

Медицинская

1 февраля 2017 г.
среда
№ 7 (7725)

Газета®

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

Работают мастера

Рядом с чудом

Обречённый на неподвижность мужчина будет ходить



Врачи Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского удалили пациенту серьёзную деформацию – горб, который был причиной паралича ног. Из-за высокой сложности выполнения и огромных рисков подобные операции в мировой практике случаются крайне редко.

...Игорь с рождения страдал аномалией позвоночника – в нижней части его спины рос горб. В 22 года у больного начались неврологические осложнения: в ногах возникла слабость, которая в считанные дни перешла в паралич. По всем канонам современной медицины парня ждал страшный приговор – инвалидная коляска. Мало кто из вертебрологов взялся бы лечить

В самый ответственный момент операции

такого пациента. Однако с надеждой на чудо его родные обратились к врачам НИИ-ККБ № 1.

Команда Игоря Басанкина решилась на одну из наиболее сложных в техническом плане операций на позвоночнике. Им предстояло, ни много ни мало, полностью убрать горб. И это при том, что локальное искривление позвоночного столба уже достигло 90°. Образно говоря, нейрохирурги срезали вершину прямого угла – удалили первый поясничный деформированный позвонок. Это дало возможность освободить спинной мозг от сдавливания. Затем с помощью специального протеза и винтов врачи восстановили целостность позвоночника и придали ему естественную форму.

Чудо действительно произошло: парализованные ноги парня вновь ожили! Не менее удивительны и рекордные показатели, которых врачи краевой клиники достигли во время операции. В общемировой медицинской практике подобные – крайне редкие! – вмешательства длятся около 10 часов, сопровождаются огромными кровопотерями (до 2 л) и в одном случае из трёх заканчиваются осложнениями. Но кубанские нейрохирурги прошли все нужные этапы за 5 часов, добились значительно меньшей кровопотери (около 800 мл) и вернули пациенту радость полноценной жизни.

Дмитрий АНДРЕЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.



Игорь КОЛТУНОВ,
главный врач Морозовской детской
городской клинической больницы,
профессор, заслуженный врач РФ:

Совершенствование развития медицинской помощи детям – одно из самых приоритетных направлений нашей деятельности.

Стр. 6

Михаил УГРЮМОВ,
академик РАН:

Согласие со своей совестью – лучшая профилактика инсульта, инфаркта и потери самоуважения и уважения людей, мнением которых дорожишь.

Стр. 10-11



Николай ГЕРАСИМЕНКО,
член Комитета Госдумы РФ по охране
здоровья, академик РАН:

Нет смысла вводить рецептурный отпуск на лекарственные настойки, поскольку эти препараты не являются сильнодействующими.

Стр. 12

Ориентиры

На двух якорях корабль устойчивей!

«Не своих» пациентов теперь в медицинских учреждениях ОАО «РЖД» не бывает

Небольшая скромная узловая поликлиника на железнодорожной станции Хилок (200 посещений в смену, чуть больше 5 тыс. человек обслуживают 16 врачей), что на западной оконечности Забайкальской магистрали, соединяющей рельсовые «хребты» Дальнего Востока и Сибири, – одно из самых «продвинутых» негосударственных учреждений здравоохранения в системе ОАО «Российские железные дороги».

Такое удивительное открытие сделали для себя в прошедшем году участники выездного медицинского совета железнодорожной компании в Красноярске. На тамошнем конкурсе докладов и презентаций работа «Сарафанное радио» ведущего экономиста Ольги Володиной из Хилка заняла

первое место. Со своей эффективной маркетинговой политикой представители медвежьего угла некоторым образом обставили «высшую знать» в иерархии – дорожные клинические больницы, чего уж говорить уж о НУЗ с линии...

(Окончание на стр. 5.)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас 17-19 февраля 2017 г. принять участие в работе XVIII съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» с международным участием, посвященного 90-летию профессиональной ассоциации детских врачей страны. В ходе работы съезда будут обсуждены вопросы модернизации педиатрической службы, педиатрического образования, организации медицинской помощи детям. Также среди тем научной программы – восстановительная медицина и комплексная реабилитация в педиатрической практике, охрана репродуктивного здоровья детей и подростков, питание здорового и больного ребёнка, вакцинопрофилактика, высокотехнологичные методы диагностики и лечения болезней детского возраста, школьная медицина, детская хирургия.

Время и место проведения съезда: 17-19 февраля 2017 г. 9:00-18:00, Москва, Краснопресненская набережная, 12, подъезд № 4, Центр международной торговли (проезд до станции метро «Улица 1905 года»).

Дополнительную информацию вы можете получить по телефону: 8-499-134-13-08 или на сайте: www.pediatr-russia.ru

Исполком Союза педиатров России.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | Шприцевые насосы



- Большой контрастный LCD дисплей
- Расширенный спектр режима инфузий
- Автоматическое определение объёма подключаемого шприца, расчет скорости потока

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

Новости

Новый порядок

Минздравом России разработан новый порядок проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения. Проектом приказа уточнён перечень обследований, предусмотренных при прохождении гражданами диспансеризации.

Документом утверждаются новые объёмы её проведения. Во время разработки проекта был учтён международный опыт, а также проанализированы итоги диспансеризации взрослого населения 2013-2016 гг. с учётом медико-экономической эффективности.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

За считанные минуты...

Время прибытия скорой помощи на вызов в Москве составляет менее 13 минут. Об этом заявил глава Департамента здравоохранения Москвы профессор Алексей Хрипун.

«Время «доезда» в экстренных случаях московской скорой составляет 12,7 минут, это значительно меньше, чем было ещё 5 лет назад, на ДТП в течение 8 минут приезжает скорая помощь», – заявил А.Хрипун.

Примечательно, что, согласно постановлению федерального правительства от декабря позапрошлого года, скорая помощь в России не должна ехать к пациенту дольше 20 минут, хотя это время может быть «обоснованно скорректировано» в регионах «с учётом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей».

Ян РИЦКИЙ.

«Скорая» попала под обстрел

В городе Алдане на юге Якутии мужчина обстрелял из охотничьего карабина медиков, приехавших на вызов. При задержании он был ранен, сообщили в Следственном комитете России.

Из бригады скорой помощи никто не пострадал. Тем не менее они получили психологические травмы.

Следственными органами устанавливаются все обстоятельства произошедшего.

Николай ИГНАТОВ.

Республика Саха (Якутия).

В новый год — с новым здоровьем!

Нынешний год объявлен в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре Годом здоровья. Такое решение на днях было принято главой региона Натальей Комаровой.

– Год здоровья – это отличный повод задуматься о том, что должен сделать человек, для того чтобы не болеть, – отмечает главный врач Центра медицинской профилактики Алексей Молостов. – Ведь здоровье – это главная ценность в жизни!

План работы Центра медицинской профилактики на 2017 г. достаточно обширен. Его сотрудники совместно с врачами больничных учреждений автономного округа будут проводить тематические месячники, направленные на формирование здорового образа жизни; профилактические обследования и многое другое. Запланирован ряд массовых акций с участием волонтеров.

К организации и проведению мероприятий будут привлечены не только учреждения здравоохранения, но и социальной сферы, экономического и промышленного блока, физической культуры и спорта, а также средства массовой информации.

По словам А.Молостова, Год здоровья в Югре пройдёт в рамках разработки Национальной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний до 2025 г.

Основной целью стратегии станет снижение бремени неинфекционных заболеваний посредством создания единой профилактической среды. Планируется, что она будет реализовываться на основе государственных планов, федеральных и ведомственных целевых программ.

Алёна ЖУКОВА.

Ханты-Мансийск.

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

Тенденции

Эхо длинных
праздников

Заболееваемость ОРВИ и гриппом снижается, однако...

Служба скорой медицинской помощи Омской области работает с предельной нагрузкой. Об этом сообщила на недавно проведённом брифинге заместитель министра регионального здравоохранения этой сибирской административной территории Марина Костенко.

Ежедневно от жителей Омска и сельских районов Прииртышья, по словам М.Костенко, принимается свыше 14 тыс. вызовов. После длинных новогодних и рождественских праздников число обращений в службу скорой помощи с симптомами ОРВИ и гриппа увеличилось в 4 раза. И хорошо, что в государственных учреждениях здравоохранения и аптечных организациях за год создан необходимый запас этиотропных, патогенетических и симптоматических препаратов для лечения. Однако для помощи врачам территориальных поликлиник сейчас пришлось направить несколько десятков интернов – студентов Омского государственного медицинского университета. Что, впрочем, практиковалось и раньше.

Сейчас на территории Омской области открыто 547 инфекционных коек. При необходимости могут быть развернуты ещё почти 2 тыс. Обеспеченность медицинских работников халатами,



Сегодня в Омске к медицинским маскам уже привыкли

перчатками, масками – 100%. В медучреждениях усилен контроль за санитарно-гигиеническим состоянием помещений, соблюдением температурного режима, режима дезинфекции, ограничены посещения пациентов, находящихся на стационарном лечении, введён масочный режим.

По данным Управления Роспотребнадзора по Омской области, на конец января за медицин-

ской помощью обратились более 16 тыс. человек с признаками ОРВИ и гриппа. Однако прирост заболеваемости по сравнению с предыдущей неделей снизился по области в 2,3 раза, по Омску – в 2,6 раза и составил 23,57 и 15,79% соответственно.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Признание

Награды приняли
из рук Президента РФ

В Екатерининском зале Кремля Президент РФ Владимир Путин вручил государственные награды и дипломы о присвоении почётных званий более чем 30 россиянам за выдающиеся достижения в науке, культуре, медицине, производственной и наставнической деятельности.

Орден «За заслуги перед Отечеством» II степени получили Александр Арчаков, научный руководитель Научно-исследова-

тельского института биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича, и Александр Баранов, академик Российской академии наук, ди-

ректор Научного центра здоровья детей.

Тот же орден, но III степени получил Владимир Харченко, научный руководитель Российского научного центра рентгенодиагностики, IV степени – Михаил Давыдов, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина.

Орденом Александра Невского был награждён Сергей Миронов, директор Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова.

Соб. инф.

Итоги

Министерство здравоохранения Камчатского края представило отчёт о своей деятельности в минувшем году. По данным руководства ведомства, для развития медицины в регионе сделано немало. В частности, более 400 млн руб. ведомство направило на закупку современного медоборудования и ремонт ЛПУ.

Аппараты для проведения УЗИ и рентгенообследований, компьютерный томограф, а также лабораторное оборудование почти на 278 млн руб. получили несколько лечебных учреждений Камчатки, среди которых краевой противотуберкулёзный диспансер и Камчатский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Для нужд скорой медицинской помощи в край поступил 21 автомобиль, из которых 2 – реанимобили. СМП Петропавловска-Кам-

В охрану здоровья вкладываются
десятки миллионов

чатского, кроме 9 новых машин, получила также снегоболотоход для тяжёлых условий работы. Остальной транспорт распределён в районы полуострова. Все автомобили, подчеркнули в Минздраве, отличаются высокой проходимостью, а также оснащены современным медицинским оборудованием.

Кроме того, на Камчатке проведён ремонт 35 краевых учреждений здравоохранения на сумму более 133,5 млн руб.

В 2016 г. на полуостров приехали работать 137 медиков из других регионов – 99 врачей и 38 специалистов со средним медицинским образованием. Среди них – аку-

шеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, педиатры, фельдшеры, инфекционисты, онкологи, офтальмологи и терапевты.

Несмотря на занятость в медицине более 8 тыс. человек, на Камчатке сохраняется дефицит узких специалистов. В крае не хватает детских кардиологов, педиатров, также лечебные учреждения нуждаются в анестезиологах-реаниматологах, неврологах, нейрохирургах и эндокринологах.

На полуострове реализуется целый комплекс мер для привлечения и закрепления медицинских специалистов. На это региональный Минздрав в минувшем году потратил 44 млн руб. В крае

предусмотрены стимулирующие и социальные выплаты, компенсации некоторых видов расходов. Кроме того, врачам предоставляют служебное жильё – в прошлом году медики Камчатки получили 77 квартир.

Кадровый вопрос в регионе решают не только привлечением специалистов из других регионов, камчатские абитуриенты ежегодно направляются по целевому набору на обучение в ведущие вузы страны. В минувшем году в высшие учебные заведения для обучения по медицинскому профилю поступили 29 камчатцев.

Чтобы удовлетворить потребность края в профессиональном

обучении медицинских кадров, в 2017 г. в Петропавловске-Камчатском планируется открыть базовую кафедру Тихоокеанского государственного медицинского университета. Соответствующее соглашение с вузом Приморского края и Минздравом России было подписано осенью прошлого года. Создание кафедры позволит медработникам края повышать свою квалификацию, не покидая пределов региона – без отрыва от работы.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

Акценты

Выездное заседание ФОМС

Почти 6 тыс. страховых поверенных первого и второго уровня уже прошли обучение. Эти данные озвучила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко в ходе выездного совещания ФОМС по внедрению института страховых представителей в сфере ОМС.

Руководитель ФОМС уточнила, что в 2016 г. были подготовлены около 3,5 тыс. страховых поверенных первого уровня, а к началу 2017 г. обучены ещё 2,5 тыс. поверенных второго уровня.

Как работает часть этих специалистов, занявших места у телефонов в контакт-центрах, оценивали участники выездного заседания, проводимого на площадке одной из крупнейших страховых медицинских организаций – «РОСНО-МС». Генеральный директор этого СМО Нина Галаничева, сообщая об уже имеющихся результатах работы поверенных, проинформировала, что в 2016 г. в компанию поступило более 3 млн обращений от застрахованных граждан, общий объём проведённых экспертиз – 6,4 млн случаев. Выявлено нарушений по результатам экспертиз – 1,8 млн. В результате выявленных нарушений было удержано и возвращено в систему ОМС более 6 млрд.

Участникам выездного заседания продемонстрировали весь цикл работы с застрахованными: от

получения полиса в пункте выдачи до осуществления экспертного сопровождения.

Особый интерес у парламентариев и представителей ФОМС вызвала работа федерального круглосуточного контакт-центра, где непосредственно работают страховые поверенные. Около 1,2 тыс. звонков в сутки поступает на «горячую линию», время ожидания ответа после первого гудка составляет всего 20 секунд, а время обработки звонка – до 2 минут. По данным директора департамента клиентского сервиса и маркетинга Анны Макашовой, 90% вопросов застрахованных удаётся решить уже при первичном обращении. Как правило, в течение суток разрешается любая проблема по получению медицинской помощи.

Участники совещания посетили учебный класс для подготовки страховых поверенных, благодаря возможностям интерактивной связи, смогли познакомиться с телефонной и очной работой страховых представителей в Санкт-Петербурге.

Помощник министра здравоохранения Виталий Флек отметил, что благодаря продемонстрированной работе страховщиков, тесному взаимодействию медицинских, страховых и общественных организаций выстраивается эффективная модель здравоохранения.

«Система обязательного медицинского страхования постоянно

развивается, модернизируется, совершенствуется, особенно это касается работы страховых медицинских организаций», – подчеркнула первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Кононова.

Представители страхового сообщества были единодушны во мнении, что существующий объём работы по подготовке и внедрению института страховых поверенных способен проводить только крупные СМО, обладающие большой ресурсной базой.

Парламентарии выразили готовность на законодательном уровне поддерживать новую систему страховых поверенных. «В рамках парламентского контроля будем отслеживать эту тему», – сообщила Л.Кононова. – Мы уже включили в план рассмотрения Комитета Совета Федерации по социальной политике вопрос первого опыта работы страховых представителей. Такое заседание состоится в апреле».

Кроме того, аналогичные выездные заседания пройдут на площадках и других крупных страховых медицинских организаций, чтобы была возможность в полном объёме оценить работу страховых поверенных второго уровня.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Демография

Приятное прибавление в Подмосковье

Более 1,3 тыс. детей родились в Подмосковье в минувшем году после применения метода экстракорпорального оплодотворения. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Московской области.

«У нас ежегодно увеличивается количество детей, рождённых после ЭКО. В 2013 г. родились 356 детей, в 2014 г. – 752, в 2015 г. –

1250, в 2016 г. – 1325», – констатировал министр здравоохранения Московской области Дмитрий Марков.

Среди прочего руководитель ведомства напомнил, что процедура для пациенток бесплатная и проводится за счёт средств фонда обязательного медицинского страхования.

«В прошлом эту услугу в Подмосковье предоставляли 15 медицинских учреждений и было

сделано 2,8 тыс. процедур. В нынешнем году в программе будут участвовать 23 учреждения, а количество запланированных процедур увеличено более чем в два раза. В настоящее время направление на ЭКО получили уже 374 женщины», – сказал Д.Марков.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

МИА Сити!

Перемены

В Министерстве здравоохранения Республики Тыва при подведении итогов работы отрасли за минувший год основными достижениями посчитали снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения на 3% и в результате дорожно-транспортных происшествий – на 27%, а также значительное увеличение показателя раннего выявления злокачественных опухолей – с 35 до 49%.

Добиться таких результатов в республике смогли благодаря реализации целевых программ по каждому из указанных направлений и достаточно простым, но эффективным организационным решениям.

Так, улучшение ситуации со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний здесь на-

Просто, но эффективно

прямую связывают с работой недавно созданных Регионального сосудистого центра, первичного межкожуного сосудистого отделения и кабинета дистанционного ЭКГ-консультирования в Республиканской больнице.

Что касается снижения смертности людей, пострадавших в дорожных авариях, медики видят в этом результат своего партнёрства с ГИБДД. Инспекторы помогали врачам организовывать и проводить мастер-классы по оказанию первой доврачебной помощи непосредственно на дорогах. А Министерство здравоохране-

ния республики в свою очередь создало сеть травмоцентров в лечебных учреждениях, расположенных вдоль крупных автотрасс.

Повысить уровень выявления онкозаболеваний на ранних стадиях тувинским врачам помогли федеральная программа диспансеризации населения и медицинское обследование населения сельских районов Тувы в рамках республиканского проекта «Маршрут здоровья».

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Проекты

Минздравом России подготовлены изменения в порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжёлых работах с вредными или опасными условиями труда.

оформляемой в медицинской организации, в которой проводился медицинский осмотр, третий направляется работодателю, четвёртый – в медицинскую организацию, к которой прикреплен человек, прошедший осмотр. Пятый экземпляр адресуется в Фонд социаль-

Медицинский осмотр – дело серьёзное

Согласно документу индивидуальные предприниматели и юридические лица будут обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками. При этом если они отказываются от прохождения медицинских осмотров, то не допускаются к производству.

Данные о прохождении медицинских осмотров будут подлежать внесению в личные медицинские книжки и учёту государственными медицинскими организациями, а также органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Заключение будет составляться в 5 экземплярах, один из которых незамедлительно выдаётся на руки по результатам проведения медицинского осмотра, второй прикрепляется к медицинской карте,

но только при условии согласия лица прошедшего осмотр и при условии финансового обеспечения в текущем году расходов страхователя за счёт сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

При этом важно напомнить, что обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу проводятся в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

Профилактика

Одни придумывают, другие разгадывают



Информация о фактах употребления синтетических наркотиков становится доступна врачам. В Иркутском областном психоневрологическом диспансере появилось лабораторное оборудование, с помощью которого можно определить 14 групп наркотических средств, в том числе синтетических. И если на рост популярности «синтетики» в определённых социальных сообществах данное событие вряд ли повлияет, то на выявление самих случаев наркопотребления скажется несомненно.

По данным Минздрава Иркутской области, в 2015 г. в региональном психоневрологическом диспансере было получено 743 положительные пробы на присутствие следов наркотиков в организме, а в 2016 г. – уже на тысячу больше! В настоящее время специалисты лаборатории исследуют ежедневно в среднем 300 проб биологических жидкостей, в том числе от детей и подростков, среди которых также выявляются потребители синтетических наркотиков.

– Синтетические наркотики сложно выявлять, так как производители постоянно изменяют формулу таких веществ. Закупка дополнительного оборудования и реагентов для химико-токсикологических исследований приведёт к значительному росту выявления случаев употребления синтетических наркотиков в регионе. Новое оборудование, установленное в диспансере, распознаёт 2344 химических соединения, которые используют зависимые люди, – сообщила секретарь региональной антинаркотической комиссии Марина Горохова.

А что же делать с теми, кто попал в поле зрения наркологов? Конечно, спасать. В 2016 г. лечение в областном диспансере прошли 539 пациентов с наркотической зависимостью. Чтобы повысить эффективность не только диагностики, но и терапии, руководство учреждения намерено в ближайшее время разделить возрастные потоки больных, создав сеть амбулаторных кабинетов для несовершеннолетних.

Елена ЮРИНА.

Иркутск.

Прямая речь

Кому выгодно дестабилизировать нашу работу?

Министру здравоохранения Российской Федерации
В.И.Скворцовой

Обращение сотрудников федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Глубокоуважаемая
Вероника Игоревна!**

Мы хотим проинформировать Вас и попросить поддержать коллектив университета в связи с ситуацией, созданной вокруг нашего вуза в последнее время. Небольшая группа бывших сотрудников университета, руководствуясь собственными амбициями, через средства массовой информации, письмами в разные инстанции и контролирующие органы решила дестабилизировать деятельность вуза, а также очернить работу ректора университета Отвагина И.В. К сожалению, это получило поддержку со стороны некоторых представителей региональной власти.

Коллектив университета не может оставаться в стороне от таких деструктивных действий в отношении нашего университета.

По инициативе заведующих кафедрами 12 января 2017 г. было проведено собрание с участием заведующих кафедрами университета, профессоров, руководителей структурных подразделений.

На повестку дня собрания был вынесен вопрос о работе университета и доверии ректору со стороны коллектива вуза. При обсуждении поставленного вопроса ректор И.В.Отвагин не присутствовал.

В обсуждении приняли участие профессора и доценты университета. Все выступившие отметили стабильную работу вуза по всем направлениям, большой вклад профессора И.В.Отвагина как ректора в развитие университета. Следствием успехов университета являются, в частности, следующие показатели:

1. Наш вуз сохраняет свою привлекательность для выпускников школ различных регионов страны и зарубежья. В настоящее время в его стенах обучаются более 4 тыс. студентов из Смоленской, Брянской, Орловской, Калининградской, Тульской и других областей, а также стран ближнего и дальнего зарубежья (среди них 1261 иностранного студент).

2. В результате целенаправленной работы всего коллектива Смоленская государственная медицинская академия решением Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 г. преобразована в Смоленский государственный медицинский университет.

3. Университет получил лицензию на 2 новых направлениях подготовки – медицинская биохимия и специальное (дефектологическое) образование, по которым в 2016 г. приняты студенты.

4. С 2009 по 2016 г. научно-преподавательскими работниками университета подготовлено около 2 тыс. учебных изданий, из которых 15 рекомендованы на федеральном уровне. Результаты проведенного анкетирования студентов по вопросам удовлетворенности качеством получаемых образовательных услуг, учебные пособия, написанные преподавателями университета, по всем направлениям подготовки студентам оценены высоко.

5. Факультет дополнительного профессионального образования в среднем за год обучает около 3800 человек. Всего реализуется 133 программы дополнительного профессионального образования. По заявкам Департамента Смоленской области по здравоохранению на факультете проводятся дополнительные (внеплановые) курсы усовершенствования врачей. На ФДПО внедрены электронное обучение и дистанционные образовательные технологии по специальностям «клиническая фармакология», «терапия», «кардиология», «ультразвуковая диагностика», «организация здравоохранения и общественное здоровье», «функциональная диагностика».

6. В 2009-2016 гг. сотрудниками университета защищено 19 докторских и 183 кандидатских диссертаций.

7. НИИ АХ (антимикробной химиотерапии) с 2015 г. в рамках выполнения гранта РНФ проводит исследования на молекулярно-генетическом уровне по созданию новых групп антибактериальных препаратов.

8. В 2009-2016 гг. СГМУ как патентообладатель получил патентов на изобретение – 107, на промышленной образец – 6, на полезную модель – 2, на программу ЭВМ – 2. В этот период университетом были получены 2 новые медицинские технологии, а также – в приоритете 1 научное открытие (2013 г.).

В период с 2009 по 2015 г. включительно сотрудниками университета опубликовано 2470 статей в рецензируемых журналах и научных изданиях (в среднем 353 статьи в год), а также издано 134 монографии и руководства.

10. Индекс Хирша РИНЦ СГМУ за период с 2009 г. по настоящее время вырос с 7 до 47 (почти в 7 раз).

11. С 1 декабря 2015 г. 2 журнала («Вестник СГМА», «Клиническая микробиология и антибактериальная химиотерапия») включены в перечень научных изданий, рекомендованных Минобрнауки России для публикации материалов докторских и кандидатских

диссертаций. С 2015 г. в университете выходит рецензируемый журнал «Смоленский медицинский альманах», который включён в РИНЦ. С 2016 г. архивы журналов «Вестник СГМА», «Смоленский медицинский альманах» (полнотекстовые статьи) размещаются в научных электронных библиотеках – e-library и «Киберленка».

12. В 2009-2016 гг. СГМУ и/или с участием университета состоялось 164 Всероссийских или межрегиональных конференций (семинаров), в том числе с международным участием.

13. Международное сотрудничество СГМУ включает взаимодействие в области медицинского образования, науки (в том числе с Всемирной организацией здравоохранения). Университетом заключено 8 договоров о сотрудничестве в области образования, науки и практической деятельности с вузами Польши, Финляндии, Белоруссии, Казахстана.

14. С 2012 г. университет сотрудничает с Германо-Российским форумом имени Коха – Мечникова, в рамках которого реализуются проекты научной и образовательной мобильности.

На основании обсуждения указанного вопроса собрание пришло к заключению:

1. В настоящее время университет работает стабильно, поступательно развивается.

2. Собрание высказало полное доверие ректору университета И.В.Отвагину.

Мы просим Министерство здравоохранения РФ учесть мнение коллектива при оценке деятельности университета и его ректора профессора И.В.Отвагина.

А.СОЛОВЬЁВ,
заведующий кафедрой биологии,
доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный работник высшей школы РФ.

А.КРИКОВА,
декан фармацевтического факультета,
заведующая кафедрой управления
и экономики фармации,
доктор фармацевтических наук,
доцент.

О.КОЗЫРЕВ,
заведующий кафедрой
госпитальной терапии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Обращение подписали также 65 ведущих кафедр и руководителей ведущих подразделений СГМУ, все подписи имеются в редакции «Медицинской газеты».

События

В Санкт-Петербурге ещё одним медицинским бесплатным учреждением сестринского ухода, которое патронирует православная церковь, станет больше.

Ещё один очаг милосердия

Сестринским уходом озаботились священнослужители

О создании Дома милосердия в стенах реорганизованной недавно городской психиатрической больницы № 4 (приемника-распределителя) путём присоединения к психиатрической больнице № 3 им. И.И.Скворцова-Степанова объявили вице-губернатор Санкт-Петербурга Ольга Казанская и председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской митрополии Русской православной церкви, настоятель Спасо-Преображенского собора протоиерей Николай Брындин. Являясь сопредседателями комиссии по реализации соглашения о сотрудничестве между правительством города и Санкт-Петербургской епархией, они провели очередное заседание постоянного рабочего органа в Смольном, где и детально обсудили итоги партнёрских отношений в 2016 г.

Планируется, что двери будущего благотворительного учреждения медицинского назначения откроются не всякому нуждающемуся в сестринском уходе, а людям малоимущим. Медицинских управленцев к решению зачесть в государственном бюджетном учреждении здравоохранения очаг милосердия под курацией православных духовных пастырей подвигнул многолетний опыт 35-коечной больницы святой блаженной Ксении Петербургской. А с ним организаторы ознакомились всесторонним образом. В больнице получают безвозмездную паллиативную помощь пожилые священнослужители и прихожане Петербургской епархии по рекомендации стеснительные процедуры и консультации опытных специалистов – хирурга, кардиолога, невролога, эндокринолога и других – для постояльцев больницы также бесплатны.

Станет ли задуманный проект таким же успешным, покажет ближайшее время. К его осуществлению светские и церковные организации намерены приступить исходя из единого понимания целей, размежевания функций и чёткой координации действий.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.

Санкт-Петербург.

Острая тема

Охват диспансерным наблюдением пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями не превышает 50% от необходимого и проводится не на должном уровне. Такое заключение сделали эксперты Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России. Данные представлены в проекте межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.

«В настоящее время до 50% больных основными неинфекционными заболеваниями, в том числе с их острыми формами (острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, астматический статус, обострение хронических респираторных заболеваний, нестабильное течение сахарного диабета 2-го типа) и зло-

На произвол судьбы

Наши беды в организации системы здравоохранения растут из первичного звена

качественными новообразованиями проходят лечение в неспециализированных стационарах. Причина – в недостаточности числа специализированных отделений и центров, их коечной ёмкости, кадрового и материального оснащения. В большинстве регионов с зарегистрированным ростом показателя смертности от новообразований в 2014 г. и с показателем выше среднероссийского и имеющим тенденцию к росту отмечались серьёзные недостатки в организации первичного звена здравоохранения», – говорится в документе.

Примечательно, что в среднем по России доля активно выяв-

ляемых больных злокачественными новообразованиями составляет 17,3%. Самым низким этот показатель оказался в Брянской и Калининградской областях – 7,6 и 8,8% соответственно. В среднем порядка 42% больных с онкологией выявляются на поздних, III и IV, стадиях. Самым высоким этот показатель остаётся в Брянской и Иркутской областях.

Авторы исследования отмечают: такая ситуация связана с увеличением в популяции доли старших возрастных групп и поздним обращением за медицинской помощью. А также отсутствием единой системы устойчивого регулярного

эпидемиологического мониторинга неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Что характерно, практически полностью отсутствует методическое сопровождение и контроль качества проведения скрининговых исследований, включённых в программу диспансеризации, и контроль процесса постановки пациентов под диспансерное наблюдение. Многие региональные центры медицинской профилактики недостаточно укомплектованы и не являются самостоятельными юридическими лицами, не хватает отделений и кабинетов

медицинской профилактики поликлиник и амбулаторий, их штаты и структура в большинстве случаев не соответствуют требованиям приказа федерального Минздрава, в некоторых субъектах не хватает первичных онкологических кабинетов.

К сожалению, ощущается и дефицит специалистов. Так, при средней обеспеченности онкологами в нашей стране на уровне 0,47, в Калининградской области этот показатель не превышает 0,23, в Свердловской – 0,37, в Иркутской – 0,42, в Республике Адыгея и Брянской области – 0,43.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Для Читы, руководства Забайкальской дирекции здравоохранения красноярское событие, которое до сих пор на слуху, вряд ли стало большим откровением. Хилокская поликлиника никогда не обреталась на «заднем дворе» финансово-экономической устойчивости, а этот показатель в оценке стабильности поликлинических учреждений и стационаров на сети железных дорог уже давным-давно первейший. Синтезом, с одной стороны, разумной экономичности и рациональности, которые в железнодорожной отрасли считаются альфой и омегой успешности медицинской организации, а с другой стороны, настоящего творческого подхода всего коллектива к привлечению внекорпоративных источников финансирования, НУЗ и держится на отличном плаву, следуя единственно правильным курсом без опасного маневрирования.

Лексика тружеников и покорителей водных просторов уместна. По перрону железнодорожной станции Хилок, волею судеб оказавшейся посередине между Улан-Удэ и Читой, прохаживались полярный исследователь русский адмирал Степан Макаров, основатель физической океанографии, нобелевский лауреат норвежец Фриульф Нансен, великий кормчий Китая Мао Цзедун, в 73-летнем возрасте переплывший не менее великую реку Янцзы... А разве речка Хилок, подарившая в 1895 г. собственное имя новой



Игорь Малыгин

бой, бухгалтерами? В условиях активно проводимой Забайкальской дирекцией здравоохранения ОАО «РЖД» политики «открытых дверей» те сфокусированы на смелое расширение традиционного для узловой поликлиники перечня лечебно-диагностических услуг и льют воду на мельницу пушечей её привлекательности.

Несколько лет назад учредитель здорово постарался, чтобы «пушки» медицинского бастиона с более чем вековой историей не умолкли и по-прежнему обращали вспять недуги хилокчан. Железнодорожная компания поставила в НУЗ цифровой рентгеновский аппарат стоимостью 4 млн руб., а кроме того, оказала значительную финансовую поддержку, которая материализовалась в обновлённый

банальные физиотерапевтические методы, как оздоровление озоном и постановка лечебных пиявок. Ими, конечно, жителя среднего по величине города, к примеру Читы, не удивить, но кто сказал, что у больных из не близкого к краевой столице райцентра, имеющих к приёму процедур медицинские показания, не возникнет намерения соблазниться во благо своего же здоровья? И ведь случилось именно так, а не иначе: поток пациентов за получением новых для Хилка фишек в физиотерапевтических платных услугах не иссякает...

О том, что узловая станция ровно на половине стального пути между столицами двух сибирских регионов – совсем не хилое, а наоборот, достойное место для получения диагностических и лечебных по-

териальных ресурсов и реструктуризацию системы лечебно-профилактической помощи. Однако важно не единственно точнёнхонко рассчитать, вложения в какую медицинскую услугу окупятся сторицей, но и в какого качества рекламную «упаковку» она будет завёрнута. Вот сотрудники узловой поликлиники на станции Хилок осуществляют подобную информационную подачу грамотно.

И всё-таки не платёжеспособный «сторонний» контингент, а труженик стальных магистралей есть и останется пациентом «номер один» в негосударственных учреждениях ОАО «РЖД». Будем справедливы: не забывают про родимого «важняка» в узловой поликлинике, с хорошей отдачей приударившей за «не железнодорожниками». Доброй волей

Ориентиры

На двух якорях корабль устойчивей!



Флагшток узловой поликлиники заметен издали

станции на строящемся Транссибе, ныне городу и районному центру, не была когда-то многоводной и потому судходной?..

По мнению здешних исследователей исторической темы, происхождение гидронима нужно искать в эвенкийском слове «килгэ» (бурятское произношение – «хёолго»), что в переводе на русский означает «брусок», «точный камень». Главный врач узловой поликлиники Игорь Малыгин, уроженец Хилка, поведал мне, что склоны нагорной части города, обращённые к притоку Селенги, были облюбованы человеком ещё в эпоху палеолита, что подтверждается многочисленными находками древних орудий труда и охоты, обнаруженными костями носорогов, бизонов и мамонтов. В границах Хилокского административного района насчитывается более 80 археологических памятников! Как будто бы незримыми нитями с прошлым связано настоящее, когда точно в продолжение оправ-

дания географического наименования или постижения его сакрального смысла старейший в Забайкалье хилокский бастион железнодорожной медицины, основанный в 1900 г., выступает своего рода точильным камнем, оселком для проверки жизнеспособности интересных маркетинговых идей, могущих приносить негосударственным учреждениям здравоохранения дополнительные реальные доходы.

Какое идеологическое наполнение у идей, предложенных сообща медиками, экономической служ-

фасад, благоустройство двора, красивую ограду здания. Внешние разительные перемены счастливо совпали с долгожданным возвращением поликлиники в систему обязательного медицинского страхования, и благодаря тому, что она получила возможность инвестировать уже собственные средства, начались серьёзные подвижки внутри. Речь, по большому счёту, идёт не о состоявшемся оснащении здешних кабинетов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи или же учёбе врачей на центральных базах, что не без помощи зарабатываемых денег стала доступной. А об «инвентаризации» прежних организационных подходов и технологий.

Местные «ревизионисты» обратили внимание на такие, казалось бы,



В кабинет ПМО, что теперь в новом здании, пришёл проверяющий

событий, отпуск которых ещё вчера являлся прерогативой врачей из крупных учреждений, частных и государственных, трубят и многие прочие факты. Поскольку позитивных примеров скопилось порядком, Забайкальская дирекция здравоохранения инициировала проведение очередного медицинского совета дороги в Хилке. Ну-ка, не жадничайте и нагружайте остальные 12 НУЗ своим опытом для тиражирования! Так коллеги узнали, что есть такое и как работает на прибыли поликлинического учреждения хилокское «сарфанное» радио.

– Реформы в отрасле здравоохранения расширили самостоятельность больниц и поликлиник, – убеждённо говорит начальник Забайкальской дирекции здравоохранения заслуженный врач России Михаил Фалилеев. – Сегодня акцент приоритетов сместился на оптимизацию управления, включая рациональное использование ограниченных финансовых и ма-

специалистов читинской «дорожки» запущен в работу оснащённый аппаратом для определения нарушений сна у работников ОАО «РЖД» кабинет функциональной диагностики. Результаты выполняемого здесь обследования на предмет наличия сонных апноэ мгновенно транслируются в Читу для последующей интерпретации. Вот уже 2 года как кабинет предрейсовых осмотров в составе здравпункта локомотивного депо станции Хилок отпраздновал новоселье благодаря переезду основного железнодорожного предприятия в новое современное здание. Великолепные условия труда и отдыха, созданные для 11 фельдшеров, не могут не влиять благотворно на качество освидетельствования.

...Пожалуй, на двух якорях и медицинский корабль крепче держится.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Забайкальский край.

Фото автора.



Радужный приём начинается с регистратуры

Сотрудничество

Преподаватели Амурской государственной медицинской академии стали первыми российскими лекторами, которые прочли лекции для студентов Хэйлуцзянского университета китайской традиционной медицины (Харбин, КНР).

«С данным вузом нас связывает многолетняя дружба, – сказал проректор по научной работе и инновационному развитию АГМА профессор Сергей Целуйко. – Ранее в рамках заключённого договора о сотрудничестве происходил обмен студентами для стажировки в период летней производственной практики.

Под аплодисменты

Будущие китайские медики слушают амурских лекторов

Теперь наше сотрудничество перешло на следующий практический уровень. В конце минувшего года профессор Надежда Красавина и старший преподаватель Надежда Амбросьева представили китайским студентам недельные циклы лекций по гистологии и анатомии.

Как рассказали амурские лекторы, в китайском медицинском

вузе их принимали очень хорошо, создали прекрасные бытовые условия и, конечно, для работы. Лекции читались только на русском языке, так как слушателями были студенты, изучающие его.

«Такой предмет, как гистология, преподавать без учебных рисунков невозможно, – делится впечатлениями профессор Н.Красавина,

– поэтому я на доске рисовала цветными мелками. Их, кстати, мне позже подарили китайские студенты – большое количество и самых разных оттенков. Я с удовольствием ими пользовалась, чтобы донести до слушателей необходимую информацию по цитологии, общей гистологии, регенерации и иммунной реакции. Каких-то особых

трудностей во время лекций не возникало – мы прекрасно понимали друг друга. А к концу цикла вообще подружились, и студенты мне на память написали записки со словами благодарности на русском языке».

Амурские преподаватели отметили, что китайские студенты, которых в аудитории собралось до 60 человек, очень внимательны, любознательны, уважительны, а в конце лекции обязательно аплодируют – в знак благодарности лектору.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

– Игорь Ефимович, стало доброй традицией, говоря об успехах Морозовской больницы, в первую очередь вспоминать об её основателе – купце Викуле Елисеевиче Морозове. Многие знают, что на его личные пожертвования в 1903 г. было построено это уникальное учреждение...

– Но далеко не все знают, что 8 мая 1898 г. Московская городская дума приняла решение о создании Ракового института, а в 1903 г. на частные пожертвования семьи того же фабриканта Морозова, на средства которого было начато строительство Морозовской больницы, при Императорском Московском университете был открыт первый в России Институт для лечения страдающих опухолями, который возглавил профессор Л.Левшин, на 56 коек. К 1913 г. в институте было уже 100 коек. Первые 3 года персонал работал бесплатно, Министерство народного просвещения выделяло деньги на жалование только в 1906 г. Тем не менее там функционировали хирургическое отделение с операционной, «рентгенизация», патанатомия, химическая и экспериментальная лаборатории. Первые препараты радия были подарены институту в 1903 г. супругами Мари и Пьером Кюри. В настоящее время – это Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена.

– Этот факт очень символичен для развития онкологической службы именно в Морозовской больнице. Почему же так много времени понадобилось для открытия здесь детского онкологического центра?

– На самом деле онкологическая служба существует в Морозовской больнице ещё с советских времён. В 1963 г. именно здесь открылось первое в СССР онкогематологическое отделение не в федеральном учреждении, а в городском стационаре. Знаменитые на весь мир классики детской онкологии и гематологии – академик РАН А.Румянцев, член-корреспондент РАМН Н.Кисляк и профессора Л.Дурнов, Л.Махонова, Р.Ленская, А.Мазо в своё время работали в Морозовской больнице, а сегодня их ученики являются лидерами нашего Центра детской онкологии и гематологии. Это – главные детские специалисты Департамента здравоохранения Москвы: детский онколог кандидат медицинских наук Ольга Тиганова и врач-гематолог кандидат медицинских наук Константин Кондратчик. Лучшие традиции продолжают. Так, в 2015 г. К.Кондратчик, который и является руководителем центра, был награждён дипломом Национальной премии «Призвание» за создание нового метода лечения острого лимфобластного лейкоза.

– Во многих субъектах РФ медицинская помощь по профилю «Детская онкология» оказывается в отдельных структурах «взрослых» онкоцентров. В чём преимущества организации городской онкологической медицинской помощи детям в условиях именно детской медицинской организации?

– Самое большое преимущество в том, что наш Центр онкологии и гематологии расположен в многопрофильной детской клинической больнице. Это позволяет обеспечить многопрофильную медицин-

Наши интервью

Высокие стандарты Морозовской больницы

Они – пример для многих медиков



Международный день борьбы с онкологическими заболеваниями ежегодно отмечается 4 февраля. И в этом году этот день, кроме всего прочего, станет всем напоминанием о том, что в мире наблюдается тенденция к росту онкологических патологий у взрослых и детей. По официальной статистике, всего под наблюдением наших детских онкологов находятся порядка 20 тыс. ребятишек. Детская онкология является одним из самых молодых направлений медицины в России. Но для оказания эффективной, качественной и доступной медицинской помощи необходима работа мощных профильных детских учреждений.

И очень своевременным стало создание в 2014 г. Центра гематологии и онкологии в Морозовской детской городской клинической больнице Департамента здравоохранения города Москвы (Морозовская ДГКБ).

В преддверии Международного дня борьбы с онкологическими заболеваниями с главным врачом этой больницы, главным специалистом-педиатром столичного Департамента здравоохранения, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ Игорем КОЛТУНОВЫМ беседовала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиля САФИНА.

скую помощь в едином стационаре под ежедневным круглосуточным наблюдением мультидисциплинарной команды врачей-специалистов – детского онколога, гематолога, педиатров, анестезиологов-реаниматологов, детских хирургов, детского эндокринолога, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, челюстно-лицевого хирурга, травматолога-ортопеда, нейрохирурга, неонатолога, инфекциониста, гинеколога. Замечу, аналогичной многопрофильной бригады врачей, работающей в ежедневном круглосуточном режиме, нет ни в одном детском стационаре не только Москвы, но и России. Надо сказать, при оказании специализированной и высокотехнологичной помощи детям, страдающим онкологическими заболеваниями, часто требуется междисциплинарный подход для купирования патологического симптомокомплекса. Детей с онкологическими заболеваниями должны наблюдать ведущие детские специалисты различных направлений, что реализовано в нашем многопрофильном детском учреждении.

– Хочу уточнить. Только жителям Москвы детского и подросткового возраста, страдающим злокачественными заболеваниями, медицинская помощь оказывается в Морозовской детской больнице?

– Не только, но в основном. Базовыми отделениями для оказания медицинской помощи профильным пациентам являются отделения клинической онкологии, онкологии и гематологии центра, в которых проводится комплексное амбулаторное и стационарное обследование и лечение детей и подростков.

Очень важно, что центр для лечения больных использует все возможности самой многопрофильной скорпомощной детской больницы Москвы. Это – инфекционно-боксированные отделения

при развитии интеркуррентных заболеваний и сочетанной патологии, хирургические отделения для оперативного лечения опухолей любой локализации, стоматологическое отделение и другие структурные подразделения больницы. Без преувеличения, нашим больным оказывается медицинская помощь на уровне лучших мировых стандартов. В центре имеются амбулаторное отделение, стационар дневного пребывания, круглосуточная онкогематологическая лаборатория, отделение переливания крови, блок интенсивной терапии и реанимации для онкогематологических больных, а также круглосуточный стационар, где созданы все условия, чтобы мать и болеющий ребёнок могли находиться вместе. Структурные подразделения расположены так, что взаимодействие и пересечение потоков амбулаторных и стационарных пациентов исключено. Повторюсь, в отделениях применяются самые современные, высокотехнологичные методы лечения. Каждый день в центре оказывают всю необходимую помощь в среднем 170 пациентам. Всего за 2014 г. было пролечено 3659 детей, в 2015 г. – 4385 и в 2016 г. – 4431 ребёнок. Из них высокотехнологичную медицинскую помощь получили за 2 предпоследних года 360 человек.

– Под высокотехнологичной медицинской помощью подразумеваются хирургическая помощь и химиотерапия?

– В нашем центре применяются такие высокотехнологичные методы лечения, как интенсивная высокодозная полихимиотерапия, клеточная терапия, инновационные хирургические пособия, соответствующие мировым стандартам ведения данных пациентов, что позволило достичь высоких результатов. Долгосрочная выживаемость детей с острыми лимфобластными лейкозами достигла 90%, а в груп-

пе благоприятного прогноза – 95%, с острыми нелимфобластными лейкозами – 68%, при средне-статистических показателях по России – 80 и 43% соответственно. Долгосрочная выживаемость детей с опухолями ЦНС, являющимися самым многочисленным профилем среди злокачественных новообразований, составляет 60%, при выявлении опухоли на ранней стадии – 75%. Эти данные сопоставимы, а, по некоторым показателям, даже лучше достижений ведущих детских клиник развитых стран.

Сейчас мы работаем над тем, чтобы наши пациенты получали ещё и лучевую терапию. В наступившем году запланировано введение в работу отделения лучевой терапии, которое будет соответствовать современным стандартам по оборудованию и подготовке персонала, причём маленькие пациенты будут не только получать комплексное лечение, но и ощущать себя уютно и комфортно. Обратите внимание – на сегодняшний день в Москве аналогичного отделения для детей нет. И вообще, в последние годы лучевая диагностика и лучевая терапия в Москве претерпели количественные и качественные изменения, как, впрочем, и вся онкология в целом, выйдя на самый современный уровень. Примеры успешного комплексного решения глобальных медицинских проблем современных мегаполисов в Москве уже есть. Здесь несколько лет действует инфарктная сеть экстренной и оперативной помощи людям с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. В прошедшем году начала работать аналогичная консультная сеть. Как сказал руководитель столичного Департамента здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Алексей Хрипун, в планах

департамента продолжать работу по созданию специализированных сетей медпомощи, и в 2017 г. такая сеть появится для пациентов с онкологией.

– Это обнадёживает. Появляются новые возможности для лечения онкологических заболеваний. А это, вероятно, финансово очень затратно?

– С 2015 г. не осуществляется бюджетного финансирования по профилю «детская онкология», и вся медицинская помощь в полном объёме оказывается в рамках ОМС. Под руководством директора Московского городского фонда ОМС В.Зеленского эффективно осуществляется оплата доступной и качественной медицинской помощи профильным пациентам. За счёт средств городского бюджета в рамках Адресной инвестиционной программы Москвы на 2014-2017 гг., утверждённой постановлением правительства Москвы, на условиях софинансирования из федерального бюджета ведётся строительство нового лечебного корпуса на 500 коек на территории Морозовской детской больницы, где впервые в структуре городского Центра детской онкологии и гематологии, помимо отделения лучевой терапии, будет открыто отделение трансплантации костного мозга.

– Игорь Ефимович, на примере вверенного вам учреждения видно, какими стремительными темпами можно организовать централизацию медицинской помощи в Москве детям и подросткам, страдающим любыми заболеваниями, не только онкологическими...

– Централизация детской специализированной медицинской помощи в городе, осуществлённая под руководством заместителя мэра Москвы по социальным вопросам Леонида Печатникова и А.Хрипуна, именно в Морозовской больнице, там, где исторически начиналась данная медицинская помощь в Москве, а затем распалась по различным медицинским организациям, – это не только дань традициям, огромному опыту, врачебным школам данного учреждения, но и приведение в соответствие с современными требованиями условий оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям в условиях единого многопрофильного круглосуточного скорпомощного стационара. Очень важно, что совершенствование развития медицинской помощи детям – одно из самых приоритетных направлений деятельности правительства Москвы и столичного Департамента здравоохранения.

Москва.

Современные технологии

Учёные выяснили, каким именно образом цитомегаловирус проникает внутрь клетки организма человека. Оказалось, что он блокирует «охрану» клетки, то есть подавляет синтез микроРНК. В исследовании принимали участие несколько российских и зарубежных научных институтов и университетов.

Как сообщили в Институте биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова,

Научный поиск против вирусных инфекций

работая над этим международным проектом, исследователи использовали современные технологии проведения научного поиска, которые позволяют количественно измерить активность множества последовательностей молекул, участвующих в передаче информации.

Развитие ЦМВ-инфекции изучали в лабораторных условиях в

течение первых трёх часов после заражения здоровой клетки. Значение коротких молекул РНК в том, что они не только регулируют работу генов, подавляя их активность, но также контролируют чужеродные РНК, которые могут внести в клетку вирусы. По словам руководителя группы геномного анализа сигнальных систем клетки

института доктора биологических наук Антона Буздина, неожиданным для исследователей стало то, что в инфицированных высокочувствительных клетках они наблюдали «заморозку» экспрессии профилей микроРНК.

Полученные результаты убедительно говорят о том, что цитомегаловирус особым, отличным от

других вирусов, способом влияет на приостановку деятельности защитных механизмов клетки. Эти выводы, считают биологи, могут стать основой создания принципиально новых способов борьбы с вирусной инфекцией.

Елена ЮРИНА.

МИА Сити!

Онкологические заболевания – главная причина смертности населения в экономически развитых странах. В нашей стране люди старшего поколения часто «не доживают» до «своего» рака, а умирают раньше от инфарктов и инсультов. Правда, с внедрением федеральной программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями наметились существенные подвижки. Во всех субъектах РФ построены сосудистые центры. Они оснащены современным оборудованием. Соблюдаются принципы маршрутизации пациентов. В результате смертность от этого класса болезней неуклонно снижается. На этом фоне смертность от онкологических заболеваний вот-вот выйдет в печальные лидеры и в нашей стране. Это послужило поводом для разработки целого комплекса мер, нацеленных на будущее, которые смогут привести к увеличению продолжительности жизни россиян. Именно о них шла на Первом Всероссийском совещании «Актуальные вопросы клинической онкологии» в Москве. Вёл заседания председатель профильной комиссии по специальности «Онкология», главный специалист-онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина академик РАН Михаил Давыдов. В мероприятии приняли участие руководители специализированных лечебных учреждений из регионов России.

С учётом глобального плана ВОЗ

Как известно, медицина сегодня развивается, не опираясь на титанов-одиночек, а усилиями коллективов врачей. И прежде чем приступить к обсуждению отечественной программы по лечению онкологических заболеваний, надо представлять, как проводится лечение этой патологии в мире, а не только в России. Тем более Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. прописал варианты политики стран, в том числе и в отношении онкологических заболеваний. И это не какие-то абстрактные меры, больше похожие на призывы, а совершенно чётко выбранные приоритеты. Первым шагом, который серьёзно влияет на снижение уровня смертности, международными экспертами названа иммунизация против гепатита В. Именно эта инфекция часто является серьёзным фактором риска развития рака печени. Второй по значимости шаг – широкое внедрение скрининга на рак шейки матки (визуальный осмотр и тест с уксусной кислотой) или мазка Папаниколау (цитологического мазка). Следующие рекомендованные меры – вакцинация от папилломавируса человека, предоставление своевременного лечения больным. Кроме того, экспертами ВОЗ рекомендовано проведение маммографии женщинам 50-70 лет, что даст возможность своевременно выявлять рак молочной железы. Пятым пунктом напомним, что анализ кала на скрытую кровь позволяет на ранних стадиях диагностировать рак ободочной и прямой кишок. И наконец, шестое – популяционный скрининг на рак полости рта среди представителей групп риска.

Уже начиная со второго пункта, реализовывать всё это совсем непросто. Но сказать, что рекомендации не выполнимы, – нельзя. В России пилотные проекты по скринингу рака шейки матки уже дали неплохие результаты. Об этом речь шла в докладе руководителя отдела перспективного развития и международных научных связей РОНЦ им. Н.Н.Блохина Минздрава России Дмитрия Борисова. На кончике прошлого года такие программы были утверждены уже в 18 территориях. Финансирование осуществляется за счёт средств территориальных фондов ОМС. Таким образом, обследование доступно всем женщинам этих регионов вне зависимости от их материального положения и статуса.

Первые результаты этой работы обнадеживают. На примере Ростовской области запущенность при диагностике злокачественных новообразований шейки матки теперь ниже, чем в целом в РФ почти в два раза. По сравнению с 2012 г. данный показатель снизился на 31%. За 4 года количество данной патологии в III стадии уменьшилось на 43%, а выявляемость на I-II, наоборот, увеличилась на 20%.

Для эффективной диагностики и лечения различных видов опухолей требуется современное оборудование. А его по-прежнему

сравнивать объёмы выделенных средств на проведение высокотехнологичных операций, лучевой и химиотерапии.

Совсем небезнадёжное дело

Для определения приоритетов при подготовке проекта Национальной онкологической программы участниками совещания была утверждена рабочая группа (список её «МГ» разместит на своём сайте), которую возглавил главный онколог Министерства здравоохранения РФ академик Михаил Давыдов. Свою работу группа начнёт с анализа реальной потребности лечебных учреждений в закупке нового оборудования. Предполагается,

бить новую масштабную программу будет нелегко – как бы она ни была нужна населению страны, ни влияла на эффективность работы важнейшей из специализированных служб. Но это не значит, что ничего не надо предпринимать. Служба нуждается в модернизации. От уровня оказания помощи онкологическим больным зависят важнейшие показатели, о которых так много говорится в последнее время, – продолжительность жизни россиян. В 2016 г. она достигла 72 лет, но без мощной онкологической службы трудно надеяться, что этот показатель будет улучшаться в ближайшее время. Онкологи должны бороться за принятие новой программы, прекрасно понимая, что перед ними стоит исключительно

о котором говорится в документах ВОЗ, уже осуществляется на должном уровне. А доступность высокотехнологичных методов лечения в этом субъекте РФ на порядок выше, чем у соседей.

Получается, хорошая диагностика ведёт к статистическому увеличению заболеваемости. Поэтому статистика в нашей стране не даёт прямолинейного представления, как работают онкологи конкретной территории. А объединяет регионы скорее тот факт, что в лечебных учреждениях не хватает онкологов. Хуже всего ситуация с укомплектованностью кадрами сложилась в Чукотском автономном округе.

Популяционный раковый регистр

Более точное представление о том, сколько в нашей стране онкологических больных, какое число из них нуждаются в применении того или иного препарата, какова эффективность назначенной им терапии должен дать популяционный раковый регистр. Об особенностях его составления говорила ведущий научный сотрудник РОНЦ кандидат медицинских наук Ольга Герцова. По её мнению, необходимо придание законодательного статуса системе Федерального ракового регистра. Кроме того, потребуются целевое финансирование на постоянной основе работ по его совершенствованию, сопровождению и администрированию. Ещё один из вопросов, требующий рассмотрения, – решение на государственном уровне вопроса о ведении персонализированной базы данных регистра.

Проект профессионального стандарта

Оживлённую дискуссию вызвал проект профессионального стандарта. В онкологии десятки направлений, которые требуют от сотрудников лечебных учреждений серьёзной подготовки. А руководство Минздрава России сегодня исповедует сокращение количества врачебных специальностей. Поэтому определить, что должен знать, уметь и каким опытом обладать сертифицированный специалист, совсем непросто. Секретарь профильной комиссии по специальности «Онкология» Минздрава России кандидат медицинских наук Павел Шабалкин обратил внимание на то, что изменения сначала должны быть внесены в содержание и объём программ высшего и дополнительного медицинского образования. А дальше стандарт должен учитывать непрерывное совершенствование квалификации всеми специалистами. Профессиональный стандарт по специальности «Онкология» должен быть утверждён Минздравом и Минтрудом России в ближайшее время.

Научно-практическая часть совещания ещё раз подтвердила, что российские онкологи прекрасно знакомы с лучшим международным опытом. А их квалификация позволяет применять самые передовые методы диагностики и лечения злокачественных опухолей. Поэтому реализовать на практике Глобальный план ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний им вполне под силу. Задача Национальной онкологической программы – придать этой деятельности системный характер. Чтобы адекватный скрининг функционировал в масштабах всей страны, а не только в рамках пилотных территорий. Более широкое применение в регионах новых методов позволит серьёзно снизить смертность от онкологических заболеваний. Другое дело – откуда взять деньги на то, чтобы повысить доступность лечения, сделать его абсолютно бесплатным. Программа должна способствовать поиску ответа и на этот вопрос.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Перспективы

Когда есть решительность

Национальная онкологическая программа позволит снизить бремя заболеваемости, смертности и инвалидности



Сегодня региональные онкологические клиники осваивают передовые технологии

не хватает региональным, да и федеральным клиникам. Более того, медицина не стоит на месте, появляются новые методы. Ещё недавно позитронно-эмиссионная томография, протонная терапия казались недостижимой мечтой онкологов. А сегодня эти методы уже используют ведущие зарубежные и некоторые российские клиники. Очевидно, что требуется постоянное переоснащение больниц и поликлиник новой медицинской техникой. Дмитрий Борисов считает, что Национальная онкологическая программа сумеет обеспечить перспективное укрепление материально-технической базы лечебных учреждений, оказывающих онкологическую помощь. Благодаря ей можно внедрять инновационные механизмы финансирования и организации специализированной медицинской помощи, передовые технологии.

Такая программа необходима России ещё по другой причине. Даже если коснуться вопроса лекарственного обеспечения онкологических больных, то понимаешь, как нелегко приходится противостоять злокачественным новообразованиям. Конкретные цифры говорят сами за себя. Сегодня на борьбу с ними выделяется не более 48 млрд руб. А расчёты показывают, что финансирование, обеспечивающее лечение по современным стандартам, требует порядка 435 млрд руб. Почувствуйте, как говорится, разницу. И похожие пропорции можно привести, если

будет создана вертикальная система управления программой, которая позволит контролировать достижения поставленных целей. Как было заявлено, всячески будут поддерживаться пилотные проекты, результаты которых будут учитываться на федеральном уровне при принятии решений.

Основными направлениями проработаны скрининг и программы ранней диагностики (взаимодействие с первичным звеном и маршрутизация пациентов). В приоритете записаны: специализированная нозологическая диагностика, хирургическое лечение, радиотерапия, лекарственное обеспечение, система учёта и анализа контингента пациентов (популяционный и нозологические регистры). В планах также – обсуждение финансового обеспечения и доступности диагностики и лечения. Предстоит выработать ещё и критерии оценки эффективности национальной программы. Они предполагаются как краткосрочные, так и долгосрочные. Среди последних: ежегодная летальность, 5-летняя выживаемость, инфраструктурное и кадровое обеспечение.

Между тем М.Давыдов высказал сомнение, что столь масштабный проект удастся принять в ближайшее время. Секрет его пессимистического настроения прост: Правительство РФ с трудом добывается сбалансированности бюджета по расходам и доходам. Во времена экономических трудностей «про-

сложная задача. И от уровня её проработанности, поддержки профессиональным сообществом и в целом населением России зависит успех совсем небезнадёжного дела.

В регионах не хватает онкологов

Национальная онкологическая программа должна учитывать реальное положение дел с лечением онкологических заболеваний в территориях. Сегодня статистика говорит о том, что диагностика и лечение этого класса заболеваний в России улучшается. Но надо иметь в виду, что смертность от новообразований в РФ за период 2000-2015 гг. имеет циклический характер. Минимальное значение (200,9 случаев на 100 тыс. населения) зарегистрировалось в 2006 г., пик отмечался (206,9 случаев) в 2009 г. По словам начальника отдела Минздрава России Михаила Крамарова, внедрены и применяются современные методы, ситуация улучшается.

Что касается последних данных, то смертность от новообразований в РФ за период январь – сентябрь 2016 г. (203,1) на 0,05% ниже, чем за аналогичный период 2015 г. (203,2). Были названы и регионы-лидеры.

По данным Минздрава России, которые размещены на официальном сайте ведомства, в прошлом году распространённость злокачественных новообразований на 100 тыс. человек составила 2327,4 случая. При этом наибольшие показатели регистрируются в областях: Курской – 3204,6, Калужской – 2900,4, Республике Мордовия – 2844,2, Краснодарском крае – 2836,6, городе Севастополь – 3300,2.

Но можно предположить, что там, где заболеваемость в отчётах значится как высокая, онкологическая служба как раз уделяет нужное внимание профилактике. Взять тот же Краснодарский край. Можно критиковать какие-то организационные решения, которые приняты на уровне этого региона. Но представить, что кубанские онкологи работают слабее, чем их коллеги в Чеченской Республике и Ингушетии, нельзя. Скорее это свидетельствует о том, что масштабные акции (такие как «Онкопатруль») позволяют выявлять больных на ранних стадиях. И это как раз хорошо. То есть скрининг,

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 7 (2037)

(Продолжение.)

Начало в № 5 от 25.01.2017.)

В качестве дополнительных инструментальных методов у пациентов с ТВП могут выполняться КТ и УЗИ органов грудной полости, фибробронхоскопия; при наличии плеврального выпота – плевральная пункция и последующее цитологическое, биохимическое и микробиологическое исследование плевральной жидкости.

Учитывая разнообразие возможных клинических сценариев, в том числе необходимость дифференциальной диагностики ТВП с разными по этиологии и патогенезу заболеваниями, выявления и оценки степени выраженности декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний, конкретный объем лабораторного и инструментального обследования должен определяться для каждого пациента индивидуально.

Определённый интерес среди лабораторных методов при ТВП представляет исследование биомаркёров воспаления, в частности количественное определение прокальцитонина. Уровень прокальцитонина коррелирует с тяжестью состояния пациентов с ВП, прогнозом и этиологией (выше при бактериальной инфекции по сравнению с инфицированием респираторными вирусами).

Всем пациентам с ТВП показано назначение системных АМП и адекватная инфузионная терапия, по показаниям используются другие фармакологические методы лечения – системные ГКС, иммуноглобулины, респираторная поддержка.

С целью профилактики системных тромбозов при ТВП показано назначение низкомолекулярных гепаринов или нефракционированного гепарина, для профилактики стрессовых язв используются антисекреторные препараты; рекомендуется ранний перевод пациентов на энтеральное питание.

Антимикробная терапия

Характеристика основных классов АМП
I. Антибактериальные препараты

Диагностика, лечение и профилактика тяжёлой внебольничной пневмонии у взрослых

Федеральные клинические рекомендации

Таблица 6
Дифференциальная диагностика ТВП и инфаркта миокарда

Признак	ТВП	Инфаркт миокарда
Анамнез	Часто резкое начало, накануне заболевания – переохлаждение, ОРВИ	Стенокардия, нередко признаки нестабильности незадолго до инфаркта (учащение приступов, появление их при меньшей нагрузке, увеличение потребности в нитратах)
Лихорадка	Характерный признак у большинства больных	Как правило, нехарактерна. Наблюдается при крупноочаговых формах на 2-3 день заболевания
Характеристика болевого синдрома	Может отсутствовать. Появляется при наличии сухого плеврита. Сопряжённость боли с актом дыхания	Волнообразное нарастание с локализацией (при «типичном» варианте) за грудиной. Может быть иррадиация (чаще в левую руку, челюсть, под левую лопатку), холодный липкий пот. Нехарактерна связь с дыханием. В 10-25% нет болевого синдрома
Показатели АД	Стойко снижаются по мере прогрессирования заболевания (проявление септического шока)	Нестабильность АД. Ангинозный статус сопровождается или сменяется гипотонией, кардиогенным шоком
Данные физикального обследования	При осмотре может отмечаться асимметричная экскурсия грудной клетки, усиление голосового дрожания на стороне поражения. Притупление перкуторного звука над областью инфильтрации или жидкости. Аускультативно возможно появление крепитации и влажных хрипов	Варьируются от полной нормы до выраженных отклонений (расширение верхушечного толчка, появление 3 и 4 тонов, ослабление тонов, появление влажных хрипов в лёгких и др.)
Рентгенологическая картина	Инфильтрация, может присутствовать вовлечение корней лёгких на стороне поражения	Может быть неизменной! При развитии отёка – расширение корней; застой по малому кругу; кардиомегалия за счёт левого желудочка
ЭКГ	Тахикардия, неспецифические изменения сердечной мышцы	Закономерная динамика и сроки. Признаки некроза мышцы сердца
ЭхоКГ	При прогрессирующей дыхательной недостаточности – дилатация и перегрузка правых отделов сердца, лёгочная гипертензия	Гипо- или акинез стенки левого желудочка в области инфаркта
Биохимические маркёры	Повышение в зависимости от характера проявлений полиорганной недостаточности	Повышен уровень тропонина I и T, КФК, КФК-МВ, ЛДГ, АСТ
Изменение картины гемограммы	Анемия, лейкоцитоз или лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокие показатели СОЭ	Наклонность к эритроцитозу, «ножницы» между лейкоцитозом и СОЭ (лейкоцитоз с первых часов до 3-6 сут., по мере снижения которого с 3-4 сут. отмечается ускорение СОЭ, которая может быть повышенной до 1-2 нед.)

β-лактамам антибиотикам принадлежит ведущая роль в лечении тяжёлой ВП, что обусловлено их мощным бактерицидным действием в отношении ряда ключевых возбудителей ВП, в первую очередь S.pneumoniae, низкой токсичностью, многолетним опытом эффективного и безопасного применения. Несмотря на рост МПК пенициллина для S.pneumoniae, при адекватном дозировании препарат сохраняет высокую эффективность в отношении подавляющего большинства клинических изолятов данного возбудителя.

Ампициллин, помимо высокой активности в отношении S.pneumoniae, действует на штаммы H.influenzae, не продуцирующие β-лактамазы. Преимуществом ингибиторозащитных аминопеницилинов является активность в отношении β-лактамазопродуцирующих штаммов H.influenzae, метициллиночувствительных S.aureus,

является высокая активность в отношении «атипичных» микроорганизмов, в первую очередь L.pneumophila. Макролиды используются при лечении легионеллёзной пневмонии, являются препаратами выбора при ВП, вызванной M.pneumoniae, S.pneumoniae, C.psittaci.

Необходимо отметить, что применение макролидов в комбинации с β-лактамами улучшает прогноз при тяжёлой ВП, включая пациентов с пневмококковой бактериемией, что может быть связано с наличием у макролидов дополнительных неантимикробных эффектов (противовоспалительная, иммуномодулирующая активность). В нескольких наблюдательных исследованиях и основанном на их результатах метаанализе у пациентов с ВП, находящихся в критическом состоянии, комбинация β-лактамо АМП с макролидом обеспечивала лучший прогноз в сравнении с комбинацией β-лактама + фторхинолон.

энтеробактерий и неспорообразующих анаэробов, продуцирующих чувствительные к ингибиторам β-лактамазы. Оксациллин может назначаться при ВП, вызванной метициллиночувствительным S.aureus.

Среди цефалоспоринов ключевыми препаратами для эмпирической терапии тяжёлой ВП являются цефотаксим и цефтриаксон, которые сохраняют активность в отношении большинства штаммов S.pneumoniae, характеризуются высокой активностью против H.influenzae и ряда энтеробактерий. Важным фармакокинетическим преимуществом цефтриаксона является длительный период полувыведения, позволяющий вводить его однократно в сутки. Одним из недостатков цефалоспоринов III поколения является низкая природная активность в отношении S.aureus.

Цефалоспорины III поколения с антисинегнойной активностью (цефтазидим, цефоперазон/сульбактам), а также цефепим используются при инфицировании P.aeruginosa; цефазолин может назначаться при ВП, вызванной метициллиночувствительным S.aureus.

В 2012 г. в РФ для лечения ВП у взрослых зарегистрирован новый цефалоспорин из группы антиMRSA цефемов – цефтаролин. Ключевыми преимуществами препарата является высокая активность в отношении S.pneumoniae, в том числе изолятов, резистентных к аминопенициллинам, цефтриаксону, макролидам и фторхинолонам, а также действие на MRSA. По клинической и микробиологической эффективности у госпитализированных пациентов с ВП, нуждающихся в парентеральной АБТ, препарат не уступал цефтриаксону, а у пациентов с пневмококковой ВП превосходил последний. Как и «классические» цефалоспорины III поколения, препарат не действует на неферментирующие микроорганизмы, в том числе P.aeruginosa и энтеробактерии, вырабатывающие БЛРС.

Среди карбапенемов ключевое место в режимах эмпирической АБТ ВП принадлежит эртапенему, обладающему высокой активностью в отношении большинства «атипичных» бактериальных возбудителей, за исключением MRSA и P.aeruginosa. Имипенем и меропенем являются препаратами выбора при подозрении на инфицирование P.aeruginosa. Все карбапенемы могут использоваться у пациентов с факторами риска аспирации, данная группа АМП сохраняет активность против БЛРС-продуцирующих энтеробактерий.

Для всех β-лактамов антибиотиков характерно отсутствие клинически значимой активности в отношении «атипичных» бактериальных возбудителей (L.pneumophila, M.pneumoniae, S.pneumoniae).

Макролиды

Основным преимуществом макролидов при лечении пациентов с тяжёлой ВП яв-

Современные макролиды (азитромицин, кларитромицин) хорошо проникают в бронхиальный секрет и лёгочную ткань, создавая в них концентрации, превышающие таковые в сыворотке крови, характеризуются благоприятным профилем безопасности и отсутствием перекрёстной аллергии с β-лактамами антибиотиками.

Фторхинолоны

Среди препаратов данной группы наибольшее значение при тяжёлой ВП имеют респираторные фторхинолоны – моксифлоксацин и левофлоксацин, которые активны в отношении большинства ключевых возбудителей, включая S.pneumoniae, H.influenzae, энтеробактерии, метициллиночувствительные S.aureus (MSSA), «атипичные» бактериальные патогены. Необходимо отметить, что у препаратов есть ряд особенностей – в частности, моксифлоксацин обладает более высокой активностью в отношении S.pneumoniae, неспорообразующих анаэробов, левофлоксацин активнее против P.aeruginosa.

Хорошие микробиологические характеристики препаратов сочетаются с благоприятными фармакокинетическими параметрами (длительный период полувыведения, высокие концентрации в бронхиальном секрете и лёгочной ткани).

Левофлоксацин и моксифлоксацин в комбинации с цефалоспорином III поколения являются альтернативным режимом эмпирической терапии тяжёлой ВП. Следует отметить, что эффективность монотерапии респираторными фторхинолонами у госпитализированных пациентов, нуждающихся в парентеральной АБТ, изучалась в ряде клинических исследований. В частности, в наиболее крупном исследовании MOTIV у госпитализированных пациентов, относящихся к III-V классам риска по шкале PORT, моксифлоксацин по клинической и микробиологической эффективности не уступал комбинации левофлоксацина с цефтриаксоном. Однако в данное исследование не включались пациенты с ВП, находящиеся в критическом состоянии, нуждающиеся в ИВЛ и назначении вазопрессоров. В связи с этим возможность рутинного использования респираторных фторхинолонов в монотерапии при тяжёлой ВП требует дополнительного изучения.

Фторхинолоны являются препаратами выбора при болезни легионеров, наряду с макролидами могут использоваться при лечении ВП, вызванной M.pneumoniae, S.pneumoniae, C.psittaci. Ципрофлоксацин применяется у пациентов с факторами риска/подтверждённым инфицированием P.aeruginosa.

Препараты других групп

Среди аминогликозидов у пациентов с тяжёлой ВП определённое значение имеют препараты II-III поколения (амикацин, гентамицин и др.), обладающие значимой актив-

Дифференциальная диагностика ТВП, астматического статуса и пневмоторакса

Таблица 7

Признаки	ТВП	Астматический статус	Пневмоторакс
Клинический фон	Может быть не отягощён	Бронхиальная астма в анамнезе; передозировка бета2-агонистов; неадекватная стероидная терапия или синдром отмены; экспозиция аллергена	Локальные изменения в лёгких после специфических и неспецифических воспалительных заболеваний, буллёзная эмфизема, травма, кистозная гипоплазия и т.д. Астеническая конституция
Характер морфологических изменений	Очагово-сливное бактериальное воспаление. Может быть деструкция, плеврит	Закупорка бронхиол слизью, спазм, отёк	Дефекты плевры (разрыв)
Положение больного	Горизонтальное, чаще на больном боку	Сидячее, полусидячее	Сидячее, полусидячее
Боль в груди	Необязательный признак	Зачастую нет (возможно чувство стеснения в груди; мышечные боли)	Всегда!
Удушье	Может отсутствовать	Есть экспираторное	Есть при напряжённом пневмотораксе
Цианоз	Крайне редко	Может быть тёплый, диффузный	Может быть
АД	Стойко снижаются по мере прогрессирования заболевания (проявление септического шока)	Норма или повышено	Снижено
Данные физического обследования	При осмотре может отмечаться асимметричная экскурсия грудной клетки, усиление голосового дрожания на стороне поражения. Притупление перкуторного звука над областью инфильтрации или жидкости. Аускультативно возможно появление крепитации и влажных хрипов	Эмфизематозная грудная клетка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, коробочный перкуторный звук над лёгкими, свистящие хрипы (в крайне тяжёлых случаях – немое лёгкое)	Асимметрия грудной клетки (выбухание поражённой половины), ослабление голосового дрожания на стороне поражения, тимпанический перкуторный звук, ослабление дыхания
Рентгенологическая картина	Инфильтрация, участки деструкции	Острая эмфизема, низкое стояние купола диафрагмы с обеих сторон	Отсутствие лёгочного рисунка, коллабированное лёгкое, смещение средостения в противоположную сторону, уплощение купола диафрагмы на стороне поражения

ностью против неферментирующих микроорганизмов (*P.aeruginosa*, *Acinetobacter* spp.). Следует отметить, что аминогликозиды не активны в отношении *S.pneumoniae*, создают низкие концентрации в бронхиальном секрете и мокроте, для них характерно развитие ряда серьёзных НЛР (нефро-и ототоксическое действие, нервно-мышечная блокада).

В связи с этим показания к применению данной группы ЛС у пациентов с тяжёлой ВП должны быть строго ограничены – они могут назначаться как компонент эмпирической терапии у пациентов с факторами риска инфицирования *P.aeruginosa*, либо использоваться для этиотропной терапии инфекций, вызванных *P.aeruginosa*, *Acinetobacter* spp. (также в комбинации с β-лактамами или фторхинолонами).

Ванкомицин характеризуется высокой активностью в отношении полирезистентных грамположительных микроорганизмов, в первую очередь MRSA и *S.pneumoniae*, с чем связаны основные возможности применения препарата у пациентов с тяжёлой ВП. Препарат может назначаться пациентам с предполагаемым или подтверждённым инфицированием MRSA, а также использоваться у пациентов с пневмококковой пневмонией, вызванной полирезистентными *S.pneumoniae*.

Следует отметить, что ванкомицин отличается вариабельная фармакокинетика, его применение должно сопровождаться проведением терапевтического лекарственного мониторинга; в случае инфицирования изолятами *S.aureus* с МПК ≥1,5 мкг/мл возрастает риск клинической неудачи при стандартном режиме дозирования.

Линезолид является единственным доступным в настоящее время в клинической практике оксазолидиноном. Основное клиническое значение препарата при тяжёлой ВП, как и ванкомицина, связано с высокой активностью в отношении *S.pneumoniae* (в т.ч. ПРП) и MRSA. Наряду с ванкомицином линезолид может использоваться у пациентов с пневмококковой пневмонией, включая случаи инфицирования ПРП, а также назначаться пациентам с MRSA-инфекцией. Преимуществами линезолида в случае инфицирования MRSA по сравнению с ванкомицином является меньший риск нефротоксического эффекта, более предсказуемая фармакокинетика, а также наличие пероральной ЛФ с высокой биодоступностью, что позволяет использовать препарат в режиме ступенчатой терапии.

Линкозамиды (в первую очередь клиндамицин) могут использоваться при подтверждённом инфицировании MSSA, а также предполагаемой аспирации (в составе комбинированной терапии); альтернативой клиндамицину при аспирационной ВП может быть метронидазол. Сравнительная активность антибактериальных препаратов в отношении ключевых бактериальных возбудителей тяжёлой ВП представлена в таблице 9.

(Продолжение следует.)

Дифференциальная диагностика ТВП и ТЭЛА

Таблица 8

Признак	ТВП	ТЭЛА
Клинический фон	Может быть не отягощён	Флеботромбоз, хронический тромбофлебит, послеоперационный период, сердечно-сосудистая патология, онкологическое заболевание, длительный постельный режим, гиподинамия
Характер морфологических изменений	Очагово-сливное бактериальное воспаление. Может быть деструкция, плеврит	Окклюзия тромбом ветвей лёгочной артерии
Боль в груди	Может отсутствовать	Часто
Удушье	Крайне редко	Есть периодически; может нарастать; инспираторное
Данные физического обследования	При осмотре может отмечаться асимметричная экскурсия грудной клетки, усиление голосового дрожания на стороне поражения, притупление перкуторного звука над областью инфильтрации или жидкости. Аускультативно возможно появление крепитации и влажных хрипов	Признаки острого лёгочного сердца; со стороны лёгких в первые дни (до развития инфаркта лёгкого) зачастую нет никаких изменений
Рентгенологическая картина	Инфильтрация, участки деструкции	Выбухание лёгочного конуса, зоны олигемии, дисковидные ателектазы, фокусы уплотнения, реакция плевры

Активность различных антибиотиков в отношении ключевых возбудителей тяжёлой ВП

Таблица 9

Название АМП	<i>S.pneumoniae</i> (ПЧП)	<i>S.pneumoniae</i> (ПРП)	<i>H.influenzae</i>	<i>Legionella</i> spp.	<i>S.aureus</i> (MSSA)	<i>S.aureus</i> (MRSA)	Enterobacteriaceae	<i>P.aeruginosa</i>	Анаэробы ¹
Бензилпенициллин	+++	0	+	0	0	0	0	0	+
Аминопенициллины	+++	++	++	0	0	0	0	0	+
Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам	+++	++	+++	0	+++	0	+	0	+++
Пиперациллин/тазобактам	+++	0	+++	0	+++	0	+++	+++	+++
Оксациллин	+	0	0	0	+++	0	0	0	0
Цефотаксим, цефтриаксон	+++	++	+++	0	+	0	++	0	+
Цефтазидим	+	0	+++	0	0	0	++	+++	+
Цефоперазон/сульбактам	+	0	+++	0	0	0	+++	++	++
Цефепим	+++	++	+++	0	+++	0	++	+++	+
Цефтаролин	+++	+++	+++	0	+++	++	++	0	0
Эртапенем	+++	++	+++	0	++	0	+++	0	+++
Имипенем, меропенем	+++	++	+++	0	+++	0	+++	+++	+++
Макролиды	++	+	+	+++	++	0	0	0	0
Моксифлоксацин	+++	+++	+++	+++	+++	+	++	+	++
Левифлоксацин	++	++	+++	+++	++	+	++	++	0
Ципрофлоксацин	+	+	+++	+++	+	0	+++	+++	0
Ванкомицин	++	++	0	0	++	+++	0	0	0
Линезолид	+++	+++	+	0	+++	+++	0	0	0
Аминогликозиды II-III	0	0	+	0	+	0	+++	++	0
Клиндамицин	++	+	+	0	+++	+	0	0	+++

Примечание: +++ – высокая активность, подтверждённая клиническими данными, может быть препаратом выбора; ++ – активность, подтверждённая клиническими данными, может быть препаратом альтернативы; + – низкая активность АМП; 0 – отсутствие клинически значимой активности (в некоторых случаях активность только in vitro); ¹при отсутствии активности против Грам (-) анаэробов препарат расценивается как неактивный

Заведующий лабораторией нервных и нейроэндокринных регуляций Института биологии развития им. Н.К.Кольцова РАН, советник Министерства образования и науки РФ и долгое время президента Российской академии наук Михаил Угрюмов является известным учёным-нейробиологом, который наряду с фундаментальными исследованиями занимается нейродегенеративными заболеваниями (см. «МГ» № 5 от 27.01.2010 и № 8 от 05.02.2010). В течение многих лет он работал приглашённым профессором в США, Японии, Германии, причём более 20 лет в парижском Университете им. П. и М.Кюри. Сегодня его интервью – специально для читателей «МГ».



граммы «Академия» по каналу «Культура», которая была заменена программой «Факультет ненужных вещей», что в высшей степени символично и трагично.

– Как бы вы могли прокомментировать итоги прошедших выборов в РАН? Все мы слышали критику избрания чиновников влиятельных академиков из уст Президента РФ и СМИ. Почему это происходит?

– Было заранее понятно, что эти выборы принципиально отличаются от предыдущих, хотя бы тем, что в них впервые участвовали две вливающиеся в РАН академии – медицинских и сельскохозяйственных наук. До этого академии жили по своим законам – у каждой

– Особая критика со стороны руководства страны и СМИ была адресована избранным детям известных академиков. Хотелось бы по этому вопросу знать ваше мнение как сына известного нейрохирурга профессора Вениамина Михайловича Угрюмова – в прошлом директора Ленинградского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова главного нейрохирурга России.

– Ответ на ваш вопрос вытекает из моего понимания успешности человека в обществе. Мы часто говорим, что «природа отдыхает на детях», но мало кто задумывается, почему это происходит. Мне кажется, что такая закономерность действительно

жизненный путь ребёнка». Думаю, что этого удалось избежать. Уже в юности, имея склонность к биологии и медицине, я в 15 лет пошёл работать, чтобы понять, что мне больше нравится: заниматься наукой – изучать, или быть хорошим клиницистом – лечить. К окончанию вечерней школы я понял, что моё призвание – изучать, и в 17 лет уехал из дома – из Ленинграда, в Москву учиться на только что открытом медико-биологическом факультете 2-го мединститута, который по современной терминологии готовил специалистов в области трансляционной медицины. Мы никогда не перебрались с отцом по профессиональной и административной линии – он был нейрохирургом,

– Михаил Вениаминович, в своей статье «Модернизация Российской академии наук на основе исторической преемственности или «до основанья, а затем...», опубликованной в 2008 г. в «Вестнике РАН», вы писали, что существует реальная угроза распада РАН. Насколько оправдывается ваш прогноз?

– Этот прогноз был не только мой, но и таких радеющих за академию людей, как академики Николай Платэ, Олег Газенко и многие другие. Уже в конце 90-х было понятно, что если академия сама себя не реформирует и не адаптируется к новым политическим и экономическим условиям, то она прекратит своё существование. Что и происходит. В статье давалась оценка состояния РАН и предлагались пути реформирования в интересах учёных и государства, а в рецензии на неё академик Андрей Гончар писал, что надеется, что она вызовет конструктивную дискуссию по этому вопросу. Этого не произошло, и в результате мы имеем то, что имеем: после принятия закона о науке в 2013 г. академия как форпост фундаментальной науки и мультидисциплинарная научная организация, интегрированная в международное научное сообщество, прекратила существование, что особенно пагубно в то время, когда перед человечеством стоят глобальные задачи – поиск новых видов энергии, охрана здоровья, борьба с терроризмом, изменение климата.

– Каковы результаты административной реформы РАН, проведённой несколько лет назад?

– Вряд ли можно утверждать, что за это время произошли положительные сдвиги в науке. Однако для объективной оценки нужно беспристрастно проанализировать, как изменились научная продукция, материально-техническое обеспечение и кадровая структура. Если говорить о публикационной активности – основном показателе эффективности фундаментальных исследований, то публиковать стали больше, но я не уверен, что качество публикаций выросло. Для получения грантов и отчётов по ним учёные вынуждены искусственно увеличивать число публикаций, то есть мельчить их. При этом каждая статья перестаёт быть законченным серьёзным научным трудом. Много, что произошло в последние годы, в первую очередь экономические санкции и девальвация рубля, усугубило и без того непростую ситуацию в науке. Самое печальное то, что продолжается «утечка мозгов». Что касается реформирования функций академии, то мне кажется, что она недостаточно оперативно следует закону о науке и уставу. Из обоих документов следует, что влияние академии на институты ограничивается руководством научными исследованиями, а административные функции отошли к ФАНО. Из этих же документов следует, что академия должна быть надведомственным экспертным

Авторитетное мнение

Реформирование науки — иллюзии и реальность

Академик РАН Михаил Угрюмов о том, какими он видит изменения в российской науке

сообществом, аналогично Национальной академии наук США, которая по запросу правительства даёт прогнозы развития науки, и не только – проводит анализ всех сфер деятельности. Недаром в администрации Обамы было 5 Нобелевских лауреатов, а практически у каждого министра советниками были академики. Более того, американская академия в значительной степени определяет финансовые потоки, которые идут на развитие науки.

– Любая реформа, в том числе и науки, должна базироваться на хорошо проработанной концепции. Существует ли концепция, на которой основывается закон о реформировании науки в нашей стране?

– Насколько я знаю, такой единой концепции не было и нет. Более того, до сих пор неизвестно, кто автор закона, хотя этот вопрос неоднократно поднимался. Поразительно, что основные ведомства, ответственные за науку, придерживаются принципиально разных точек зрения. Так, Минобрнауки ориентировано на англосаксонскую модель развития науки на базе университетов, тогда как ФАНО взяло за основу модель организации науки в Институте Макса Планка в Германии. Ещё более удивительно то, что РАН, будучи не согласной ни с одним из этих подходов, не имеет собственной концепции развития науки, хотя решение о её создании было принято ещё на внеочередном заседании президиума сразу же после первого чтения закона о науке в Думе.

– Почему РАН не имеет своей концепции реформирования?

– Думаю, по двум причинам. Во-первых, руководство РАН не до конца осознаёт, что любой организм – живой или социальный, если не адаптируется к внешней среде, обречён на деградацию. Во-вторых, адаптация к внешним условиям при сохранении или даже наращивании потенциала сопровождается обострением конфликта интересов, в том числе с сильными мира сего. Для этого необходимо гражданское мужество, что нынче в большом дефиците. Лакмусовой бумагой в этом отношении может служить позиция РАН в СМИ. С выходом закона о науке совпало закрытие научно-просветительской про-

была своя научная планка, свои принципы – административные, кадровые, морально-этические. Поэтому надо было постараться заранее привести требования во всех отделениях РАН к единым стандартам. Я не заметил, чтобы такая работа проводилась.

На выборах временами возникают вопросы этического порядка в связи с избранием в академию людей, имеющих родственные связи с голосующими членами академии. Казалось бы естественным, чтобы члены академии в этом случае отказывались от участия в обсуждении и голосовании. К сожалению, за 20 лет моего пребывания в академии так и не довелось этого наблюдать. Думаю, что целесообразно внести соответствующую поправку в Устав РАН. Поводом для критики со стороны Президента страны и СМИ послужило избрание в академию людей, занимающих высокие административные позиции, у которых, конечно же, не остаётся времени для серьёзного занятия наукой. Если речь идёт о людях, которые внесли серьёзный вклад в науку, то я не вижу ничего, что шло бы в разрез с моралью и уставом, который предполагает избрание в РАН за уже имеющиеся научные заслуги и не оговаривает необходимости продолжения такой же интенсивной научной работы после избрания. Однако наряду с сильными учёными-администраторами были избраны люди с сомнительной научной репутацией. Такое случилось и во времена АН СССР и РАН до реформирования – по конъюнктурным соображениям выбирали в отделениях, а на общем собрании они не набирали необходимых для избрания 50% голосов.

Очевидно, после слияния РАН с медицинской и сельскохозяйственной академиями порог в 50% голосов оказался недостаточным. Поэтому было бы целесообразно поднять его до 70-80%. С точки зрения прав человека я не понимаю, насколько legitimately запрещать кому-то участвовать в выборах. Есть процедуры выдвижения, которые не зависят от того, нравится это власти любого уровня или нет. Другое дело, если избранный в академию чиновник остаётся справляться со своими обязанностями, его можно уволить по административной линии.

существует. Представьте себе такую комбинацию: талантливый и преуспевающий отец или мать и начинающий жизненный путь ребёнка. Что происходит? Возможны два сценария. Первый – родители подсознательно, из эгоистических соображений начинают подталкивать ребёнка идти по своим стопам, создавая для него максимально благоприятные условия. По второму сценарию преуспевающие родители и не думают создавать «тепличные» условия для ребёнка, но зато их привилегиями старается воспользоваться сам ребёнок, исходя из того, что таким образом можно без борьбы и труда проскочить многие барьеры, о которые другие расшибают лоб.

Теоретически я за преемственность поколений в профессии, но в реальной жизни и по моим личным наблюдениям это в достойном виде происходит крайне редко по той простой причине, что, в отличие от наследования цвета глаз и других простых признаков, вероятность наследования призвания и таланта абсолютно мизерная. Думаю, именно в этом секрет того, что природа отдыхает на детях. С учётом того, что даже самые великие родители не вечны, рано или поздно воспитанный на основе протекционизма уже взрослый ребёнок должен ежедневно подтверждать свой высокий профессионализм, которого нет. На Западе есть экономические законы, которые заставляют людей проявлять свою профессиональную индивидуальность независимо от того, кем являются их родители. Чтобы наследовать недвижимость в США или Японии, надо заплатить такой налог, что иногда выгоднее отказаться от наследства. То есть общество даёт понять молодому человеку, что он должен сделать себя своими руками и своей головой. Поэтому в США, в отличие от европейских стран и России, дети рано начинают работать и рано начинают самостоятельную жизнь, что является одним из объяснений беспрецедентно успешного развития страны. У нас такого налога нет ни в прямом, ни в переносном смысле.

Теперь я могу перейти к ответу на вторую часть вашего вопроса, коснулась ли меня проблема «преуспевающий отец – начинающий

а я – экспериментатором-нейробиологом. Однако это не исключало нашего тесного семейного общения с ним и с мамой – профессором-онкогинекологом – и обсуждения проблем, стоящих перед нейронауками. Вероятно, под впечатлением установок родителей о том, что биологическая и медицинская науки должны быть подчинены интересам больного, я уже много лет назад начал использовать накопившийся исследовательский потенциал для решения клинических задач.

– А дети по вашим стопам тоже не пошли?

– Традиции, о которых я говорил, были перенесены на детей. Я никогда не советовал им, кем надо работать, что позволило им самим найти своё призвание. Сын, имея двойное образование – биохимическое и юридическое, – высококвалифицированный юрист по защите интеллектуальной собственности в области биологии и медицины, работает в Москве в канадской юридической фирме. Моя дочь, окончив мединститут, тоже не стала заниматься наукой, а решила быть квалифицированным врачом-дерматологом. Она работает в Европейском медицинском центре в Москве. Я рад, что они не позволили природе на них отдохнуть.

– Может быть, отмена ежемесячных стипендий (100 тыс. руб. для академиков и 50 тыс. руб. для членов-корреспондентов) уменьшила бы число желающих пополнить ряды академии?

– Для пришедших из власти чиновников и известных клиницистов это не такие уж большие деньги. Однако для отбора учёных в области фундаментальных наук отмена стипендии сыграла бы плохую службу – у нас и так отток сильных учёных за рубеж, поскольку их материальное положение далеко от благополучного. Если мы хотим усилить этот отток, то, наверное, стипендию следовало бы упразднить.

– Семь лет назад уже в другой статье «Конкурентоспособность российской академии наук в условиях открытого рынка», опубликованной также в «Вестнике РАН», вы писали, что, по сравнению с развитыми странами, у нас в 8-9 раз меньше финансирование на научного

работника и в 3-5 раз меньше зарплата научных работников. Что-нибудь изменилось?

– Не думаю. В наших отчётах о постоянном росте благосостояния учёных есть лукавство. В Европе научный сотрудник живёт на гарантированную достойную зарплату, хотя и не имеет право дополнительно получать грантовые деньги. У нас оценивают не оклад научного работника, а его доходы, складывающиеся из мизерной гарантированной зарплаты и грантовых денег, которые имеют не так много людей и которые могут в любой момент кончиться. Это тот случай, когда говорят, что нет уверенности в завтрашнем дне. Что касается инвестиций в науку, то в последние 5 лет довольно большие деньги были вложены в университетскую науку. Насколько рациональны эти вложения, нужно анализировать. Хотя было закуплено дорогостоящее оборудование, я не уверен, что оно везде эффективно используется.

– Ваш прогноз, как я понимаю, довольно мрачный?

– Скорее да, чем нет. Самое большое место в российской науке – это «отток мозгов». Если вдруг завтра нефть будет стоить не 50, а 200 долл. за баррель и мы сможем в течение 2-3 лет закупить дорогостоящее оборудование, то для восполнения интеллектуального потенциала понадобится не менее 30 лет – период, необходимый для подготовки 2-3 поколений учёных на основе преемственности поколений. При этом научные кадры должны созреть на российской почве, поскольку до сих пор у нас ещё сохранилась одна из лучших в мире систем образования. Правда, последние 5-7 лет наблюдается тенденция приглашать из-за границы нашу диаспору или иностранных учёных.

– Как Пётр I?

– Нет, не так. Во-первых, Пётр I приглашал не диаспору, а известных иностранных учёных, поскольку у нас ещё не было научных школ, а, следовательно, и «утечки мозгов». Во вторых, у нас стартовая площадка не нулевая – страна ещё четверть века назад была сверхдержавой с высоко-развитой наукой. А приглашаем мы в основном постдоков. Анализ эффективности этой деятельности весьма пессимистичен. Нередко к нам приезжают люди, которые не состоялись на Западе, не смогли там получить гранты, но которые при первой возможности готовы туда вернуться. Лишь небольшой процент людей, защитивших на Западе диссертацию, становятся самостоятельно мыслящими учёными. Из 10 успешно защищённых под моим руководством в Европе аспирантов дай бог один станет серьёзным учёным.

Вторая немногочисленная категория приезжающих – те, которые состоялись на Западе. Они получают в России мегагранты, но не отказываются от работы в другой стране. Это приводит к непрямому перекачиванию российских денег в страну-конкурента, а также к созданию управляемого потока наших молодых учёных в том же направлении. Так что приглашение диаспоры и иностранцев – это не решение проблемы, а возможность на короткое время создать иллюзию возрождения российской науки. Если речь идёт о долгосрочном развитии науки, нужно создавать собственную образовательную и конкурентную среду. Первое необходимое условие – это бесплатное образование. Как только образование становится платным, сокращаются возможности селекции талантливых людей.

В цивилизованном мире бесплатное образование считается одним из фундаментальных достижений демократии наряду с бесплатным здравоохранением на фоне прогрессивного подоходного налога. Именно прогрессивный

налог позволяет финансировать фундаментальную науку, образование, здравоохранение и многие социальные программы. Поэтому, когда говорят, что в нашей стране ограничены возможности для финансирования науки и образования, при плоской шкале подоходного налога это естественно. Даже если талантливый человек поступает в вуз на бюджетное место, не имея финансовой помощи от родителей, он вынужден работать. Можно представить, какое образование он получит. Ничем не лучше положение аспирантов и молодых учёных. Так, аспирант получает стипендию 6 тыс. руб. при официальном прожиточном минимуме более 9 тыс. руб. Для сравнения: в странах Евросоюза стипендия аспиранта колеблется от 1 до 1,5 тыс. евро, а расходы в российских и европейских мегаполисах одного порядка. Ну и как при этих условиях можно призывать молодёжь заниматься наукой?

Кадровая политика в науке привела к парадоксу – страна живёт за счёт продажи дешёвых природных ресурсов и даже гордится этим, тогда как самый дорогой продукт на рынке – интеллектуальные ресурсы – мы отдаём даром нашим зарубежным конкурентам, даже не думая о том, как можно компенсировать затраты на их подготовку. Это удивительно на фоне того, что уже давно узаконена и широко распространена практика выплаты компенсации за спортсменов, например, футболистов, которые переходят из одной команды в другую.

– Во время нашей встречи на сессии РАН по мозгу в 2009 г. вы упомянули, что некоторые известные нейробиологи увлеклись мистикой, что идёт клерикализация науки. Что-то меняет?

– Меняет многое, и, к сожалению, не к лучшему. Хорошо, что вы вспомнили эту сессию, по итогам которой мне было поручено создать Центр исследований мозга, который занимался бы, с одной стороны, фундаментальными исследованиями, а с другой – использовался бы для решения прикладных задач. Идеологической «начинкой» центра должна была быть борьба с нейродегенеративными заболеваниями. Решение о создании центра было принято, был сделан проект, центр был официально зарегистрирован, но затем последовала реформа науки, и дальше этот вопрос не поднимался ни новым президиумом, ни ФАНО, что существенно снизило на многие годы нашу конкурентоспособность в области нейронаук и нейротехнологий.

Что касается клерикализации науки, то, в отличие от начала 2000-х, сейчас это вряд ли может вызвать сомнение. Как по-другому объяснить введение в ВАК новой научной дисциплины – «теологии», создание кафедры по теологии в Московском инженерно-физическом институте, обсуждение включения в образовательную программу средней школы и ряда вузов соответствующих дисциплин. Одновременно телевидение заполонило передачи о явлениях природы, когнитивных функциях мозга, сущности состояний жизни и смерти религиозного или мистического толка. Удивительно, но я не видел, чтобы эти вопросы – ключевые для научно-просветительской деятельности – обсуждались в академии.

– Каково ваше личное отношение к этой тенденции?

– Такое же, как у Франциска I – короля Франции, который был инициатором отделения от церковной науки, базировавшейся в Сорбонне, светской науки, для чего в XVI веке в Париже был создан просветительский университет – Коллеж де Франс. Думаю, что это вполне согласуется с положением и нашей конституции об отделении церкви от государства. Хочу подчеркнуть, что при этом

я с уважением и пониманием отношусь к чувствам верующих, тем более что среди моих самых близких людей были истинно верующие.

– Вы принимали активное участие в программе «Фундаментальные науки – медицине». Что с ней стало?

– Я был заместителем руководителя этой программы и курировал раздел по исследованию мозга и разработке нейротехнологий. Почти за 10 лет её существования сложился уникальный мультидисциплинарный консорциум высококвалифицированных специалистов – биологов, медиков, химиков, математиков, физиков из 29 институтов 8 отделений РАН, а также институтов РАН и Минздрава России. Этот консорциум внёс большой вклад в разработку ранней диагностики и лечения социально значимых нейродегенеративных заболеваний – болезней Паркинсона и Альцгеймера. Удивительно, что эта единственная в нашей стране межведомственная программа по исследованию мозга была закрыта Президиумом РАН, причём на фоне провозглашения исследований мозга в США, Евросоюзе, Китае, а в последние годы и в нашей стране как одного из наиболее приоритетных направлений развития науки и технологий. Судьба программы иллюстрирует ещё один парадокс развития отечественной науки.

Успешное функционирование целевых программ/проектов, решающих социально значимые задачи, на Западе приводит к созданию соответствующих институтов. Именно так недавно были созданы институты нейродегенеративных заболеваний во Франции, США, Канаде, Германии. У нас это закончилось закрытием программы президиума и направления по исследованиям мозга. Тем не менее определённые надежды связаны с тем, что в последние годы исследования мозга признаны правительством как одна из 9 приоритетных научных задач, а нейротехнологии включены в «Национальную техническую инициативу», что предполагает серьёзную организационную и финансовую поддержку со стороны государства.

– Программу закрыли по причине отсутствия денег?

– Причину никто не называл, но это точно не отсутствие денег, потому что другие программы сохраняются, появляются новые.

– Тем не менее, несмотря на закрытие программы, ваша лаборатория процветает...

– Это правда – наша лаборатория по кадровому и материально-техническому потенциалу не уступает большинству аналогичных западных лабораторий. У нас и наших российских партнёров имеются все возможности для оценки работы мозга – от экспрессии специфических генов до поведения, что позволяет публиковать результаты в высокорейтинговых международных журналах. Это не означает, что мы отказываемся от сотрудничества с Западом. Однако к выбору зарубежных партнёров подходим очень избирательно. Так, при отсутствии в России ПЭТ для животных мы используем этот подход при моделировании нейродегенеративных заболеваний на базе федерального Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе.

– Но ведь ПЭТ выполняется во многих клиниках в России?

– Несмотря на то, что в России существует несколько десятков ПЭТ, до сих пор используются только базовые маркёры метаболизма – глюкоза и метионин – хотя на Западе существуют десятки специфических маркёров, позволяющих охарактеризовать функциональное состояние нейронов. Этот пробел невозможно компенсировать закупкой в западных странах маркёров, поскольку они помечены короткоживущими

изотопами. Для этого их нужно производить постоянно в шаговой доступности от ПЭТ.

– О каких маркёрах идёт речь? Об L-ДОФА?

– L-ДОФА – это уже устаревший маркёр nigrostriatной дофаминергической системы мозга – ключевого звена регуляции двигательной функции, которая как раз и страдает при болезни Паркинсона. Только при этом заболевании используют маркёры мембранного транспортёра дофамина, везикулярного мембранного транспортёра дофамина 2-го типа, рецепторов к дофамину. Клинические испытания проходят маркёр альфа-синуклеина – белка, вызывающего гибель нейронов. Не меньше количество маркёров используется при болезни Альцгеймера и других неврологических и психических заболеваниях. Можно с уверенностью сказать, что в этой области мы отстали от Запада лет на 20.

– Вы занимаетесь исследованиями паркинсонизма много лет. Удалось ли приблизиться к клинике, или это пока фундаментальная наука?

– Важнейшей особенностью нейродегенеративных заболеваний, как любых хронических заболеваний – сердечно-сосудистых, эндокринных и др., является появление первых симптомов через много лет после начала гибели специфических клеток, когда уже поздно начинать лечить больного. Исходя из этого, приоритетом в борьбе с нейродегенеративными заболеваниями ещё 15-20 лет назад было признано создание ранней – доклинической – диагностики. За это время было организовано много национальных и международных программ-проектов. Все они основаны на представлениях о том, что нейродегенеративные заболевания являются системными, причём деградация специфического отдела мозга, ответственного за нарушение определённой функции – nigrostriatной системы при болезни Паркинсона, гиппокампа и коры при болезни Альцгеймера – предшествует деградация ряда других отделов мозга и периферической нервной системы. Отсюда следует, что деградация нервной системы может проявляться в виде ранних неспецифических симптомов и изменения состава биологических жидкостей. Так, нарушение обоняния – один из наиболее ранних симптомов при болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера.

Основные надежды связаны с идентификацией маркёров доклинической стадии заболевания в крови. Но поскольку диагноз не может быть поставлен на доклинической стадии, маркёры ищут в крови у больных на клинической стадии, хотя нет оснований считать, что они также будут характерны и для доклинической стадии. Более того, общепринято, что каждый маркёр лишь относительно специфичен, то есть может проявиться при ряде заболеваний. Поэтому для доклинической диагностики предполагается использовать одновременно несколько маркёров. Несмотря на то, что уже выявлены десятки маркёров и опубликованы десятки статей, диагностической технологии до сих пор нет, что свидетельствует о необходимости усовершенствования существующей методологии или замены её на более эффективную. Такая усовершенствованная методология была недавно нами предложена.

– В чём ваше ноу-хау?

– Согласно нашей парадигме, валидность маркёров, обнаруженных у больных на клинической стадии, проверяется на экспериментальных моделях клинической и доклинической стадий болезни Паркинсона. Если маркёр, обнаруженный у больных, также выявляется и у животных, то делается вывод о том, что он может быть использован для доклинической диагностики. Даже в этом случае диа-

гностика остаётся неспецифичной, поскольку базируется на относительно специфичных маркёрах крови. Поэтому следующим шагом была разработка специфичной доклинической диагностики на основе провокационного теста. Эта методология, которая никогда не применялась для ранней диагностики хронических болезней мозга, десятки лет успешно используется в терапии. Суть в том, что на доклинической стадии заболевания обратимо усиливают функциональную недостаточность деградирующей регуляторной системы мозга до порога, при котором временно проявляются симптомы. Мы доказали состоятельность этой методологии на экспериментальной модели доклинической стадии болезни Паркинсона, запатентовали её и опубликовали в международном журнале с высоким рейтингом. Сейчас проводятся систематические доклинические исследования, которые позволяют зарегистрировать провокационный химический агент в Минздраве и начать клинические испытания.

– О каком химическом агенте идёт речь?

– Это ингибитор синтеза дофамина, который обратимо снижает синтез дофамина в nigrostriatной системе до порога, при котором временно возникают нарушения моторики.

– Ну хорошо, выявили вы группу риска. А дальше-то что?

– А дальше понадобится не столько заместительная терапия, направленная на компенсацию дефицита дофамина, сколько нейропротекторная терапия, способствующая замедлению нейродегенерации. Гибель нейронов можно будет замедлить настолько, что до порога, когда появляются клинические симптомы, дело дойдёт в возрасте 100-120 лет, что для большинства людей не актуально.

– Но ведь нейротрансмиттерные системы при этих заболеваниях различны?

– Нейротрансмиттеры разные, а принципы нейропротекции одинаковые. Они не связаны с химическим фенотипом нейрона. Например, все нейроны погибают от оксидативного стресса – значит, нужно использовать антиоксиданты. Нейродегенеративные процессы запускаются воспалением – значит, нужно назначить противовоспалительное лечение. Нейроны погибают апоптозом – нужна антиапоптотическая терапия. Протеинопатия распространяется от больного нейрона к здоровому прионоподобным способом, что можно остановить с помощью иммунотерапии.

– Есть ли у вас хобби?

– Наиболее реальная возможность узнать, работает ли человек по призванию, это спросить, есть ли у него хобби. Если человек работает по призванию, его хобби – это его работа. Он не станет тратить время на что-то другое – на регулярное хождение в театры, в кино или на выставки.

– Но вы же, наверное, ходите в театры?

– Только если жена насильно вытащит. Я работаю почти всё время, пока бодрствую.

– И последний вопрос – какое ваше жизненное кредо?

– Есть принцип, который, с одной стороны, обеспечивает внутренний психологический комфорт, а с другой – создаёт большие проблемы в общении с некоторыми людьми: при любых обстоятельствах оставаться самим собой и быть в согласии со своей совестью. Я считаю, что это – лучшая профилактика инсульта, инфаркта и потери самоуважения и уважения людей, мнению которых дорожишь. Это и есть моё жизненное кредо.

Беседу вёл
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Иркутская трагедия, когда из-за отравления концентратом для ванн на основе метилового спирта погибли 78 человек и более 100 пострадали, вызвала очередной виток дискуссии о пользе и вреде спиртосодержащих настоек. Казалось бы – какая может быть связь между продуктом бытовой химии и аптечным ассортиментом?

Криминальный маркетинг

Всё дело в названии, бренд «Боярышник» давно уже стал нарицательным. В «лихие 90-е» настойка, известная в народе ещё как «брынцаловка», занимала первые строчки в рейтинге аптечных продаж. Выпускался этот «лекарственный препарат» в удобной таре 100 и 500 мг (классические «пол-литра») и бил все рекорды по популярности в стране. В конце концов, лицензию у предприятия отозвали, а «Боярышник» снова стали продавать в привычных маленьких пузырьках. Но сила раскрученного бренда никуда не делась, и этим продолжают бессовестно пользоваться недобросовестные производители. Очередной страшный итог такого «маркетинга» – массовая гибель людей.

По результатам трагедии Президент РФ поручил ужесточить правила оборота спиртосодержащей продукции. Речь идёт о парфюмерно-косметических средствах, товарах бытовой химии и средствах личной гигиены, где доля этилового спирта составляет более 25%. Ужесточатся и правила розничной торговли лекарствами, в которых содержится этиловый спирт. Кроме того, до 1 июля 2017 г. также должна быть введена обязательная маркировка спиртосодержащей продукции и разработаны меры по усилению ответственности за преступления, связанные с её производством и оборотом.

В опалу вместе с «Боярышником» попали и другие спиртосодержащие препараты, в том числе популярные в народе «валокордин» и «корвалол». В настоящее время Минздрав готовит перечень соответствующих лекарств, которые будут отпускаться только по рецепту. Не дожидаясь запрета, некоторые аптеки уже ограничили продажу спиртосодержащих препаратов.

Долой автоматы!

Насколько оправданы столь жёсткие меры в отношении настоек? И какое будущее ждёт аптечные спиртовые настои?

Этой теме была посвящена пресс-конференция, состоявшаяся в Москве.

По мнению члена Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академика РАН Николая Герасименко, перевод данных лекарственных препаратов в рецептурный сектор не даст серьёзного эффекта. Ко всему прочему, это может парализовать работу поликлиник, где и так не хватает кадров.

– Нет смысла вводить рецептурный отпуск на лекарственные

розничных точках. По конкретному случаю отравления в Иркутске провести тщательное уголовное расследование и его результаты сделать публичными.

Избыточной мерой, по мнению депутата, является предложение повысить акцизы на медицинский спирт, что может привести к существенному подорожанию препаратов, основными потребителями которых являются люди с небольшим достатком, пенсионеры. Определённый скепсис у депутата вызывает и идея перевода

разряд рецептурных не решит проблемы, также считает депутат. Как известно, сегодня многие лекарства, которые относятся к разряду рецептурных, к примеру те же антибиотики, можно свободно купить в любой аптеке.

Требуется доказать

Более существенным, по мнению А.Петрова, является вопрос соотношения «пользы – риска» для данной группы препаратов. Все они создавались ещё в быт-

ним препараты, – резюмировал А.Петров.

– Трагедия в Иркутске никак не связана непосредственно с лекарственным растением «боярышник» и лекарственными средствами, проблема гораздо шире, и заключается в алкоголизме граждан, – считает исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей (РААС) Нелли Игнатьева.

Кроме того, по мнению эксперта, высокая популярность лекарственных настоек среди потребителей сильно преувеличена. Так, по данным РААС, в ассортименте аптечных учреждений спиртосодержащие лекарства составляют всего лишь 0,26% от наименований ЛС. При этом спрос на «Настойку боярышника», по оценке экспертов, не выше, чем на другие аналогичные препараты.

Персональная ответственность

Название «Боярышник» – давно уже раскрученный бренд, который всю эксплуатируется в разных юмористических, развлекательных программах, киноиндустрии и СМИ. По мнению Н.Игнатьевой, надо запретить регистрировать названия нелекарственных косметических, бытовых химических средств, созвучные с наименованиями лекарств, а усилия законодателей направить на борьбу с бытовым алкоголизмом, в том числе продаж парфюмерных концентратов и прочих «очистителей для ванн» в уже упомянутых депутатах торговых автоматах.

Эксперт считает вполне достаточной существующую норму «не больше двух спиртосодержащих лекарств в руки», в отличие введения их рецептурного отпуска. «Это не выход, мы в аптеке не видим рецептов, к нам приходят от врачей с листочками бумаги. Кого за это наказывать?», – задаётся вопросом эксперт.

В свою очередь, член Общественной палаты РФ, руководитель федерального проекта «Трезвая Россия» Султан Хамзаев считает, что необходимо вводить персональную ответственность должностных лиц, вплоть до дисквалификации, но эта работа не должна превратиться в «охоту на ведьмы». Проблему спиртовых настоек, которые сегодня имеют двойное назначение, по его мнению, должны уже давно были поднимать наркологи. Но они с этой задачей не справились.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Ситуация

«Боярышник» по рецепту

Как будут контролировать оборот спиртосодержащих лекарств?



настойки, поскольку эти препараты не являются сильнодействующими, даже за рубежом они не продаются по рецепту. К тому же, ни одного официально случая отравления аптечными спиртосодержащими средствами не зафиксировано, – подчеркнул депутат. – В Иркутске люди отравились не лекарственным боярышником, а ядом – метанолом.

По его словам, прежде всего нужно запретить продажу настоек и «питьевых лосьонов» в автоматах, а также ужесточить контрольные меры в отношении нелегальной продажи алкоголя в

всех спиртосодержащих настоек в таблетированные препараты: «Это вопрос технологии производства, необходимо изучить его более тщательно», – резюмировал Н.Герасименко.

Отраза законодательство защищает, – считает его коллега по комитету Александр Петров: «Есть учёт алкогольной пищевой продукции, создана единая база – ЕГАИС. Что касается производства контрафакта – это вопрос ужесточения уголовного законодательства».

Перевод лекарственных спиртосодержащих препаратов в

Советского Союза, и за прошедший период рецептура некоторых из них значительно изменилась. Так, по словам депутата, в результате проведённого анализа выяснилось, что содержание собственно лекарственного компонента – боярышника – в современной настойке в 10 раз меньше, чем той, которая существовала ранее. «По сути, это чистый этиловый спирт», – констатировал он. По данным, имеющимся в распоряжении депутата, немедикаментозный приём лекарственных настоек составляет 95%. В некоторых регионах именно по этой причине аптеки отказываются от их продажи, таким образом отсекая определённый контингент посетителей.

В этой связи, как полагают в комитете, все спиртосодержащие лекарства подлежат ревизии. Возможно, в скором времени производителей спиртосодержащих настоек могут обязать проводить повторные клинические исследования данных препаратов. По словам депутата, вопрос будет рассмотрен на одном из ближайших заседаний комитета.

– Сегодня на рынке достаточно число современных лекарств, которые могут оказать более эффективное «точечное» клиническое действие, чем «Настойка боярышника» и сходные с

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств:

– хлоргексидин биглюконат, раствор для наружного применения 0,05% 100 мл, флаконы, производства ООО «Росбио», Россия, показатель «маркировка» (переменные реквизиты (номер серии и срок годности) нанесены на поле штрих-кода) – серии 240616;

– кальция глюконат-Виал, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 100 мг/мл 10 мл, ампулы (10), упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производства «Северная Китайская Фармацевтическая Корпорация Лтд», Китай, показатель «описание» (в части ампул обнаружен осадок белого цвета) – серии 150603;

– уголь активированный-УБФ, таблетки 250 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ОАО «Уралбио-

фарм», Россия, показатель «упаковка» (в одной контурной безъячейковой упаковке таблетки отсутствуют) – серии 761215;

– раствор натрия хлорида для наружного применения (стерильно) 10% 200 мл, бутылки стеклянные, изготовитель КОГУП «Городская аптека № 107», г. Киров, Россия, показатель «срок годности» – Ан.1784/1785 от 25.11.2016 г.;

– парацетамол-УБФ, таблетки 500 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ОАО «Уралбиофарм», Россия, показатели «распадаемость», «растворение» – серии 400815;

– нафтизин, капли назальные 0,1% 15 мл, флаконы, производства ООО «ДАВ Фарм», Россия, показатель «упаковка» (флаконы пластиковые с крышечкой-капельницей, вместо флаконов стеклянных) – серии 390515;

– стрепсилс, таблетки для рассасывания (медово-лимонные), 12 шт., упаковки ячейковые контурные (2), пачки картонные, производства «Рекитт Бензикер Хелскэр Интернешнл Лтд.», Великобритания, показатель «однородность дозирования» – серии ВУ349;

– хлоргексидин, раствор для местного и наружного применения 0,05% 100 мл,

флаконы полиэтиленовые, производства ООО «Лекарь», Россия, показатель «микробиологическая чистота» – серии 170816;

– трамадол, таблетки 50 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (2), пачки картонные, производства ООО «ПРАНАФАРМ», Россия, показатель «растворение» – серии 10416;

– ацилок, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 25 мг/мл 2 мл, ампулы (10), упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производства «Кадила Фармасьютикалз Лимитед», Индия, показатель «механические включения» – серии Е6005;

– аллохол-УБФ, таблетки, покрытые оболочкой, 24 шт., упаковки ячейковые контурные, производства ОАО «Уралбиофарм», Россия, показатели «описание», «упаковка» – серии 250214.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием из гражданского оборота и уничтожением в установленном порядке указанных серий недоброкачественных лекарственных средств. О проведённой работе информировать Росздравнадзор.

Решения

Между пользой и риском

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) опубликовало правило, устанавливающее окончательную отмену безрецептурной продажи антисептических средств гигиены.

Компании-производители больше не смогут продавать средства гигиены, содержащие антибактериальные компоненты, так как нет доказательств их пользы и безопасности в сравнении с обычным мылом и водой при длительном ежедневном использовании.

Ведомство опубликовало проект постановления в 2013 г., причём производителям мыла и других гигиенических средств предписывалось предоставлять информацию о безопасности использования триклозана и триклокарбона. Ввиду того, что таких данных получено не было, FDA разрешило использовать указанные препараты только в учреждениях здравоохранения в качестве дезинфицирующих средств.

Анна КРАСАВКИНА.

По информации FDA.

Идеи

Приманка для вируса

Учёные из бразильского Университета Сан-Паулу разработали новую платформу для обнаружения заболеваний. С её помощью по анализам можно определить 416 различных вирусов, встречающихся в тропических регионах мира. По словам создателей платформы, которых координировал профессор Виктор Хуго Аквино, её можно будет использовать в лабораториях при работе специалистов, наблюдающих за вирусами, способными потенциально вызвать эпидемию.

Профессор Аквино отметил, что с приходом лета число пациентов, у которых будут подозревать вирусы денге, Зика или Чикунгуньи, будет расти. Традиционные методы часто не могут помочь при уточнении диагноза, поэтому врачи могут затрудняться с определением того, какой же вирус циркулирует в какой-либо момент времени. Если бы разработка бразильцев использовалась в начале эпидемии вируса Зика, как считает Аквино, возможно, распространение болезни ограничилось бы местностью, где она началась – так как пока специалисты определили, что во всём виноват определённый вирус, заболевание поразило уже большое количество людей.

Платформа воспринимает не только общеизвестные вирусы,

но и такие, которые встречаются только спорадически, поскольку и они могут вызвать эпидемию. Это, например, вирус Майяра – «родственник» Чикунгуньи – или вирус Оропуч. По словам профессора Аквино, есть и другие вирусы, которые пока не проявили себя среди людей. Разработка учёных определяет вирусы, переносимые не только членистоногими (комами, клещами), но и небольшими млекопитающими (например, хантавирус переносится крысами и мышами).

Само устройство состоит из панели, разделённой на 8 подпанелей, и содержит 15 тыс. вирусных проб. Каждая из проб повторяется как минимум трижды и состоит из 60 нуклеотидов, способных связываться с определённым ви-

русом. Для создания платформы бразильские учёные использовали базу данных GenBank, принадлежащую Национальной медицинской библиотеке США. Если образец крови содержит один из 416 вирусов, на обнаружение которых запрограммирована платформа, геном этого вируса совместно с определённой нуклеотидной последовательностью образует маркер, который можно будет заметить с помощью сканера – такого же, какой используется для анализа экспрессии генов.

Изделие имеет достаточно высокую стоимость, поэтому использовать его будут только в крайних случаях – когда обычные методы определения патогена не помогут. Платформу уже протестировали с использованием 20 образцов вирусов, имевшихся в лаборатории Университета Сан-Паулу, и устройство оказалось достаточно эффективно – в том числе в определении в крови пациента двух вирусов сразу.

Герман АКОДИС.

По информации Medical Xpress.

Современные технологии

Родительское трио

Второй в мировой практике случай рождения ребёнка с генетическим материалом от троих родителей произошёл в Украине. 34-летняя мать лечилась от бесплодия более 10 лет и прошла 4 процедуры ЭКО, которые ей не помогли. Репродуктологи одной из частных клиник в Киеве смогли решить проблему пациентки с помощью новейших технологий.

Технология рождения ребёнка от троих родителей, применяемая в сложных ситуациях, когда матери страдают митохондриальными заболеваниями, была одобрена в Великобритании в позапрошлом году, однако первые дети, у которых было две мамы, появились раньше – ещё 10 лет назад. Техника трёхстороннего оплодотворения подразумевает перенос ядер оплодотворённой материнской яйцеклетки в оплодотворённую донорскую, откуда перед этим удаляются собственные ядра. Таким образом, повреждённые митохондрии не участвуют в росте эмбриона, и он растёт здоровым. Донорский же эмбрион формально погибает.

Несмотря на то, что технологию одобрили в Великобритании, первый в мире ребёнок троих родителей появился на свет в Мексике – весной 2016 г. Мексика была выбрана потому, что там нет необходимости получать специальное разрешение на такого рода манипуляции. Родители – пара из Иордании – долгое время не могли зачать ребёнка, так как у женщины был диагностирован синдром Ли. Это заболевание препятствовало зачатию и вынашиванию детей. Так как и мать, и отец ребёнка были мусульманами, учёным пришлось отойти от «классической» схемы замены ядер – они сперва перенесли ядра в нужную яйцеклетку и только потом оплодотворили её спермой отца. О рождении здорового мальчика рассказали в сентябре минувшего года.

В мае того же прошлого года украинские специалисты заявили, что им удалось провести замену ядер по одобренной в Великобритании технологии. Руководитель частного киевского медучреждения Валерий Зукин уточнил, что у пациентки, которая забеременела с помощью донорской яйцеклетки, наблюдались проблемы на раннем этапе развития эмбриона. К пере-

садке медики готовились около двух лет. В ходе процедуры они оплодотворили обе яйцеклетки – материнскую и донорскую – спермой отца, затем убрали ядра из донорской яйцеклетки и на их место поместили ядра из оплодотворённой материнской. На тот момент специалисты опасались делать прогнозы, так как нужно было дожидаться рождения ребёнка и только потом заявлять об успехе мероприятия.

К настоящему времени известно, что пациентке лечение помогло. В самом начале нынешнего года она родила ребёнка, который, по словам В.Зукина, имеет цитоплазматическую ДНК от донора, а ядерную – от биологических отца и матери. По результатам обследования ребёнок здоров. Рождения ещё одного малыша, у которого будут три родителя, ожидают в марте, его матери сейчас 29 лет. Директор клиники отметил, что это стоит считать началом новой эры – можно будет не только выбирать эмбрионы, но и «дорабатывать» их.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации news.liga.net.

Почему бы и нет?

В Гарвардском университете (США) удалось разработать новое имплантируемое устройство, которое призвано помочь людям с особо тяжёлыми формами сердечных заболеваний.

Разработка должна помочь людям, которые ожидают своей очереди на пересадку сердца. Иными словами, создан гибко программируемый робот, который может обвиваться вокруг сердца человека, тем самым помогая органу биться. Эта находка предоставляет новые варианты лечения для людей, страдающих от сердечной недостаточности.

Принципиальное отличие нового изобретения в том, что оно не вступает во взаимодействие с кровью пациента, и потому отпадает потребность в принятии опасных для здоровья антикоагулянтов. Устрой-

В помощь сердцу

ство надевается на сердце подобно чехлу и помогает ему сокращаться. Подключённая к нему электроника просчитывает оптимальное количество движений сердечной мышцы.

Вся сложность создания подобного робота для усиления работы сердца заключалась в том, что существующие механизмы не позволяли сделать мягкого робота, а твёрдые материалы могли запросто разорвать ткани сердечной мышцы, также большой проблемой являлся сильный нагрев традиционных механизмов, что очень опасно для носителя.

Мягкий рукав изготовлен из материала, который напоминает

внешние слои сердечной мышцы, обволакивает сердце и помогает ему перекачивать кровь с помощью переменного сжатия и всасывания (имитация естественного сердцебиения). Рукав будут настраивать для каждого пациента индивидуально. Давление исполнительных механизмов также может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от состояния больного с помощью высокоточной электроники.

В экспериментах, которые проводились с этим устройством, участвовали свиньи; учёным удалось восстановить их кровообращение, они даже сумели привести

Новые подходы

Врачи из Университета Пенсильвании (США) разработали методику заживления ран, которая позволяет полностью избавиться от шрамов и восстановить на месте поражения кожный покров без рубцовой ткани. Швы, оставленные после операций и пластической хирургии, будут незаметными. Данная методика предназначена прежде всего женщинам, перенёвшим кесарево сечение или нуждающимся в маскировке следов от косметических подтяжек.

Эстетики ради

Метод основан на возможности преобразования клеток, образующих рубец, в жировые клетки, что раньше считалось невозможным для человека. Жировые клетки, как правило, содержатся в коже, но они никогда не возникают на месте рубцов. До сих пор единственным типом раневых клеток считались миофибробласты, которые образовывали рубец. В отличие от жировых, эти клетки не имеют волосные фолликулы, что ещё более отличает рубцовую ткань от нормальной кожи.

Учёные потратили годы работы для того, чтобы перевести миофибробласты в жировые клетки, которые не вызывают рубцевания. По словам ведущего исследователя доктора Джорджа Котсаре-

лиса, главной их задачей была выработка методики выращивания в миофибробластах волосных фолликул, после чего в ответ на сигналы волосных мешочков на этих участках восстанавливается жировая ткань. Новые жировые клетки ничем не отличаются от уже существующих, а значит зажившая рана будет выглядеть естественно, не оставляя шрама.

Эксперименты, проведённые на культурах клеток мыши и человека, уже показали положительные результаты, а само открытие имеет все шансы стать революционной инновацией в области дерматологии и косметологии.

Марк ВИНТЕР.

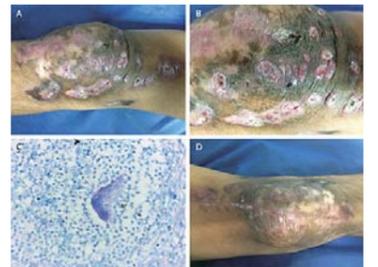
По сообщению ВВС.

Случай

Кожный актиномикоз. Образы патологии

33-летний мужчина обратился в институт Университета Антигуа (Колумбия) в 2015 г. по поводу поражения кожи на левом колене, которое прогрессировало в течение нескольких лет.

В 2010 г., будучи к тому времени здоровым, он попал в автомобильное происшествие, в результате которого получил поверхностное повреждение в виде синяка на левом колене без признаков перелома кости. Два года спустя он обратил внимание на утолщение кожи и подкожные узелки не более 1 см в размере, которые постепенно увеличивались, распространяясь в медиальном и латеральном направлении этого колена и бедра. У больного не было лихорадки или каких-либо других симптомов. При обследовании в институте – левое колено отёчно, кожа гиперемирована, гиперпигментирована, с несколькими уплотнёнными узелками, со следами расчёсов и свищевыми следами, но без признаков нагноения или гранулярной секреции (фото А и В). Движения конечности в полном объёме, мышечная сила сохранена. Отмечались некоторые места на колене с гипестезией.



Была произведена хирургическая обработка, во время процедуры было проведено культуральное исследование – получен рост Actinomyces species, при гистологическом исследовании выявлен эозинофильный «ореол» (halo), известный как феномен Splendore-Hoeppli, окружавший микроорганизм (фото С). Больного лечили амоксициллином – клавулановая кислота per os в течение года. Получено клиническое улучшение, но без полного выздоровления (фото D), пишут Juan C.Cataño и Sara Isabel Gómez Villegas.

Рудольф АРТАМОНОВ, профессор.

По материалам New England Journal of Medicine.

жизни многим страдающим от различных сердечных патологий. Сейчас самой распространённой является практика создания искусственных левых желудочков.

По словам Эллен Т.Рош, автора исследования, данная работа показывает, что робототехника и прогресс в создании новых материалов могут быть эффективно использованы в медицине и, в частности, при лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Также учёные отметили, что новый механизм может быть индивидуально настроен для каждого пациента в зависимости от его патологии. Однако перед этим исследователям ещё предстоит провести клинические испытания с участием реальных пациентов.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам Science Translational Medicine.

Переносить одиночество трудно в любом возрасте. Но в юности и молодости одиночество особенно деструктивно влияет на психическое состояние человека. В ЦАХАЛе (Армия обороны Израиля) статус «хаяль бодед» («солдат-одиночка») получает военнослужащий, у которого во время прохождения службы нет в стране ближайших родственников. Почти всегда это новые репатрианты, живущие в стране без родителей. Иногда такой статус получают и призванные в армию уроженцы Израиля, по разным причинам не общающиеся со своей семьёй. На сегодняшний день в ЦАХАЛе около 6 тыс. «солдат-одиночек».

Израильский военный психолог майор Моше Таль в беседе с корреспондентом «МГ» подчеркнул, что «бессемейные солдаты, родители и близкие родственники которых постоянно проживают в других государствах, испытывают особо острое чувство одиночества, если в первые же недели их службы они оказываются один на один с проблемами, с которыми обязательно сталкивается новобранец». Российский исследователь Сергей Бакалдин в диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук «Одиночество и его связь с функциями «Я» (Краснодар, 2008) обращает внимание на определённый психологический тип молодых людей, которые, оказавшись «одиночками», демонстрируют отчаяние, внутреннюю дисгармонию и депрессию. Об этом же писала видный немецко-американский психиатр Фрида Фромм-Рейхман (Рейчман) в книге «Краткий курс одиночества. Как быть счастливым наедине с собой»: «Как трудно нам без тех, к кому мы привязаны! Эта зависимость человека от человека сильнее наркотической, но её не считают отклонением от нормы, не определяют как симптом заболевания. Причём слово «привязанность» очень точно отражает суть происходящего. Всю свою жизнь мы плетём «канаты» в своей душе, чтобы удержаться вблизи дорогих нам людей. Но наступает момент, когда такой канат по какой-то причине рвётся, больно рана душу. Оборванный конец – печальное зрелище, символ нового витка одиночества».

Понятно, что если в подобном эмоциональном состоянии окажется военнослужащий, то о его боеспособности говорить не придётся.

Служба и быт – две стороны одной медали

В израильской армии существуют специальные программы помощи «солдатам-одиночкам»: они получают большее денежное довольствие, им оплачивают квартиру или жильё в солдатском общежитии, дают больше отпусков, оплачивают проезд в места проживания родителей и побывку там в течение двух недель. Но и это ещё не всё.

Борис и Катя Розанцевы, близнецы, брат и сестра. Они прибыли в Израиль по молодёжной программе 4 года назад из подмосковных Мытищ. Им было почти по 18 лет, они успели окончить в родном городе школу, а в еврейском государстве, подучив иврит, начали обучение в колледже. Катя захотела получить специальность медицинской сестры, брат решил стать программистом. Они служили в разных воинских подразделениях, но, учитывая, что брат и сестра пребывали в Израиле без родителей, их распределили на одну армейскую базу.

Если рядовой ЦАХАЛа обычно получает денежное довольствие в размере 720 шекелей (примерно 170 долл.) в месяц, а в боевых частях – 1370 шекелей, то солдат-одиночка, несущий службу в боевых частях, получает 3500

шекелей, а проходящий службу в тыловых – 2600. Таким образом, с учётом службы Бориса в боевых частях у близнецов Розанцевых общее денежное довольствие составляло более тысячи долл.

Статус «одиночек» даёт военнослужащему право получать помощь не только на аренду жилья, освобождение от уплаты муниципального налога и счетов на электричество, но и талоны на продукты питания.

Согласно израильским законам, солдату ЦАХАЛа срочной службы каждый 21 день со дня призыва положен суточный (как минимум!)

палатки. Во всех остальных случаях быт израильских военнослужащих мало отличается от быта гражданских лиц.

Прежде всего, следует заметить, что обычно ЦАХАЛ снимает для 6 одиночек 4-комнатные квартиры, в которых по двое в комнате живут 6 бессемейных солдат. Одна комната остаётся гостиной. Если в доме снято несколько таких квартир, то можно говорить о солдатском общежитии. Не все родители военнослужащих могут наладить общение со своими детьми через интернет. Поэтому солдатам-одиночкам ежемесячно

бессемейным солдатам. Одно из них – Центр помощи солдатам-одиночкам (ЦПСО), названный именем Майкла Левина, репатрианта из США, служившего в 890-м батальоне парашютных войск и погибшего во Второй ливанской войне. Майкл Левин был солдатом-одиночкой, «усыновлённым» в Израиле семьёй Цвики Эхуда. Действительно, израильские солдаты-одиночки, как девушки, так и парни, всегда могут рассчитывать на поддержку и покровительство даже совсем незнакомых израильских семей. В определённом смысле можно говорить об

мощи солдатам-одиночкам после демобилизации. Речь идёт о поправках к закону о Фонде помощи демобилизованным. Согласно новому прочтению закона, солдаты-одиночки после демобилизации будут получать от государства на тысячу шекелей больше, чем другие категории демобилизованных. И в самом деле, солдату-одиночке приспособиться к гражданской жизни труднее, чем тому, у кого за спиной поддержка семьи, родственников.

Ведущий национальный авиаперевозчик «Эль-Аль» и ЦПСО предоставляют семьям одиноких

А как у них?

«Солдат-одиночка» не останется одиноким

Парни и девушки всегда могут рассчитывать на поддержку и покровительство даже совсем незнакомых израильских семей



«Отец солдат-одиночек» Цвики Леви со своими подопечными

отдых дома. После 4 месяцев службы солдат отправляется в недельный отпуск. За всё время прохождения воинской повинности в боевых частях военнослужащий имеет право два раза на 14 дней отправиться отдохнуть за границу, а солдат небоевых частей – один раз на 2 недели. Перед демобилизацией солдат и солдатка (так здесь называют девушек – военнослужащих) может получить продолжительный отпуск. В зависимости от места службы и должности от 2 недель до 2 месяцев.

Особенное внимание к бытовой стороне израильского солдата вполне объяснимо. ЦАХАЛ не похож ни на одну армию мира. Если, к примеру, в армии США служба в основном проходит на базах, где военнослужащие находятся практически в одинаковых условиях, то в израильской армии свободные от службы солдаты вечером в пятницу отправляются на шабат (субботу) домой. Канун праздников и сами праздники большинство солдат тоже проводят дома. А куда отправляются солдат-одиночке, у которого в Израиле ни дома, ни родных? Эта проблема в еврейском государстве продумана, и у бессемейного израильского военнослужащего имеется выбор – и немалый! – немалый выбор «тёплого дома».

Казарм в привычном понимании в Израиле нет. Хотя каким-то их подобием можно считать комнаты на военных базах, в которых по-прежнему пребывают дежурные. Разумеется, там обустроены и ночлег, и питание. В ходе многодневных учений на открытые местности армия использует разноместные

командиры вручают карточку для международных телефонных разговоров на 1,5 часа.

Немало здешних солдат-одиночек пользуются гостеприимством «Дома Бенджи» – жилым комплексом, названным в честь майора Бенджамина Хиллмана, погибшего во время Второй ливанской войны. Его вдова Аяла вложила все семейные сбережения в созданный ею фонд, названный именем её мужа. Целью фонда Бенджи стало обеспечение жильём бессемейных военнослужащих.

Но солдату-одиночке никто не запрещает самому снять себе жильё. В этом случае армия оплачивает только часть арендной суммы за 6 месяцев вперёд. Такой солдат-одиночка может также рассчитывать на помощь министерства строительства. Но в любом случае военнослужащий, решивший единолично снимать квартиру, должен обладать средствами для погашения около половины арендной платы. Почти всегда единичными арендаторами квартир оказываются солдаты, успевшие создать семьи или, по крайней мере, завести себе «подружек». Женатые солдаты получают разрешение командования на работу определённое количество часов в неделю. Однако «единоличники» редко могут позволить себе снять квартиры в центре страны даже при условии, что работают не только они, но и их «подружки».

Бессемейных солдат не бывает

В еврейском государстве существует множество общественных учреждений, призванных помогать

«усыновлению» или «удочерению» одиночек со стороны этих семей. Такие, по сути, шефские семьи находят бессемейных военнослужащих в том же ЦПСО, или в «Доме Бенджи», или в организациях «Ах гадол» («Старший брат») и «Ментор лехаим» («Наставник по жизни»). Громкие названия этих организаций не означают, что они готовы учить солдата уму-разуму всю жизнь. И тем не менее во время его «армейской жизни» и в первые годы после демобилизации любой военнослужащий, а тем более солдат-одиночка, может полностью рассчитывать на помощь разнообразных общественных организаций.

Армия готова предоставить новобранцу-одиночке, который может растеряться в новых для него армейских реалиях, опытного старослужащего из «Старшего брата» или в некотором смысле «вожатого» из «Наставника по жизни».

Не остаются в стороне и кибуцы. Подполковник ЦАХАЛа в отставке военврач Роман Полищук, уроженец Челябинска, уже 40 лет проживающий в Израиле, из которых четверть века в кибуце на севере страны, рассказал о солдатах-одиночках, которым «тёплый дом» предоставил именно его кибуц. В конце недели и в увольнительные домашний уют в этом кибуце находят не только солдаты-одиночки из разных стран мира, но и местные военнослужащие израильской армии разного происхождения, в том числе арабы и друзы, у которых сложились трудные семейные обстоятельства.

В прошлом году 21-летний старший сержант батальона «Аит» («Коршун») полевой разведки ЦАХАЛа Евгений Салихов удостоился звания солдата-отличника. Евгений, получивший статус солдата-одиночки, уроженец Белгорода, с 1997 г. живёт в израильском городке Ор-Акиве на севере страны.

Давиду Смадже, уроженцу Парижа, 33 года. Он на 15 лет старше своих сослуживцев-призывников. На сегодняшний день он самый возрастной военнослужащий-одиночка в израильской армии. Смаджа родился в семье врачей и сам получил образование врача. После завершения базовой подготовки, включающей курс интенсивного иврита, он прошёл курс военной медицины и ныне служит в качестве врача в батальоне.

Депутат кнессета от партии «Наш дом – Израиль» Юлия Малиновская (уроженка Луганска) внесла поправку в закон о по-

солдат, навещающих своих детей на Святой земле, 50% скидку на прямые полёты в Израиль и обратно.

Сюрприз из Питера

Недавно русскоязычная израильская газета организовала встречу мамы из Санкт-Петербурга с сыном, солдатом ЦАХАЛа. О том, как начиналась и закончилась эта история, пишет заместитель главного редактора Евгения Ламихова: «21 сентября на страницу газеты в Фейсбуке поступила просьба из Питера: «Мой сын живёт в Израиле, а я пока нет. Сегодня он пошёл служить в израильскую армию. Я и вся семья далеко. Мой мальчик в статусе «солдат-одиночка». Его зовут Игорь Паршкин. Пожалуйста, пожелайте ему удачи!»

На призыв его матери Ирины Паршкиной откликнулись более 2 тыс. неравнодушных людей. Игоря приглашали в гости в разные города Израиля, предлагали привезти домашнюю еду. Оказалось, что Игорь приехал в Израиль по молодёжной программе, поселился в Ашкелоне на юге страны. Как новый репатриант он мог и не призваться в армию в первые 2 года, но решил не откладывать срочную службу.

Когда Ирина поделилась мечтой приехать в Страну Обетованную на 20-летие сына, редакция оказала ей непосредственную и конкретную помощь. А друзья по интернету Игорь и Инна Кларк, у которых сын Цвики тоже недавно был призван в ЦАХАЛ, встретили Ирину в аэропорту и привезли к себе домой. Тем временем газета, договорившись с армейским начальством Игоря, пригласила его маму на базу, провела небольшую экскурсию и, самое главное, устроила встречу с сыном в день его рождения. Разумеется, не остались в стороне и боевые друзья Игоря Паршкина.

...В неоконченном романе «Земля Обетованная» Эриха Марии Ремарка есть такие строки: «Одиночество – это болезнь, очень гордая и на редкость вредная». И если эта болезнь, связанная с отсутствием близких, поражает солдата, то о его высокой боеспособности речь идти не может. ЦАХАЛ – сильнейшая армия в регионе Ближнего Востока ещё и потому, что даже солдат-одиночка здесь не одинок.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

В этом году исполняется 130 лет со дня рождения Ипполита Давыдовского – основателя современной отечественной школы патологической анатомии и организатора этой службы в СССР. Врачи прошлого столетия это имя произносили с почтительным придыханием. Но весьма сомнительно, знает ли современная врачебная молодёжь, какую роль эта выдающаяся личность сыграла в развитии медицины Советского Союза...



Начало творческой жизни Ипполита Давыдовского достаточно характерно для определённой категории молодёжи конца XIX – начала XX веков. Родом из семьи сельского священнослужителя, он стремился выбиться из своего окружения и тянулся к знаниям. Проявилась эта тяга ещё в гимназические годы. И как многих способных юношей того времени особенно влекла медицина, хранящая столько тайн человеческого бытия. По окончании медицинского факультета московского университета молодой Давыдовский, тоже как большинство его выпускников, самостоятельную врачебную жизнь начал земским доктором. Спустя время, интерес к науке привёл его на кафедру патологоанатомии университета, в те годы базировавшуюся в Яузкой больнице (ныне городская клиническая больница им. И.В.Давыдовского). Поначалу Ипполит, ничуть не гнушаясь, работал санитаром. Потом научился вскрывать и вскоре так преуспел в этом деле, что был назначен ассистентом кафедры. Дальнейший профессиональный путь его неразрывно связан с патанатомией.

Вскрытия Давыдовский производил до последних дней своей жизни. И его ученики, да и все врачи, с которыми он сталкивался, считали его лучшим биопсистоном своего времени, классиком биопсии.

Несколько нарушая логическую последовательность повествования, стоит отметить, что в Первую мировую войну, участником которой был Ипполит Васильевич, он стал свидетелем быстро распространявшегося в войсках сыпного тифа. Молодой врач заинтересовался источником происхождения заболевания. И после войны свои наблюдения обобщил в монографии о патологии сыпняка. Это стало первой серьёзной его самостоятельной научной работой.

На заре советской власти Давыдовский, человек по складу своего характера далёкий от чиновничьей деятельности, вынужден был возглавить прозекторскую службу в Москве. И судьба сложилась так, что на протяжении всей его жизни научно-педагогическую работу поневоле приходилось сочетать с организаторской. Во время Великой Отечественной войны он был назначен главным патологоанатомом эвакогоспиталей, позже стал, по сути дела, ведущим руководителем патологоанатомической службы в стране. Но, как бы сам Давыдовский этим не тяготился, скорее всего, без его непосредственного участия вряд ли она стала бы так твёрдо на ноги.

в нашей стране в Яузкой больнице провёл клинко-анатомическую конференцию. А за свою жизнь, посчитали его биографы, таких конференций на счету Ипполита Васильевича было 612 (!).

Многие ученики Давыдовского, в том числе директор НИИ медицинской приматологии Борис Лапин, профессор В.Рукощув, поступающая в медицинский вуз, ни сном, ни духом не помышляли посвятить себя патанатомии. Но лекции Ипполита Васильевича, его врачебные разборы, выступления в роли оппонента диссертантов настолько их увлекли, что ничего интересней этой специальности они для себя уже не представляли. Лапин вспоминает, как третьекурсником, прослушав лекцию Давыдовского, подошёл к нему и робко попро-

ки прекрасно оценивали, с каким могиканом от науки работают рядом, на чиновничью в коллективе и намёка не было. Профессор В.Рукощув вспоминает, как весело вся кафедра отмечала новоселье одного из санитаров. Была у Давыдовского привычка пышно отмечать свой день рождения. За столом рядом с приглашёнными маститыми учёными сидели аспиранты, ординаторы. И все себя чувствовали одинаково раскованно. А Ипполит Васильевич, будучи уже немолодым человеком, всегда азартно танцевал, приглашая наперебой всех дам.

Добряк и весельчак по натуре, Давыдовский одновременно слыл возмутителем спокойствия. Обладая огромным полемическим даром, он, человек сугубо бес-

чешким умом, огромной широтой знаний, творческим отношением ко многим проблемам медицины. Мастер клинко-морфологических сопоставлений, он пришёл к выводу, что специфических механизмов, свойственных исключительно той или иной патологии, не существует. Но при этом каждое заболевание приводит к определённым физиологическим превращениям в организме. Перу Давыдовского принадлежит знаменитый двухтомник «Патологическая анатомия и патогенез болезни человека» – труд, о котором один из ведущих современных патологоанатомов О.Мишнев отозвался, что и сегодня он мог бы служить настольной книгой для патологоанатомов и клиницистов.

Давыдовский первым в отечественной медицине ещё в начале 40-х годов заговорил о сложной и нелицеприятной проблеме врачебных ошибок. Анализируя диагностику и лечение больных и связанных с ними объективных и субъективных трудностей, он со всей категоричностью утверждал, что ошибку врача следует квалифицировать как добросовестное его заблуждение.

В последние годы своей жизни, будучи уже лауреатом Ленинской премии, вице-президентом АМН СССР, обладателем многих других почётных регалий, И.Давыдовский углубился в философское осмысление теоретических основ медицины – изучал причинность, этиологию, патогенез нарушенных функций организма. В его работах появилось стремление познать тайны биологической природы старения. Труды Давыдовского почитали крупнейшие медики-философы второй половины века минувшего. И.Давыдовский стал первопроходцем и в отечественной геронтологии. На базе Института морфологии АМН СССР он создаёт лабораторию патологии старения. В частности, атеросклероз Ипполит Васильевич рассматривал как явление биологическое, свойственное возрасту. А его монография «Геронтология» и по сей день служит руководством для врачей, занимающихся здоровьем пожилых.

Ушёл из жизни выдающийся патолог, патриарх советской патологоанатомической науки в 80 лет.

И в заключение стоит привести слова Н.Краевского, одного из ближайших учеников и соратников И.Давыдовского: «Все, кому посчастливилось лично знать Ипполита Васильевича, работать под его руководством, слушать его лекции, доклады, дискуссионные выступления, навсегда хранят в памяти образ этого учёного, труженика, гражданина. Но ещё важнее, чтобы молодое поколение врачей, будущие врачи не только не забывали того, что сделал Ипполит Васильевич для развития медицинской науки и прежде всего патологической анатомии и патологии в целом, но и разрабатывали дальше проблемы, которым он отдал столько сил».

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Имена и судьбы

Классик на все времена

Своим многолетним трудом Ипполит Давыдовский внёс неоценимый вклад в теорию и практику медицины

Но вернёмся к его научно-педагогической деятельности, которую в душе он считал главным делом своей жизни. С 1930 г. Ипполит Васильевич возглавил кафедру патанатомии во 2-ом Московском государственном медицинском институте и руководил ею почти 40 лет до самых последних дней своей жизни. И научные разработки Давыдовского не без его участия тут же становились достоянием практики. Так, вскрытия умерших стали непременным условием работы лечебных учреждений. Ввёл Ипполит Васильевич сначала в Москве, затем во всей стране придуманную им форму прозекторского отчёта, ввёл обязательную регистрацию биопсий и микроскопические исследования удалённых хирургами органов и тканей.

В годы, когда Давыдовский только стал возглавлять кафедру, патологическая анатомия считалась наукой о мёртвых. Ипполит Васильевич впервые превратил её в инструмент изучения состояния диагностики и лечения умершего, подчёркивая, что она сочетает, хоть и задним числом, проводимые прижизненные исследования больного. Таким образом, Давыдовский доказал, что патологоанатом – врач не только мёртвых, но и живых. Преподавание патологии он вёл по нозологическому принципу, постоянно подчёркивая студентам, что вскрытие – это и морфологическое, и клиническое действие. В 1930 г. Давыдовский опять-таки впервые

сил позволить ему поучаствовать в работе кафедрального научного кружка. «Приходите завтра, потолкуем», – последовал ответ. Но кружка, подобно тем, которые были на других кафедрах, в патологоанатомической не существовало. Однако Давыдовский, каким-то седьмым чувством ощутив, что имеет дело со способным юношей, прирепил Лапина к одному из ассистентов со строгим напутствием научиться вскрывать, внимательно изучать каждый случай и овладеть гистологической техникой.

В своих воспоминаниях об учителе Б.Лапин отмечает и другие достаточно редкие черты характера Ипполита Васильевича. Вот один из них. В аспирантские годы Лапину вместе с коллегами и шефом нередко приходилось из Яузской больницы на трамвае добираться в главный институтский корпус. Каждый билет стоил 15 копеек (в то время это были деньги!). Ипполит Васильевич всегда входил первым и тут же на всю команду брал билеты. Как-то Борис решил опередить Давыдовского, вскочил первым и взял на всех билеты. Ипполит Васильевич поблагодарил его и вернул 15 копеек со словами «Запомните, молодой человек, профессор не может ездить с билетом, оплаченным его сотрудником».

На кафедре Давыдовский был душой коллектива и всем своим поведением создавал удивительно доброжелательную атмосферу. И при том, что все его сотрудни-

партийный, всегда выступал против догматизма в науке. В памяти учеников Ипполита Васильевича, его яркие с юмором и сарказмом публичные высказывания против безграмотных выпадов Лысенко и бредовых взглядов Лепешинской. Но когда дело касалось его убеждений, со всей страстностью и без всякой брони вступал в бой. Немалых усилий стоило ему отстоять перед научной общественностью взгляды корифея клеточной патологии Вирхова и самому стать в стране основоположником теории молекулярной патологии человека. А сколько нападок именитых коллег пришлось выдержать Давыдовскому в связи с его заключением о смерти Максима Горького! Ипполита Васильевича как бесспорно самого известного патологоанатома пригласили на вскрытие почившего пролетарского писателя. Вот основная часть его заключения: «Смерть Горького последовала в результате острого воспалительного процесса в нижней доле лёгкого, повлёкшего за собой расширение клапанов сердца...» Далее следовало перечисление других болезней, усугубивших состояние умершего. Помилуйте, а куда делась вечно приписывавшаяся ему чахотка? Лишь спустя годы академик Е.Чазов признал, что никаких данных о туберкулёзе в истории болезни Горького последних лет его жизни не прослеживалось.

И.Давыдовский, вне всяких сомнений, обладал глубоким крити-

Праздники

Крещенские купели

Они укрепляли здоровье омичей

В дни празднования православного праздника Крещение на территории Омской области было организовано 35 мест для окунания и оборудовано 38 санкционированных купелей в 26 муниципальных районах области.

Во всех местах проведения крещенских купаний дежурили медики, оснащённые техникой. Кроме этого, было поручено обеспечить

готовность сил и средств Территориального центра медицины катастроф на случай возникновения чрезвычайных ситуаций при проведении крещенских купаний.

«Окунаться в прорубь могут только здоровые люди без хронических заболеваний. Если пациент гипертоник и даже чувствует себя достаточно хорошо, но опустился в холодную воду, может произойти спазм сосудов, что грозит развитием осложнений в виде инсульта

или инфаркта», – поясняли специалисты службы здравоохранения.

При планировании крещенского купания впервые многие омичи обращались к врачам и проходили обследование, чтобы убедиться в отсутствии противопоказаний, быть уверенными, что холодное омовение пойдёт им на благо.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Крещенские купели многие восприняли как стимул для здорового образа жизни

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

Какие времена, такие и сказки



Весьма официального вида мужчина полусреднего возраста внимательно посмотрел на директора, а потом в свои бумаги и сообщил:

– Итак, мы тщательно проверили, чем вы тут занимаетесь на уроках русского языка и где-то даже литературы. И кое-что нас не только поразило, но и просто убило! Вот, посмотрите, то есть послушайте, к примеру, что пишут ваши подопечные:

«Один Дед ухитрился так посадить репку, что её потом вся семья, включая кошку и даже мышку, не могла вытащить из тюрьмы!». Во, как!

Или вот ещё: «Буратино был стойким оловянным солдатиком и потому никакой следователь не мог его расколоть!». Это что же такое? Новое современное прочтение старой сказки?

А вот что насочинял всего лишь третьеклассник: «Жил-был один Король, ставший голым после многократного приобретения импортных лекарств».

И ещё «из той же оперы»: «Жила-была одна Ведьма, которую все считали ужасно бедной, потому что она часто вылетала в трубу».

Или вот: «Жил-был Соловей-Разбойник, который перестал свистеть разбойничьим свистом, как только узнал, что от этого денег не будет».

А также: «Жила-была ужасно добрая Фея, не позволившая Золушке потерять хрустальный башмачок, чтобы потом её не «обул» какой-нибудь «Принц».

Не рановато ли ещё вашим младшеклассникам задумываться над тем, над чем не очень-то задумываются наши чиновники?!

Читаем дальше: «Соловей-Разбойник всегда любил что-то свистнуть, особенно кошелек». А тут вот также нечто криминальное: «Если грабители пытались раздеть Чиполлино, им тут же становилось его жалко до слёз». Похоже, ваши детки насмотрелись всяких там криминальных телесериалов.

Впрочем, не только их, но и любовных. Почему? А вы послушайте,

что сочинила одна из девочек: «Дюймовочка страдала манией величия и влюблялась то в баскетболистов, то в Гулливеров, а то и вовсе в боксёра Валуева». Осовременила, так сказать, старую сказочку...

Или вот ещё: «Жил-был Ёжик в тумане, который, влюбившись в Лису, решил побраться наголо, чтобы стать Колобком».

А вот что про любимого всеми Ёжика написал уже четвероклассник: «Жил-был в тумане один Ёжик, ужасно обиженный на кактусы за то, что они не отвечали ему взаимностью». Как, как вы можете позволять своим детишкам сочинять такое?!

А это вот, совсем уж ни в какие ворота, то есть ни в какие рамки приличия не укладывается! Пишет также четвероклассник: «Жил-был братец Кролик, мечтавший отбить сестрицу Алёнушку у её братца-козла». А?! Как вам такое?!

Или вот посмотрите, что написал ещё один ваш воспитанник: «Серый

Волк забрался в постель к Бабушке, так как знал, что старость нужно не только уважать, но и любить». Во, как! Это на что ещё тут намёки?!

Но дальше – ещё хуже: «Курочка Ряба снесла бабушке... яички». Как прикажете это понимать?! Как можно открытым текстом писать такое?!

А вот что насочинял ещё один ваш ученик: «Жил-был один Колобок, которого многие женщины очень любили за то, что он никогда не распускал руки».

А вот что поведал его одноклассник: «Семь Богатырей видали Спящую Царевну в гробу!»

Или вот что написал второклассник, а точнее, второгодник: «Жил-был Медведь, который готов был оказать не только медвежью услугу любой Маше, залезшей в его постель». Вот даже как!

Вы говорите, что ваши подопечные больше любят другие современные сказочки. Верю, но какие? Вот ещё сомнительные, так сказать, нездоровые примеры: «Жил-был Трёхглавый Змей, слышавший очень сообразительным только потому, что его головы часто соображали на троих».

Или вот: «Жили-были Волки, которые от испуга скушали друг друга ещё и потому, что страдали волчьим аппетитом».

Ну, правда, это ещё как-то можно, хм, понять... Но вот слушайте, что пишут другие: «Жила-была Царевна, страдавшая комплексом неполноценности, потому что каждая жаба считала её лягушкой».

Или вот ещё: «Жил-был Всадник без головы профессора Доуэля, неплохо рекламирующий... лучшее средство от головной боли».

Ну что ж, как верно и точно говорится в нашем народе: «У кого что болит, тот о том и говорит!». А у вас, у вас болит голова за качество вашего преподавания?! Чему и почему вы учите такому во вверенной вам спецшколе?!

– Чему? – почти удивился директор. – И почему так? Но ведь они у нас ещё совсем маленькие, и им учиться в нашей спецшколе с литературно-сказочным уклоном помогают их родители.

– И что же?... – не совсем понял проверяющий. – Почему они у вас сочиняют этакое?!

– Так ведь «какие времена, такие и сказки», вот почему, – популярно объяснил директор.

Москва.

Медики и медицина

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Из услышанных анекдотов в больничной палате

Больной после успешной операции благодарит хирурга:

– Спасибо, доктор! Вы вытащили меня с того света.

Доктор:

– Ну и как вы полагаете, где лучше?

* * *

У врача заболела жена.

– Вызови, пожалуйста, доктора!

– просит женщина.

– А почему не я? – спрашивает муж.

– Ты слишком много берёшь.

* * *

Больной мечется в бреду и громко зовёт:

– Галя! Галя!

«Это его любовница», – догадывается жена.

– Люба! Люба! – продолжает больной.

«Это вторая», – констатирует та.

– Вера! Вера! – кричит больной.

– Третья», – фиксирует женщина.

– Зоя! Зоя!

«Ну наконец-то вспомнил меня!» – удовлетворённо заключает жена.

* * *

В пять утра в квартире врача раздаётся телефонный звонок. Сонный доктор снимает трубку.

– Доктор, помогите! – слышен взволнованный женский голос на том конце провода: – У моего мужа белая горячка.

– Но я не нарколога, я – патологоанатом, – говорит врач.

– Я знаю. Но мне вас так рекомендовали, так рекомендовали!

Опера Мошони				Оборот снасти (мор.)	Визант. золотая монета	СКАНВОРД										Углубление		Буфер	Фугасный																																																																																																																																																																																
Нем. химик		Дракон в греч. мифологии	Англ. археолог			Енот								Сорвино	Категория глагола	Дневная бабочка	Анчоус	Ибн ... (Авиценна)																																																																																																																																																																																	
					"Жестокый ... (фильм)	Бахрейн	Город, Чувашия	Пиво у грузин	Мюнхен, река	Топотекан			Известняк			Жена лорда																																																																																																																																																																																			
Гиалуронидаза		Листв. дерево	Итал. физик							Мать Прометей							"... во время чумы"																																																																																																																																																																																		
			Нем. естествоиспытатель	"... цветам", Ренуар		Воспаление радужки глаза		Сруб					Бесконечная сумма		Торговец вразнос (стар.)																																																																																																																																																																																				
Сорт винограда	Скопление			Потерял ... разговор				Суп рыбака		Живописец ... Джапаридзе			В атаку!	Заряженная частица			... стараться																																																																																																																																																																																		
			Жужане					Гадюка																																																																																																																																																																																											
Тамсулозин	Благородный газ			Звезда, Андромеда						Щокур																																																																																																																																																																																									
Автор Валерий Шаршуков	Оказывает		Телосложение					Поза в йоге																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td>О</td><td>П</td><td>У</td><td>М</td><td>И</td><td>Э</td><td>В</td><td>О</td><td>Л</td><td>Ю</td><td>Ц</td><td>И</td><td>Я</td> </tr> <tr> <td>П</td><td>Е</td><td>К</td><td>Л</td><td>О</td><td>А</td><td>У</td><td>Т</td><td>Б</td><td>И</td><td>В</td><td>А</td><td>Л</td><td>О</td><td>С</td><td>Е</td><td>Б</td> </tr> <tr> <td>А</td><td>О</td><td>П</td><td>А</td><td>Н</td><td>А</td><td>Д</td><td>О</td><td>Л</td><td>Н</td><td>М</td><td>Ф</td><td>К</td><td>О</td><td>Р</td><td>Т</td><td>Е</td> </tr> <tr> <td>Р</td><td>О</td><td>М</td><td>Е</td><td>О</td><td>У</td><td>А</td><td>О</td><td>С</td><td>Е</td><td>Е</td><td>В</td><td>А</td><td>С</td><td>И</td><td>Ф</td><td>О</td><td>Н</td><td>И</td><td>Р</td><td>О</td> </tr> <tr> <td>Н</td><td>А</td><td>С</td><td>И</td><td>В</td><td>П</td><td>Л</td><td>А</td><td>В</td><td>Ь</td><td>Т</td><td>Р</td><td>А</td><td>Н</td><td>Г</td><td>Р</td><td>Т</td><td>О</td><td>К</td><td>С</td><td>И</td><td>О</td> </tr> <tr> <td>Н</td><td>А</td><td>С</td><td>И</td><td>В</td><td>П</td><td>Л</td><td>А</td><td>В</td><td>Ь</td><td>Т</td><td>Р</td><td>А</td><td>Н</td><td>Г</td><td>Р</td><td>Т</td><td>О</td><td>К</td><td>С</td><td>И</td><td>О</td> </tr> <tr> <td>Ь</td><td>Т</td><td>Ж</td><td>Е</td><td>Л</td><td>Н</td><td>А</td><td>А</td><td>К</td><td>И</td><td>Н</td><td>О</td><td>М</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>В</td><td>И</td><td>В</td><td>А</td><td>Ч</td><td>Е</td><td>Р</td><td>Ю</td><td>Ш</td><td>Д</td><td>И</td><td>Е</td><td>Г</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Н</td><td>Р</td><td>О</td><td>М</td><td>А</td><td>Н</td><td>А</td><td>Г</td><td>А</td><td>Р</td><td>О</td><td>В</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		О	П	У	М	И	Э	В	О	Л	Ю	Ц	И	Я	П	Е	К	Л	О	А	У	Т	Б	И	В	А	Л	О	С	Е	Б	А	О	П	А	Н	А	Д	О	Л	Н	М	Ф	К	О	Р	Т	Е	Р	О	М	Е	О	У	А	О	С	Е	Е	В	А	С	И	Ф	О	Н	И	Р	О	Н	А	С	И	В	П	Л	А	В	Ь	Т	Р	А	Н	Г	Р	Т	О	К	С	И	О	Н	А	С	И	В	П	Л	А	В	Ь	Т	Р	А	Н	Г	Р	Т	О	К	С	И	О	Ь	Т	Ж	Е	Л	Н	А	А	К	И	Н	О	М										В	И	В	А	Ч	Е	Р	Ю	Ш	Д	И	Е	Г	О									Н	Р	О	М	А	Н	А	Г	А	Р	О	В										
О	П	У	М	И	Э	В	О	Л	Ю	Ц	И	Я																																																																																																																																																																																							
П	Е	К	Л	О	А	У	Т	Б	И	В	А	Л	О	С	Е	Б																																																																																																																																																																																			
А	О	П	А	Н	А	Д	О	Л	Н	М	Ф	К	О	Р	Т	Е																																																																																																																																																																																			
Р	О	М	Е	О	У	А	О	С	Е	Е	В	А	С	И	Ф	О	Н	И	Р	О																																																																																																																																																																															
Н	А	С	И	В	П	Л	А	В	Ь	Т	Р	А	Н	Г	Р	Т	О	К	С	И	О																																																																																																																																																																														
Н	А	С	И	В	П	Л	А	В	Ь	Т	Р	А	Н	Г	Р	Т	О	К	С	И	О																																																																																																																																																																														
Ь	Т	Ж	Е	Л	Н	А	А	К	И	Н	О	М																																																																																																																																																																																							
В	И	В	А	Ч	Е	Р	Ю	Ш	Д	И	Е	Г	О																																																																																																																																																																																						
Н	Р	О	М	А	Н	А	Г	А	Р	О	В																																																																																																																																																																																								

Ответы на сканворд, опубликованный в № 6 от 27.01.2017.

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: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
 Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-01-00311 Тираж 28 857 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета». Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.