых в борьбе с полиомиелитом, противодействию распространению вирусных гепатитов, ВИЧ/СПИД, мониторингу высокопатогенного гриппа с пандемическим потенциалом и др.

За период с прошлого совещания в 2015 г. мир при участии государств-членов ШОС успешно справился с крупнейшей в истории вспышкой лихорадки Эбола, противостоял эпидемии лихорадки Зика. Тем не менее в ряде стран мира обострилась эпидемиологическая ситуация по холере и чуме, растёт заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями (корь, гепатит А, полиомиелит, жёлтая лихорадка), угрожая повернуть вспять достигнутые за последние годы успехи, появляются новые патогены, а известные инфекции в силу ряда факторов распространяются на новые территории и меняют свои эпидемиологические свойства. В условиях взаимосвязанного и взаимозависимого мира всё это продолжает угрожать здоровью населения стран ШОС, создавая риски санитарно-эпидемиологическому благополучию и биологической безопасности региона.

Сегодня любая вспышка инфекционного заболевания способна в считанные дни перерасти в глобальную угрозу. В таких условиях тесное сотрудничество и опера-

тивное информирование между профильными ведомствами стран ШОС имеют решающее значение для успешного противостояния инфекционным болезням в регионе, подчёркивается в документе. В связи с этим главы делегаций по итогам состоявшегося обсуждения текущих угроз, исходящих от инфекционных болезней, и мер по снижению негативного воздействия эпидемий на экономическое развитие и интеграцию в регионе ШОС заявили, что обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на пространстве ШОС – одно из приоритетных направлений сотрудничества государств-членов организации.

Вспышки лихорадки Эбола в странах Западной Африки и лихорадки Зика в Латинской Америке продемонстрировали пробелы в системах здравоохранения пострадавших государств, подчеркнули важность регионального и международного сотрудничества и принятия совместных своевременных и скоординированных мер для эффективного противостояния инфекциям. Для развития человеческого капитала и поддержания темпов экономического роста в регионе важно также решать задачи по элиминации кори, поддержанию статуса стран, свободных от полиомиелита, борьбе с гриппом,

ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекциями.

Важную роль для своевременного и эффективного реагирования на вспышки опасных инфекционных болезней и предотвращения их трансграничного распространения играет внедрение и выполнение в государствах-членах организации положений Международных медико-санитарных правил (2005). Страны ШОС будут способствовать имплементации этих правил посредством реализации программ в области международного развития.

Участники совещания подготовили предложения по укреплению потенциала ШОС по реагированию на вызовы и угрозы, связанные с распространением опасных инфекционных болезней. Поддержано также предложение о подготовке в 2018 г. совместного заявления Совета глав государств ШОС по вопросам сотрудничества в сфере противодействия угрозам эпидемий на пространстве ШОС.

Об итогах совещания в установленном порядке предложено доложить Совету глав правительств стран-членов ШОС, заседание которого состоится 30 ноября – 1 декабря 2017 г. в Сочи.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Проекты

Первое концессионное соглашение

Церемония подписания его состоялась на расширенном заседании Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнёрству.

Со стороны Минздрава, осуществляющего полномочия концедента, под документом поставил подпись заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. Со стороны концессионера ответственным лицом выступил генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Олег Шиловских.

В церемонии приняли участие представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, органов государственной власти субъек-

тов Российской Федерации, ФОМС, научных организаций, общественных и профессиональных объединений, кредитных и медицинских организаций.

Цель подписанного соглашения – реконструкция, включая оснащение, центра микрохирургии глаза в Екатеринбурге за счёт собственных средств концессионера и (или) привлечённых им средств для оказания непрерывной медицинской помощи взрослому населению и детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

Центр в период реконструкции и эксплуатации должен обеспечить возможность оказания медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи в объёме не менее чем на дату подписания концессионного соглашения, и тарифам на оплату медицинской помощи, установленным тарифным соглашением. Планируется, что объём медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи будет увеличен с учётом потребности и усиления мощности центра.

Проектом предусмотрено привлечение концессионером частных инвестиций в объёме не менее 362 млн руб.

Работы по реконструкции и оснащению инженерно-техническим оборудованием будут проведены в период с октября 2017 г. по август 2027 г.

Соб. инф.

Пресс-конференции

Сердце сберечь для любви

Несколько лет назад в нашей стране началась акция «Оденься в красное!», направленная на популяризацию здорового образа жизни и профилактику сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

В её рамках прошли различные образовательно-информационные мероприятия, скрининговые акции, во время которых более 5 тыс. человек смогли получить индивидуальные рекомендации по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Привлекли внимание к проблеме и передовые выставки фотографий десятков российских звёзд в красных нарядах.

Известные актрисы, телеведущие, спортсменки, певицы таким образом призывали женщин обратить внимание на риски развития ССЗ.

«Акция является частью большой социально-образовательной программы «Пuls жизни», инициированной Российским кардиологическим обществом и Национальным медицинским исследовательским центром профилактической медицины Минздрава России, – рассказала недавно на пресс-конференции заместитель директора по научной и аналитической работе НМИЦ профилактической медицины, член президиума Российского кардиологического общества, доктор медицинских наук Анна Концевая.

По её словам, забота о своём сердце – это одновременно и просто, и сложно. Даже пройти диспансеризацию трудно себя заставить, а уж изменить образ жизни... И здесь главное – не уповать на то, что это будет делать государство, а понять:

заботиться о здоровье нужно самому человеку. Тем более что благодаря профилактическим мероприятиям до 80% случаев ССЗ можно избежать!

Как известно, к факторам риска относятся курение, ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа. За каждым из них – не только потерянные годы жизни и ухудшение её качества, но и огромные экономические потери страны и мирового ВВП в целом.

А.Концевая привела нерадостную отечественную статистику: за 10 последних лет количество мужчин с ожирением выросло в России в 2,5 раза! А по курению женщины уже практически сравнялись с мужчинами...

«При этом на телеэкранах, в детско-юношеских передачах нет пропаганды здорового образа жизни, зато много рекламы сладостей и фастфуда», – отметила она.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефону: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

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

Признание

Поздравляем!

За большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу Указом Президента Российской Федерации № 512 от 24.10.2017 ряд медиков – сотрудников учреждений, подведомственных Роспотребнадзору, – награждены государственными наградами.

Орденом Почёта отмечена Трухина Галина Михайловна – заведующая отделом микробиологических методов исследования окружающей среды института комплексных проблем федерального бюджетного учреждения науки «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана».

Почётное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» присвоено Кафтыревой Лидии Алексеевне – заведующей лабораторией федерального бюджетного учреждения науки «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии

имени Пастера» и Лаврентьевой Ирине Николаевне – заведующей лабораторией этого же НИИ.

Распоряжением Правительства РФ № 2345-р от 25.10.2017 присуждена премия Правительства РФ 2017 г. в области науки и техники и присвоено почётное звание лауреата:

– Акимкину Василию Геннадьевичу, доктору медицинских наук, профессору, академику РАН, руководителю работы;

– Сафатову Александру Сергеевичу, доктору технических наук, заведующему отделом федерального бюджетного учреждения науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор».

Редакция «Медицинской газеты» поздравляет отмеченных высоким признанием медиков и желает им новых успехов и достижений в научной и практической деятельности, счастья, здоровья и благополучия!

Соб. инф.

Ну и ну!

Буйные размахнулись...



Подразделение росгвардии устроило вооружённых колями пациентов, устроивших погром в психиатрической больнице под Смоленском. Об этом сообщили в региональном Управлении Следственного комитета РФ.

Инцидент произошёл в больнице, расположенной в посёлке Геденоновка. Один из пациентов начал вести себя агрессивно, к нему присоединились другие, и вскоре в отделении был отмечен серьёзный дебош. Имущество больницы оказалось изломанным,

но никто не пострадал. Позже выяснилось, что зачинщик беспорядка находится на принудительном лечении в отделении по решению суда после совершения в невменяемом состоянии преступления по части 1 статьи 111 УК РФ (Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека).

Сотрудники полиции задержали несколько десятков человек – зачинщиков и активистов дебоша.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Акции

Вслед за розовой лентой

Ежегодное осеннее шествие, посвящённое борьбе со злокачественными заболеваниями молочной железы, традиционно было организовано Калининградской региональной общественной организацией «Вита» при поддержке областных министерств здравоохранения и социальной политики, а также администрации Калининграда.

В нём приняли участие около ста представителей медицинского сообщества региона, общественных организаций, студенты, волонтеры, женщины, которые перенесли онкологические заболевания и теперь психологически помогают другим пациенткам преодолеть этот недуг и вернуться к полноценной жизни.

Символом акции стала розовая лента – общепринятый во всём мире знак борьбы со злокачественными заболеваниями молочной железы.

Как отметил в ходе митинга по окончании марша заместитель министра здравоохранения региона Денис Кружко, в последние годы благодаря принятым мерам в регионе удаётся удерживать смертность от онкологических заболеваний.

Одним из важнейших элементов в структуре организации онкологической помощи на территории региона стал открывшийся в этом году в отделении Калининградской областной клинической больницы Центр женского здоровья, оснащённый самым современным оборудованием.

В будущем году здесь планируется открытие Центра семейного здоровья с более широким спектром оказания медицинской помощи.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

В Министерстве здравоохранения РФ состоялось заседание оргкомитета XII Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», который пройдёт с 30 мая по 1 июня 2018 г. в Москве. Центральной его темой станет обсуждение конкретных мер по реализации приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни», утверждённого Правительством РФ 7 августа этого года.

«Мы должны будем обсудить приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни», который стартует с 1 января 2018 г., с акцентом на повышение ответственности каждого гражданина Российской Федерации к более бережному отношению к собственному здоровью и к здоровью членов своей семьи, мотивирование населения из разных возрастных, социальных групп, с разным уровнем образования к уходу от деструктивного поведения. Вот это чрезвычайно важно», – сообщила сопредседатель оргкомитета форума министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Ещё одной важной темой форума 2018 г., по её словам, станет социальная справедливость и равенство, право на здоровую жизнь. Напомним, что впервые в целях устойчивого развития до 2025 г. ООН выделила отдельную интегральную цель – охрана здоровья населения всей Земли и обеспечение благополучия. Российская Федерация является инициатором и соавтором этой цели устойчивого развития. В следующем году будет проведена встреча высокого уровня на Генеральной Ассамблее ООН по реализации Россией и миром этой направленности на единый подход к социальному равенству в обеспечении первого права каждого человека на охрану здоровья. По мнению министра, форум – это важнейшее мероприятие, которое должно интегрировать в себе все общественные силы, гражданское общество, профессиональное сообщество, пациентские организации, представителей разных ведомств и министерств, региональных представителей для того, чтобы Россия могла подготовить платформу для формирования позиции страны с целью вынесения её на более высокий уровень в Генеральной Ассамблее ООН.

Сопредседатель оргкомитета форума, президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» академик Лео Бокерия напомнил, что форум будет проводиться по четырём основным направлениям: «Здо-

Перспективы

Здоровье нации — основа процветания России

Этой теме будет посвящена предстоящая встреча на высоком уровне



Оргкомитет обсуждает дальнейшую стратегию

ровье нации и здравоохранение», «Здоровье нации и образование», «Здоровье нации и спорт», «Здоровье нации и культура».

«Неоспорима актуальность форума, но статус его нуждается в повышении до национального проекта. В конечном итоге здоровье нации – это вопрос национальной безопасности», – сказал Л.Бокерия.

Организаторами форума выступают Лига здоровья нации и Минздрава России. Форум будет проводиться при поддержке Совета Федерации, Государственной Думы, Правительства РФ, федеральных министерств и ведомств, правительства Москвы и региональных администраций.

С презентацией предстоящего мероприятия выступил исполнительный директор форума Виктор Антюхов.

В ходе заседания оргкомитета своё участие в выставке форума уже подтвердили Минпромторг, Минтруда, Минспорта, Минобрнауки, Минсельхоз, Минобороны России, Ростуризм, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Росприроднадзор, ФМБА России, фонд ОМС, Российский союз промышленников и предпринимателей.

Заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб отметил, что в 2018 г. необходимо сделать совместную выставочную экспозицию с Минтруда России о реабилитационной индустрии и доступной среде.

«Я думаю, что мы объединим усилия и в этом году подготовим гораздо более масштабный и более представительный стенд», – сообщил С.Цыб. – Традиционно мы, конечно, сделаем экспозицию Минпромторга России, куда пригласим наши ведущие компании – производителей лекарственных препаратов и медицинских изделий – и познакомим гостей форума с разработками и потенциальными возможностями компаний с точки зрения активного включения их в структуру оказания медицинских услуг».

Заместитель министра труда и социальной защиты Григорий Лекарев отметил, что Минтруда России представляет две большие темы – вопрос создания условий для инвалидов и защита человека при реализации трудовых функций.

Заместитель руководителя Федерального агентства по туризму Роман Скорый рассказал о важности развития санаторно-курортного лечения: «Подобные встречи позволяют поднять как раз эту тему и показать богатое наследие, которое у нас есть, повысить привлекательность страны и заявить, что наши специалисты готовы не только сохранять здоровье нации, но также быть экспортно-ориентированными в плане привлечения дополнительных туристов», – отметил Р.Скорый.

Директор Департамента государственной политики в сфере общего образования Министерства образования и науки РФ Андрей Петров сообщил о том, что ведомство организует на форуме дискуссионную площадку о внедрении концепции предмета «Физическая культура».

«Эта концепция до конца года должна быть внесена в Правительство РФ, в начале года, вероятно, последует распорядительный акт от правительства, далее в соответствии с регламентом в 3-месячный срок мы должны представить «дорожную карту» по её реализации», – рассказал он.

Начальник Управления государственно-патриотического воспитания Главного управления по работе с личным составом Вооружённых сил РФ Сергей Гусев проинформировал о содержании экспозиции Минобороны России на предстоящем форуме.

«Здоровью военнослужащих наше министерство уделяет большое внимание. Нам есть что показать и о чём рассказать. Особенно в вопросах физкультуры и массового спорта. С приходом нового

министра появилось много интересных методик, оборудования и т.д. Я думаю, мы определимся в ближайшее время с форматом участия в выставке и внесём свои предложения», – сообщил С.Гусев.

Директор Департамента развития сельских территорий Минсельхоза России Владимир Свеженец рассказал о том, что министерство представит на выставке ФАПы, спортивные площадки, уличные тренажёры, которые ведомство строит в регионах.

«Будет развёрнута экспозиция, раскрывающая результат реализации городских программ в сфере здорового образа жизни, принципы обеспечения межведомственного и многостороннего взаимодействия. «День города» мы предлагаем провести во второй день работы форума. И начать его с осмотра выставочной экспозиции, далее в конференц-залах организовать встречи-дискуссии участников форума с руководством и ведущими специалистами города, в зоне презентаций в режиме non-stop продемонстрировать материалы о лучших городских практиках и т.д. Кроме этого, по согласованию с правительством Москвы во второй половине дня предлагаем провести экскурсии на различные объекты городской инфраструктуры здоровья», – поделился В.Антохов.

Намерение представить лучшие региональные программы подтвердили на заседании оргкомитета представители субъектов РФ: заместитель губернатора Вологодской области Олег Васильев, министр здравоохранения Калужской области Константин Баранов, министр здравоохранения Ставропольского края Виктор Мажаров, министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области Рашид Абдуллоев, руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области Александр Цукин.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Профилактика

Против чумы на Мадагаскаре

Наши медики продолжают помогать гражданам далёкой страны

Группа учёных и специалистов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) прибыла и начала работать в Республике Мадагаскар в связи с продолжающимся в этой стране обострением эпидемиологической ситуации по чуме (об этом «МГ» сообщила в № 82 от 01.11.2017).

Цель рабочей поездки медиков – оказать содействие и снизить риск заболевания российских граждан, находящихся на территории Мадагаскара, включая сотрудников Посольства РФ и членов их семей. Для чего сотрудниками Российского науч-

но-исследовательского противочумного института «Микроб» Роспотребнадзора доставлены средства индивидуальной защиты (защитные комбинезоны, маски, перчатки), а также 500 доз российской противочумной вакцины, произведённых Ставропольским научно-исследовательским противочумным институтом Роспотребнадзора. Проведён инструктаж и оказано практическое и методическое содействие в обеспечении противоэпидемических мероприятий, направленных на защиту здоровья находящихся в Мадагаскаре российских граждан.

При участии Посла России в Республике Мадагаскар состоялась встреча специалистов

Роспотребнадзора с министром здравоохранения страны Латинано Андриаманариво. Стороны обсудили текущую санитарно-эпидемиологическую обстановку, реализуемые меры по борьбе с чумой и возможности российского содействия для повышения их эффективности.

Эпидемиологическая ситуация по чуме в этой остаётся сложной, в связи с чем малагасийская сторона высказала заинтересованность в консультативной, методической и другой помощи со стороны Роспотребнадзора для купирования вспышки чумы и недопущения её трансграничного распространения. По просьбе органов здравоохранения Мадагаскара специалисты Роспотреб-

надзора уже провели занятия с местными медицинскими работниками и организаторами здравоохранения по вопросам осуществления противоэпидемических и профилактических мероприятий в природных очагах чумы.

Вместе с тем Роспотребнадзором приняты дополнительные меры по снижению рисков завоза инфекции в нашу страну, усилен санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации.

Ситуация остаётся на постоянном контроле Роспотребнадзора, так как, по информации Всемирной организации здравоохранения, на территории Мадагаскара начавшаяся ещё в августе после

смерти 31-летнего мужчины из округа Анказобе в Центральном нагорье страны, вспышка чумы продолжается. На 20 октября в 14 из 22 регионов и в 40 из 144 районов зарегистрировано 1365 случаев этого опасного заболевания среди людей, 106 случаев завершились летальным исходом. А на 30 сентября, по данным ВОЗ, было зафиксировано 73 случая заражения лёгочной чумой, в том числе 17 случаев с летальным исходом.

Всемирная организация здравоохранения активизирует меры в связи со вспышкой чумы на Мадагаскаре. «ВОЗ выражает обеспокоенность в отношении возможного распространения чумы в связи с её выявлением в нескольких городах и начавшимся сезонным эпидемией, который обычно длится с сентября по апрель», – заявила Шарлот Ндиайе, представитель ВОЗ на Мадагаскаре.

Константин БЕЗНЕИ.

МИА Сити!

Казалось бы, банальная истина, что курс нашего здравоохранения на профилактическую медицину позволит улучшить здоровье населения, продлив тем самым трудоспособный возраст граждан, а также сэкономить средства на лечении заболеваний, которые можно предупредить. Но эксперты Общероссийского народного фронта на состоявшемся недавно совещании ещё раз напомнили эту истину. Они единодушно высказались за изменение вектора отечественного здравоохранения с лечебного на профилактический.

Первые в числе последних

В ряде субъектов Федерации в пилотном режиме уже запущены проекты по предупреждению некоторых видов заболеваний – в последнее время Министерство здравоохранения РФ предпринимает шаги по усилению профилактической составляющей в своей деятельности, отмечалось на совещании. Возобновлена и в течение нескольких лет проводится диспансеризация населения, в минувшем году подготовлен проект стратегии формирования здорового образа жизни населения, контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г., разработан проект концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака, предпринимается многие другие меры.

Однако, несмотря на всё это, модель отечественного здравоохранения всё ещё остаётся сосредоточенной главным образом на лечении болезней, а не на сохранении здоровья населения. Ключевыми критериями для оценки деятельности и финансирования учреждений здравоохранения в настоящее время служат клинико-статистические группы болезней при оплате медицинской помощи по законченному случаю лечения в системе ОМС, государственное задание по объёмам высокотехнологичной медицинской помощи и т.д. Следовательно, и акцент делается на развитии дорогостоящих технологий для лечения болезни с неминуемым ростом числа пациентов, нуждающихся в такой поддержке. Так, объёмы высокотехнологичной медицинской помощи увеличились за последнее десятилетие в 15 раз: в 2005 г. её получили 60 тыс. человек, а в 2016 г. – уже 963,1 тыс. А ведь такая помощь, как правило, оказывается при сложных, тяжёлых или запущенных случаях болезни. Так что ожидать при таком подходе улучшения здоровья населения не приходится.

«Следствием этого можно считать низкое 55-е место России по эффективности системы здравоохранения в рейтинге Bloomberg. Более того, наша страна занимает первое место среди европейских государств по уровню смертности мужчин трудоспособного возраста – 43% российских мужчин не доживают до 65 лет. Назрела необходимость перехода на предупредительную медицину, основанную на выявлении и

устранении в каждой возрастной группе населения факторов риска и, соответственно, недопущения болезни или инвалидности», – заявил координатор центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Госдумы, модератор экспертного совещания Николай Говорин.

Очевидные принципы

Вместе с тем участники совещания отметили опыт внедрения профилактических подходов.

Итоги и прогнозы

Время меняет ориентиры

Как поддерживать профилактическую модель здравоохранения?



Доверие врачу – залог успешного лечения

При поддержке Минздрава России в Воронежской области с 2011 г. по настоящее время реализуется программа по предупреждению заболеваний предстательной железы у мужчин, а с 2016 г. в Воронежской и Калужской областях – программа по снижению смертности у мужчин трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний. Разработчиком и руководителем программ является директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью Олег Аполихин. Выступая на совещании, он напомнил, что данная профилактическая стратегия выгодна государству не только с экономической, но и с социально-политической точки зрения,

так как позволяет сохранить здоровье мужского населения трудоспособного возраста.

«Задача нашего пилотного проекта – выявить мужчин с заболеваниями предстательной железы, а также склонностью к ним и провести соответствующее лечение. Подчеркну, что 25,3% российских мужчин старше 50 лет имеют аденому предстательной железы уже III стадии. При этом 47,2% заболевших даже не знали, что это заболевание можно было предотвратить за счёт про-

уже 135,2 млн. О.Аполихин подчеркнул, что данные принципы носят универсальный характер, и поэтому могут быть успешно применены в любой области практической медицины.

Ещё один пилотный проект, направленный на профилактику, реализуется в Республике Татарстан – здесь занимаются ранним выявлением онкопатологии.

«Наш опыт показал, что в республике половина населения просто не знает про диспансеризацию.

Эксперты ОНФ пришли к выводу, что профилактический подход имеет существенные преимущества перед куративным, так как позволяет снизить предотвратимые потери здоровья населения и сократить расходы на здравоохранение за счёт уменьшения потребности в дорогостоящих высокотехнологичных методиках. Все предложения, прозвучавшие на совещании, будут подробно изучены, дискуссия по ним продолжится в ближайшее время.

Напомним, что ещё 2 года назад в октябре 2015 г. министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила журналистам по окончании церемонии награждения лучших медицинских работников в Москве: «Профилактика заболеваний становится главной задачей здравоохранения». Среди них она назвала также формирование здорового образа жизни, прежде всего борьбу с вредными привычками, которые укорачивают жизнь и ухудшают общее состояние здоровья, – злоупотреблением алкоголем, курением табака, малоподвижным образом жизни, нездоровым питанием, при котором используется большое количество соли, животных жиров и легкоусвояемых сахаров. Другое направление – это индивидуализированная профилактика, программа которой вырабатывается для каждого конкретного пациента в зависимости от результатов проведённой диспансеризации и скрининга здоровья. «Наша задача – выявлять не столько болезнь, сколько факторы риска развития заболеваний, такие как артериальная гипертензия, повышенный холестерин, ожирение, нарушение обмена веществ, – подчеркнула глава Минздрава. – И если мы сможем быстро корригировать эти факторы при помощи изменения образа жизни, а если нужно – профилактической терапии, то мы фактически сможем предотвратить катастрофы сердечно-сосудистой системы, онкологические болезни, патологии органов дыхания и пищеварения».

Широкомасштабные профилактические меры были начаты в нашей стране в 2013 г. после многолетнего перерыва. В результате смертность и у мужчин, и у женщин от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась за последние 5 лет на четверть, продолжительность жизни россиян увеличилась на 2,5 года. Благодаря профилактике наши сограждане изменили образ жизни. Потребление алкоголя снизилось практически в 2 раза, курение у детей и подростков – в 3 раза, а у взрослых – на треть. Повысилась физическая активность, изменилась структура питания и т.д.

Словом, профилактический вектор развития здравоохранения полностью себя оправдывает. Значит, сейчас главное – чётко и уверенно держать этот обнадёживающий ориентир.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Кроме того, люди, у которых были выявлены симптомы заболеваний во время первичной диспансеризации, часто не являются на вторичную», – сказал заместитель главного врача Республиканского клинического онкологического диспансера Булат Мазитов.

Главная задача

Член центрального штаба ОНФ директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов обратил внимание на то, что в последние годы посещения пациентами врачей резко уменьшилось: «Это связано с оптимизацией, сокращением специалистов, закрытием поликлиник. Что же говорить про диспансеризацию? С целью профилактики число посещений снизилось почти на 50 млн в 2016 г. по сравнению с 2014 г. Так, в прошлом году только 4% заболеваний были выявлены впервые при диагностировании, то есть эффективность этого мероприятия катастрофически снижается».

С тем, что нужно менять вектор здравоохранения с лечебного на профилактический, согласился эксперт ОНФ по делам инвалидов Александр Лысенко. Он подчеркнул, что за последние 5 лет число детей-инвалидов выросло на 107 тыс., что говорит о поздней выявляемости, когда ребёнка уже не удаётся вылечить.

«Важно увидеть нарушения в пренатальный период, то есть до 22 недель беременности. Также нужно массово внедрять инновационные технологии, направленные на устранение инвалидности у детей, – это операции слепым и глухим детям, протезирование конечностей, а также современные методы реабилитации», – сказал А.Лысенко.

Награды

На Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Москвы состоялась вручение премии «Верность профессии-2017». Её обладателями стали 10 сотрудников, проработавших на станции не менее 20 лет.

«Премия вручается уже в третий раз, так что это событие стало доброй и яркой традицией. За прошедшие 3 года мы многое из-

За верность профессии

менили: сократили время прибытия на вызов, внедрили навигационную систему и усовершенствовали оснащение бригад, создали единый колл-центр. К нашей работе проявляется повышенное внимание москвичей, и эта награда подтверждает большой вклад каждого из

лауреатов и номинантов в развитие столичной скорой и неотложной помощи», – отметил главный врач станции им. А.С.Пучкова Николай Плавунцов.

В этом году лауреатами премии стали: в номинации «Врач скорой медицинской помощи» – Валерий

Макаров (подстанция № 19); «Врач анестезиолог-реаниматолог» – Сергей Сеньчуков (ОГМУ, подстанция № 1); «Врач – педиатр» – Валентин Федотов (подстанция № 14); «Врач – психиатр» – Андрей Сидоров (подстанция № 52); «Фельдшер скорой медицинской помощи» – Ольга

Новосёлова (подстанция № 22); «Фельдшер диспетчерской службы» – Галина Трофименко (оперативный отдел); «Медицинская сестра» – Алла Абрамова (подстанция № 30); «Медицинская династия» – Марина Маркатунова, Юлия Спирина, Эмма Хохлова (подстанция № 40).

Всего в 2017 г. на премию было выдвинуто 63 номинанта.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

За последние годы в нашей стране меняется отношение к старшему поколению. Мы не только говорим об этом на конференциях, встречах, форумах. В обществе происходят конкретные изменения в состоянии службы, помогающей старикам, возрастным пациентам. Министерство здравоохранения РФ наконец-то утвердило должность главного гериатра России, приняло ряд важных документов, касающихся совершенствования работы медицинских учреждений. Всё чаще поднимаются проблемы о роли социальных служб, необходимости повышения знаний гериатров и геронтологов, работников среднего звена. Сегодня мы предоставляем слово тем, кто конкретно и повседневно занимается вопросами помощи пожилым пациентам, кто помогает им быть здоровыми и жизнерадостными.

Когда система работает

Об изменениях в организации ухода за пожилыми рассказывает заместитель руководителя Департамента труда и социальной защиты населения Москвы **Павел КЕЛЛЕР**.

«Вопросы, какой должна быть система долгосрочного ухода за пожилыми, какие тенденции и планы наша служба предусматривает на ближайшие годы, далеко не простые. Демографическая ситуация в стране характеризуется ростом людей старшего возраста. В Москве эта тенденция идёт более опережающими темпами, уже сегодня в столице средний возраст жителей – 77 лет. Как бы мы ни относились к этой категории людей, ясно, что они требуют внимания.



П. Келлер

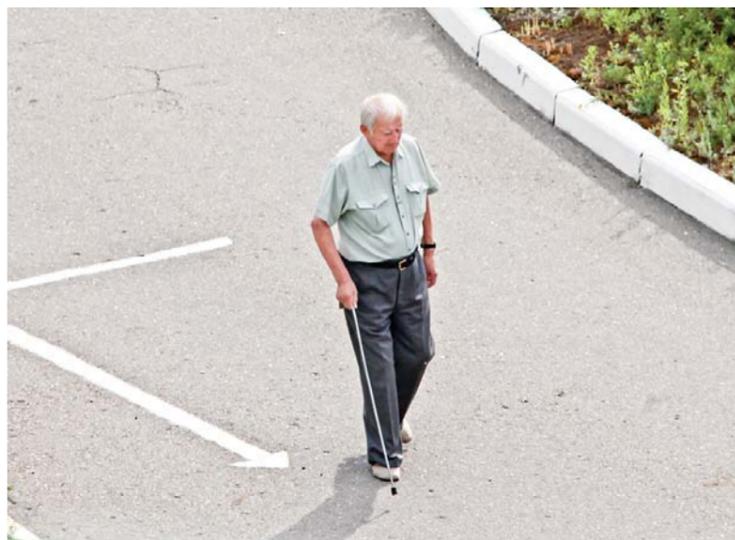
Каковы сегодня условия для их жизни? В Москве зарегистрировано более 3 млн пенсионеров, из них старше 80 лет – более 400 тыс. И сегодняшняя система долгосрочного ухода за ними – это государственная программа, которая является действенной поддержкой жителей города. Система включает развитие стационарозамещающих форм, так как уход не должен сводиться к формализму. При достижении определённого возраста и наличии определённых заболеваний мы практикуем направление таких людей в отделения стационаров. Сегодня также выстраиваем систему, которая будет позволять им долго находиться в нормальных условиях проживания и обеспечивать профилактику.

Если говорить о первом этапе помощи, то это не связано с самообслуживанием на дому, скорее можно выделить в качестве превентивной меры, которая наиболее приемлема для реализации в городе. Она налажена совместно со всеми органами власти и социального блока. Пожилые могут направляться в отделения дневного пребывания, университеты «третьего возраста». Наверняка уже многие слышали, что в Москве открыт «Серебряный университет», где люди старшего возраста получают компьютерные, бухгалтерские знания, изучают искусство. Это направление работает, и связано оно с образовательными организациями. Наш департамент тесно сотрудничает с Московским

Проблемы и решения

Пожилые — не значит уставшие от жизни

Как лучше организовать уход за ними



Кто ему поможет, когда он устанет?

городским педагогическим университетом, на его базе предусматриваем также образовательные программы, в том числе для получения таких профессий, как няня, хозяйственный работник, мастер по изготовлению кукол и др. До конца года охватим 2,6 тыс. человек и далее будем развивать это направление.

Что касается второго этапа – обслуживание пожилых непосредственно на дому, – он, конечно, сложнее и требует особого внимания. В первую очередь подразумевается предоставление социальных услуг. Сегодня этим заняты 128 тыс. жителей города, и граждане, нуждающиеся в дополнительном уходе, могут получить не просто социальную помощь, а ещё и услуги по патронажу. Это важный этап в работе, когда возрастному пациенту на дому помогают кроме соцработников и медицинских сестёр. Сейчас идёт модернизация данного процесса, разделение стандартов обслуживания – на дому, в медицинских и социальных центрах, патронажными службами, которые будут отличаться и по набору услуг, и по количеству часов их оказания. Так, патронаж на дому может составить 90-100 часов в неделю, что очень существенно, в этом случае ежедневно с больным будут работать по 4-5 часов в день. Патронажные службы ранее находились в учреждениях стационарного соцобслуживания, а в 2017 г. было принято решение о передаче этих функций и во внесоциальный сектор. Им переданы порядка 600 млн руб., и около 2 тыс. нуждающихся жителей города будут получать услуги на дому.

Свои стандарты

Особое внимание – инвалидам и участникам Великой Отечественной войны. Здесь есть своя специфика. Они получают услуги в санаториях, на дому для тех, кто не может воспользоваться санаторно-курортным лечением по состоянию здоровья. Таких у нас 5 тыс. человек в год. Надо сказать и о «службе сиделок» при московском Доме сиделок для ветеранов. Это 700 одиноко проживающих пожилых инвалидов и участников Великой Отечественной войны. Здесь тоже предусмотрены свои стандарты: 44 часа обслуживания в неделю сиделками. С 1 января московский Дом ветеранов переходит на новый

результатов. Сейчас ситуация стала меняться, такой союз необходим, и, как наглядно видно, от этого пожилой человек только выигрывает. Вот почему профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Института повышения квалификации ФМБА России профессор **Кирилл ПРОЦАЕВ** так остро ставит вопрос о необходимости геронтологического образования – одного из способов интеграции служб, занятых лечением возрастных пациентов:

«Сегодня, увы, наблюдается дефицит знаний в области геронтологии. Если заглянуть в учреждения социальной защиты, то, по сути, знания в данной области там на низком уровне. Старческая астенция – уход за страдающими ею больными, профилактика – основы помощи, и она не зависит от того, кто её осуществляет – медицинский персонал или работники социальной сферы. У нас пока отсутствуют согласованные межотраслевые программы для медицинских и социальных работников в области геронтологии. В этом смысле мы находимся в ситуации «Вавилонского столпотворения» – это потому что в здравоохранении сегодня термин «старческая астенция» хорошо известен, мы в разделах о геронтологии даём соответствующие знания, а вот в системе соцзащиты с этим огромная проблема, поскольку её работники действуют при данном заболевании «кто во что горазд».

Прежде всего надо сказать о недостаточной практической ориентированности. У нас проводится большое количество курсов повышения квалификации, тренингов, но какова их эффективность «на выходе»? Очень небольшая. На-



К. Процаев

пример, такие примитивные для сегодняшнего дня вопросы – что делать с клиентом с астенией, знания практических навыков, например как менять памперсы, – занимают в геронтологическом образовании достаточное место, но, увы, на практике применяются редко. Вопрос, конечно, в подготовке преподавателей. Какова доля тех, кто обучает геронтологию и гериатрии социальных работников и медсестёр? Мизерная. К тому же хочу задать и такой вопрос: а сам преподаватель хотя бы раз в жизни менял памперс пожилому человеку? Вряд ли. Тот, кто обучает, обязан иметь определённый навык, должен показать это на практике. А иначе, о какой квалификации идёт речь. Разве можно представить ситуацию, когда хирург, не сделавший в своей жизни ни одной

аппендэктомии, преподавал её? Для нас это огромная проблема, и её надо решать.

Важный вопрос – проблема «открытости специалистов». Если врачи из разных стран, хоть как-то между собой контактируют на конференциях, съездах, то соцработники, по сути, почти не имеют такой возможности. Складываются ли у них неформальные отношения с коллегами, предположим, из США, других зарубежных стран. А ведь такое общение – тоже часть образования.

Проблема новых концепций – одна из важнейших. Обычно, когда говорят, например, об активном долголетии, многие представляют его примерно так: это красивые бабушка и дедушка, общающиеся с внуками, занимающиеся ходьбой, своим здоровьем. А что делать 90-летней женщине, проживающей на 9-м этаже дома с неработающим лифтом? Какое у неё активное долголетие? Здесь мы можем предложить свой опыт – это обучение. Была попытка бригадным методом создать 2-недельные образовательные программы и обучить тех, кто работает с тяжёлыми больными. Врачи и медсестры проводили часть общих занятий, а часть – в зависимости от образования персонала. Мы выезжаем на практику в Республику Беларусь, Чехию, города России, используем не только выездные формы работы, но и дистанционные, предлагаем самим слушателям надеть специальные комплекты, которые позволяют почувствовать себя пожилым, осознать, что значит «гериатрический синдром», какое это нелёгкое бремя. Нами обучено более 2 тыс. человек, и мы видим, как возросла динамика знаний. Проблема геронтологического образования заключается в том, что существующие формы контроля оценивают знания «на выходе», а каковы результаты на практике – выяснить уже сложнее. Тем не менее для нас заметно, что полученные знания позволяют помочь улучшить пожилым качество жизни. Казалось бы, это небольшое увеличение, но те, кто работает в гериатрии, знают, что данный результат – огромная победа.

Надо понимать одну истину под названием «независимость», так как важно не вылечить болезнь (иногда это невозможно), а повысить степень независимости пожилого или старика от посторонней помощи. Да, мы ставим одни цели, а пациент видит другие: мы хотим снизить у него давление и одышку, а он всё равно хочет дойти до магазина. Но необходимо считаться с ним и его желанием. На наш взгляд, профессионализм в геронтологии и гериатрии всех участников процесса – от врача до соцработника и, наоборот, от соцработника до врача, волонтеров, родственников – способствует повышению компетентности. Только в этом случае все мы, занимаясь профилактикой старческой астении, выявлением гериатрических синдромов, приобретаем опыт, начинаем говорить на одном языке и вскоре приходим к нашей цели – повышению степени независимости людей разных возрастов от тех, кто рядом».

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

«Вавилонское столпотворение» нам ни к чему

Ещё совсем недавно медики и специалисты социальных служб работали как бы параллельно, сами по себе, что не позволяло добиваться положительных ре-

Мир ощущает серьёзную нехватку новых антибиотиков для борьбы с возрастающей угрозой устойчивости к противомикробным препаратам, свидетельствует доклад Всемирной организации здравоохранения «Противомикробные средства на стадии клинической разработки – аналитическое исследование процесса клинической разработки противомикробных средств, включая средства против туберкулёза».

Ситуация – чрезвычайная

Большинство препаратов, находящихся в настоящее время на стадии клинической разработки, являются лишь модификациями уже существующих классов антибиотиков и лишь временным решением проблемы. Только немногие потенциальные препараты предназначаются для лечения устойчивых к антибиотикам инфекций, которые, по определению ВОЗ, представляют наибольшую угрозу для здоровья, включая лекарственно устойчивый туберкулёз (ТБ), от которого ежегодно умирают около 250 тыс. человек.

«Устойчивость к противомикробным препаратам является чрезвычайной ситуацией в области глобального здравоохранения, которая представляет серьёзную угрозу для прогресса в сфере современной медицины, – заявил Тедрос Адханом Гебрейесус, генеральный директор ВОЗ. – Необходимо срочно расширить инвестиции в исследования и разработки препаратов против инфекций, устойчивых к антибиотикам, включая ТБ, иначе мы вновь окажемся во времени, когда люди боялись распространённых инфекций и рисковали своей жизнью во время простых хирургических операций».

Помимо туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью ВОЗ определила 12 классов приоритетных патогенов – некоторые из них вызывают такие распространённые инфекции, как пневмония или инфекции мочевыводящих путей, которые становятся всё более резистентными к существующим антибиотикам и для борьбы с которыми срочно требуются новые лекарственные средства. В докладе отмечается, что в настоящее время в клинической разработке находится 51 новый антибиотик и биологический препарат, предназначенные для лечения инфекций, вызванных приоритетными устойчивыми к антибиотикам патогенами, а также туберкулёза и иногда смертельной диарейной инфекции, вызываемой бактерией Клостридиум диффициле.

Тем не менее среди всех этих препаратов-кандидатов лишь 8 классифицированы ВОЗ как инновационные лекарствен-

ные средства, которые повысят ценность существующего на сегодняшний день арсенала антибиотиков.

Существует серьёзный дефицит средств для лечения инфекций, вызванных туберкулёзной микобактерией с множественной и широкой лекарственной устойчивостью и грамотрицательными патогенами, включая Acinetobacter и Enterobacteriaceae (такие как Klebsiella и E.coli), которые могут вызывать тяжёлые, а иногда смертельные инфекции, пред-

наибольшую угрозу для здоровья человека, самыми опасными названы резистентные к карбапенемам ацинетобактерии (причина многих инфекционных процессов, включая менингиты и сепсис), синегнойная палочка (вызывает абсцессы, нагноения и множество больничных инфекций) и энтеробактерии (вызывают множество инфекций – от поражения мочевых путей до заражения крови).

Для борьбы с этой угрозой ВОЗ и Инициатива по лекарственным средствам против

Россия готовится дать отпор

Проблема начала приобретать планетарный масштаб примерно с середины 2000-х годов, вал резистентности прошёл по всему земному шару. Сейчас в мире от резистентных бактерий, по оценкам британского фонда Wellcome Trust, ежегодно погибает около 700 тыс. человек, и эта цифра только растёт. Бактерия, устойчивая практически ко всем антибиотикам, была найдена даже в конденсате

испытаний уникальный препарат SQ109 для лечения лёгочного туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя от резидента кластера биомедицинских технологий Фонда «Сколково». Как сообщил вице-президент исполнительный директор кластера Кирилл Каем, «за последние 40 лет на рынке появился только один новый препарат для лечения туберкулёза, а существующие имеют высокую резистентность у пациентов. Фонд и сообщество пациентов с не-

Острая тема

ВОЗ: НОВЫХ антибиотиков не хватает

Угроза устойчивости к противомикробным препаратам нарастает



Резистентные к препаратам инфекции – наибольшая угроза для здоровья

ставляющие особую угрозу в больницах и домах-интернатах. Кроме того, разрабатываются лишь очень немногие пероральные антибиотики, хотя они являются основными лекарственными формами для лечения инфекций за пределами больниц или в районах с ограниченными ресурсами.

«Фармацевтические компании и исследователи должны срочно сфокусировать своё внимание на новых антибиотиках против некоторых типов чрезвычайно опасных инфекций, которые за несколько дней могут привести к смерти пациентов из-за отсутствия у нас линии обороны», – отметила Сюзан Хилл, директор Департамента основных лекарственных средств ВОЗ. В опубликованном организацией в феврале списке 12 видов бактерий, устойчивых к действию антибиотиков и представляющих

забытых болезней (DNDi) учредило Глобальное партнёрство по научным исследованиям и разработкам антибиотиков (известное как GARDP). В начале сентября Германия, Люксембург, Нидерланды, Южная Африка, Швейцария, Великобритания и фонд Wellcome Trust объявили о выделении более 56 млн евро на проведение этой работы.

«Научные исследования в области туберкулёза существенно недофинансируются – за 70 лет на рынок поступили лишь два новых антибиотика для лечения лекарственно устойчивого туберкулёза, – заявил Марио Равильоне, директор Глобальной программы ВОЗ по борьбе с ТБ. – Чтобы остановить ТБ крайне необходимо ежегодно выделять более 800 млн долл. для финансирования научных исследований новых противотуберкулёзных препаратов».

воды на орбитальной станции «Мир».

«Сейчас устойчивые бактерии приобретают катастрофическое распространение. Их много в Питере, в Москве и ещё в 12-13 городах. О скольких мы ещё не знаем – трудно сказать. Таких пациентов надо лечить сложными комбинациями препаратов, а иногда лечения вообще нет», – говорит директор Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России в Санкт-Петербурге академик РАН Юрий Лобзин. Как считает ряд экспертов, большинство петербургских стационаров также поражены устойчивыми к антибиотикам микробами, летальность подхвативших их пациентов доходит до 50%. «Если мы сейчас не будем принимать действенных мер, то лет через 10-15 человек может погибнуть от обычного гнойного прыща, потому что антибактериальные препараты перестанут действовать», – заявляет учёный.

К тому же если в советское время антибиотики всё-таки отпускались, как правило, по рецептам, то в настоящее время в России, как и в странах Восточной Европы, их можно приобрести без рецепта.

Учитывая складывающуюся ситуацию, Минздрав России внёс в начале сентября в правительство разработанный в соответствии с рекомендациями ВОЗ план по борьбе с устойчивостью к антибиотикам. В рамках стратегии планируется ужесточить контроль над рецептурным отпуском этих препаратов в аптеках, повысить осведомлённость пациентов и многое другое.

А недавно у нас успешно прошёл фазу 2b-3 клинических

терпением ожидают появления на рынке нового лекарственного препарата SQ109».

Он принадлежит к классу малых молекул, которые были открыты учёными частной компании, занимающейся разработкой принципиально новых препаратов для лечения устойчивых к антибиотикам инфекций, и Национального института здравоохранения США. Сам препарат создавался российской биотехнологической компанией «Инфектекс» – портфельной компанией венчурного фонда «Максвелл Биотех» – на основе лицензии на разработку и коммерциализацию в России и странах СНГ.

После прохождения регистрации не имеющий аналогов в мире препарат SQ109 поступит в производство. «Наша цель – как можно быстрее донести препарат до пациентов, чтобы повысить эффективность лечения и спасти тысячи жизней не только в России, но и в мире», – подчёркивает Дмитрий Попов, управляющий партнёр фонда «Максвелл Биотех».

Впереди – решение других значимых задач для практического здравоохранения, повышения эффективности препаратов против резистентных бактерий. Однако одним лишь новым лекарственными средствами будет недостаточно для борьбы с угрозой устойчивости к противомикробным препаратам. А это значит, что нужна каждодневная настойчивая работа по улучшению профилактики инфекций и инфекционного контроля, содействие надлежащему использованию существующих и будущих антибиотиков.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Конкурсы

Работа лаборатории Камчатского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями заняла первое место во всероссийском конкурсе «Красота микромира». Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Камчатского края.

В ведомстве рассказали, что конкурс, проводимый одной из крупных компаний, стартовал в июле этого года. В состав жюри вошли руководители лаборато-

Красоту нашли на Камчатке

Колонии бактерий удивили всех

рий ведущих российских клиник и научных институтов. На конкурс представили по три работы больше 90 лабораторий из всех регионов России.

Принять участие в конкурсе могли только дипломированные специалисты, являющиеся работниками лабораторий. По

условиям все участники должны были использовать в качестве «холста» чашку Петри с питательной хромогенной средой, «красками» служили колонии бактерий и грибов.

Лаборатория Камчатского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекци-

онными заболеваниями представила на конкурс три работы. На первой колонии бактерий образовался рисунок Авачинской бухты с вулканом и скалами «Три брата», на второй – камчатского бурого медведя, на третьей – весёлого человека в национальном костюме коренных народов Камчатки.

По итогам конкурса работы камчатской лаборатории признаны лучшими. Победители получают призы – специализированные книги по микробиологии.

Кроме того, сейчас проходит открытое голосование, в результате которого учреждению, набравшему большее количество голосов, будет присуждена награда «Приз зрительских симпатий».

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 81 (2201)

Определение и принципы диагностики

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10.

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. Акцент сделан на тех диагностических вопросах, связанных с диагностикой заболевания, которые чаще всего возникают в рутинной практике у психиатра-нарколога.

Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- F10 – алкоголя
- F11 – опиоидов
- F12 – каннабиноидов
- F13 – седативных или снотворных средств
- F14 – кокаина
- F15 – психостимуляторов, включая кофеин
- F16 – галлюциногенов
- F17 – табака
- F18 – летучих растворителей
- F19 – сочетанного нескольких ПАВ.

Заключение об употреблении вещества делается по субъективным и/или объективным данным.

В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

В случае хаотичного приёма веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. (Список 1, 2, 3)». То есть в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психического расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (см. табл. 3).

Этиология и патогенез синдрома зависимости

В настоящее время установлено, что ПАВ проявляют своё действие в 3 основных направлениях.

1. Влияя на определённые системы и структуры мозга, вызывают патологическую зависимость.

2. ПАВ являются токсическими, то есть способны поражать все органы и системы организма.

3. Зависимость родителей влияет на формирование зависимости у потомства и на развитие у них поведенческих расстройств типа агрессивности, аффективной патологии, девиантных форм поведения, а также снижает адаптационные возможности детей.

Как видно из определения синдрома зависимости, в её формировании значимую роль играют биологические, генетические, личностные, семейные и средовые факторы (необходимо понимать, что разделение в определённой мере является условным, так как и генетические, и личностные, и семейные факторы являются также биологическими).

Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путём сбора анамнеза: истории жизни и заболевания; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, проведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования.

Клиническая диагностика синдрома зависимости

Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя

За привычным или эпизодическим пьянством следует систематическое пьянство, во время которого формируются основные симптомы алкоголизма. Выпивки учащаются, возникают они практически по любому поводу, значительному или незначительному. Человеку трудно воздерживаться от употребления спиртных напитков, он начинает сам активно искать поводы для выпивки. В период вынужденного воздержания от алкоголя (семейные неурядицы, отсутствие денег, работа и пр.) у такого человека возникают расстройства настроения, появляется такое чувство, как будто чего-то не хватает, «всё не по себе». Но человек уже знает «своё лекарство»: очередной приём алкоголя снимает все эти неприятные ощущения. Спиртные напитки употребляет, как правило, не реже 1-2 раз в неделю, а в ряде случаев – ежедневно. Но на данном этапе ещё сохраняется контроль за количес-

Диагностика и лечение синдрома зависимости

Федеральные клинические рекомендации

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 1+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2++, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или Экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или Экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или Экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

Формализация диагноза по МКБ-10

F10.2	Синдром зависимости от алкоголя
F11.2	Синдром зависимости от опиоидов
F12.2	Синдром зависимости от каннабиноидов
F13.2	Синдром зависимости от седативных или снотворных веществ (F13.-T; F13.-H)
F14.2	Синдром зависимости от кокаина
F15.2	Синдром зависимости от других стимуляторов, включая кофеин (F15.-T; F15.-H)
F16.2	Синдром зависимости от галлюциногенов (F16.-T; F16.-H)
F17.2	Синдром зависимости от никотина
F18.2	Синдром зависимости от летучих растворителей (F18.-T; F18.-H)
F19.2	Синдром зависимости, связанный с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных веществ (F19.-T; F19.-H)

твом потребляемого алкоголя. Исчезают защитные рефлексы.

Признаки начальной (первой) стадии

1. Повышение толерантности – самый ранний и наиболее распространённый признак привыкания к алкоголю и формирования болезни.

2. Формирование патологического влечения к алкоголю. Оно может быть выражено то более, то менее отчётливо. Нередко желание выпить носит довольно навязчивый характер, отвлекает человека от работы, направляет его энергию на удовлетворение

своего желания. Пьянство превращается в основной жизненный интерес. Когда сформировалось влечение к алкоголю, больной не хочет ему препятствовать, а если и хочет, то уже, как правило, не может с ним справиться без врачебной помощи.

3. Утрата контроля над выпитым (вторичное влечение к алкоголю): после первой порции спиртного резко усиливается желание выпить ещё, появляется своеобразная «жадность к алкоголю». Потеря контроля над выпитым не исчезает даже после многих лет воздержания от алкоголя, чем и обусловле-

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица 2

на невозможность перейти к «умеренному» употреблению алкоголя после лечения и воздержания, а всякая попытка возобновить употребление спиртных напитков неминуемо ведёт к рецидиву алкоголизма.

4. Изменение характера опьянения. Появляются запимания, особенно при употреблении оглушающих доз алкоголя. Выраженное опьянение может сопровождаться злобностью, агрессивностью, драчливостью. На первой стадии не все признаки болезни выражены ярко и отчётливо, в частности синдром отнятия и опохмеления отсутствуют.

На развёрнутой (второй) стадии формируются основные симптомы заболевания. К вышеперечисленным проявлениям присоединяются следующие:

1. Алкогольный абстинентный синдром (похмелье, желание опохмелиться с целью улучшить своё физическое состояние), развивается исподволь, постепенно, не сразу. На первых этапах становления абстинентного синдрома потребность в опохмелении возникает только после приёма больших доз алкоголя, в дальнейшем потребность в опохмелении возникает и после небольших количеств выпитого. Клинически абстинентный синдром на первом этапе проявляется головной болью, слабостью, недомоганием, тошнотой, иногда – рвотой, дрожью в руках и теле, перебоями в сердце. В последующем присоединяются и психические нарушения: больной мучается бессонницей, у него развивается тревога, не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости, в это время держится потливость и дрожь. Длительность абстинентного синдрома от 2 до 7 суток. Толерантность к алкоголю превышает исходную в 5-6 раз.

2. Постоянное, перемежающееся и запойное пьянство – одно из проявлений болезни, при котором формируется наиболее привычный ритм употребления спиртных напитков.

Постоянная форма характеризуется длительным, продолжающимся недели и месяцы злоупотреблением алкоголем. Перерывы редки, кратковременны и, как правило, обусловлены экстраординарными ситуациями (например, соматическими заболеваниями, тяжёлой или сменной работой и т.д.).

Перемежающаяся форма – на фоне многодневного или многомесячного пьянства возникают периоды его резкого усиления. В конце такого «запоя» могут быть короткие (1-3 дня) перерывы, связанные с истощением организма и непереносимостью спиртных напитков. Затем выраженность этих явлений вновь уменьшается. Наступает период, когда больной пьёт от-

Таблица 3

Таблица 4

Диагностика синдрома зависимости: F1x.2 третья цифра (четвёртый знак) «2»

Определение	Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место (определение по МКБ-10) Зависимость от ПАВ является заболеванием мозга, сходным по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды (цит. по И.Анохиной)
Диагностические критерии	<p>Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии 3 и более нижеперечисленных симптомов в течение некоторого времени за предыдущий год:</p> <p>Сильная (иногда непреодолимая) потребность принять ПАВ</p> <p>Нарушение способности контролировать длительность приёма и дозировку вещества</p> <p>Синдром отмены (F1x.3 и 1x.4), характерный для данного вещества</p> <p>Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены</p> <p>Признаки толерантности, такие как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающей предел переносимости</p> <p>Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества</p> <p>Продолжение приёма вещества, несмотря на негативные последствия</p>
Уточнения	<p>Характер синдрома зависимости в настоящее время уточняется пятым знаком:</p> <p>F1x20...в настоящее время воздержание</p> <p>F1x21...в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (больница, тюрьма)</p> <p>F1x22...в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии</p> <p>F1x23...в настоящее время под клиническим наблюдением, но на лечении, вызывающем отвращение, или блокирующими лекарствами</p> <p>F1x24...в настоящее время употребление ПАВ... постоянное употребление</p> <p>F1x25...эпизодическое употребление</p> <p>Стадия синдрома зависимости уточняется шестым знаком:</p> <p>F1x2x1...начальная (первая) стадия</p> <p>F1x2x2...средняя (вторая) стадия</p> <p>F1x2x3...конечная (третья) стадия</p> <p>F1x2x9...стадия не известна</p>
Пример диагноза	<p>F10.252 Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя стадия</p> <p>F10.232 Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Под клиническим наблюдением, но на лечении сенсбилизирующими препаратами</p> <p>Стадии наркомании также выставляются в диагнозе</p> <p>F11.242. Синдром зависимости от опиоидов. Активная зависимость. (Больной употребил наркотик (героин) в день поступления). Средняя стадия</p> <p>F10.242; F11.202. Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Активная зависимость. В настоящее время воздержание от опиоидов без поддерживающей терапии, блокирующих лекарств. Средняя стадия. (Больной алкоголизмом в настоящее время полностью воздерживается от употребления опиоидов (Ремиссия) F11.252 «Т». Синдром зависимости от опиоидов. Постоянная форма. Средняя стадия. Токсикомания. (Буторфанол) F15.262; F16.1 «Т». Синдром зависимости от психостимуляторов. Периодическая форма. Средняя стадия. Неоднократное употребление галлюциногенов с вредными последствиями. Токсикомания. (Тропикамид)</p>

Таблица 6

Медицинские услуги для диагностики синдрома зависимости

Приём (осмотр, консультация) врача-специалиста	
Обязательно	По показаниям
Приём (осмотр, консультация) психиатра-нарколога первичный	<p>Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом первичный</p> <p>Приём (осмотр, консультация) дерматовенеролога первичный</p> <p>Приём (осмотр, консультация) невролога первичный</p> <p>Приём (осмотр, консультация) психиатра первичный</p> <p>Приём (осмотр, консультация) психиатра подросткового первичный</p> <p>Приём (осмотр, консультация) терапевта первичный</p>
Лабораторные методы исследования	
Обязательно	По показаниям
<p>Проведение реакции Вассермана (RW)</p> <p>Общий (клинический) анализ крови</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический</p> <p>Анализ мочи общий</p>	<p>Исследование уровня психоактивных веществ в крови</p> <p>Определение наличия психоактивных веществ в слюне</p> <p>Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски</p> <p>Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови</p> <p>Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови</p>
Инструментальные методы исследования	
Обязательно	По показаниям
<p>Регистрация электрокардиограммы</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных</p>	<p>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</p> <p>Эхоэнцефалография</p> <p>Электроэнцефалография</p> <p>Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях</p> <p>Флюорография лёгких</p> <p>Рентгенография лёгких</p> <p>Описание и интерпретация рентгенографических изображений</p>

Этиология и патогенез синдрома зависимости

Таблица 5

Факторы	Описание
Биологические	<p>Влияние алкоголя и наркотиков на нейрохимические процессы мозга являются основой развития синдрома зависимости. В патогенезе алкоголизма и наркоманий участвуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дофаминовая (ДА) система в лимбических структурах мозга; – эндогенная опиоидная система; – ГАМК-ергическая система; – холинергические и никотиновые рецепторы
Генетические	<p>1. Основные клинические маркёры предрасположенности к алкогольной зависимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> – наличие в роду не менее двух кровных родственников (отец, мать, родной брат и сестра) с достоверно установленным диагнозом алкоголизм; – раннее начало злоупотребления алкоголем и курение табака; – синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве; – эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям; – трудный пубертат с преобладанием черт психического инфантилизма; – дефицит внимания; – постоянный поиск новизны. <p>2. Основные биологические маркёры:</p> <ul style="list-style-type: none"> – уменьшенная амплитуда или отсутствие P300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале; – избыточная бета-активность на ЭЭГ; – низкая концентрация в моче и крови дофамина. <p>3. Основные генотипические маркёры:</p> <ul style="list-style-type: none"> – индивидуальный генотипический профиль по трём генам DRD2, DRD4, COMT – коэффициент генетического риска более 10%
Личностные (индивидуальные)	<p>Выделяют следующие группы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> – возбудимые и неустойчивые психопатические личности; – психопатии астенического круга с преобладанием повышенной истощаемости; – психопатии астенического круга с преобладанием ипохондрических расстройств; – лица с психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома; – сниженная устойчивость к стрессам; – эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность; – сниженный интеллект, слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально-позитивных установок и заинтересованности в труде; – органические поражения головного мозга: нейроинфекции, интоксикационные поражения, черепно-мозговые травмы, задержка интеллектуального и физического развития, нарушения развития речи, ночной энурез; – безразличное отношение к досугу и неумение им распорядиться
Семейные	<p>К семейным факторам, способствующим формированию алкогольной зависимости или наркомании, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> – наличие психических расстройств, в том числе алкоголизма, у родителей и родственников; – воспитание в неполной семье, родственниками, в детском доме и пр.; – дисгармоничный характер взаимоотношений в родительской семье; – безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей. На формирование синдрома зависимости может оказать влияние отсутствие эмоционального и духовного контакта, совместного отдыха и деятельности детей, особенно подростков и родителей; – криминальная и антисоциальная направленность членов семьи
Средовые	<p>Причинами, влияющими на употребление ПАВ, можно назвать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – повышение авторитета личности в группе; – мода на употребление ПАВ; – безразличие или одобрение потребления наркотиков семьёй и сверстниками; – принуждение к употреблению ПАВ; – большее влияние сверстников, а не родителей; – несовместимость мировоззрения родителей и их детей; – высокая потребность в общении с группой, в развлечениях и включённость подростка в увеселительные компании <p>Начальный этап употребления ПАВ, наблюдающийся преимущественно в подростковом возрасте, связан со следующими мотивациями:</p> <ul style="list-style-type: none"> – демонстрация взрослого поведения; – отчуждение от родительской опеки; – выражение социального протеста и вызов по отношению к ценностям среды; – экспериментирование; – стремление получить новый опыт; – поиск удовольствия или расслабления; – средство стать участником субкультурного жизненного стиля; – способ разрешения конфликта или снижения напряжения; – акт отчаяния и пр.

носителем умеренно, после чего следует «запой», подобный описанному выше.

Запойная форма – алкоголь употребляется регулярно на протяжении нескольких дней или недель. Потом следуют «светлые промежутки». Их длительность различна – от 7-10 дней до нескольких недель и даже месяцев. Начало и прекращение запоев происходят или аутохтонно (истинные запои), или маскируются внешними обстоятельствами (псевдозапои).

3. Изменения личности (алкогольная деградация). Уже во второй стадии проявляются черты «нравственного огрубения», происходит заострение преморбидных черт характера. Начинается интеллектуально-мнестическое снижение: ухудшается внимание, снижается способность запоминать, приобретение новых знаний и навыков затруднительно.

Конечная (третья) стадия. Наступает выраженное истощение организма. Переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного – снижение толерантности. Больной алкоголизмом постоянно находится в опьянении и испытывает непреодолимое желание и влечение к алкоголю. «Трезвых дней» мало, они бывают, когда больной не в состоянии достать спиртные напитки. Развиваются психозы, особенно хронические (длительные, затяжные) формы. Утрачивается способность к производительному труду. На этой стадии наиболее выражены поражения внутренних органов и нервной системы: полиневриты, цирроз печени, слабоумие и др.

(Окончание следует.)

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин. Поскольку средний возраст больных с РПЖ в России превышает 70 лет, вследствие наличия сопутствующих заболеваний и отягощённого соматического статуса многим пациентам данной возрастной категории невозможно или нецелесообразно применить золотой стандарт лечения РПЖ – радикальную простатэктомию – или провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе. В таких случаях возможно выполнение криоабляции предстательной железы как альтернативного варианта лечения локализованного РПЖ. Кроме того, вследствие всё более частого выявления рака простаты низкого риска у молодых мужчин, идёт активное изучение методов фокального лечения РПЖ (одним из которых является криоабляция), целью которых является таргетное разрушение злокачественной опухоли в простате с сохранением сосудисто-нервных пучков и наружного сфинктера уретры.

Криоабляция предстательной железы представляет собой процесс локального замораживания и девитализации тканей, позволяющий прицельно создать зону некроза необходимой формы и размера для деструкции поражённой ткани железы и прилежащих по краю здоровых клеток. Усовершенствование аппаратуры для криодеструкции, использование криоигл меньшего диаметра, температурных датчиков и катетера для согревания слизистой оболочки уретры позволило минимизировать количество осложнений по сравнению с другими методами лечения РПЖ и добиться высокой безрецидивной выживаемости. В связи с высокой вероятностью развития послеоперационной эректильной дисфункции метод, предусматривающий абляцию всего органа, чаще применяется у пациентов, не заинтересованных в сохранении эректильной функции. Процедура криотерапии может проводиться повторно, а также в случае местного рецидива опухоли после радикальной простатэктомии или лучевых методов лечения РПЖ – дистанционной лучевой терапии и брахитерапии.

В настоящее время «оптимальным кандидатом» для криоабляции простаты является пациент пожилого возраста, отягощённый соматически, которому не показана радикальная простатэктомия. Кроме того, учитывая растущую популярность различных видов лучевой терапии, весьма вероятен рост числа больных с рецидивом рака после её проведения. В таких случаях сальважная криоабляция простаты оказывается более эффективной, чем динамическое наблюдение, и сопровождается меньшим количеством осложнений, чем спасительная радикальная простатэктомия и гормонотерапия.

В Российской Федерации криоабляция простаты у больных РПЖ с использованием оборудования 3-го поколения применяется с 2010 г. В настоящее время наибольший опыт по использованию криоабляции в урологии накоплен в урологической клинике Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова на базе городской клинической больницы им. С.И.Спасокукоцкого (ранее – ГКБ № 50) Департамента здравоохранения столицы. Так, с марта 2010 г. по декабрь 2014 г. криоабляция простаты с использованием системы 3-го поколения SeedNet (Galil Medical) проведена 130 больным РПЖ. В 90% случаев лечение было первичным, в 10% — сальважным. У всех пациентов имела место гистологически верифицированная аденокарцинома простаты. По данным биопсии, сумма баллов по Глисона 6 (3 + 3), 7 (3 + 4), 7 (4 + 3) и 8 (4 + 4) имела место у 42, 31, 19 и 8% пациентов соответственно. Клиническая стадия T1N0M0 установлена у 48,5% пациентов, T2N0M0 – у 35,4%, T3N0M0 –

За время проведения исследования по мере накопления собственного опыта были разработаны и внедрены в клиническую практику технические приёмы и рекомендации, позволяющие оптимизировать технику проведения криоабляции предстательной железы.

При проспективном анализе результатов криоабляции предстательной железы у 130 пациентов средний возраст больных составил 72,7 года, уровень общего простатического специфического антигена (ПСА) крови – 10,6 нг/мл, объём про-

Зарегистрированные осложнения проанализированы с использованием модифицированной классификации хирургических осложнений Клавьева (Clavien), предусматривающей разделение послеоперационного периода на ранний (до 30 суток после операции) и поздний (> 30 суток после вмешательства). При анализе собственных данных установлено, что серьёзные осложнения криоабляции простаты (по классификации Клавьева \geq III b) встречаются редко и отмечены только в позднем послеоперационном периоде: стеноз

предстательной железы выполнена 96 пациентам: 81 больному – после первичной тотальной криоабляции, 10 мужчинам – после сальважной тотальной криоабляции и 5 пациентам – после фокальной криодеструкции простаты. При патоморфологическом исследовании аденокарцинома выявлена у 15,6% больных: у 13,6% – в группе первичной тотальной криоабляции, у 20% – в группе сальважной криоабляции и у 40% после фокальной криотерапии.

При микроскопическом исследовании ткани простаты как

Экспертный уровень

Криоабляция предстательной железы — альтернативный метод лечения рака простаты

у 16,1%. По критериям D'Amico 30% пациентов относились к группе низкого риска, 50,8% – к группе промежуточного риска и 19,2% – к группе высокого риска.

При оценке характеристик оперированных пациентов обращает внимание тот факт, что лечение в основном проводилось больным старше 70 лет (средний возраст всех пациентов 72,7 года) с клинически локализованным раком предстательной железы (83,9% случаев – стадии T1 и T2) с суммой Глисона 6 или 7 = 3 + 4 (80,8% мужчин).

Состояние пациентов по шкале Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) в группах первичной тотальной и сальважной криоабляции достоверно не различалось и в большинстве случаев соответствовало «нормальному состоянию, когда имеются симптомы заболевания (средний балл 1,4), в то время как пациенты, перенёвшие фокальную криоабляцию, практически не имели симптомов заболевания. Состояние больных по шкале Карновского также было схожим при первичной тотальной и сальважной криотерапии: пациенты в основном были «способны к нормальной деятельности» или «к нормальной активности с усилием». Показатель индекса коморбидности Чарльсона оказался достоверно ниже у пациентов, перенёвших фокальную криоабляцию по сравнению с тотальной криодеструкцией, а также в группе сальважной криотерапии по сравнению с первичной тотальной криоабляцией.

Почти две трети всех пациентов имели артериальную гипертензию, а около 40% имели в анамнезе инфаркт, острое нарушение мозгового кровообращения (без гемиплегии или с минимальными последствиями) и/или компенсированную застойную сердечную недостаточность – без достоверных различий в группах первичной тотальной и сальважной криотерапии. Доля пациентов с сахарным диабетом, а также доля больных с ожирением была схожей среди тех, кто перенёс первичную тотальную и сальважную криоабляцию предстательной железы.

статы – 46,2 мл, максимальная скорость мочеиспускания – 11,6 мл/с, сумма баллов по шкале IPSS – 9. Пациенты, которым выполнена тотальная первичная или сальважная криоабляция, не были заинтересованы в сохранении сексуальной функции. В 86,2% случаев проведена тотальная первичная криоабляция, в 10% – тотальная сальважная криоабляция и в 3,8% наблюдений – фокальная криодеструкция предстательной железы.

Серьёзных интраоперационных осложнений не было отмечено за исключением одного случая, когда прекратила работу система, согревающая слизистую оболочку мочеиспускательного канала.

При медиане наблюдения 30,5 месяцев общая выживаемость пациентов составила 97,7% (3 случая смерти констатированы вследствие заболевания сердечно-сосудистой системы). Отсутствие летальных исходов, обусловленных РПЖ, объясняется, по всей вероятности, как селекцией больных (83,9% случаев имели стадии T1 и T2), так и сравнительно небольшим средним сроком наблюдения после операции.

У 4,8% мужчин в течение месяца после тотальной криоабляции имела место смешанная форма недержания мочи. При наблюдении более года около 95% мужчин полностью удерживали мочу, 3,4% отмечали эпизоды ургентного недержания мочи 3-7 раз в неделю, у одного пациента, перенёвшего до криоабляции дистанционную лучевую терапию, и у одного первичного пациента отмечалось тотальное недержание мочи (всего 1,7% случаев).

В позднем послеоперационном периоде (через 3 месяца после криоабляции) одному пациенту выполнена двусторонняя орхидэктомия по поводу острого гнойного орхоэпидидимита. В 2 случаях (1,7%) потребовалось проведение трансуретральной резекции шейки мочевого пузыря по поводу её стеноза (спустя 4 месяца и 24 месяца после криотерапии). Случаев формирования уретроректальной фистулы не было отмечено.

шейки мочевого пузыря у 1,7% больных и острый гнойный орхоэпидидимит – в 0,8% случаев. В раннем послеоперационном периоде основная доля осложнений (II и II b по Клавьева) обусловлена транзитной задержкой мочи после первичного (44%) или повторного (32,8%) удаления уретрального катетера.

После первичной тотальной криоабляции предстательной железы выживаемость без биохимического рецидива при пороге нормы общего ПСА < 0,6 нг/мл через 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев составила 82, 78, 74, 72 и 69% соответственно. При использовании критериев Американского общества терапевтической радиологии и онкологии (ASTRO) указанный показатель в те же сроки составил 98, 93, 90, 87 и 82% соответственно. При медиане наблюдения 30,5 месяцев при использовании порога нормы общего ПСА < 0,6 нг/мл биохимическая безрецидивная выживаемость после первичной тотальной криоабляции составила 90% у больных раком простаты низкого риска, 77% у пациентов промежуточного риска и 63% – в группе высокого риска по критериям D'Amico. После первичной тотальной криоабляции простаты 5-летняя выживаемость без биохимического рецидива оказалась достоверно выше при стадиях заболевания T1N0M0 (86%) и T2N0M0 (69%) по сравнению со стадией T3N0M0 (51%), а также при сумме баллов по Глисона 6 (85%) и 7 (79%) по сравнению с суммой Глисона 8 (49%).

Выживаемость без биохимического рецидива РПЖ у больных после сальважной криоабляции простаты при оценке по критериям ASTRO через 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев составила 82, 71, 63, 54 и 48% соответственно.

Безрецидивная выживаемость пациентов с клинической стадией заболевания T3 (без биохимического рецидива по Kaplan – Meier при использовании порога нормы общего ПСА \leq 0,6 нг/мл) после первичной тотальной криоабляции простаты составила через 6, 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев, 82, 72, 66, 63, 59 и 51% соответственно.

Спустя год после криоабляции простаты контрольная биопсия

у пациентов без рецидива, так и с верифицированным рецидивом РПЖ морфологами описано наличие лечебного патоморфоза после криоабляции, однако менее выраженного, чем после гормональной или лучевой терапии.

У больных с гистологически верифицированным местным рецидивом РПЖ после криоабляции применялись разные способы последующего лечения. После первичной тотальной криоабляции одному пациенту выполнена сальважная радикальная позадилоная простатэктомия, двум – сальважная тотальная криоабляция, в 5 случаях проведена дистанционная лучевая терапия, 3 пациента в настоящее время наблюдаются без рецидива заболевания после сальважной криоабляции проводится гормональная терапия. Общим пациентам с рецидивом после фокальной криодеструкции выполнена робот-ассистированная радикальная простатэктомия с односторонним сохранением сосудисто-нервных пучков.

В ходе собственных экспериментальных исследований с использованием трупной простаты продемонстрировано, что повторные циклы замораживания и оттаивания ткани предстательной железы приводят к увеличению зоны криодеструкции по сравнению с однократным циклом. Медленное замораживание ткани простаты увеличивает время формирования ледяного шара желаемого размера, что снижает распространённость зоны полного клеточного некроза по сравнению с быстрым замораживанием.

Контроль над температурой на границе зоны холодного воздействия обеспечивает безопасное и управляемое распространение «ледяного шара» в реальном времени, при этом заданные временные и температурные параметры криовоздействия обеспечивают разные изменения ткани предстательной железы как во время, так и после криоабляции.

Формирование «ледяного шара» в ткани простаты при помощи оборудования для криоабляции 3-го поколения – прогнозируемый и контролируемый

процесс. Увеличение скорости замораживания (со снижением температуры до минимального необходимого значения – 40°C в течение 3-4 минут), проведение 2 повторных циклов замораживания и оттаивания, выбор типа криоигл и их расположение с учётом индивидуальных характеристик предстательной железы обеспечивает высокую эффективность криодеструкции в эксперименте.

Возможность контролируемого экстракапсулярного пространства «ледяного шара» позволяет рассматривать криотерапию как технически возможный вариант альтернативного лечения тщательно отобранных пациентов с местнораспространённым РПЖ – при условии знания и использования врачами специальных приёмов, позволяющих изменять технику проведения криоабляции простаты в зависимости от стадии заболевания.

Фокальная терапия всё чаще применяется для лечения локализованного рака простаты в разных странах. В современных клинических рекомендациях для урологов указанный вариант терапии отмечен как экспериментальный, однако усовершенствование методов визуализации предстательной железы и способов минимально-инвазивного лечебного воздействия на ткань простаты в сочетании с увеличением средней продолжительности жизни мужчин и ростом выявляемости клинически локализованных опухолей способствуют всё более частому использованию фокальной терапии РПЖ в клинической практике.

В нашем исследовании было продемонстрировано, что процесс селекции пациентов для фокальной терапии РПЖ трудоёмкий и сложный. Из 56 мужчин, являвшихся «потенциальными кандидатами» для фокального лечения на основании международных критериев отбора, большинство пациентов (93%) согласились пройти дополнительное обследование, оценивающее возможность и целесообразность фокальной криоабляции. После проведения магнитно-резонансной томографии малого таза с экспертной оценкой результатов 12,5% больных с PI-RADS ≥ 3 была рекомендована и выполнена радикальная простатэктомия. По результатам гистоморфологической оценки ткани, полученной при промежуточной сатурационной биопсии простаты у 45 мужчин, проведение фокального лечения оказалось возможным только в 15,6% случаев (или в 12,5% случаев от исходного числа пациентов).

Фокальная криоабляция является одним из наиболее изученных методов фокальной терапии рака простаты среди существующих в настоящее время. Нами впервые в РФ описана техника указанной операции, а само оперативное вмешательство также впервые в России выполнено у 5 пациентов. Проводившаяся гемиабляция, или абляция квадранта предстательной железы, не сопровождалась интраоперационными осложнениями; все осложнения в раннем послеоперационном периоде имели 1-ю степень выраженности по Клавену. Среднее время пребывания пациентов в стационаре составило 3,5 суток, причём данный показатель может быть существенно ниже при соответствующей модификации системы госпитализации и последующего амбулаторного оказания урологической помощи.

Таким образом, криоабляция предстательной железы является эффективным методом лечения рака простаты. Число серьёзных

осложнений криоабляции простаты невелико; для снижения риска развития осложнений необходимо изменять технику проведения операции в соответствии с клинической ситуацией (характеристиками заболевания пациента). Проведение фокальной криоабляции предстательной железы возможно у тщательно отобранных пациентов; фокальная криодеструкция практически не оказывает негативного влияния на качество жизни мужчин (на мочеиспускание, эректильную функцию и пр.). Криоабляция простаты приводит к временному ухудшению мочеиспускания после операции, однако спустя 24 месяца у большинства больных отмечается улучшение качества мочеиспускания по сравнению с дооперационным уровнем.

На основании собственных данных, полученных в ходе настоящего исследования, впервые в Российской Федерации оценено воздействие криоабляции на ткань предстательной железы в эксперименте, продемонстрирована эффективность криоабляции простаты как метода лечения рака предстательной железы, проанализирована эффективность криоабляции у различных групп больных РПЖ, оптимизирован процесс отбора пациентов для различных видов криоабляции простаты, усовершенствована техника операции и разработан комплекс мероприятий по профилактике осложнений криоабляции предстательной железы, изучены различные аспекты (селекция больных, техника проведения и пр.) фокальной криоабляции предстательной железы, оптимизирован алгоритм наблюдения за больными в послеоперационном периоде, оценены изменения функции мочеиспускания после криоабляции простаты у разных категорий больных, проведено сравнение качества жизни больных после криоабляции простаты, брахитерапии и радикальной простатэктомии у схожих по характеристикам групп пациентов.

В клиническую практику в Российской Федерации впервые внедрён новый минимально-инвазивный метод лечения РПЖ, внедрена модифицированная техника операции, разработан ряд мер, направленных на профилактику и уменьшение числа осложнений криоабляции простаты, стандартизировано послеоперационное наблюдение за пациентами, а также внедрён алгоритм селекции больных для фокальной криоабляции предстательной железы.

Результаты исследования широко используются как в практическом здравоохранении, так и в ряде учебно-методических программ и циклов усовершенствования врачей для различных категорий специалистов, обучающихся на кафедре урологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова. С 2012 г. урологическая клиника МГМСУ им. А.И.Евдокимова является «Тренинг-центром по криоабляции предстательной железы». С 2012 по 2015 г. проведены мастер-классы по криоабляции простаты в Уфе, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Москве, а также обучение специалистов российских клиник проведению криоабляции на базе ГКБ № 50 Москвы.

Александр ГОВОРОВ,
профессор кафедры урологии,
доктор медицинских наук.

Александр ВАСИЛЬЕВ,
ассистент кафедры урологии,
кандидат медицинских наук.

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

Сотрудничество

Тайфун учёным не преграда

Профессор из Марий Эл открыл международную конференцию в стране восходящего солнца



Выступает В.Севастьянов

Известная японская пословица гласит, что взмах крыла бабочки на одном конце света вызывает ураганы и штормы на другом. Организаторы II Международной конференции по вопросам клинической и экспериментальной офтальмологии, проходившей 23-25 октября 2017 г. в Осаке, наверняка дорого бы дали, чтобы заранее узнать, когда та самая бабочка хлопнет крыльями, ведь как раз накануне открытия мероприятия на тихоокеанском побережье Японии обрушился мощный тайфун «Лан».

Ураганный ветер и ливни вызвали в префектуре Осака обвалы, разрушение дорог и массовую отмену авиарейсов, однако конференция-2017 международной организации Conference Series LLC полностью оправдала своё название – «Устранение барьеров в исследовании глаза». Подавляющее большинство спикеров и делегатов преодолели все преграды, связанные с разгулом стихии и задержками в пути, и благополучно прибыли на конференцию. География участников была широкой. В её работе конференции приняли участие представители университетов, научно-исследовательских центров, крупнейших клинических госпиталей и фармакологических компаний Израиля, Австралии, Нигерии, Новой Зеландии, Тайваня, Ганы, Саудовской Аравии, Украины, Индии, Нигерии, США.

Секционные заседания конференции были посвящены различным аспектам: «Офтальмологические заболевания. Глаукома», «Детская офтальмология», «Нейроофтальмология», «Исследования и новые подходы в офтальмологии», «Хирургия глаза», «Оптометрия», «Катаракта и рефракционная хирургия».

Среди обсуждаемых тем: методы и технологии клинической офтальмологии, в том числе лечение эпиретинальной мембраны при диабетическом макулярном отёке, долгосрочные результаты селективной лазерной трабекулопластики, влияние эндоскопической циклофотокоагуляции в

сочетании с фактоэмульсификацией при псевдоэкзофиальной глаукоме по сравнению с первичной открытоугольной глаукомой. Ещё сложные вопросы: лечение пациентов с катарактой при ранее существовавшем и хирургически индуцированном астигматизме; влияние гипергликемии на фоторецепторы глаза; применение лазера на иттрий-алюминиевом гранате с неодимом при травматическом макулярном разрыве сетчатки. Разнообразие обсуждаемых вопросов было очень важно для воплощения диалога между медиками – исследователями и врачами-практиками.

Дискуссии вызвали доклады, которые затрагивали, казалось бы, такие различные аспекты лечения заболеваний глаз. Среди них можно назвать: «Длительное лечение при диабетическом отёке макулы: всё, что нужно, – это выбрать правильный подход визуализации» Авиноама Офира (Медицинский центр имени Эдит Вольфсон, Израиль), «Устранение барьеров на пути к здоровью глаз через сотрудничество и интеграцию усилий на уровне отдельно взятого округа в системе общественного здравоохранения: пример провинции Таеко, Камбоджа» Гейл М.Орски (Авондейлский колледж высшего образования, Австралия), «МикроРНК и ренин-ангиотензиновая система» Рашидула Хака (Медицинская школа Университета Эмори, США).

В качестве почётного докладчика на мероприятие был приглашён главный врач Центра патологии речи и нейрореабилитации, профессор кафедры радиотехнических и медико-биологических систем Поволжского государственного технологического университета (Йошкар-Ола, Россия), доктор медицинских наук Виктор Севастьянов.

Он открыл первое заседание конференции выступлением на тему «Новый метод лечения неоперабельных врождённых и возрастных катаракт». Учёный поделился с зарубежными коллегами собственным опытом и наработками возглавляемого им центра в разработке и эффективном применении новых подходов и методов с использованием ме-

дикаментозных средств для лечения врождённых и возрастных катаракт. Результаты лечения в центре В.Севастьянова – от возвращения пациентам восприятия света, возможности видеть контуры предметов вплоть до обратного развития катаракт – вызвали большой интерес аудитории. Поскольку проблема лечения маленьких и пожилых больных, которым по тем или иным причинам противопоказано хирургическое лечение катаракт, сегодня остро стоит во всём мире. В своём выступлении профессор В.Севастьянов несколько раз подчеркнул необходимость идти вперёд на основе проведения мультидисциплинарных, междисциплинарных и трансдисциплинарных научных исследований в области глаза. Доклад профессора из Марий Эл и его достижения в науке были отмечены специальным сертификатом признания редакционной коллегии международных журналов открытого доступа «Клиническая и экспериментальная офтальмология» (США) и «Офтальмология и оптометрия» (США).

В заключение вспомним ещё одну японскую мудрость: неудача – мать удачи. Конечно, обидно, что тайфун внёс свои коррективы в культурно-экскурсионные планы участников конференции и заставил их прятаться от разгулявшейся стихии в отеле, где проходило мероприятие. Вместе с тем это создало условия для продуктивного и интенсивного общения между делегатами, причём не только офтальмологической, но и трёх других параллельно проходивших конференций: по робототехнике, микробиологии, а также по вопросам инфекционных заболеваний в Азиатско-Тихоокеанском регионе. И кто знает, может быть, в ходе общения и дискуссий за рамками секционных и пленарных заседаний уже родились идеи и планы новых мульти- и междисциплинарных исследований, к проведению которых призывал коллег в своём выступлении профессор В.Севастьянов?

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Любое лекарство помимо пользы несёт в себе потенциальные риски для здоровья пациента. По оценке ВОЗ, именно нежелательные реакции (НР) на лекарства являются одной из десяти ведущих причин смертности. Высокая биологическая активность препаратов, полипрагмазия, медицинские ошибки, присутствие на рынке большого количества дженериков – все эти факторы увеличивают вероятность развития НР в процессе лечения.

Безопасность лекарственного препарата изучается на всех этапах его «жизненного цикла», начиная с лабораторного тестирования и заканчивая всем периодом обращения на рынке. Этим занимается система фармаконадзора – выявления, оценки и предупреждения НР при фармакотерапии.

Три буквы

Более полугодом российский рынок живёт в условиях новых законодательных требований к фармаконадзору. В марте 2017 г. вступил в силу приказ Росздравнадзора «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора». Этот документ создал правовые рамки для проведения мониторинга безопасности зарегистрированных лекарств на современном научном уровне. Ранее, в ноябре 2016 г., Евразийская экономическая комиссия утвердила Правила надлежащей практики фармаконадзора (Правила GVP) для государств-членов Евразийского экономического союза, которые детально регламентируют работу держателей регистрационных удостоверений по контролю безопасности фармацевтической продукции.

В частности, согласно GVP, фармкомпания должны разработать внутренние документы в области фармаконадзора. Прежде всего это внедрение, реализация и оценка системы управления рисками, выявление и сбор информации о НР, информирование регулятора, врачей и пациентов обо всех случаях возникновения НР.

Индустрия не первый год работает в условиях различных надлежащих практик (GMP, GCP), поэтому она быстро адаптировалась к новым требованиям по мониторингу эффективности и безопасности лекарств, отметил начальник отдела организации фармаконадзора Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Сергей Глаголев, выступая на Всероссийской конференции «ФармМедОбращение 2017».

По его словам, сегодня основные проблемы связаны с нехваткой специалистов, обладающих соответствующими компетенциями в данной сфере. «У нас есть блестяще образованные фармакологи, регуляторы, но практически нет экспертов, одинаково владеющих этими двумя дисциплинами, что необходимо для осуществления ключевых процессов фармаконадзора», – констатировал представитель ведомства.

Сигналы безопасности

Сегодня в мире разработано достаточно много методов вы-

Точка зрения

«Белые пятна» безопасности

О новых законодательных требованиях к фармаконадзору

явления нежелательных реакций на лекарства. Однако основой мониторинга по-прежнему остаются спонтанные сообщения. Но этот метод имеет свои преимущества и ограничения. Помимо выявления причинно-следственной связи между применением препарата и развитием реакции эксперт должен оценить такой параметр, как «тяжесть НР». Данная характеристика весьма расплывчата, в действующем законодательстве она никак не определена, но без неё не обойтись при оценке соотношения «польза – риск» фармакотерапии, подчеркнул С.Глаголев, отметив, что для выявления тяжести НР желательнее использовать субъективные и цифровые шкалы и рутинно проводить эту оценку.

Тем не менее в соответствии с требованиями GVP объёма информации, полученной в ходе спонтанных сообщений, недостаточно для того, чтобы управлять безопасностью «лекарственного портфеля» компании. Производители должны проводить активный скрининг поступающих данных, выявлять так называемые сигналы безопасности и работать с ними.

Термин «сигнал» в фармаконадзоре определяется как информация о возможной причинно-следственной связи между воздействием лекарственного препарата и нежелательным явлением, о которой ранее не было ничего известно или сведения были недостаточно информативными. Сигналом также может быть новая информация об уже известной реакции. Как правило, для генерирования сигнала требуется более одного сообщения в зависимости от серьезности нежелательного явления и качества информации.

Работа фармацевтической компании с «сигналами безопасности» строится на анализе индивидуальных спонтанных сообщений (в основе – качественные, статистические методы и тесты, периодическая отчётность). Кроме того,

изучаются данные доклинических и клинических исследований ЛС, а также информация из открытых источников. Согласно существующим требованиям, компаниям необходимо проводить еженедельный скрининг специализированной литературы. Причём этот анализ должен включать не только рецензируемые журналы, но и сетевые ресурсы. Особенно это касается отдельных групп пре-

исследований, приостановление обращения лекарства на рынке. Все эти действия имеют одну цель – минимизировать риски от применения ЛС.

– Тотальная оценка лекарственного препарата запускается, как правило, при выявлении тяжёлых проблем безопасности, «минорные реакции» не влекут за собой пересмотра соотношения «польза – риск», – уточнил С.Глаголев.

лет. Кроме того, в ряде случаев (при внесении значительных изменений в регистрационное досье, процессы производства) производитель также должен разработать ПУР. Представитель ЕАЭК особо отметил, что все работы по оценке соотношения «польза – риск» проводятся держателем удостоверения, уполномоченные органы в данном случае выполняют только экспертизу документации.



паратов (вакцины, контрацептивы и др.), имеющие высокий риск нелегального использования, отметил С.Глаголев.

Философия GVP

Второй этап – валидация. Согласно GVP, эта процедура включает в себя сопоставление и подтверждение причинно-следственной связи на основе разных источников, в том числе результатов качественного и статистического анализа спонтанных сообщений. В документе также прописано, что при проведении анализа эксперт может оперировать данными так называемых ожидаемых сигналов. К примеру, для нового класса фторхинолонов ими могут быть удлинение интервала QT или поражение соединительной ткани. Для иммуносупрессивных препаратов – лейкоэнцефалопатия и т.д. Особого внимания требуют новые ЛС с высоким риском развития тяжёлых НР, а также препараты, которые применяются у ослабленных больных.

После оценки «масштаба бедствия» компании необходимо определить с дальнейшей тактикой действия. Варианты могут быть разные: мониторинг в пассивном режиме (для сбора дополнительной информации о препарате), проведение дополнительных доклинических и клинических

– Согласно философии GVP, это процесс динамический, и, снижая возможные негативные последствия от приёма лекарства, можно достигнуть позитивного результата в балансе потенциальной пользы фармакотерапии и ассоциированных с ней рисков.

Идём по плану

Надлежащая практика фармаконадзора ЕАЭС согласуется с GVP Европейского союза, в ней содержится 13 разделов, которые соответствуют модулям этого документа, сообщил начальник отдела координации работ в сфере обращения лекарственных средств и медизделий Департамента технического регулирования и аккредитации Евразийской экономической комиссии Дмитрий Рождественский. Вместе с тем, по его словам, кроме GVP, в ряде других нормативных документов Евразийского союза также содержится ряд положений по фармаконадзору.

Одно из таких требований – формирование плана управления рисками (ПУР) в отношении определённых групп препаратов. К ним относятся оригинальные и новые комбинированные (вне зависимости от степени известности компонентов), биологические и гибридные ЛС, а также дженерики с опытом применения менее 5-10

Хорошо изученные?

– На рынке уже сейчас есть препараты, для которых оценка данного соотношения близка к негативной или может стать таковой при приведении досье в соответствие при их выходе на общий рынок, – констатировал Д.Рождественский.

Ситуация осложняется тем, что в одних государствах-членах союза препарат может иметь статус рецептурного, а других – безрецептурного. Также внутри локального рынка для некоторых групп ЛС могут иметься особые ограничения (дексстрометорфан, «фенобарбиталовые» микстуры и др.). Более того, некоторые вещества запрещены к обращению на одном рынке, а на другом находятся в свободном доступе. Причём данный запрет далеко не всегда связан с криминализацией препарата, а может быть обусловлен различием в подходах к терапии. Это касается и лекарств с недоказанной эффективностью (иммуномодуляторы, гепатопротекторы, церебропротекторы).

– Трактовки термина «хорошо изученные лекарственные препараты» в правилах союза и национальном российском законодательстве различны. Например, такие лекарства, как ибупрофен, ацетилсалициловая кислота, каптоприл, в Российской Федерации регистрируются без предоставления данных об эквивалентности и иных исследований. Но на рынке союза для таких лекарств соотношение «польза – риск» стремительно уходит в отрицательную сторону, и производителям при регистрации надо будет предоставлять соответствующие доказательства их эффективности и безопасности, – уточнил представитель ЕАЭК.

Работа над формированием системы фармаконадзора ЕАЭС ещё не завершена. Планируется, что документы «третьего уровня» будут приняты в течение I-II квартала 2018 г.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Фармаконадзор

Азелаиновая кислота

Регуляторный орган США – Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) – на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении раздела «Возможные нежелательные реакции при применении» инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих азелаиновую кислоту (гель для наружного применения), информацией о риске развития нарушений со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: обострение бронхиальной астмы, одышка, хрипы.

Источник: <http://www.fda.gov>

Афанитиниб

Регуляторный орган США (FDA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих афанитиниб, информацией о риске развития синдромов Лайелла (токсический эпидермальный некролиз), Стивенса – Джонсона.

Источник: <http://www.fda.gov>

Бевацизумаб

Регуляторный орган Канады – Министерство здравоохранения Канады (Health Canada) – на основании пострегистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих бевацизумаб, информацией о риске разви-

тия перфорации кишки у пациентов с раком толстой кишки при колоректальном стентировании. Эксперты обнаружили 6 сообщений, связанных с разрывом кишки при колоректальном стентировании, 83 сообщения – при приёме бевацизумаба, 3 сообщения – при колоректальном стентировании и приёме бевацизумаба.

Источник: <http://www.hc-sc.gc.ca>

Будесонид

Регуляторный орган США (FDA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении

инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих будесонид, информацией о риске развития следующих НР:

- нарушения со стороны нервной системы: доброкачественная внутричерепная гипертензия;
- нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: ректальное кровотечение;
- нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: сыпь;
- нарушения со стороны скелетно-мышечной системы и соединительной ткани: мышечные судороги, спазмы.

Источник: <http://www.fda.gov>

Варфарин

Регуляторный орган США (FDA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих варфарин (активное вещество: варфарин натрия), информацией о риске развития кальцифилаксии или кальцифицирующей уремической артериолопатии у пациентов с/без терминальной стадией почечной болезни, в том числе с летальным исходом. Специалисты здравоохранения рекомендуют врачам прекращать назначение варфарина при развитии данных НР и подобрать альтернативную антикоагулянтную терапию.

Источник: <http://www.fda.gov>

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам журнала
«Безопасность и риск
фармакотерапии».

Идеи

Забытая память

Память, к сожалению, слабеет с возрастом, а может и вообще быть утраченной, как это наблюдается при амнезии («что-то с памятью моей стало», пелось в популярной песне). При утере кратковременной или «оперативной» памяти на первый план может выходить «встроенная», что невропатологи называют ретроградной амнезией. Подобного рода состояния изучал А.Мониш, превозносимый в Португалии за свои достижения в изучении мозга и болезней, его поражающих. Врач и нейроанатом стал единственным португальцем, который был удостоен в 1949 г. Нобелевской премии по медицине за проведение печально знаменитых лоботомий, или «отрезания» лобных долей. Неврологическое

Сегодня в распоряжении нейробиологов целый арсенал исследовательских инструментов и технологий, среди которых оптогенетика, нейрохимия и протеомика (исследование протеинов), а также ген-манипулирование. Первая из них подразумевает стимуляцию активности нейронов живого мозга с помощью лазерного луча. Пару лет назад С.Тонегавы из Массачусетского технологического института сообщил об открытии молчащих энграмм – Silent Engrams, – или памяти, которую можно «оживить» искусственно с помощью лазера. Слово «энграмма» было предложено австрийцем К.Лоренцом, одним из основателей этологии. Весь мир в своё время обошла фотография учёного, за которым следовали утята, оставшиеся без матери. Позже под энграмой стали понимать формирование памяти на уровне нервной клетки гиппокампа, куда поступает информация. Было выяснено, что за её формирование и хранение отвечают синапсы, или точки межнейронных связей, для образования которых хватает и 20 секунд. В ходе обучения в нейронах активируется фермент PAK, или протеинкиназа, переносимый энергетические фосфатные группы на другие белки, тем самым повышая их активность. Далее в действие вступает так называемая консолидация, или «укрепление» памяти, которая из гиппокампа «отправляется» на долговременное хранение в предлобную кору. Так через пару недель происходит трансформация кратковременной памяти в долговременную.

С.Тонегаву первую Нобелевскую премию получил в 1987 г. за раскрытие генетического механизма синтеза белковых антител. В иммунной системе помимо антитело-синтезирующих В-лимфоцитов есть и клетки памяти, защищающие нас от той же кори, перенесённой в детстве, на протяжении всей жизни. Можно напомнить, что в ходе развития плода иммунные и нервные клетки имеют общее происхождение, да к тому же и функции их сходны, поскольку они реагируют на внешние и внутренние «вызовы». Для белковых рецепторов мембраны иммунных клеток стимулом развития является тот или иной антиген, для рецепторов нейронов – возбуждающий или тормозящий нейромедиатор (адреналин или гамма-аминомасляная кислота, применяющаяся врачами для введения человека в

состояние людей после операции улучшалось, но память они теряли. Американские нейрохирурги удалили Г.Молейсону извилину морского конька, лежащую на основании височной доли. Человека избавили от эпилепсии и... оперативной, или кратковременной памяти, хотя он и не утерел моторной памяти (профессиональных навыков). А.Лурия, считающийся основателем советской нейропсихологии, выпустил в 1968 г. брошюру с оригинальным названием «Маленькая книжка о большой памяти», в которой описал уникального мнемониста С.Шерешевского, запоминавшего буквально всё. Но кроме описания этого случая ничего более определённого сказать о мозге этого человека в то время было невозможно.

искусственную или терапевтическую кому). С рецепторов сигнал подаётся на киназы цитоплазмы, передающие его в ядро, где активируются гены, отвечающие за синтез иммунных или нервных протеинов.

После этого «вступления» ясно, почему иммунолог стал нейробиологом, который первым «внедрил» оптогенетику, изобретённую К.Дейсеротом, в изучение мозга в целом и памяти в частности. Открытие нейронов с молчащей энграмой объяснило до того непонятную ретроградную амнезию, когда страдающий ею вспоминает детство, но не может запомнить что-то из сегодняшнего опыта. Клетки-«молчуны» не реагируют на усилия что-то вспомнить под действием природных стимулов, но могут выдать глубоко запрятанную информацию под действием нейронального возбуждения, вызванного искусственно лазерным лучом.

Спустя 2 года Тонегавы предложили дальнейшее развитие идеи. Для этого он подавил синтез белков, которые необходимы для формирования памяти в клетках гиппокампа и дальнейшей её передачи в нейроны предлобной коры. К удивлению исследователей «сброс» белков не сказался на функции клеток энграммы и их ансамблей в гиппокампе, что проявилось в «страхе» мышей после подведения к их мозгу лазерного луча. И.Павлов, исходя из опытов с собаками, выявил условный рефлекс в ответ на свет или звук (у человека на то же слово «лимон» происходит рефлекторное выделение слюны), а не на мясо. Тонегавы повторил практически тот же опыт на клеточно-молекулярном уровне: реакцию страха у мышей сначала вызывали слабым ударом тока. По прошествии времени «угасания» рефлекса ту же реакцию вызывали с помощью лазера, луч которого искусственно возбуждал молчащие нейроны памятной энграммы. Тонегавы определили, что информация хранится в энграм-ансамблях гиппокампа около 8 дней, а уже через 2 недели «закрепляется» в предлобной коре. Учёный не увидел повышения синаптической плотности после подавления синтеза белков, которая, как считается, является необходимым условием консолидации памяти. Вместо этого исследователи увидели большее число специфических соединений клеток в ансамблях.

Статья с описанием новых результатов появилась в журнале PNAS, что вызвало естественную реакцию коллег учёного. Их удивило, что фор-

мирование памяти требует не синтеза протеинов, а повышения специфичности связей клеток энграммы. Они не обратили внимания на замечание о том, что синтез требуется для «перевода» памяти энграммы в предлобную кору. Тем самым подчёркивается, что память имеет гораздо более сложную клеточную и молекулярную природу. В какой-то мере этот сходно с «сегментацией» голосов с помощью искусственного интеллекта (ИИ), о чём говорилось выше. Раскрытие механизмов памяти поможет более полно «оснащению» ИИ, разработка которого только выиграет от этого. Открытие также поможет разработке лекарств для лечения болезни Альцгеймера и других нейродегенеративных состояний.

В своё время много говорили о научных парадигмах как о системе устоявшихся взглядов. Устоявшейся парадигмой является и «усиление» синапсов, которое действительно доказано в ходе экспериментов. Открытие Тонегавы «сдвигает» парадигму, поэтому оно считается в нейробиологической среде противоречивым (controversial), но такова природа судьбоносных открытий. Достаточно вспомнить структуру двухцепочной спирали ДНК, предложенной Ф.Криком и Дж.Уотсоном, до которых роль гена отводилась белкам. И это перевернуло биологию, открыв врата её бурного развития. Одним из последствий его стал генный «подход» к изучению мозга, в котором есть место и молчащим энграммам с их специфическими связями нервных клеток. Управлять поведением можно и с помощью поведенческой нейрофармакологии.

Лорд Байрон, как известно, предложил Мэри Шелли, которая увлеклась опытами Гальвани с лягушками, написать нечто вроде научно-популярного хоррора, в результате чего «родился» некий врач Виктор Франкенштейн, собравший из частей разных тел монстра, за которым ему пришлось потом гнаться чуть ли не до Северного полюса. Сегодня хорроры научили сочинять ИИ, созданный в Массачусетском технологическом институте. Можно напомнить, что создание «разумного» ИИ требует глубокого обучения и, соответственно, объёмной памяти, интегрированной в нейросети.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist.

Исследования

Международная команда учёных нашла способ преодолеть основное препятствие, застопорившее разработку вакцины против ВИЧ: невозможность генерировать долгоживущие иммунные клетки, останавливающие вирусную инфекцию.

казали, что этот подход работает, обеспечивая желаемый иммунный ответ, действующий более года.

«Для того чтобы вакцина действовала, её последствия должны быть долгосрочными, – говорит профессор Хини. – Вакцинация каждые 6 месяцев слишком не-

Вакцина против ВИЧ – уже скоро!!

Исследование, проведённое в Таиланде и опубликованное ещё в 2009 г., показало, что экспериментальная вакцина против ВИЧ снизила уровень инфицирования человека на 31%. Это дало возможность осторожно предположить, что в ближайшем будущем можно будет получить вакцину со значительно более высоким уровнем эффективности. Однако основной преградой на пути создания такой вакцины является то, что иммунный ответ, полученный с её помощью, был недолгим. Группе учёных из Великобритании, Франции, США и Нидерландов во главе с профессором Джонатаном Хини из лаборатории вирусной зоономии в Кембриджском университете (Великобритания), удалось выяснить причину этого препятствия и найти потенциальный путь его преодоления.

Белки gp140 оболочки вируса иммунодефицита человека могут стать ключевым компонентом вакцин для защиты от ВИЧ-инфекции. Иммунная система организма находит этот белок и генерирует антитела, которые покрывают поверхность вируса и тем самым предотвращают его атаку на Т-хелперы. Если эффект вакцины продлится долго, то с помощью Т-хелперных клеток организм человека должен научиться самостоятельно вырабатывать антитела, которые нейтрализуют большинство штаммов ВИЧ и тем самым смогут защитить людей от инфекции.

Предыдущие исследования показали, что вакцинация с использованием белка gp140 внешней оболочки вируса приводит к запуску В-клеток, продуцирующих антитела к вирусу, но только на короткий период времени. Этого времени было слишком мало для получения достаточного количества антител, защищающих от ВИЧ-инфекции на долгий период.

Профессор Джонатан Хини сделал вывод, что связывание белка gp140 с CD4-рецепторами на Т-хелперных клетках, вероятно, является причиной этой проблемы. Он предположил, что, предотвратив присоединение gp140 к CD4-рецептору, можно удлинить период работы вакцины. Два проведённых исследования до-

целесообразна. Мы хотели разработать вакцину, создающую долгоживущие клетки, продуцирующие антитела. И мы нашли способ это сделать».

Учёные обнаружили, что добавление крошечного специфического белка к белку gp140 блокирует его связывание с CD4-рецептором и, следовательно, предотвращает паралич Т-хелперных клеток на ранних стадиях иммунной реакции. Этот небольшой патч был лишь одной из нескольких стратегий по модификации белка gp140 для вакцины против ВИЧ. Его разработала группа, возглавляемая Сюзан Барнетт. Добавленный к вакцине, содержащей белок gp140, он гораздо лучше стимулирует длительные ответы В-клеток, повышая их способность распознавать различные контуры вирусных оболочек и производить к ним специфичные антитела. Этот новый подход позволил в обозримом будущем разработать вакцину против ВИЧ-инфекции, которая даёт иммунной системе достаточно времени для создания В-клетками необходимых защитных антител.

«В-клеткам нужно было выиграть время, чтобы выработать высокоэффективные нейтрализующие антитела. В предыдущих исследованиях ответы В-клеток были настолько короткими, что они исчезали, не успев завершить все изменения, необходимые для создания «серебряных пуль» для вируса ВИЧ, – добавляет профессор Хини. – Наше открытие позволит значительно улучшить ответы В-клеток на вакцину против ВИЧ».

В 2013 г. учёным из Школы медицины Университета Дьюка (США) удалось приблизиться к созданию универсальной вакцины против ВИЧ, впервые не только отследив процесс зарождения, вызревания и взаимодействия нейтрализующих антител с вирусом, но и выяснив условия, при которых станвится возможным их производство.

В том же году учёные объявили, что им удалось избавиться 50% подопытных макак-резусов от вируса иммунодефицита.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По информации Journal of Virology.

Гипотезы

Более 3 часов сидячей работы в день сокращают продолжительность жизни человека на 2 года, даже если он регулярно тренируется, воздерживается от вредных привычек и ведёт здоровый, но малоподвижный образ жизни. А вечерний «сидячий отдых», например просмотр телепрограмм более 2 часов, может сократить срок жизни ещё на 1,4 года.

Исследования учёных из Пеннингтонского биомедицинского центра (США) показали, что выполнения рекомендуемой нормы ежедневных физических упражнений недостаточно для того, чтобы жить

В движении – жизнь!

долго. Рекомендации заниматься спортом хотя бы 150 минут в неделю не исключают того факта, что сидячая работа или привычка засиживаться перед телевизором и компьютером значительно сокращают продолжительность жизни.

Учёные объединили сведения нескольких масштабных исследований из базы данных MEDLINE, охвативших 167 тыс. человек. В расчёт принимались только те люди, которые не страдали никакими хроническими заболе-

ваниями. Оказалось, что сидячий образ жизни сокращает её продолжительность почти так же сильно, как курение. Особенно сильно это сказывается на работе сердечно-сосудистой системы.

Исследователи пришли к выводу, что человек, который проводит в сидячем или лежачем положении большую часть суток, сокращает свою жизнь, и при этом не имеет значения, посещает ли он спортзал и занимается ли спортом. Питер Катцмаржик, руководитель иссле-

дования, утверждает: «Независимо от того, соблюдаете вы норматив физической активности или нет, сидячее положение по несколько часов в день вредит вашему здоровью».

Важно, что не только учёные Пеннингтонского биомедицинского центра пришли к подобным выводам. Предыдущие исследования показывали, что каждые 2 часа просмотра телевизионных программ добавляют риск заболевания диабетом 2-го типа на 20%, сердеч-

но-сосудистыми заболеваниями – на 15%. Люди, работающие на сидячей работе, в два раза чаще подвержены риску заболеть раком кишечника и на 4% – прямой кишки. Учёные из Квинслендского университета заключили, что люди, проводившие в сидячем положении в среднем 6 часов в день, жили на 4,8 года меньше тех, кто вёл активный образ жизни. Более того, было установлено, что каждый час, проведённый перед телевизором в возрасте после 25 лет, сокращал продолжительность жизни на 22 минуты.

Арина СТЕПКО.

По информации medportal.ru

Если людям дать возможность наблюдать в реальном времени, что происходит у них в мозгу, они быстро научатся снимать боль, улучшать себе настроение и распоряжаться невиданными умственными способностями. Доступ к этому методу может преобразить мир.

У каждого человека есть свой способ справляться с негативными чувствами и эмоциями. Кто-то фокусируется на дыхании, чтобы успокоить нервы. Кто-то применяет медитацию, чтобы избавиться от зубной боли. Кто-то, чтобы отогнать плохое настроение, пытается мысленно перенестись в те места, где когда-то чувствовал себя особенно хорошо... Все эти способы так или иначе работают – правда, с разной степенью успеха.

А теперь представьте: вы видите всё, что происходит у вас в голове, в мозгу, когда чувствуете боль, тревогу, тоску, страх или удовольствие. И наблюдать за всем этим в реальном времени!

И вдруг становится ясно, что эти эмоции – никакая не тайна. Вы способны следить за тем, как работают те маленькие психологические хитрости, с помощью которых разгоняете тоску, можете выбирать наиболее эффективные приёмы и контролировать их работу в режиме реального времени.

Наверное, уже понятно, какая главная идея лежит за новой техникой, которую назвали «ФМРТ в реальном времени» (ФМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография).

Мы учимся контролировать эмоции, чувства и желания, получая на экране визуальный отклик на наши действия, на то, как именно мы применяем психологические техники и уловки. В итоге это становится почти таким же простым, как убавить громкость в стереосистеме. Вы на практике учитесь, как

Почему бы и нет?

Сверхспособность В каждом из нас

Можно попробовать натренировать свой ум до невиданной степени

управлять своим умом, примерно так же, как бодибилдер тренирует отдельные группы мышц.

Это открывает нам путь в будущее, где с помощью ФМРТ в реальном времени мы сможем натренировать свои умственные способности до невиданной степени.

Впервые этот метод был продемонстрирован в 2005 г. во время исследования, в ходе которого людей обучали контролю над болевыми ощущениями.

Восьмерых добровольцев помещали в МРТ-сканер и создавали у них на коже ощущения, как от ожога. В это время им показывали на мониторе язычок пламени, олицетворяющий процесс в районе головного мозга, отвечающем за болевые реакции. С помощью различных когнитивных приёмов участники эксперимента быстро учились управлять размером пламени, что помогало им регулировать степень электрического раздражения болевой зоны у себя на коже.

Как ни странно, но всего лишь за 13 минут эксперимента участники достигали умения легко менять размер пламени и, соответственно, были способны более чем на 50% уменьшать боль.

Способности, приобретённые во время обучения, сохраняются и спу-

стя 11 месяцев, что подтверждает долгоиграющий эффект тренинга. С тех пор количество подобных исследований с применением ФМРТ в реальном времени росло лавинообразно. О всё новых и новых методах клинического и экспериментального применения сообщается чуть ли не каждый месяц.

Исследуемым теперь предлагается возможность оценить происходящее у себя в мозгу не только с помощью изображения, но и звуков, и даже температуры (через очки виртуальной реальности). Метод уже получил ещё одно название – нейрофидбэк.

В исследовании 2017 г., результаты которого опубликованы в журнале Appetite, продемонстрировано, как с помощью ФМРТ в реальном времени можно бороться с ожирением. В течение 4 дней мужчины с лишним весом учились контролировать те районы головного мозга, которые отвечают за ощущения исполнения и вознаграждения, приучая свой мозг делать выбор в пользу более здоровой пищи и меньшего её количества.

В другом исследовании этого года обнаружено, что если научить контролировать определённую часть префронтальной коры головного мозга (тот район, с которым связывают поведение пациентов с

СДВГ – синдромом дефицита внимания и гиперактивности), то прошедшие курс обучения подростки могут самостоятельно уменьшить симптомы СДВГ и развить навыки сосредотачиваться.

Причём способности, приобретённые во время обучения, сохраняются и спустя 11 месяцев, что подтверждает долгоиграющий эффект тренинга и происшедших в связи с ним изменений в мозгу.

В исследовании 2016 г. было обнаружено, что пожилые люди могут использовать эту технику для улучшения своих познавательных способностей, притупленных возрастом. Исследование 2015 г., в котором участвовали здоровые взрослые люди, показало: обучение с помощью так называемого нейрофидбэка помогает улучшить способность сосредотачиваться и меньше отвлекаться.

В других исследованиях было найдено применение этой методики в лечении депрессии, тревожных состояний, посттравматического стрессового расстройства у ветеранов военных действий и даже пристрастия к курению.

Исследование Джеймса Салзера из Техасского университета в Остине (США) показало, что люди способны научиться регулировать уровень нейромедиаторного до-

памина, что может быть применено для лечения болезни Паркинсона.

Насколько же велик потенциал обучения с помощью нейрофидбэка, если каждый из нас сможет полностью контролировать свой мозг? В общем, исследования ясно демонстрируют, что эта технология может найти применение в миллионах случаев. Но насколько длительным будет её эффект и насколько она практична? Точно сказать пока нельзя.

Для ФМРТ в реальном времени нужно дорогостоящее и громоздкое оборудование, которое сейчас применяется прежде всего в срочных и тяжёлых случаях. Однако технологии не стоят на месте. Вполне возможно, что очень скоро появятся более дешёвые и более миниатюрные сканеры ФМРТ.

Если даже несколько 10-минутных занятий приносит статистически значимый результат, то что же будет после 10 тыс. часов тренировки? И тогда перед человечеством откроется огромный мир новых возможностей. Насколько же велик потенциал обучения с помощью ФМРТ в реальном времени? Чего мы достигнем, если каждый из нас сможет каждый день уделять время тренировкам сознания – и так месяцы и годы? Метод «ФМРТ в реальном времени» может оказаться коротким путём к достижению, например, того, на что тратят годы упорной работы со своим умом тибетские монахи, высушивающие жаром своего тела мокрое полотенце на ледяном ветру, или индийские йоги, умеющие полностью блокировать ощущение боли в теле.

Конечно, пока ничего нельзя утверждать наверняка, но вполне возможно, что речь идёт о достижении умственных сверхспособностей.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам BBC.

Выводы

Вредный стресс

Все знают, что нездоровая диета оказывает негативное влияние на организм, в особенности на пищеварительный тракт и микрофлору кишечника. Но есть и другой фактор повседневной жизни, который может соперничать по степени вреда с чипсами и бургерами: новое исследование показало, что стресс так же опасен для нормальной кишечной микрофлоры, как и фаст-фуд.

Лора Бриджуотер, профессор молекулярной биологии Университета Бригама Янга (США), в ходе эксперимента на мышах проверила, как состав микроорганизмов в их кишечнике меняется после стресса и после нездоровой жирной пищи. «Стресс может быть вредным во многих отношениях, но это исследование является новым в том смысле, что оно связывает стресс с конкретными изменениями. В данном случае – в кишечной микрофлоре. Мы иногда думаем о стрессе, как о чисто психологическом феномене, но он, как оказалось, может вызывать и явные физические изменения», – отметила Бриджуотер.

Американские учёные и их коллеги из Университета Шанхая взяли для своего эксперимента большую группу 8-недельных мышей и половину из них посадили на диету с высоким содержанием жиров, а другую оставили на обычном рационе. Через 16 недель диеты всех мышей подвергли стрессу в течение 18 дней по протоколу «постоянного непредсказуемого слабого стресса».

Исследователи экстрагировали микробную ДНК из фекалий мышей до и после стресса, чтобы проверить, как изменилась микро-

флора их кишечника. Они также измерили уровень тревоги особей, участвующих в эксперименте.

В результате было установлено, что мыши-самцы на диете с высоким содержанием жиров реагировали на стресс снижением активности и проявляли больший уровень тревоги, чем самки. Но самое главное, что у самок с нормальным рационом стресс вызвал такое же изменение микрофлоры кишечника, как и у животных на диете с высоким содержанием жиров. У самцов на здоровой диете такого изменения выявлено не было.

Хотя исследование проводилось только на животных, учёные полагают, что результаты эксперимента могут кое-что рассказать и о людях. «В человеческом сообществе женщины, как правило, имеют более высокие показатели депрессии и беспокойства, которые связаны со стрессом. Это исследование показывает, что, возможно, психологическая реакция на стресс связана с изменением микрофлоры кишечника, и он может являться причиной этих симптомов», – заключила Бриджуотер.

Результаты этого эксперимента свидетельствуют о важности учёта гендерной проблематики как биологической переменной в исследованиях о роли микрофлоры кишечника при расстройствах настроения, связанных с ожирением. Ранее учёными уже было установлено влияние микрофлоры кишечника на эмоции, вес, аппетит, иммунитет, скорость старения организма и даже на красоту.

Анна КРАСАВКИНА.

По материалам Nature Science Reports.

Угроза

Учёные из Корнеллского университета (США) обнаружили, что меланоциты могут становиться злокачественными при определённых условиях – и это не только ультрафиолетовое излучение. Стволовые клетки меланоцитов накапливают определённое количество генетических мутаций. И после того, как они перешли этот «порог», воздействие ультрафиолета, вместо того чтобы стимулировать выработку меланина, инициирует развитие рака кожи.

Берегите кожу

– Если у вас есть мутации, необходимые для развития меланомы, всё будет хорошо ровно до тех пор, пока вы не выйдете позагорать на солнце. Лучи ультрафиолета, которые обычно просто придают вашей коже эффект загара, могут дать старт развитию меланомы, – рассказал автор исследования профессор медицины Эндрю Уайт.

Кроме того, учёные обнаружили способ предотвратить меланому, вызванную мутировавшими стволовыми клетками. Они предположили, что ген Ng2a экспрессируется в коже под воздействием УФ-излучения. После экспрессии он способствует перемещению стволовых клеток меланоцитов от основной кожных волосяных фолликулов к верхним слоям кожи – эпидермису, где клетки высвобождают меланин.

– Теперь у нас есть реальный механизм образования опухоли с участием гена Ng2a. Его можно будет исследовать более тщательно, чтобы в будущем иметь возможность предотвращать развитие меланомы, – заключил Уайт.

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам Cell Stem.

Однако

«Холодный» инфаркт



Учёные из Лундского университета (Швеция) изучили взаимосвязь между понижением температуры воздуха и частотой возникновения сердечных приступов.

Исследователи анализировали показатели здоровья 280 тыс. человек на протяжении 16 лет – с 1998 по 2013 г. включительно.

Информацию о пациентах эксперты брали в шведском регистре инфаркта миокарда и анализировали метеорологические условия, основываясь на данных нескольких сотен метеорологических станций в Шведском метеорологическом и гидрологическом институте за тот же временной отрезок.

Зависимость инфарктов миокарда от погоды эксперты прослеживали в разных подгруппах, в том числе были пациенты-гипертоники, люди, страдающие сахарным диабетом, перенесшие инфаркт и другие.

Доктор Моман А.Мохаммад отмечает, что самый высокий

уровень сердечных приступов фиксировался, когда столбик термометра находился на отметке ниже нуля. Заболеваемость росла в холодное время года, достигая своего пика зимой, и снижалась, когда теплело.

По словам доктора, холод приводит к тому, что кровеносные сосуды сужаются и снижается теплопроводность кожи, а это, в свою очередь, приводит к повышению артериального давления. Также, когда человек дрожит от холода, изменяется частота сердечных сокращений, «которые повышают скорость метаболизма и увеличивают температуру тела».

Для организма здоровых людей такие «встряски» проходят незаметно. А вот для тех, у кого в коронарных артериях уже имеются атеросклеротические бляшки, похолодание может стать причиной сердечного приступа.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.

По материалам Daily Mail.

Помощь отказавшимся от абортов женщинам – по-прежнему приоритетная задача Русской православной церкви. Самым главным направлением социального служения РПЦ назвал на VII Общецерковном съезде по социальному служению в храме Христа Спасителя в Москве программы помощи женщинам, отказывающимся от аборта, Патриарх Московский и всея Руси Кирилл.

Несколько лет назад он призвал обратить особое внимание на эту проблему и предложил исключить аборт без медицинских и социальных показаний из системы обязательного медицинского страхования.

«Полагаю морально оправданным выведение операций по искусственному прерыванию беременности из системы ОМС, которая поддерживается за счёт налогоплательщиков, в том числе тех, кто категорически не приемлет аборт», – заявил патриарх Кирилл, обращаясь к депутатам предыдущего состава Госдумы РФ в 2015 г. Причины совершения абортов, особенно среди молодых людей, – материальное неблагополучие, гнев родителей, бытовые трудности, считают в РПЦ. Именно поэтому возникла идея создания домов для мам, которые отказываются делать аборт. Одновременно была разработана программа участия представителей церкви в консультировании тех, кто обращается в соответствующие учреждения с просьбой сделать аборт.

Святейший патриарх Кирилл выразил благодарность Министерству здравоохранения РФ, а также политическим и общественным деятелям за то, что тема сокращения числа абортов находит всё большее понимание в нашем обществе и в государственных структурах. Сегодня РПЦ создала уже свыше 100 церковных гуманитарных центров оказания помощи мамам, у которых не хватает средств на покупку самого необходимого. За последние 6 лет при участии церкви создано также более 50 приютов для беременных – от Калининграда до Петропавловска-Камчатского. Развивается также участие православных

волонтеров, в первую очередь женщин, в проведении бесед с собирающимися сделать аборт.

Между тем связанные с недостаточной рождаемостью демографические проблемы уже оказывают серьёзное влияние на жизнь государства, работников приходится завозить из-за рубежа, полагают в церкви. Самая

темой и вообще занимается церковной благотворительностью», – сказал патриарх.

VII Общецерковный съезд по социальному служению, организованный Синодальным отделом по благотворительности, собрал более 2 тыс. человек – руководителей церковных социальных проектов, глав епархиальных отделов социальной направлен-

организаций помогают зависимым и их родственникам.

Пока в храме Христа Спасителя работал Общецерковный съезд по социальному служению, Государственная Дума РФ отклонила на пленарном заседании проект федерального закона, предлагавший вывести совершение абортов без медицинских и социальных показаний из системы ОМС.

мами бесплатно в рамках системы ОМС. Основная и самая главная, на мой взгляд, мысль состоит в том, что государство должно сместить акценты. Не поощрять аборт, а помогать беременной. Нужно дать будущей маме понимание того, что она не останется один на один со своими проблемами».

В частности, сенатор отметила необходимость развития сети

Медицина и религия

По закону милосердия

Русская православная церковь обеспокоена ситуацией с абортами



Батюшка в роддоме

эффективная демографическая программа – это радикальное сокращение числа абортов, подчеркнул глава РПЦ.

Он напомнил, что такую работу необходимо вести во всех епархиях, благочиниях и приходах. «Как я сказал несколько лет назад, когда мы начинали программу, так и сейчас повторяю: это самый высокий приоритет. Прошу вас передать мои слова всем, кто на местах – в епархиях, благочиниях, приходах – работает над этой

ности из России и других стран, сестёр милосердия, социальных работников».

Всего в РПЦ сегодня – более 4 тыс. церковных социальных учреждений, проектов и инициатив. В том числе свыше 400 сестричеств милосердия, 52 приюта для беременных и матерей с детьми, более 100 центров гуманитарной помощи, более 40 богаделен, свыше 400 проектов помощи инвалидам, 95 приютов для бездомных. Более 500 православных

По официальным данным, в России только в 2016 г. было сделано около 650 тыс. абортов. И лишь 3% из них делались по медицинским или социальным показаниям, указывают авторы законопроекта. По словам одного из них, сенатора от Омской области Елены Мизулиной, ежегодно на проведение абортов в рамках ОМС государство выделяет около 5 млрд руб., эти средства можно было бы потратить на помощь матерям, находящимся в сложной жизненной ситуации.

Отклонить законопроект рекомендовал ранее и профильный Комитет Госдумы РФ по охране здоровья. По его рекомендации, кстати, были отклонены и законопроекты, предлагавшие введение ограничений на продажу «таблеток смерти», предназначенных для экстренного прерывания беременности, и обязательное проведение для беременных УЗИ.

«Многие оппоненты говорят о том, что если аборт будет выведен из системы ОМС, то будет громадное количество нелегальных операций. Они лукавят, – сказала Е. Мизулина. – Подпольные аборт нигде в мире не делаются бесплатно! Мы ведь не предлагаем запретить аборт, просто эта процедура становится платной. А в том случае, если есть риск для здоровья матери и ребёнка, либо аборт совершается в результате изнасилования, то эта процедура также будет производиться вра-

кризисных центров для беременных и матерей с детьми. «Я знаю, что таких центров по стране уже немало, и в том числе Русская православная церковь своими усилиями многие из них создаёт или поддерживает. Очень важно рассказать женщинам, что такие центры есть, где они находятся и чем конкретно ей могут помочь, – подчеркнула автор законопроекта. – Средства, которые государство ежегодно выделяет на проведение абортов в рамках ОМС, нужно направить на поддержку беременных, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Может быть, это могла бы быть разовая выплата или фиксированное пособие. В любом случае это должна быть ощутимая для женщины поддержка».

Напомним, в сентябре 2017 г. Государственная Дума РФ отвергла предложение о включении членов многодетных семей в число льготников, освобождённых от уплаты налога на имущество. Законопроект, предложенный главой Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Тамарой Плетнёвой, был разработан после обращения к депутатам Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, попросившего их облегчить налоговое бремя для многодетных.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Тайны

В своих наблюдениях французы, жившие сто лет назад, отмечали, что их симпатии к любимцам-певцам стали выражаться через обильные подношения букетов цветов. В более ранние времена обычная публика ограничивалась лишь аплодисментами. Но что сопровождало «ароматное нововведение».

Ядовитые букеты

Зрители, готовясь к походу в театр и желая угодить артисту, выбирали не только красивые, но и сильно пахнущие растения. Они не догадывались об огромном вреде, который таится в испарениях летучих эфирных масел. Между тем запахи цветов являются в той или иной степени ядом для голоса артиста. Как поющего, так и говорящего в драмах.

Практиковавший в конце XIX века известный доктор Кабанэ в своей книге «Курьёзы медицины» привёл любопытные примеры вредного действия цветов на голосовые связки.

Он рассказывал о случае со знаменитой в те годы певицей Марией Сассэ, которая была приглашена петь в один элитный салон Парижа. Перед своим выступлением она получила в подарок великолепный букет из фиалок. В дополнение к прочему он был опрыскан духами того же запаха.

Гроздья душистые и... артисты

Они часто становятся несовместимыми

Счастливая певица, радуя одарившего, долго с наслаждением вдыхала любимый нежный аромат. Затем она подошла к фортепиано. Тут вдруг, после проигрыша, на первых же нотах музицирования, Мария с ужасом обнаружила... что совсем не может петь. Неожиданный позор свалился на её голову.

Надо сказать, что многие артисты знают: запах мимоз, тубероз, гиацинтов, фиалок, ландышей и других цветов очень вреден для голосового аппарата. Потере голоса обычно предшествует хрипота. К слову, то же наблюдается от нюхания и курения табака.

Знающий предостерегает

По заметкам доктора Кабанэ, певица парижской оперы госпожа Ришар наблюдала ослабление голоса у своих учениц, когда те носили при нарядных платьях, у пояса, букетики фиалок. Даже если они были собраны из небольшого количества соцветий.

Ей вторил знаменитый певец Фор, выделявший (как и Ришар) из прочих цветов фиалку. Он называл её врагом певца наравне с табаком и алкоголем. Другая артистка, госпожа Краус, аргументированно подтверждала, что запах фиалок обуславливает порой моментальную хрипоту.

А знаменитая артистка Христина Нильсон рассказывала об одном певце, которому пришлось выступать в зале, пропитанном запахом роз и тубероз, принесённых зрителями для приветствий в конце всего представления. После своего пения этот исполнитель почувствовал резкую боль в горле. Мало того, оказалось, что он потерял голос на несколько месяцев.

Знающие о коварности цветочного запаха артисты (певцы, чтецы, драматические) стараются почти сразу по приезде домой избавиться от пахучих букетов. Поскольку практически все цветы пахнут, трудно представить ароматы у нарядных помоек возле домов героев сцены после удачного прошедших выступлений.

Ещё доктор Кабанэ вспомнил разговор с госпожой Кальвэ. Та отмечала вредным запах сирени. Особенно белых гроздей соцветий.

Певица Дельма советовала своим коллегам всегда иметь при себе сильный одеколон, который, по её мнению, может парализовать вредное действие запахов цветов.

К сказанному присоединялся профессор Сегию из парижской консерватории. Он, со своей стороны, предостерегал учеников от пользования абсолютно всеми духами. Сегию замечал, что, как только нюханье цветов объявляется хрипота и сухость во рту, затем – слабость в горле, садится голос. Певцы становятся «немыми», как рыбы.

С микрофоном нечего бояться

А вот как поют и что нюхают уже наши певцы-современники, можно наглядно судить по их выступлениям.

Некапризных зрителей приучили к «раскрученной практике», когда на концертах используются усиливающие звук микрофоны. Шум и грохот, льющиеся со сцены, перекрывают все голосовые дефекты певцов.

Порой и при камерном исполнении свою хрипоту (а часто и бездарность) артисты преподносят публике как особый шарм или модную деталь.

Строгие слушатели весьма жаркие выступления с усилителями или с прокручиваемыми через аппаратуру заранее записанными шлягерами отмечают метким словом «фанера».

И что интересно: за неимением широкого выбора природных талантов певцов публика всё равно несёт и дарит этим артистам цветы и цветочки. Видимо, эти охапки растений ни на что не смогут повлиять и что-либо испортить.

Татьяна БИРЮКОВА,
историк,
внешт. корр. «МГ».

Здесь всё напоминает о тебе:
Скрип половиц и шорох мыши,
Твои шаги как будто слышу...
Увы, то лист скользит по крыше,
Или паук, запутавшись в трубе,
Очередную жертву ищет.

Чтоб навести на сердце грусть, –
Картина увядающего сада:
Дрожит поникшей розы куст,
Промокшая коробка из-под БАДов...
Раздавленного гриба хруст,
Когда душа кричит: не надо!

Не надо добавлять оков –
Сжимает сердце горькая удавка:
Сверлит зрачок знакомая булавка
И обостряет взор футляр из-под очков,
Сковорода, забытая под лавкой,
Напоминает о борьбе полов.

Пятно-подтёк на потолке,
Казалось бы, какая малость!
Значительно, как знаки зодиака,
На память о тебе осталось.

Тем более что за окном собака
Их отраженье ищет в котелке.

Смеётся пожелтевший календарь, –
Напоминает, скалясь, о забытой дате:
Всё просится, всё лезет в душу старь
Заплатою на новеньком халате;
Как о костре напоминает гарь,
Его тепло совсем утратив.

Строка, подчёркнутая в книге
Волнистой в цветке иль прямой,
А также линией в пунктире...
Как столб огня горящей риги,
Вдруг обожжёт, соединив с тобой,
Как пуля и мишень, не разминувшись
в тире.

На литературный конкурс

Александр ПОХОДЕНЬКО

Как выразить к тебе мою любовь?



Прибежище бездомных.
Из снега выпорхнула вдруг
Ночная птаха...
Похожий на кого-то сук
Добавил страха.

Давит холод изнутри,
Снаружи – стужа.
Повсюду, где ни посмотри,
Глаза и уши.

Тропинка описала круг,
Уткнувшись в двери.
И подобрели разом вдруг
На небе «звери».

Ночные тени, звёзд мерцанье,
Восторг и жуть...
И все загадки мирозданья
Мне не дают заснуть.

Я сижу на колодце

Моим сёстрам

Я сижу на колодце, устремив на закат
Из прищуренных глаз
зачарованный взгляд.
Через призму-слезу и прицел-паутину
Вижу старого пруда плотину
И забытый некошенный луг...
Клин гусей, раздвигающий юг.

Отставая, за ним тихо тучи плывут
И меня с «журавлём»
в неизвестность зовут...
Я бы рад улететь, разорвав будней круг,
Но по пояс в земле мой из дерева друг,
И бадня не пускает, уцепившись за сруб,
Только вздох сожаленья срывается
с губ...
Мой нежданный порыв охлаждает роса,
И как будто смеётся, вдруг заблевав,
коза...
Я сижу на колодце, шевельнуться боюсь,
Ненароком спугнуть набежавшую грусть.

ОБ АВТОРЕ. Александр Походенько родился в 1957 г. В 1981 г. окончил Горьковский государственный медицинский институт. Работает неврологом в Тоншаевской районной больнице Нижегородской области.

В Татьянин день

«Татьяна в лес, медведь за нею...»
А.Пушкин

Поздний вечер на дворе.
Я выхожу из дома
Навстречу гаснущей заре
Тропой знакомой.

Мороз снежинки серебрит,
Луна в полнеба...
Дорога под ногой хрустит,
Как корка хлеба.

Труба украдкою теплом
Отогревает крышу...
Кряхтит, потрескивая дом,
Как кто-то дышит.

Медведи-сёстры за спиной
Глазами блещут.
Как будто гонятся за мной:
Внутри трепещет.

К Медведицам приблизился Лев,
И Пёс огромный,
Страшнее стал небесный хлев –

Нельзя без сердца человеку.

Нельзя на зиму походя валить
Озноб бездушья, сердца леность.
В любое время надо быть,
А не казаться, как бы ни хотелось.

Когда мороз – нам хочется тепла,
Когда жара – хотим похолоднее.
А может, лучше догореть дотла,
И превратиться в лёд – честнее.

* * *

Ты солнца луч, пронзивший темноту,
Души моей наполнив пустоту.
Ты воздуха живительный глоток,
Через асфальт пробившийся росток.

Ты к жизни стимул,
Больше – смысл! Прости,
Но вряд ли хватит слов,
Чтоб выразить к тебе мою любовь.

Прошу, молю, что делать? Научи!
Чтоб не погасло пламя у свечи,
Чтоб не иссяк живительный поток
И не погиб в ростке цветок!

- 25°

Мороз «что надо!» – озноб по коже –
И не отпустит, не похоже...
Целует щёки, а крепче – нос,
Залез под шубу – «пошёл в разнос».

Гулай мороз, метель крути
Круговорот, задуманный от века,
Но только сердце в лёд не преврати, –

... не живёт одна	Ана-строзол	Город, Хакасия	Жук	СКАНВОРД										Трагедия Еврипида	Бодяк	Техника росписи ткани	Барaban у мая	Город, Белгор. обл.	Куница-рыболов																						
Тера-зозин	Южное созвездие	Нем. гистолог	"Змеинное...", фильм	Родственник выюрка	Итап. пианист	Итал. пианист																																			
"Черт и ... Двор-жак"	Амер. писатель	Горный дух у басков	"Надя", писатель	"Мария ди ... Доницетти"	Все-ленная	Паст-бище																																			
Река, Казахстан	"Евг. Онегин", перс.	Левое-тиризин	Норв. мате-матик	Бабочка																																					
Ревич, сборник стихов	Символ	... там?	"Семь", актер	Спор	Оказа-ние помощи	... и Карпо-носов																																			
Красный цветок	Моро-женое	Часть скелета	Чужой ум не ...	Термин в индий-ской музыке																																					
Буфер	Модель "Киа"	Врач ... Ошанин	Бого-слов-ский	Аргос-ский герой	Ф	О	К	К	Д	А	М	Р	И	Д	И	О	Н	А	А	Н	Г	И	О	К	С	И	Т	О	Н	Ж	Е	Н	А								
Нота	Веревка	Плот-ность	Э	Н	К	Е	Н	Е	Ф	Ф	Ю	Н	А	П	Т	Е	О	Р	З	И	О	Б	У	Х	А	Т	А	Л	А	Ю	В	А	З	Е	М	И	Н				
Автор Валерий Шаршуков	"Пир в доме Левия"	Шерст. ткань	М	Е	Т	А	Н	Д	А	Т	А	У	Х	А	Б	К	О	И	У	Ж	О	П	О	П	Г	Е	Б	А	К	А	С	В	Е	Р	А	А	Н	И	Л	И	Н

Ответы на сканворд, опубликованный в № 81 от 27.10.2017.

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: 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.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул.Гиляровского, д. 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 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 № 17-10-00322 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – В.ЕВЛАНОВА.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (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.