

Медицинская

2 августа 2017 г.
среда
№ 56 (7774)

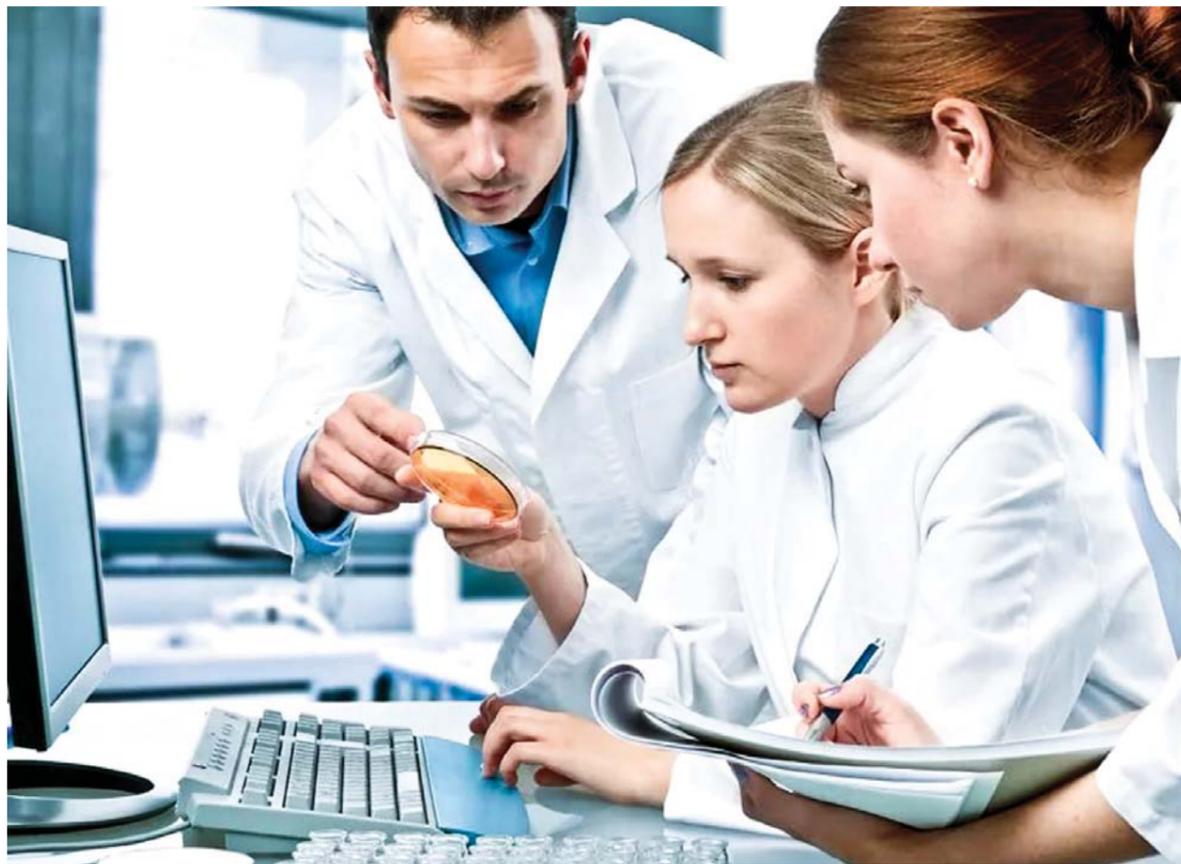
Газета®

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

Острая тема

Пора звонить во все колокола!

Если мы хотим видеть в недалёком будущем врачей высокого уровня



Разрыв финансирования на исполнение в 2017 г. государственного задания по подготовке врачей подведомственными Министерству здравоохранения РФ вузами составил 5,2 млрд руб. Как следствие – исходя даже из существующих нормативов, это госзадание может быть сорвано.

Такое предупреждение прозвучало на парламентских слушаниях «Совершенствование механизмов

Как уложиться в нормативы?

финансирования отраслевых вузов», которые провёл перед каникулами Федерального Собрания РФ Комитет Госдумы по образованию и науке.

Открывая дискуссию, председатель профильного думского комитета Вячеслав Никонов напомнил, что в феврале 2017 г. депутаты палаты выступили с обращением к председателю Правительства РФ по вопросам обеспечения качества

образовательной деятельности отраслевых вузов. Там говорилось об обеспокоенности, которая сложилась у парламентариев в связи с недостаточным финансированием госзадания на подготовку специалистов вузами, которые находятся в ведении Минздрава, Минсельхоза, Минтранса, Минкультуры, Минспорта России.

(Окончание на стр. 3.)

Сотрудничество

Выбирая общий путь

В Барнауле не так давно побывала делегация китайских медиков. А на днях с ответным визитом город Урумчи (КНР) посетила группа преподавателей стоматологического факультета Алтайского государственного медицинского университета. По итогам встречи в рамках реализации стратегии экономического развития Китая и России подписано соглашение о сотрудничестве в области медицины между правительством Урумчи, Комитетом санитарии и планирования семьи КНР и Алтайским ГМУ.

В ходе визита декан стоматологического факультета Оксана Шишкина и заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Алтайского ГМУ Светлана Токмакова встретились с руководителями клиник, торговыми представителями производителей медицинского стоматологического оборудования и представителями научного сообщества медицинского факультета Университета Шихэцзы. Достигнута договорён-

ность о развитии телемедицины между стоматологической клиникой университета и ведущей муниципальной стоматологической клиникой Урумчи.

Кроме того, представители Алтайского медуниверситета стали активными участниками форума «Здоровье полости рта», который собрал учёных и практикующих врачей из Китая, Кореи, России. Большой

интерес международного сообщества стоматологов вызвали доклады наших учёных и практикующих врачей. В рамках программы встречи преподаватели Алтайского ГМУ прочитали лекции по современным методам диагностики и лечения стоматологических заболеваний для студентов Университета Шихэцзы и стоматологов. Также они познакомились с организацией стоматологической помощи в Китае, посетили крупнейшую в городе государственную стоматологическую клинику и ряд частных стоматологических клиник.

Елизавета ГУНДАРИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.



Баграт АЛЕКЯН, главный специалист Минздрава России по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, академик РАН:

Эндоваскулярная хирургия стала основным методом лечения пациентов с острым ишемическим инсультом.

Стр. 5



Денис ЗАСЛАВСКИЙ, главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Западного федерального округа:

В школе должны быть введены специальные часы, которые бы проходили с участием профессиональных лекторов, где бы объясняли подросткам основы гигиены, здорового образа жизни.

Стр. 7



Алексей АЛЁХИН, директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России:

Мы создаём необходимые инструменты поддержки производителей и привлечения инвестиций в отрасль.

Стр. 12

Тенденции

Бережливые поликлиники уже и на Сахалине

Площадками для реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» на Сахалине стали два лечебных учреждения – Южно-Сахалинская детская поликлиника и городская поликлиника № 2, сообщили в областном Минздраве. Главная цель нововведения – создать условия для улучшения доступности и экономии времени пациентов, посещающих поликлиники, при этом максимально повысить качество оказываемых услуг. К слову, проект «Бережливая поликлиника» реализуется по всей стране, первыми в него вступили медучреждения Ярославля, Севастополя и Калининграда. Врачи и медсёстры Сахалина сейчас перенимают нарабатанный опыт.

– Мы определили основные направления и начали над ними работать. Одно из них – лабораторная диагностика. Не секрет, что в этом подразделении часто наблюдаются очереди. Мы увеличили продолжительность работы лаборатории. Сдвиги уже заметны, – объясняет суть нововведений Мила Тен, заведующая терапевтическим отделением городской поликлиники № 2. – Среди главных задач и совершенствование работы регистратуры. Здесь посетители порой проводят очень много времени за консультацией, за медицинской картой. Есть запись через интернет и инфомат, но прямое общение для пациентов важнее. Чтобы сократить ожидание, картохранилище переедет в отдельное помещение. Изменится и вид регистратуры, ремонтные работы запланированы на ближайшие месяцы.

Появится в поликлинике колл-центр, где можно будет записаться на приём или получить консультацию по различным вопросам.

У детского медицинского учреждения, участвующего в проекте, эта структура уже есть. Сотрудники центра за день регистрируют до 600 вызовов докторов на дом.

«В рамках проекта у нас созданы рабочие группы по направлениям: открытая регистратура, налажены профилактические осмотры, вакцинопрофилактика, – обращает внимание главный врач Южно-Сахалинской детской городской поликлиники Татьяна Колба. – Отрабатывается алгоритм действий и в совершенствовании участковой службы. Ведь половина из тех, кто приходит на приём, не нуждаются в помощи доктора, им просто необходима консультация медицинского работника. А к врачу будут приходиться те, кому действительно требуются осмотр и лечение».

Нововведения будут реализовываться поэтапно. Первые из них будут выполнены к сентябрю этого года.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Новости

Взгляд на будущее
нашей кардиологии

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова побывала в гостях у выдающегося отечественного кардиолога академика Евгения Чазова, чтобы в тёплой и дружелюбной атмосфере обсудить проблемы и перспективы развития современной кардиологии, а также другие актуальные вопросы здравоохранения.

Во встрече приняли участие главный кардиолог Минздрава России академик РАН Ирина Чазова, а также ученик Евгения Ивановича, исполняющий обязанности директора Российского кардиологического научно-практического комплекса, член-корреспондент РАН Сергей Бойцов.

Соб. инф.

Культуру ЗОЖ прививают с рождения

Роддом № 3 Владивостока ведёт активную работу по пропаганде здорового образа жизни среди населения Приморского края. Особое внимание – подрастающему поколению и будущим мамам, ожидающим рождения малыша и только планирующим беременность. По словам главного врача Владивостокского клинического родильного дома № 3 Светланы Сагайдачной, важнейшей частью профилактической деятельности учреждения являются тематические встречи с подростками.

Для них сотрудники роддома организуют открытые уроки красоты и здоровья, посвящённые важности ведения здорового образа жизни, соблюдения режима дня, основам правильного питания и, конечно, опасности употребления алкоголя и энергетическим напиткам, наркотиков и табакокурения. Во время таких бесед девочки получают возможность не просто услышать выступление экспертов по заданным темам, а задать и волнующие их вопросы.

Встречи с учащимися старших классов проводятся в течение учебного года. А сейчас, во время летних школьных каникул, специалисты роддома готовят очередной курс лекций для подростков. Первый урок красоты и здоровья медики будут готовы провести уже в сентябре.

Что же касается будущих и молодых мам, то в их отношении разъяснительная работа в поддержку ЗОЖ ведётся на непрерывной основе. Так, на плановом приёме в женской консультации и при постановке на учёт при беременности с пациенткой, имеющей вредные привычки, обязательно проводится беседа о том, насколько опасным может быть такой образ жизни для неё и ребёнка.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Вместе здорово шагать

Липецкая область в этом году присоединилась к всероссийскому проекту популяризации ходьбы. Этот вид физической активности, по словам экспертов, является наиболее оптимальным способом оздоровления для всех без исключения групп людей вне зависимости от возраста и уровня физической подготовки.

– В течение этого года акция «Вместе здорово шагать» будет проходить ежемесячно каждую четвёртую субботу месяца для всех желающих в различных парках областного центра, – сообщили в областном центре медпрофилактики. – Во время прогулки кардиологи, эндокринологи, неврологи и другие специалисты проведут лекции по профилактике заболеваний, а также консультации по интересующим липчан вопросам.

Акция проводится в рамках регионального долгосрочного проекта «Здоровый регион», который реализуется в Липецкой области с 2016 г. Задача проекта – повышение уровня информированности населения о принципах здорового образа жизни и занятиях спортом за счёт активного вовлечения населения в информационно-образовательные кампании.

– Стремление вести здоровый образ жизни необходимо развивать в каждом человеке. К решению этой задачи нужно привлекать всё общество. Кроме того, важно постоянно повышать качество и доступность медицинской помощи, акцентировать внимание жителей региона на необходимости профилактики заболеваний, – считает глава администрации Липецкой области Олег Королёв.

Галина ВАСИЛЬЕВА.

Липецк.

Губернатор на торжественной
выписке тройни

В Астрахани из Александро-Мариинской областной клинической больницы торжественно выписали новорождённых тройняшек. Подарить счастливых родителей с таким важным событием пришёл губернатор Астраханской области Александр Жилкин. В этом году в регионе это уже третья тройня.

«Соавторами» этого замечательного события стал коллектив специалистов перинатального центра клинической больницы, где созданы все условия для будущих мам и новорождённых. Настоящие профессионалы своего дела, врачи и медсёстры центра готовы прийти на помощь даже в самых сложных ситуациях, и молодые родители могут быть спокойны за здоровье своих малышек.

Обращаясь теперь уже к многодетной семье Савиных, А.Жилкин сказал: «Уверен, между собой ребята станут лучшими друзьями и будут всегда держаться вместе». Особо губернатор отметил, что многодетная семья может пользоваться всеми предусмотренными для этой категории социальными льготами. В качестве подарка он вручил счастливым родителям комплекты и наборы для новорождённых, а также сертификат на 100 тыс. руб.

В свою очередь, Анна и Александр Савиные поблагодарили врачей и медсестёр перинатального центра, которые помогли появиться на свет их детям и всё это время круглосуточно следили за их здоровьем.

Александра ЖВАЧКИНА.

Астрахань.

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

События

Президент в гостях
у медиков
военной академии

Президенту подробно рассказали о работе медиков клиники

В ходе поездки в Санкт-Петербург Президент РФ Владимир Путин посетил многопрофильную клинику Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Клиника располагается в семи многоэтажных корпусах. Она оснащена новейшей медицинской техникой, одновременно на стационарном лечении здесь могут находиться 630 человек.

Главе государства рассказали об особенностях медицинского учреждения, применяемых здесь методах диагностики и лечения. В.Путин, в частности, осмотрел отделения диагностики и реанимации, ознако-

мился с работой ситуационного центра координации медицинского обеспечения, где по видеоканалу проводятся, в частности, телемедицинские консультации. Президент также посетил отделение гемодиализа, клинику офтальмологии и операционные. Во время осмотра клиники главу государства сопровождали министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и министр обороны РФ Сергей Шойгу.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Санкт-Петербург.

Врач и пациент

Движение без боли

Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева провело в Москве занятие практической школы по лечебной физкультуре для пациентов. В мероприятии приняли участие более 30 человек. Занятие провёл методист лечебной физкультуры Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А.Насоновой Сергей Кузяков.

Аналогичные мероприятия пройдут в Санкт-Петербурге и Казани.

Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит) – хроническое системное воспалительное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях. Её распространённость составляет 0,1-2% от общей численности населения. Пик начала заболевания приходится на возраст от 20 до 30 лет, но также может проявляться у детей и взрослых старше 45 лет. У многих пациентов с лёгкими формами болезнь может быть не диагностирована.

Истинная причина возникновения болезни Бехтерева до сих пор не установлена. Основными факторами риска являются позитивный тест на антиген HLA-B27, семейный анамнез, в котором есть случаи болезни Бехтерева, а также частые желудочно-кишечные инфекции.

Первоначально поражается связочный аппарат позвоночника,

возникает болезненность и напряжение мышц спины. По мере прогрессирования заболевания происходит усиление и расширение границ болевого синдрома, эластичные ткани в местах воспаления замещаются твёрдой костной тканью, в результате чего нарушается подвижность позвоночника и суставов. Своевременное и адекватное лечение замедляет развитие болезни и повышает качество жизни пациентов. Основной его задачей является уменьшение воспаления и болей, сохранение подвижности позвоночника. Для этого используются нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, генно-инженерная биологическая терапия.

В то же время для пациентов с болезнью Бехтерева одной из основ правильного образа жизни является лечебная физкультура. Двигательная активность сохраняет объём движения в суставах и позвоночнике, наращивает силу мышц, растягивает их и увеличивает гибкость. Ежедневно по утрам пациентам необходимо делать гигиеническую гимнастику, так как воспалительные процессы в организме активнее протекают ночью.

Проведение подобных занятий особенно важно для молодых пациентов, организм которых ещё не затронули структурные изменения в позвоночнике и суставах.

«В России, по официальным данным Министерства здравоохранения РФ, насчитывается около 25 тыс. пациентов с болезнью Бехтерева, при этом, по данным практикующих ревматологов, – около 90-100 тыс. человек, – говорит президент Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева Алексей Ситало. – Но эти данные очень далеки от реальности, что связано в основном с недиагностированностью болезни: многие больные наблюдаются и лечатся не у ревматологов, а, например, у невропатологов с другими диагнозами».

По словам А.Ситало, сейчас общество разрабатывает приложение для мобильных устройств, которое будет содержать современные медицинские стандарты лечения, и каждый пациент, вводя последние данные личных анализов, сможет получать рекомендации по необходимости посещения ревматолога с целью корректировки терапии.

Кроме того, общество планирует реализовать уникальный проект, направленный на уменьшение среднего срока постановки диагноза «болезнь Бехтерева», который сейчас в России составляет около 5 лет.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Официально

Изменения в порядке назначения и выписывания лекарств

Минздрав России решил внести ясность в вопрос назначения лекарственных препаратов по показаниям, если они отличаются от рекомендаций, содержащихся в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата. Проект соответствующего приказа размещён на сайте regulation.gov.ru.

Согласно части 5 статьи 37 закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Пунктом 3 порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, утверждённого приказом Минздрава России № 1175н от 20.12.2012, определено, что назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии – группи-

ровочному наименованию. При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и выписывание лекарственных препаратов: не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям.

При этом в соответствии с подпунктом 6.1 порядка медицинским работникам запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты при отсутствии медицинских показаний.

Вместе с этим понятия «медицинские показания», определяемые лечащим врачом в отношении конкретного пациента, и «показания для применения», содержащиеся в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, не являются тождественными.

В проекте приказа указано, что по решению врачебной комиссии медицинской организации допускается назначение и выписывание лекарственного препарата конкретному пациенту по жизненным показаниям, отличным от показаний для применения, содержащихся в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, при соблюдении следующих условий:

– в обращении на территории РФ отсутствуют зарегистрированные лекарственные препараты с аналогичным международным непатентованным наименованием, а при его отсутствии – группировочным наименованием, предназначенные для лечения заболевания пациента в соответствии с показаниями для применения лекарственного препарата, содержащимися в инструкции;

– лечение заболевания иными лекарственными препаратами, предназначенными для лечения данного заболевания у пациента, признаётся врачебной комиссией медицинской организации неэффективным;

– опубликованные в специализированных печатных изданиях, в том числе зарубежных, сведения о клинических исследованиях или опыте применения лекарственного препарата при лечении данного заболевания, подтверждающие качество и (или) эффективность лекарственного препарата, а риск причинения вреда здоровью пациентов вследствие приёма лекарственного препарата при лечении данного заболевания не превышает эффективность его применения.

Соб. инф.

Острая тема

Пора звонить во все колокола!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

«Депутаты провели достаточно тщательный анализ этой ситуации и выявили две базовые проблемы, – сказал В.Никонов. – Отраслевые вузы просто недофинансируются. И это заставляет нас, депутатов Государственной Думы, как и представителей соответствующих министерств, звонить во все колокола и обращать внимание на то, что, даже исходя из существующих нормативов, государственное задание, которое выдано вузам, не исполняется». А затраты на приобретение материальных запасов особо ценного движимого имущества по программам бакалавриата в различных вузах отличается, по словам главы комитета, приблизительно в 5 раз.

– На существенные особенности подготовки врачей и провизоров, связанные с тем, что выпускники медицинских вузов получили возможность работать по полученной специальности непосредственно после окончания высшего учебного заведения, – акцентировал внимание участников слушаний председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов.

Для обеспечения данного принципа с 2011 г. все образовательные организации перешли на подготовку специалистов здравоохранения по новым государственным образовательным стандартам, обеспечивающим главную специфику медицинского образования, – отработку

мануальных навыков и их последующее закрепление в рамках практической подготовки обучающихся, а также формирование клинического мышления будущих врачей. При этом, следуя принципу сокращения объёма учебной нагрузки с привлечением конкретных пациентов, практическая реализация государственных стандартов в части освоения мануальных навыков студентов-медиков в современных условиях невозможна без использования в учебном процессе фантомного (симуляционного) оборудования, позволяющего отработать такие навыки неограниченное число раз и без нанесения ущерба для здоровья пациента.

«К сожалению, установленный Министерством образования и науки РФ норматив в размере 76 тыс. руб. не соответствует реальным затратам на обучение врачей и провизоров в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов», – отметил Д.Морозов.

Озабоченность по этому вопросу выразили также принявшие участие в парламентских слушаниях заместитель министра здравоохранения РФ Наталья Хорова и председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России Пётр Глыбочко.

Так, Н.Хорова отметила, в частности, что дефицит по базовому нормативу затрат на подготовку врачей в вузах Минздрава России может достичь в 2018 г.

(в совокупности) 12 млрд руб. А П.Глыбочко, выступая от имени всех медицинских вузов, призвал рассмотреть вопрос о финансировании мероприятий, направленных на расширение клинической базы медвузов, без которой невозможно подготовить клинически мыслящего врача, а также на необходимость капитального ремонта зданий и сооружений, в которых обучаются будущие врачи.

По результатам парламентских слушаний принято решение о создании Комитетом Госдумы РФ по образованию и науке специальной рабочей группы по внесению изменений в Методику определения нормативных затрат, в состав которой войдут депутаты Госдумы, представители заинтересованных министерств и ректорского корпуса.

«Это правильное и своевременное решение. Но, обсуждая вопросы установления корректировочных коэффициентов и перечней стоимостных групп, мы должны помнить, что качественная подготовка высококвалифицированного врача является сложнейшей задачей системы образования, которая требует полной самоотдачи профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и достойного финансирования. Другого пути у нас нет», – подытожил дискуссию Д.Морозов.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Решения

Возраст главных врачей ограничили

Президент РФ Владимир Путин подписал закон, устанавливающий предельный возраст – 65 лет – для замещения должностей руководителей и заместителей руководителей государственных и муниципальных медицинских организаций.

Лица, занимающие указанные должности и достигшие возраста 65 лет, переводятся с их письменного согласия на иные должности, соответствующие их квалификации.

Срок пребывания в должности руководителя государственной или муниципальной медицинской организации может быть продлён до 70 лет учредителем по представлению общего собрания (конференции) работников организации.

Закон вступает в силу с 1 октября 2017 г.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Кагры

К новому уровню качества

Более тысячи врачей по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» приступили к работе в столичных поликлиниках. Каждую неделю они принимают около 70 тыс. пациентов.

Подготовку врачей общей практики проводит Департамент здравоохранения Москвы совместно с московскими вузами.

«Появление врачей общей практики – это принципиально новый уровень качества оказания медицинской помощи пациентам. Врачи общей практики – это специалисты высокой квалификации, которые владеют новыми дополнительными компетенциями и навыками смежных специалистов: оториноларингологов, офтальмологов, неврологов и хирургов. Такой врач может поставить диагноз, а также выполнить небольшие медицинские манипуляции, например сделать перевязку или снять швы, измерить внутриглазное давление, а также провести диагностику», – заявил заместитель руководителя столичного Департамента здравоохранения Алексей Погонин.

Москва.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Однако

Залпы вхолостую



Почти треть (30%) вызовов «скорой помощи» в Подмосковье являются необоснованными. Об этом сообщил министр здравоохранения региона Дмитрий Марков.

«К сожалению, мы перегружены. Как мы считаем, 30% – это необоснованные вызовы «скорой». То есть пациент может дойти до поли-

клиники или вызвать врача на дом, но не «03». Но мы не отказываем ни по одному вызову», – сказал Д.Марков, уточнив, что бригады скорой медицинской помощи прибывают на вызов к пациенту в среднем за 10-15 минут, а до места ДТП доезжают в течение 20 минут.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

МИА Сити!

Накануне

Когда оживает легенда

Студенты СмолГМУ провели конференцию, посвящённую академику С.Фёдорову

Приближающемуся 90-летию со дня рождения выдающегося офтальмолога Святослава Фёдорова (8 августа) была посвящена XIV научная студенческая конференция, состоявшаяся в Смоленском государственном медицинском университете.

В ходе конференции были сделаны не только традиционные доклады по проблемам глазной медицины, выполненные студентами-старшекурсниками Ангелиной Ивановой, Ксенией Деменковой, Кирием Глинкой, Александрой Степановой, Марией Трусовой, Маргаритой Арсеновой, Верой Полежаевой, Александром Горбачёвым, Дарьей Зениной, клиническими ординаторами Вероникой Тетюкиной и Константином Кузьмичёвым, аспирантом МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, но и прослушана видеолекция самого Святослава Николаевича, а также показан фильм, рассказывающий о деятельности студенческого научного общества офтальмологов за 14 лет его существования.

Однако главным событием конференции стала презентация книги заведующего кафедрой глазных болезней СмолГМУ профессора Леонида Деева «Святослав Фёдоров. Личное дело №...»

Книга вышла уже третьим изданием, которое по своей документальной наполненности значительно превосходит предыдущие. Кроме богатых живыми деталями очерков и зарисовок о С.Фёдорове, врач, учёном, организаторе здравоохранения, политике, в издании содержатся журналистские расследования с версиями трагической гибели Святослава Николаевича в верто-



Профессор Л.Деев с тремя фёдоровскими стипендиатами

лётной катастрофе под Тамбовом в 2000 г.

Высокую оценку организации конференции и комплексному содержанию книги дала Ирэн Фёдорова, президент Фонда содействия развитию передовых медицинских технологий им.

С.Н.Фёдорова, и вручила лучшим студентам СмолГМУ стипендии фонда.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Фото автора.

Профилактика

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) опровергла сведения Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) об увеличении показателей смертности в России из-за загрязнённости атмосферного воздуха.

здравоохранения, подчёркивает ведомство. На картах ВОЗ Россия нигде не значится как территория повышенного риска «экологически детерминированных смертей», связанных с загрязнением воздуха.

Использование в качестве экономического параметра стоимости человеческой жизни для России в 3,3 млн долл. совершенно

Роспотребнадзор публикует опровержение...

На картах ВОЗ Россия не значится как неблагоприятная по загрязнению воздуха

В опубликованных рядом СМИ материалах о докладе ОЭСР по влиянию загрязнённого воздуха на ВВП содержится ряд существенных искажений, констатирует Роспотребнадзор. Количественные оценки последствий загрязнения атмосферы, предлагаемые читателям материала, некорректны.

Приведённые в публикации данные без какого-либо анализа приводятся из материалов ОЭСР. При этом ни в них, ни в публикации не указывается, что все приведённые цифры относятся не к реальным потерям, а к оценкам риска здоровью, связанного с загрязнением воздуха.

Материалы публикации прямо противоречат ранее опубликованному этой же организацией сообщению Роспотребнадзора. В 2016 г. ОЭСР публикует доклад. Российская Федерация не значится среди наиболее проблемных регионов мира.

В этом докладе показано, что уровни популяционного риска преждевременных смертей, ассоциированных с загрязнением воздуха мелкодисперсными пылями, в России были очень близки уровням, установленным для Японии. Они существенно ниже, чем уровни, рассчитанные для Кореи, Китая, Индии, стран Прикаспийского региона и пр. Материалы статьи также противоречат данным Всемирной организации

некорректно, основано на неких экспертных оценках и не отражает реальную экономическую ситуацию в стране. Это делает величину полученного ущерба практически несравнимой с величиной ВВП. При этом следует отметить, что даже для США и Европы величина в 3,3 млн долл. довольно значительна (к примеру, семь погибших в результате урагана «Катрина» получили компенсации в сумме, не превышающей 1 млн долл.)

Указание на рост смертности как следствие запылённости противоречит данным Минприроды России и Роспотребнадзора. По данным Минприроды, выбросы взвешенных веществ за последние годы сократились почти на 0,5 млн тонн.

В 2016 г. количество дополнительных смертей, ассоциированных с загрязнением атмосферного воздуха, составило порядка 4,8 тыс. случаев. Экономическая оценка этих потерь по критерию недопроизводства ВВП составила примерно 1,5 млрд руб., или 0,2% ВВП. Эта цифра более реально отражает медико-демографические и экономические потери государства вследствие загрязнения атмосферного воздуха.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сито!

Москва.

Наши коллеги



Мария Кузнецова посвятила 64 года Клиникам СамГМУ. Она очень активный человек. Её девиз: «Жизнь – это движение». До 80 лет Мария Алексеевна каталась на лыжах. Сейчас в её ежедневный распорядок дня обязательно входит утренняя зарядка и полуденная прогулка на свежем воздухе.

Мария Алексеевна пришла на работу в Клиники Куйбышевско-

Верный залог долгожительства

Медицинской сестре клиники факультетской терапии исполнилось 90 лет

го мединститута в 1946 г. сразу после окончания железнодорожного училища по специальности «фельдшер» была определена в клинику факультетской терапии, где и проработала до 2010 г. медицинской сестрой. Начинать работать Мария Алексеевна при заведующем клиникой факультетской терапии, профессоре Николае Кавецком, о котором она очень тепло отзывается и с удовольствием вспоминает тот период истории кафедры. Обходы больных Николай Евгеньевич осуществлял не только в присутствии врачей, но и медицинских сестёр. Он считал, как говорит Мария Алексеевна, что если медицинская сестра участвует в осмотре пациентов и понимает суть заболевания, то её вклад в лечение будет эффективнее. До сих пор она помнит фамилию своего первого больного, которому

сделала внутривенную инъекцию, у неё это получилось настолько хорошо, что её назначили процедурной медсестрой, и основную часть своей трудовой деятельности Мария Алексеевна проработала на этом посту.

За весь период работы у неё ни разу не было ни одного трагического случая, все истории с больными были исключительно позитивными. О Марии Алексеевне всегда очень тепло отзывались пациенты. Она была весёлой, умела общаться с больными, могла поднять настроение пациенту добрым словом, могла и романс спеть. Даже сейчас, встречая случайно Марию Алексеевну на улице, бывшие пациенты узнают её и восхищаются её золотыми руками.

М.Кузнецова – профессионал высокого уровня. Когда она только начинала работать, шприцы для

инъекций были многоразовые и, соответственно, должны были проходить многоэтапную обработку. Раз в неделю в отделение приходил эпидемиолог для проверки инвентаря на стерильность. Так вот у Марии Алексеевны не было ни одного нарекания за все годы работы.

Сегодня она мама, бабушка и прабабушка. Её дети и внуки получили отличное образование и престижные профессии и занимают высокие должности, а могло ли быть иначе у такой волевой женщины? Мария Алексеевна очень гордится своим младшим поколением и с удовольствием рассказывает об их успехах.

Мария Алексеевна является ветераном труда, ветераном СамГМУ, награждена медалью «За добросовестный труд в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.», а также медалями

в связи с 50-, 65- и 70-летием окончания Великой Отечественной войны.

Клиники СамГМУ гордятся своей историей и такими сотрудниками, как Мария Кузнецова. Администрация Клиник поздравила Марию Алексеевну с 90-летием. Как написали коллеги в своём поздравлении: «Низкий поклон за ту сложную жизненную дорогу, по которой вы прошли достойно, будучи участником исторических событий и трудясь во благо будущего поколения. Желаем крепкого здоровья, понимания близких, больше радости и положительных эмоций, которые вы заслужили, – ведь это и есть залог долгожительства!».

Алексей ПОКРОВСКИЙ,
внешт. корр. «МГ».

Самара.

При всех его многочисленных званиях и наградах известнейший кардиохирург, главный специалист Минздрава России по рентгеноэндovasкулярной диагностике и лечению, заместитель директора Института хирургии им. А.В.Вишневского, академик РАН Баграт АЛЕКЯН главными своими заслугами перед отечественным здравоохранением считает то, что ему удалось «пробить» идею выделить врачебную специальность «рентгеноэндovasкулярный хирург» и выпустить руководство по своей специальности, равных которому ни по объёму, ни по полноте информации не существует.

– Это самое большое, что я в жизни сделал, тяжелее труда нет, – признаётся Баграт Гегамович, показывая корреспонденту «МГ» свежее печатное издание, на подготовку которого он потратил больше двух лет.

Национальное руководство «Рентгеноэндovasкулярная хирургия» под редакцией академика РАН Б.Алекяна написано большим коллективом авторов – ведущих российских и зарубежных специалистов в данной области медицины – и издано при поддержке Российского научного общества специалистов по рентгеноэндovasкулярной диагностике и лечению. Оно будет разослано во все 320 центров рентгеноэндovasкулярной хирургии РФ.

Затевая этот проект, академик Б.Алекян хотел, чтобы российские врачи были вооружены новейшей научной информацией, а также имели под руками данные о результатах отечественного и международного опыта применения рентгеноэндovasкулярных подходов к лечению различных заболеваний. 2250 страниц текста – это 4 полновесных тома, каждый из которых посвящён отдельной теме: современным аспектам эндovasкулярного лечения врождённых пороков сердца; возможностям и проблемам интервенционного лечения ишемической болезни сердца; лечению патологии магистральных сосудов, а также не-

Ориентиры

Баграт АЛЕКЯН:

Это самое большое, что я сделал в жизни

Российские врачи должны быть вооружены новейшей научной информацией



Оперирует академик Б.Алекян

врологических, гинекологических, онкологических, хирургических и проктологических заболеваний; анализу современных методов лечения структурных заболеваний сердца и сосудов.

По словам Б.Алекяна, необходимость обновить и систематизировать информацию по рентгеноэндovasкулярной хирургии обусловлена как минимум двумя вескими причинами. Первая – данная область медицины хоть и самая молодая, но при этом самая быстроразвивающаяся.

– В настоящее время в России ежегодно проводится 240 тыс. рентгеноэндovasкулярных операций, а 10 лет назад – всего 40 тыс. По ряду направлений, в частности при

ИБС, уже более 80% вмешательств выполняется эндovasкулярно и менее 20% – открытым хирургическим доступом. Эндovasкулярная хирургия стала основным методом лечения структурных заболеваний сердца и сосудов. В гинекологии эта технология используется для эмболизации маточных артерий, в урологии проводится эмболизация артерий при аденоме предстательной железы. В нашей стране 10 лет назад число пациентов, обследованных и прооперированных рентгеноэндovasкулярными методами, составляло всего 147 тыс. человек, а сегодня – 630 тыс. в год. Если мы будем идти вперёд такими же темпами, то через 4-5 лет выйдем

на отметку миллион пролеченных больных в год. Ни в одной другой области медицины нет такого увеличения потока пациентов, – говорит академик Б.Алекян.

Вторая причина напрямую связана с первой – чтобы увеличить доступность эндovasкулярных методов диагностики и хирургии, необходимы центры и подготовленные специалисты. По данным главного специалиста Минздрава России, за последние 10 лет количество лечебных учреждений, где выполняются рентгеноэндovasкулярные процедуры, выросло со 143 до 320.

Если в 2007 г. на всю страну было всего 180 ангиографических операционных, то сегодня их 505, то есть технических возможностей для выполнения миниинвазивных внутрисосудистых вмешательств становится больше. А главное – работать на ангиографах есть кому: число специалистов за это время выросло с 500 до 1600.

Говоря о растущих объёмах эндovasкулярных операций, нельзя не затронуть вопрос, оправданны ли ожидания от внедрения этих высоких медицинских технологий? В частности, отразилось ли их внедрение на показателе смертности населения Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний, ведь именно эта область медицины была первой, где начали применять рентгеноэндovasкулярные технологии?

– В качестве ответа на ваш вопрос приведу несколько цифр. Количество выполненных операций стентирования коронарных сосудов в 2007 г. было 28 тыс., а сейчас достигло 180 тыс. в год. Из них более 100 тыс. операций проводится при остром коронарном синдроме, и в каждом третьем случае это больная с крупноочаговым инфарктом миокарда. «Стандартно» летальность в данной группе больных составляет 25-30%, а при своевременно выполненном стентировании коронарных артерий – всего 5%. Таким образом, на показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний развитие данной области медицины влияет самым непосредственным образом, – убеждён Б.Алекян.

В то же время главный специалист Минздрава России считает преждевременным успокаиваться на достигнутом. Пока в России объём рентгеноэндovasкулярных операций при ишемической болезни сердца не обеспечивает потребности населения в данном виде медицинской помощи: необходимо выполнять примерно 400 тыс. таких вмешательств.

– Мы к этому идём и достигнем цели очень быстро при условии, что финансирование данного раздела медицины не уменьшится, – резюмирует мой собеседник.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Владимира ВИНОГРАДОВА.

Преодоление

Специальная олимпиада для особых детей

Принципы толерантности важны не только в обучении, но и в спорте

Мероприятие, посвящённое 50-летию со дня основания «Специальной олимпиады», прошло в Республиканской психотерапевтической поликлинике. Его организатором выступило Дагестанское региональное отделение (ДРО) движения «Специальная олимпиада России» совместно с руководством поликлиники. К участию в нём были приглашены воспитанники дома-интерната для умственно отсталых детей «Забота».

Специалисты поликлиники организовали сеансы мульт-, арт-терапии и танцевальной терапии. Дети были в восторге от мероприятий, принимали активное участие во всех сеансах – рисовали своих любимых мультгероев, танцевали лезгинку, занимались гимнастикой. После этого во дворе поликлиники мероприятие продолжилось приятным застольем, весёлыми танцами и играми.

По словам главного врача Республиканской психотерапевтической поликлиники Фатимат Карибовой, ДРО движения «Специальная олимпиада России» сотрудничает с медучреждением уже несколько месяцев.

– Представители этого движения обратились к нам за помощью в проведении психологической диагностики детей, которые должны были выехать на соревнования за пределы Дагестана. Одним из обязательных условий участия в этих соревнова-

ниях было определение уровня интеллектуального развития участников. Эту методику детям нигде не могли провести, мы это сделали.

В дальнейшем были сохранены контакты, налаживались отношения. Недавно возникла идея провести сегодняшнюю акцию. Это своего рода праздник для детей. Мы же со своей стороны оцениваем, насколько можно с этими детьми проводить те методики, которые используем в своей работе. Дети, конечно, с тяжёлой патологией развития, выраженными ограниченными возможностями, но тем не менее мы разделили их на три группы, и оказалось, что с ними можно работать. То есть при определённых усилиях этих детей можно адаптировать, выявить, какие способности у них выражены больше. К примеру, если ребёнок с интеллектуальной недостаточностью может эффективно заниматься некоторыми видами спорта или делать монотонную работу, которую другой человек не сможет выполнить.

Наше мероприятие показало, что эти дети могут и должны быть встроены в социум с учётом их возможностей и способностей. Сегодняшняя акция с учётом того, что в ней участвовали дети с выраженными отклонениями, может показаться гротескной, но тем не менее она даёт определённый результат. То, что такая организация есть в нашей республике и её работа приносит определённые результаты, – это очень хорошо, – отмечает Ф.Карибова.

По мнению психологов поликлиники, такие занятия благоприятно сказываются на этих детях. К примеру, мульт-терапия имеет явные преимущества. В первую очередь она решает проблему мотивации детей. Мультфильмы с ранних лет становятся для ребёнка дверью в мир культуры, ценностей и смыслов, художественных образов, символов, к сожалению, сейчас уже всё больше отодвигая на второй план литературу, а часто и игру. Участие в создании мультфильма, включение результатов его деятельности в общий контекст повышают самооценку ребёнка, его значимость, вызывают ощущение причастности к чему-то важному, интересному. Герои мультфильмов, даже отрицательные, сохраняют детские черты, и потому не могут вызывать полного негатива. Даже наоборот – этим героям сочувствуют, и тем самым снимается агрессия. Мультфильм, как правило, заканчивается позитивно. Он создаёт положительный эмоциональный настрой.

В отличие от других арт-терапевтических методик, мульт-терапия включает в себя занятия различными видами творческой деятельности: изобразительным искусством в разных формах (живопись, графика, фотография, скульптура), литература, музыка. Очень важно, что здесь детям не говорят, что нужно делать и как, а пробуждают их собственную активность и фантазию. Задача педагога – умело направить идеи ребёнка в русло создания по-

зитивного совместного продукта. При этом важен принцип спонтанности и ценности творческого процесса, чтобы и детям, и взрослым было интересно и радостно.

Арт-терапия – одна из самых доступных и легко выполнимых методик даже в домашних условиях. Она прекрасно снимает тревожность, агрессию, напряжённость. Её можно использовать и для диагностики, так как в процессе творчества проявляется внутреннее состояние ребёнка.

По словам председателя правления ДРО движения «Специальная олимпиада России» Наиды Батырбековой, в Дагестане организация функционирует с 2015 г. и базируется в Республиканском центре социально-трудовой адаптации и профориентации им. У.М.Муртузалиевой. Движение работает в 64 регионах России. Всего по стране «Специальная олимпиада России» насчитывает 120 тыс. участников. На данный момент в Дагестане организация развивает среди своих подопечных такие виды спорта, как дзюдо, настольный теннис, юнифайд-футбол. Юнифайд-спорт – это программа «Специальной олимпиады», которая объединяет в одной команде здоровых спортсменов, и детей, и взрослых, с нарушениями интеллекта с целью внедрения принципа инклюзии и толерантности не только в обучении, но и в спорте.

ДРО на данный момент сотрудничает с коррекционными школами VIII вида Махачкалы и Дербента.

В планах – привлечение других подобных заведений республики. В марте провели мероприятие по двигательной активности в Дербенте, в апреле – на базе центра социально-трудовой адаптации и профориентации им. У.М.Муртузалиевой.

«Наши дети выезжали на Международный турнир по дзюдо, который проходил в Санкт-Петербурге. Там они заняли призовые первые и вторые места. В апреле принимали участие в соревнованиях по юнифайд-футболу. В команде допускается участие двоих здоровых спортсменов, остальные – с ограниченными возможностями», – рассказала Н.Батырбекова.

Она уже более 10 лет работает с умственно отсталыми детьми в центре им. У.М.Муртузалиевой.

Исполнительный директор организации Забир Магомедов рассказал, что главная их цель – выявить среди этих детей тех, кто может участвовать в соревнованиях.

– В нашей стране «Специальная олимпиада России» развивается с 1990 г. В мире – с 1968 г. В ней есть хорошие программы, в том числе и для тяжёлых детей. Сегодня, к примеру, мы привлекли воспитанников интерната «Забота». В сентябре наши ребята едут на отборочные игры по дзюдо в Йошкар-Олу на Всемирные игры в 2019 г., – отметил З.Магомедов.

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

На создание правовых основ использования в практике здравоохранения и медицинской науке направлен Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья». Одобренный Советом Федерации на заключительном заседании весенней парламентской сессии, он вступает в силу после подписания Президентом РФ с 1 января 2018 г. за исключением положений, имеющих иной срок вступления в силу.

В рамках единой системы

Законом предусматривается создание Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИС), определяются её оператор, состав обрабатываемых в ней сведений, правовые основы её функционирования и информационного взаимодействия с иными информационными системами, а также поставщики и пользователи информации.

Согласно закону, Правительством РФ утверждается Положение о ЕГИС, которое определяет различные аспекты системы, её взаимодействия с другими информационными системами, а также порядок и сроки предоставления информации в ЕГИС, доступа к ней, источники и состав сведений, формирование, обработка которых и доступ к которым осуществляется с использованием этой системы.

Надо сказать, что перечень видов информации, предоставляемой и обрабатываемой в ЕГИС, определён в исчерпывающем образом уже в принятом парламентом законом.

Под иными информационными системами в сфере здравоохранения понимаются как государственные информационные системы в сфере здравоохранения, так и муниципальные, а также информационные системы в сфере здравоохранения, владельцами которых являются медицинские и иные организации, в том числе частные.

В целях организации оказания медицинской помощи в дополнение к возможности создания и ведения федеральных регистров лиц, указанных в частях 2.1, 2.2 статьи 43, частях 4 и 8 статьи 44 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», новым законом предусматривается возможность создания иных федеральных регистров лиц, страдающих отдельными заболеваниями. Порядок ведения таких регистров устанавливается Правительством РФ.

Ведение указанных регистров позволит:

- обеспечить преемственность при оказании медицинской помощи на разных этапах и в разных медицинских организациях, осуществлять мониторинг лекарственного обеспечения пациентов и приверженности к лечению, оценивать соответствие оказанной медицинской помощи клиническим рекомендациям;

Перспективы

Основной канал общения пациента и клиники

Закон о телемедицине структурно изменит оказание медицинской помощи и определит будущее здравоохранения

– определять потребность в лекарственном обеспечении, в том числе в случаях, когда организация лекарственного обеспечения является полномочием Российской Федерации, осуществлять учёт прикрепленного контингента, оптимизировать сбор и представления учётно-отчётной документации, обеспечить учёт отпуска медикаментов и объёмов оказанной медицинской помощи.

При этом следует отметить, что существующие информационные системы не включают данные об оказании медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе при заболевании туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией.

Закон также вводит возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий путём проведения консультаций и консилиумов, обеспечивающих дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента или его законного представителя, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента.

Порядок организации и проведения консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий, а также правила идентификации участников дистанционного взаимодействия утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В целях идентификации участников планируется использовать единую систему идентификации и аутентификации, а информационный обмен между используемыми системами осуществлять с применением единой сети межведомственного электронного взаимодействия. Данные вопросы получат правовое закрепление при утверждении указанного порядка.

Использование консультаций с применением телемедицинских технологий является правом как врача, так и пациента и не ограничивает пациентов в их праве на получение медицинской помощи очно.

Упростить процедуры

Законом также предусматривается возможность выдачи рецептов на лекарственные препараты, в том числе содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, справок и рецептов на медицинские изделия в форме электронного документа, что позволит существенно оптими-

зировать процедуру оформления указанных документов и упростить процедуру получения необходимых лекарственных препаратов. При этом право выбора пациента формы рецепта не ограничивается. По требованию пациента ему по-прежнему может выдаваться бумажный оригинал рецепта с подписью врача, который он получает непосредственно в кабинете врача, а также справка о наличии выписанного лекарственного препарата в прикрепленной аптечной организации.

Рецепты, создаваемые в форме электронного документа, будут направляться непосредственно в аптечные организации. В целях обеспечения правового регулирования отношений между медицинскими организациями, которые выдают рецепты, и аптечными организациями, которые их реализуют, законом предусматривается утверждение Минздравом России общих правил информационного взаимодействия всех участников в целях выдачи рецептов в форме электронных документов, подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью врача (фельдшера, акушера).

В настоящее время хранение всех медицинских документов, включая рецепты на лекарственные препараты, осуществляется в медицинских организациях, которые формируют такие документы, что обусловлено необходимостью обеспечения защиты врачебной тайны и персональных данных. В целях организации единого порядка работы с медицинскими документами, включая рецепты на лекарственные препараты, будет обеспечено формирование и хранение электронных медицинских документов в информационных системах медицинских организаций, где они фактически создаются, с возможностью предоставления необходимой информации о таких документах в ЕГИС.

Порядок назначения лекарственных препаратов, а также формы рецептурных бланков в электронном виде утверждаются Минздравом России аналогично порядку назначения лекарственных препаратов и формам рецептурных бланков на бумажном носителе.

Выдача рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, в форме электронных документов, подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью врача (фельдшера, акушера), позволит обеспечить строгий учёт и контроль выписанных рецептов,

а также отпускаемых лекарственных препаратов. (Вступление в силу данной нормы законопроекта планируется с 1 января 2019 г.)

В интересах и пациента, и медиков

Таким образом, реализация закона позволит повысить качество медицинских услуг и доступность медицинской помощи, в том числе путём решения наиболее острых проблем доступа к медицинским услугам и инфраструктуре системы здравоохранения в целом.

Так, внедрение информационно-телекоммуникационных технологий позволит, в частности, решить проблемы справочно-информационной поддержки принятия врачебных решений. В том числе посредством предоставления оперативного доступа к полной и достоверной информации о здоровье пациента, внедрения автоматизированных процедур проверки соответствия выбранного лечения стандартам оказания медицинской помощи, проверки соответствия назначенных лекарственных средств имеющимся противопоказаниям; получения врачебных консультаций лицами, не имеющими возможности посещения медицинских организаций; оперативного профессионального взаимодействия специалистов.

ЕГИС позволит обеспечить решение комплекса задач по следующим направлениям:

- повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки решения задач прогнозирования;

- повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, медицинских работников, лиц, обучающихся в организациях, реализующих подготовку медицинских и фармацевтических работников;

- повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях.

А пока телемедицина, которая может структурно изменить рынок медицинских услуг, в полную силу в России ещё не работает, хотя её элементы используют многие клиники. Самые простые примеры

– онлайн-запись к врачу, доступ в личный кабинет с данными о назначениях и исследованиях. Ранее министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отмечала, что информатизация здравоохранения в стране происходит неравномерно: есть регионы, которые уже на 100% перевели все медицинские процессы в электронную форму, а есть субъекты, которые только начинают эту работу. По информации Минздрава России, уже более 95% регионов предоставляют услугу электронной записи к врачу.

Телемедицинские услуги, полагают эксперты, позволят снизить заболеваемость за счёт ранней диагностики и особенно актуальны для пациентов с хроническими заболеваниями, которым требуются краткие консультации на протяжении всего курса лечения. Спрос на телемедицинские сервисы будет предвлекать и привычки к онлайн-сервисам жители крупных городов, и люди в отдалённых регионах страны – им станет доступнее качественная помощь, в том числе бесплатная. Ведь в регионах часто нет узких специалистов. Закон о телемедицине должен наконец решить проблему оптимизации расходов прежде всего обязательного медицинского страхования.

Поддержание и развитие единой информационной системы в телемедицине с 2018 г. потребует, по расчётам Минздрава России, порядка 750 млн руб. из средств федерального бюджета ежегодно. Об этом сообщил на заседании в Совете Федерации статс-секретарь, заместитель министра здравоохранения Дмитрий Костеников. По оценке директора Департамента информационных технологий и связи Минздрава России Елены Бойко, в среднем каждому субъекту Федерации на сопровождение и поддержание новых информационных систем потребуется от 100 до 300 млн руб.

Сейчас Министерство здравоохранения РФ заканчивает разработку информационной сети, в которой профильные федеральные центры будут связаны с региональными подразделениями того же профиля. В рамках этой сети будет также предусмотрена возможность круглосуточных телемедицинских консультаций, включая чтение изображений. В первую очередь разрабатывается система общения между врачами для профессиональных консультаций и консилиумов.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Начало

Основной целью профильного кабинета является обеспечение омичей, страдающих болезнью Паркинсона и другими заболеваниями экстрапирамидной системы, специализированной и высококвалифицированной неврологической помощью.

Как известно, болезнь Паркинсона – весьма распространённое заболевание центральной нервной системы наряду с болезнью Альцгеймера и эпилепсией. По статистике, им страдает каждый 500-й житель планеты. В основном в группу риска входят люди в возрасте от 40 лет. Самый же высокий

С болезнью Паркинсона – в новый кабинет

процент заболевших отмечается в возрасте старше 80 лет (5-10%).

Разумеется, качество жизни человека с таким хроническим, неуклонно прогрессирующим заболеванием, когда испытывается постоянное дрожание, повышенная скованность мышц, сложность в выполнении направленных движений, заметно снижается. Пациент постоянно нуждается не только в медицинской помощи, но и в постоянном

уходе и заботе со стороны родственников и близких.

Однако в новый профильный кабинет КДЦ на приём могут обращаться не только пациенты с болезнью Паркинсона и синдромом паркинсонизма. Неврологи Любовь Ткаченко и Оксана Каргина готовы принять больных с эссенциальным и другими видами тремора, с цервикальной и прочими мышечными дистониями, а также с такими заболеваниями, как хорей, тики, болезнь

Вильсона – Коновалова и другими расстройствами экстрапирамидной системы.

Планируется, что специалисты кабинета будут не только оказывать консультативно-диагностическую помощь больным с экстрапирамидными патологиями, но и вести «уроки» в школе для пациентов с болезнью Паркинсона и их родственников по вопросам профилактики, лечения и реабилитации. Работа кабинета экстрапирамидных

заболеваний организована в системе ОМС (направление пациентов на консультацию осуществляют государственные медицинские организации Омской области, реализующие Программу государственных гарантий оказания населению медицинской помощи), а также в рамках платных медицинских услуг.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

МИА Сити!

Омск.

В летнюю пору, когда люди носят открытую обувь и одежду, начинаешь замечать, что у многих имеются грибковые поражения кожи и ногтей.

– Ничего удивительного, – говорят специалисты. – Примерно 20% населения России (то есть каждый пятый житель страны) страдают микозами.

Группой риска по грибковым заболеваниям считаются люди зрелого возраста, от 40 лет и старше, когда возникают предрасполагающие факторы: сахарный диабет, остеопороз, плоскостопие и др. Но в последнее время специалисты отмечают, что грибковые заболевания молодеют.

– К сожалению, это так, – рассказал корреспонденту «МГ» профессор кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Западного федерального округа Денис Заславский в рамках встречи с журналистами, посвящённой профилактике микозов. – Я только что вернулся с Всемирного конгресса по детской дерматовенерологии в Чикаго, где несколько докладов было посвящено поражению ногтей пластинок – онихомикозам в детском возрасте. Почему молодеют? Выскажу свою точку зрения, ибо больших рандомизированных исследований не проводилось. Считаю, что это связано в первую очередь с массовым применением фаст-фудов.

Продукты быстрого приготовления содержат очень много глюкозы, сахара, готовятся из генно-модифицированных продуктов. Интенсивное животноводство и растениеводство заставляют производителей использовать антибиотики, чтобы животное не болело, разнообразные гормоны, стимуляторы роста, чтобы быстрее набирало массу тела, антимикотики, чтобы мясо при транспортировке в торговую сеть не покрылось плесенью. А потом всё это оказывается в фаст-фуде.

Гормоны, кроме всего прочего, являются иммуносупрессорами, тормозящими иммунную систему. Принимая иммуносупрессор, мы угнетаем нашу иммунную защиту от грибов.

Немалую роль играет и чрезмерное увлечение сильнодействующими моющими средствами, порой не проверенными. Повсеместное их применение, многократное ежедневное мытьё с мылом приводит к нарушению

pH кожи. Мыло, покупаемое в масс-маркетах, имеет большую щелочную фракцию. А щёлочь «забирает» липидную плёнку с поверхности кожи. Нарушая гидролипидную мантию, мы открываем ворота для грибов.

Дети, особенно в организованных коллективах, часто меняются футболками, кроссовками, полотенцами и т.д. Да и в домашних условиях запросто могут надеть папины тапочки, подвергая себя риску заражения грибковым заболеванием – известно, что у 30%

– Подросток думает о здоровье, в том числе ногтей, в последнюю очередь, – ответил он. – Поэтому, на мой взгляд, в школе должны быть введены специальные часы, которые бы проходили с участием профессиональных лекторов из медицинских вузов, других медресей, где бы подросткам объясняли основы гигиены, здорового образа жизни. В функциональные обязанности школьного педагога это не входит, к тому же он не профессионал в этом направлении, значит, нужно приглашать

особенности. Их-то специалисты, особенно работающие в системе ДМС (а не ОМС), зачастую не знают, так как не имеют педиатрического образования.

На сегодняшний день известно 455 тыс. грибов. Учёные предполагают, что число может достигать 1 млн 350 тыс. В год изучается примерно 5 тыс. Понадобятся ещё сотни лет, чтобы изучить всё. Царство грибов бесконечно.

– Наша задача – подобрать деликатную терапию, чтобы не уничтожить нужные грибы, потому

ногтей – больше косметическая проблема, нежели серьёзное заболевание. Как справедливо заметил олимпийский чемпион, чемпион мира и Европы, фигурист Алексей Ягудин, когда речь идёт о здоровье, нет больших и малых проблем.

Эту же мысль подтвердил Д.Заславский и привёл пример из своей клинической практики. К нему обратилась пациентка по направлению офтальмолога: девушка стала плохо видеть и жаловалась на зуд кожи. При осмотре были обнаружены поражения

Санитарная зона

Грибы в летнюю пору

Как обезопасить от них детей

пациентов в семье ещё кто-то болен. Одним из основных факторов, способствующих инфицированию, является нарушение целостности кожи (трещины, травмы, потёртости, повышенная потливость и т.д.). Насколько распространены грибковые заболевания у детей, в частности онихомикозы?

К счастью, дети меньше подвержены риску развития онихомикозов, чем взрослые, поскольку ребёнок быстро растёт, утврждают специалисты. Скорость роста ногтей пластинок у него выше, чем скорость роста гриба, и грибок не успевает зацепиться. А вот микозы гладкой кожи у детей – не редкость. Среди них лидируют микроспория, трихофития, разноцветный лишай, вызываемый грибами семейства малассезия. Это состояние наблюдается у детей, часто потеющих в залах, у контактирующих с сельскохозяйственными животными на улице. Да и молодые мамы, как правило, оставляют детские коляски у входа в детскую поликлинику, магазин, бассейн. Кошке ничего не стоит запрыгнуть в коляску и улечься на подушку, соответственно, ребёнок потом заражается, например, микроспорией. И здесь надо работать комплексно.

– Каковы особенности профилактики микозов ногтей у подростков? Как повысить их приверженность к лечению? – эти вопросы мы адресовали доктору Д.Заславскому.



Д. Заславский и А. Ягудин

докторов, может быть, в частном порядке, как консультантов. В каждом районе есть КВД, специалисты которого могли бы проводить беседы по актуальным вопросам дерматологии хотя бы раз в год.

– Какие ошибки допускают врачи при лечении подростков?

– Они думают, что подростки – это взрослые, и подходят к ним с этими мерками. А подросток – это не взрослый в миниатюре, он имеет свои физиологические

особенности. Если мы убьём одни грибы, на их место придут другие, ещё более патогенные и агрессивные, – говорит Д.Заславский.

Существует огромное количество препаратов для избавления от микозов, как местного, так и системного действия. Важно, чтобы пациент следовал рекомендациям специалиста (потому что терапия обычно длительная, особенно при онихомикозах), а не отмахивался, считая, что поражение кожи и

кожных покровов и ногтей пластинок. Выяснилось, что ухудшение зрения развивалось параллельно с микозом. Посев с ногтей пластинок и конъюнктивы глаз показал, что возбудитель один и тот же. Из чего был сделан вывод: девушка, почесав ногу, перенесла инфекцию с неё в область глаза, и это стало приводить к постепенному ухудшению зрения.

– Дерматолог, в отличие от других специалистов, должен полностью раздеть пациента при осмотре. Потому что имеют место коморбидные состояния, сопутствующие болезни, – подчеркнул профессор. – Если бы девушка не попала к дерматологу, вряд ли бы офтальмологи заметили эту коморбидную связь, и она бы потеряла зрение.

Д.Заславский напомнил, что все топические препараты хорошо работают, когда поражено не более 3 ногтей пластинок по 30% каждая из них. В остальных случаях требуется комбинированная терапия. При этом препараты, которые применяют системно, имеют большие побочные эффекты. Поэтому столь важна ранняя диагностика и, конечно, своевременная профилактика.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото автора.

Здоровая жизнь

ЛФК и массаж как лекарство

В Тихоокеанском государственном медицинском университете обсудили проблемы реабилитации

Реабилитацию и доступность медицинской помощи для детей с ограниченными возможностями развития (ОВР) обсудили на конференции «Особый ребёнок: проблемы развития», которая состоялась во Владивостоке при поддержке фонда местного сообщества «Энергия участия». На сегодняшний день в Приморском крае эта тема касается около 5 тыс. маленьких жителей региона.

Участниками обсуждения стали врачи, тренеры, представители общественных организаций и родители особых малышей. Они делились своим опытом и современными методиками, которые применяют для реабилитации и восстановления.

О сложностях, с которыми сталкиваются родители, воспитывая

детей с ОВР, директор детского оздоровительного центра «ЛЕО» Ольга Богушева знает не понаслышке. Она сама мама особого ребёнка.

– В первую очередь, наверное, нужно сказать о том, что многие родители не сразу замечают, что с их малышом что-то не так, не хотят верить и признавать, что требуется осмотр специалистов. А ведь чем раньше начать заниматься отклонениями в развитии, тем благоприятнее прогноз. Многие проблемы в физическом развитии можно исправить курсами массажа и сеансами мануальной терапии, – делится собственным опытом эксперт.

Обнаружить и вовремя распознать симптомы болезни – только одна из задач. Затем начинается период совместной работы и реабилитации. Но получить помощь

профессионалов оказывается порой непросто.

Во Владивостоке основную специализированную помощь по реабилитации и восстановительной медицине оказывает Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи. Но сейчас в Приморском крае, по данным пенсионного фонда, детей в возрасте от 0 до 14 лет, нуждающихся в реабилитации, около 5 тыс. Справиться с такой нагрузкой одно медицинское учреждение не способно.

В итоге родители вынуждены обращаться за помощью к специалистам из Центральной России или за рубеж, что возможно не для каждой семьи.

– В России есть термин «жизненно важные лекарства». Так вот для сложных детей занятия ЛФК, массаж тоже являются жизненно

важными. И ситуация, когда родители везут таких детей за границу, поскольку не находят альтернативу у нас, – неправомерна, – считает О.Богушева.

Вместе с сыном она проходила курсы реабилитации в Германии и Польше. Именно там и возникла идея создания подобного места и во Владивостоке. Вернувшись, Ольга нашла единомышленника – Людмилу Богданову – преподавателя физического воспитания, инструктора лечебной физкультуры. Вместе они решили создать детский оздоровительный реабилитационный центр «ЛЕО».

Партнёром центра стал Приморский институт вертеброневрологии и мануальной медицины. Здесь под руководством профессора Анатолия Беляева работает много замечательных специалистов по массажу, осте-

опаты, специалисты в области мануальной терапии.

Открытие реабилитационного центра планируется уже в октябре. Здесь дети смогут пройти курсы реабилитации с учётом личных особенностей. Также будут составляться индивидуальные программы.

В центре к услугам посетителей будут проводиться занятия ЛФК (не менее часа), терапия рук (развитие мелкой моторики), все виды массажа, остеопатия, мануальная терапия, гомеопатия, гирудотерапия, иглорефлексотерапия, микрокинезитерапия, прикладная кинезиология, физиотерапия, парафинотерапия, компьютерная фотоплантография.

Но медицинская помощь будет своевременной только в том случае, если будет налажена диагностика на ранней стадии заболевания. Для этого участники конференции предлагают несколько мер: это и подготовка памяток для педиатров, и создание единой информационной базы специалистов, работающих с детьми с ОВР. А для обмена опытом необходимы конференции для специалистов разных направлений, работающих с особыми детьми.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 53 (2083)

(Продолжение.)

Начало в № 53 от 21.07.2017.

Кататоническое возбуждение проявляется патетическим возбуждением, при этом больные оживлены, экзальтированы, восторженны. Характерна патетика, много-речивость, преимущественное употребление высокопарных выражений, сочетающихся с пением и декламацией. Возможно принятие театральные поз, «застывание», включение картин субступора и ступора. Импульсивное возбуждение характеризуется внезапной, ничем не мотивированной яростью и агрессией, когда больные вскакивают с постели, устремляются вперед, набрасываются на окружающих и сметают всё на своём пути. Иногда они срывают с себя одежду, открыто мастурбируют. В речи наряду с нецензурной бранью встречаются эхолалии (повторение одинаковых слов и словосочетаний). Немое (безмолвное) возбуждение носит характер неистового, сопровождается хаотичными действиями, метанием, агрессией.

Гебефреническое возбуждение – двигательное возбуждение сочетается с манерностью, дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмысленным хохотом.

Возбуждение при аффективных психозах.

Маниакальное возбуждение характеризуется выраженным подъёмом настроения, ускорением речемыслительной деятельности и двигательной активности с проявлениями восторга, оптимизма с грандиозностью замыслов. Идеаторное возбуждение достигает степени скачки идей. Характерны идеи величия, преследования, любовного очарования. Состояние маниакального возбуждения может сопровождаться раздражительностью, злобностью, агрессией (гневливая мания).

Ажитированная депрессия – подавленность настроения сочетается с речедвигательным возбуждением. Больных не оставляют мучительные предчувствия надвигающегося несчастья. Переживания наполнены ожиданиями чего-то страшного, ужасного. Тягостное чувство вины, самоосуждения, требования немедленной казни сочетаются с выраженной тревогой, беспокоеством. Больные мечутся, не находят себе места, заламывают руки. В состоянии меланхолического раптусса они могут наносить самоповреждения, в том числе с суицидальной целью.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят между заболеваниями, сопровождающимися психомоторным возбуждением (см. раздел II). При проведении дифференциальной диагностики необходимо оценить соматическое состояние больного, квалифицировать тип возбуждения, определить состояние сознания.

Вопросы познанию. До приезда

выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить характер и степень психомоторного возбуждения: сопровождается ли оно физической агрессией, представляет ли опасность для окружающих, имеются ли в помещении, где находится больной, колющие и режущие предметы.

Советы познанию. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо попытаться успокоить больного. Из комнаты, где находится больной, надо попытаться удалить колющие и режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения.

Действия на вызове

Диагностика

Пациент в состоянии психомоторного возбуждения малодоступен продуктивному контакту. Примерный перечень вопросов, адресуемых к родственникам больного, сводится к следующему:

- Наличие хронических соматических заболеваний, текущих инфекций, интоксикаций
- Употребление алкоголя или других психоактивных веществ
- Наличие хронического психического расстройства (шизофрения, аффективный психоз, эпилепсия)
- Режим приёма психотропных и иных лекарственных средств.

Осмотр

Необходимо выяснить характер поступков больного (хаотичность, нецеленаправленность, импульсивность), наличие агрессивных тенденций (угрозы расправы, устроительство засад, хранение острых предметов).

Лечение

Показания к госпитализации. Абсолютные.

Больные, у которых психомоторное возбуждение вызвано обострением хронического психического заболевания, госпитализируются в психиатрической стационар. Больные с органическими психическими расстройствами, у которых психомоторное возбуждение развивается на фоне тяжёлого, опасного для жизни соматического состояния, госпитализируются в многопрофильные стационары. При выраженной тревожности, оглушении и спутанности сознания, отсутствии анамнестических данных, показана госпитализация без специфической ле-

карственной терапии в многопрофильный стационар, где возможно проведение обследования на предмет выявления токсических веществ, инфекционного агента и исследование жизненно важных функций.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Целесообразно удалить колющие, режущие и другие предметы, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения или самоубийства.

Необходимо расставить лиц, оказывающих помощь, таким образом, чтобы исключить возможную попытку выпрыгнуть из окна или выбежать через дверь.

Организовать участие сотрудников полиции, если больной вооружён, баррикадируется, то есть создаёт реальную опасность здоровью жизни и окружающих.

В исключительных случаях, если иными методами невозможно предотвратить опасные действия больного, по решению психиатра применяют меры физического стеснения (см. раздел 6 «Обеспечение безопасности»).

Во многих случаях удаётся мягко и участливо успокоить больного, объяснить, что ему ничего не угрожает, что врачи его защитят, окажут помощь, помогут разобраться в проблемах и т.д. Предлагается введение лекарственного препарата. Лекарственные средства лучше вводить внутримышечно. Купирование психомоторного возбуждения проводится строго индивидуально в зависимости от выраженности психических расстройств, соматического состояния, возраста, времени транспортировки и т.д. Если возникает подозрение, что пациент получает психофармакотерапию или его состояние связано с передозировкой неизвестного препарата, лучше избегать назначения препаратов до прояснения ситуации.

При подозрении на экзогенное (травматическое, токсическое, инфекционное) происхождение психомоторного возбуждения, а также у пациентов старческого возраста следует воздержаться от введения лекарственных средств.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг (0,5-1 мл 0,1%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут

или

диазепам – при в/в или в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В случаях, когда пациент получал ранее нейролептики и отмечалась хорошая переносимость препаратов, возможно введение:

хлорпромазин – при в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2,5%-ного раствора) под контролем артериального давления или

галоперидол – 5-10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В тяжёлых случаях допускаются комбинации феназепама или диазепама с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Часто встречающиеся ошибки

1. Недооценка соматического статуса может привести к тому, что больной, нуждающийся в экстренной терапевтической, хирургической или токсикологической помощи её не получит или получит с опозданием.

2. Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением.

3. Недооценка опасности состояния психомоторного возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе игнорирование необходимости привлечения в помощь сотрудников полиции).

4. Пренебрежение методами безопасности.

5. Неиспользование корректоров при введении нейролептических лекарственных средств, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе.

При выраженном возбуждении, особенно с явлениями агрессии, вводятся лекарственные средства с седативным действием каждые 30-60 минут до уменьшения симптомов возбуждения, враждебности и агрессии (см. раздел: «Агрессия», «Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе»).

Современный алгоритм терапии психического возбуждения при шизофрении и аффективных психозах предусматривает использование пероральных форм антипсихотиков второго поколения с седативным компонентом действия: оланзапин 10-20 мг/сутки, кветиапин 400-800 мг/сутки, клозапин 200-600 мг/сутки. В случае сложности с приёмом таблеток следует применять пероральные формы антипсихотиков с быстрой абсорбцией: рисперидон в каплях 4-8 мг/сутки, лингвальные таблетки оланзапина 10-20 мг/сутки и др.

В случае отказа показано назначение инъекционных форм оланзапина 10-30 мг/сутки, зипразидона 80-160 мг/сутки и/или традиционных нейролептиков: хлорпромазина до 300 мг/сутки, левомепромазина 50-150 мг/сутки, галоперидола 10-40 мг/сутки, клопиксол-акуфаза 50-200 мг однократно в 1-3 дня, дроперидола в/м до 40-60 мг/сутки совместно с антихолинэргическими препаратами биперидолом (акинетон) 3-12 мг/сутки или тригексифенидилом (циклодол) 3-12 мг/сутки и транквилизаторами (феназепам, диазепам, лоразепам). При неэффективности этих назначений показана электросудорожная терапия (ЭСТ) и/или наркоз.

В связи с риском развития дыхательной недостаточности необходимо избегать комбинированного назначения внутримышечной формы бензодиазепинов с клозапином. Ввиду риска развития внезапной смерти следует избегать комбинированного назначения внутримышечной формы оланзапина и бензодиазепинов.

При старческом возбуждении используют галоперидол (0,75-3 мг/сутки внутрь или 2,5 мг/сутки внутримышечно). При беспокойстве в ночные часы возможно применение бензодиазепиновых транквилизаторов короткими курсами (нитразепам по 5 мг/сутки, феназепам по 0,5-1 мг/сутки).

Психомоторное возбуждение без психопатического возбуждения

К психомоторному возбуждению без психопатического возбуждения относится психопатическое возбуждение. Оно является следствием декомпенсации психопатической личности и чаще всего наблюдается при истерическом расстройстве.

Клиническая картина

Психопатическое возбуждение часто психогенно обусловлено, является ответом на психотравмирующую ситуацию, но наблюдается несоответствие между слабым или умеренным внешним фактором и мощной ответной реакцией. Проявления его могут быть очень разнообразными, но всё поведение в целом обычно носит отчётливо демонстративный характер со стремлением устроить или разжалобить окружающих. При удержании возбуждение возрастает. Рисунок поведения (выкрики, требования, угрозы, брань) меняется в зависимости от действий окружающих и происходящих событий. На высоте возбуждения возникает двигательная буря, проявляющаяся криками, конвульсиями, метанием. Проявления возбуждения разнообразны – от грубых оскорблений, угроз и агрессивных актов до

рыданий, самоповреждений и демонстративных суицидальных попыток.

Дифференциальная диагностика

Следует дифференцировать с психопатическими состояниями при шизофрении, маниакальными эпизодами при аффективных психозах, острыми реакциями на стресс. Для отграничения психопатического возбуждения от психогенного важно знать, что лица с расстройством личности, каким бы нелепым ни было их поведение, всё же учитывают обстановку, уступают более сильным людям, могут в конечном итоге удерживать себя от опасных действий, если знают о возможной ответственности.

Вопросы познанию. Необходимо выяснить характер и степень психомоторного возбуждения, сопровождается ли оно физической агрессией, представляет ли опасность для окружающих, имеются ли в помещении, где находится больной, колющие и режущие предметы, отмечалось ли в прошлом употребление пациентом алкоголя или наркотиков.

Советы познанию. При психопатическом возбуждении нужно успокоить больного, постараться разрядить конфликтную ситуацию словами или действиями. При истерическом возбуждении иногда полезно оставить больного одного.

Действия на вызове

Диагностика

Следует выяснить особенности психотравмирующей ситуации у больного или его родственников, выяснить, злоупотребляет ли пациент алкоголем, как длительно и в какой дозе, были ли у больного мысли о самоубийстве, каковы взаимоотношения в семье (выявление семейных конфликтов или отсутствия гармонии в семье).

Осмотр

Обратить внимание на демонстративность, театральность, выраженность эмоциональных реакций, стремление добиться сочувствия, жалости окружающих.

Лечение

Показания к госпитализации. Госпитализация целесообразна при некупирующемся возбуждении и при опасности пациента для себя и окружающих.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Успокаивающая психотерапевтическая беседа, при проведении которой медицинский работник не должен обнаруживать страх перед больным или поддерживать его притязания. Обычно удаётся купировать психопатическое возбуждение на догоспитальном этапе.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг

(0,5-1 мл 0,1%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут

или
диазепам – при в/в или в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В случаях, когда пациент получал ранее нейролептики и отмечалась хорошая переносимость препаратов, возможно введение: хлорпромазин – при в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2,5%-ного раствора) под контролем артериального давления или

галоперидол – 5-10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В тяжёлых случаях допускаются комбинации феназепама или диазепама с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Часто встречающиеся ошибки

1. Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением.
2. Отсутствие попыток проведения успокоительной беседы.
3. Пренебрежение методами безопасности.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Госпитализация в психиатрический стационар осуществляется при некупированном возбуждении или при констатации опасности для себя и окружающих. В этом случае проводятся мероприятия, изложенные в разделе «Психомоторное возбуждение».

Ступор

По этиологическому фактору выделяют следующие формы ступора: кататонический, галлюцинаторный, депрессивный, апатический, маниакальный, алкогольный, эпилептический, психогенный.

Клиническая картина

В противоположность возбуждению – ступор представляет собой состояние обездвиженности.

Ступор имеет следующие формы:

Кататонический ступор. Эта форма ступора протекает на фоне неглубокого повышения мышечного тонуса и характеризуется длительным сохранением приданной больному позы, зачастую неудобной и требующей напряжения (симптом воздушной подушки – при поднятии головы у лежащего в постели больного и приведении подбородка к груди между головой и подушкой длительное время сохраняется воздушное пространство). Характерны также симптом капюшона (натягивание на голову халата или одеяла, лицо при этом остаётся открытым), мутизм (отсутствие речевого общения с окружающими при сохранности анатомо-физиологических функций речевого анализатора), стереотипные позы (на боку; эмбриональная; положение стоя, с опущенной головой, вытянутыми вдоль туловища руками; положение сидя на корточках). Вариантом кататонического ступора является негативистический ступор. В основе этой формы лежат проявления негативизма – немотивированного сопротивления больного просьбам и действиям окружающих (изменить позу, совершить то или иное движение конечностями и т.п.).

Другим вариантом кататонического ступора является **ступор с мышечным оцепенением** (выражается напряжением всех мышц-сгибателей. Характерной является своеобразная (эмбриональная) поза больных: голова наклонена, губы вытянуты вперёд (симптом хоботка), спина согнута, плечи сдвинуты, руки согнуты и приведены, предплечья притиснуты к груди, пальцы сильно сжаты, ногти впииваются в ладони, ноги сдвинуты, бедра прижаты к животу, а голени к бёдрам).

Галлюцинаторный ступор. Галлюцинаторный ступор возникает, как правило, на высоте истинного вербального галлюциноза и проявляется общей обездвиженностью, мутизмом, мимическими реакциями, выражающимися страхом, удивлением, отрешённостью. Негативизм обычно отсутствует.

Депрессивный (меланхолический) ступор. Является кульминацией идеомоторного торможения при меланхолической депрессии или сменяет тревожно-ажитированную депрессию в случае её утяжеления. Сочетается с депрессивным бредом, чаще с бредом громадности и отрицания.

Апатический ступор (астенический ступор, бодрствующая кома). Проявляется при тяжёлых протрагированных экзогенно обусловленных расстройствах, например при энцефалопатии Гаёе – Вернике. Характеризуется протрагацией, полным мышечным расслаблением, хакексией, профузными поносами.

Маниакальный ступор. Характеризуется двигательным торможением при маниакальном аффекте при атипичных маниях.

Эпилептический ступор. Как правило, появляется вслед за серийными припадками и в связи с развитием сумеречного или онейроидного помрачения сознания. Характеризуется идеомоторным торможением с негативизмом и мутизмом. Сочетается с бредом, галлюцинациями, изменённым аффектом. Сменяется иступлённым возбуждением с аффектом ярости и разрушительными действиями.

Психогенный ступор. Истерический ступор возникает либо внезапно, либо ему предшествует возбуждение, псевдодеменция. В состоянии ступора больные лежат в постели, нередко принимая эмбриональную позу. Вопросы, обращённые к больным, остаются без ответа, однако, если вопросы касаются психотравмирующей ситуации, возникают выраженные вегетативные реакции. Нередко ступорозному состоянию сопутствуют псевдодементно-пуэрильные черты. Ступорозно-депрессивный синдром в структуре реактивных психозов по своим проявлениям схож с депрессивным ступором. Отличим здесь являются бурные эмоциональные реакции, возникающие при упоминании о психической травме.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика имеет важное значение, так как определяет разную тактику неотложной терапии. При шизофрении состояния ступора и возбуждения перемежаются в течение суток. Для распознавания депрессивного ступора важна динамика его развития, ему обычно предшествует более или менее длительный период утяжеляющейся депрессии. Отграничению помогают также клинические признаки депрессии. Психогенный ступор возникает при острых психических травмах. Ступор при тяжёлых соматических заболеваниях протекает с расстройством сознания на фоне основного заболевания и свидетельствует о тяжести состояния. При этом отсутствуют как кататонические симптомы, так и депрессивные проявления, выражены симптомы основного заболевания.

Вопросы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить наличие в анамнезе шизофрении, депрессии, мани, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма, осуществлял ли больной приём наркотиков: назначенных или рекреационных.

Советы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо осуществлять надзор.

Действия на вызове

Диагностика

Клинико-анамнестический сбор данных на основе истории болезни и информации, полученной от родственников больного.

Осмотр

При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих ступор, – полная неподвижность, полный или частичный мутизм (молчание); гипертонус мышц; негативизм (чаще пассивный); угнетение рефлекторных реакций; отсутствие реакций на внешние раздражители; отсутствие контакта с окружающими.

Лечение

Показания к госпитализации: абсолютные в психиатрический стационар. Госпитализация в психосоматическое (соматопсихиатрическое) отделение многопрофильного стационара осуществляется при наличии острых или обострении хронических соматических заболеваний.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Лечение лекарственными средствами при ступоре во внебольничных условиях не показано, так как попытки растормаживания больного могут вызвать возбуждение и тем самым создать дополнительные трудности при его транспортировке.

Часто совершаемые ошибки

Ошибки в дифференциальной диагностике между летальной кататонией и злокачественным нейролептическим синдромом.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

На госпитальном этапе уточняется дифференциальная диагностика. Поэтому требуется тщательный сбор анамнеза, осмотр, лабораторные исследования для того, чтобы исключить соматические и неврологические причины ступора.

К необходимым исследованиям относятся клинические и биохимические анализы крови (общий белок, билирубин общий, связанный, свободный, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, фосфатаза щелочная, тимоловая проба, протромбиновый индекс, сахар крови, исследование крови на РВ, на ВИЧ, ЭКГ, консультация терапевта, невролога, окулиста, для женщин

– гинеколога. Ступорозные состояния часто исключают возможность приёма больным пищи естественным путём, что приводит к истощению и возможному летальному исходу. Данная категория больных требует проведения искусственного питания.

Больным оказывается нутриционная поддержка – комплекс лечебных мероприятий, направленный на выявление и коррекцию нарушений нутриционного статуса организма с использованием методов нутриционной терапии (энтеральной и парентеральной терапии) (энтеральной и парентеральной терапии) с помощью методов, отличных от обычного приёма пищи. Бензодиазепины являются препаратами выбора при кататонии. Пациенты, которые не реагируют или недостаточно реагируют на бензодиазепины, нуждаются в электросудорожной терапии (ЭСТ).

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Встречается при травмах, сосудистых заболеваниях, новообразованиях головного мозга, эпилепсии, ВИЧ-инфекциях, нейросифилисе, других вирусных и бактериальных нейроинфекциях.

Клиническая картина

Представляет собой расстройство сознания, то есть снижение ясности осознания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание. Нарушение когнитивной деятельности характеризуется нарушением непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительно сохранной памятью на отдельные события и дезориентировка во времени и месте или собственной личности. Психомоторные расстройства отличаются быстрыми непредсказуемыми переходами от гиперактивности к гипоактивности, замедлением реакций, ускорением или заторможенностью речи. Расстройством цикла сон – бодрствование определяется бессонницей, которая в тяжёлых случаях заключается в полной потере сна, с наличием или отсутствием сонливости в дневное время или инверсия цикла сон – бодрствование, утяжелением симптоматики в ночное время, беспокойными снами и кошмарами. Иллюзии и галлюцинации носят истинный характер. Отмечается быстрое развитие и суточные колебания симптоматики.

Дифференциальная диагностика

Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода. Делирий должен быть отграничен от других органических синдромов, особенно от деменции, от острых и транзиторных психотических расстройств и от острых состояний при шизофрении или от аффективных расстройств настроения, при которых могут присутствовать черты, напоминающие спутанность.

Вопросы позвонившему: до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить наличие в анамнезе соматических заболеваний, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма; осуществлял ли больной приём алкоголя или других психоактивных веществ.

Советы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо осуществлять надзор.

Действия на вызове

Диагностика

Диагностика основана на выявлении характерных для всех видов делирия симптомов: изменённого сознания и внимания, искажения восприятия, иллюзий и галлюцинаций, психомоторных расстройств, расстройств ритма сон – бодрствование, эмоциональных расстройств.

Осмотр

При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих делирий.

Лечение

Показания к госпитализации. Абсолютные. Лечение соматогенного делирия проводится только в соматическом стационаре.

Мероприятия на догоспитальном этапе

При необходимости (купирование психомоторного возбуждения, коррекция диссомнических расстройств), возможно введение транквилизаторов. Применяют препараты с осторожностью и в малых дозах, так как их передозировка может привести к затыжному выключению сознания, что, в свою очередь, затрудняет оценку состояния больного, увеличивает риск осложнений (нарушения дыхания, аспирация, развитие пневмонии и тромбоэмболических осложнений) и значительно замедляет восстановление функций ЦНС.

Часто встречающиеся ошибки

1. Подмена проведения интенсивной терапии седацией.
2. Ошибки в диагностике соматических заболеваний, обусловивших возникновение делирия.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Лечение делирия, не вызванного алкоголем или другими психоактивными веществами, комплексное. Главное значение придаётся дезинтоксикационным мероприятиям, ликвидации метаболических и гемодинамических нарушений, предупреждению отёка мозга и других осложнений. Для купирования психотических расстройств предпочтительней использовать транквилизаторы – диазепам до 40 мг/сутки, как правило, парентерально; феназепам до 3 мг/сутки. Нейролептики применяются для купирования резкого психомоторного возбуждения – галоперидол по 5-10 мг в/м или 5-15 мг в/в медленно (при необходимости можно повторить инъекцию через 30 минут), левомепромазин по 50-75 мг в/в, сульпирид по 600-800 мг/сутки в несколько приёмов.

Непсихотические реакции без нарушения витальных функций

Острая реакция на стресс

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный (применительно к данному индивидууму) физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней.

Клиническая картина

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и способность к адаптации к изменяющимся условиям обстановки. В отличие от других невротических и соматоформных расстройств для острых реакций на стресс характерны уход от предстоящих социальных взаимодействий, сужение внимания, проявления дезориентации, гнев или словесная агрессия, отчаяние и безнадежность, неадекватная или бесцельная гиперактивность, неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

Дифференциальная диагностика

Острые и транзиторные психотические расстройства в сочетании с острым стрессом. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

Вопросы позвонившему

Необходимо выяснить, наблюдались ли у пациента психические расстройства в прошлом, возникло ли расстройство спонтанно, неожиданно, внезапно. Выяснить обстоятельства психотравмирующей ситуации; уточнить наличие у пациента предшествующих инфекций, интоксикаций, приёма гормональных средств, приёма алкоголя или наркотиков.

Советы позвонившему. Не оставляйте пострадавшего одного. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом. Подтверждайте, что слушаете и сочувствуете.

Действия на вызове

Диагностика

К диагностическим критериям острой реакции на стресс является смешанная и обычно меняющаяся картина, резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия.

Осмотр

При проведении диагностики следует обратить внимание на особо тяжёлые формы острой реакции на стресс: ненормально громкую речь или повышенную речевую активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи), а также на отсутствие реакции на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

(Продолжение следует.)

Александр СОФРОНОВ,
руководитель отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Владимир ПАШКОВСКИЙ,
ведущий научный сотрудник отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Алла ДОБРОВОЛЬСКАЯ,
научный сотрудник отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Елена ТЯВОКИНА,
заведующая соматопсихиатрическим отделением отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Санкт-Петербургский
НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Программа этого ежегодного форума включала пленарные лекции, симпозиумы, образовательные курсы, устные и постерные сессии, с которыми выступали как мировые лидеры неврологии, так и молодые исследователи из разных стран, включая Россию. За 2 прошедших года он стал короче и малолюднее, а промышленная выставка уместилась в небольшом фойе гостиницы и была представлена дюжиной производителей – в основном медицинской аппаратуры и приспособлений для реабилитации. Не было ни одного сателлитного симпозиума. Не имея возможности подробно осветить в рамках одного обзора все интересные сообщения (и желая избежать превращения его в перечень фамилий докладчиков и названий докладов), корреспондент «МГ» побеседовал в кулуарах конференции с её организаторами.

Танцуйте на здоровье

Европейская конференция по инсульту (EКУ, European Stroke Conference – ESC) – детище профессора Михаэля Геннерици (M.Hennerici), интервью с которым уже публиковались на страницах нашего издания (см. «МГ» № 56 от 01.08.2014 и № 60 от 14.08.2015).

– Профессор Геннерици, со времени нашей последней встречи прошло 2 года. Что изменилось за это время в области неврологии?

– Основным достижением в лечении инсультов за последние годы являются эндovasкулярные вмешательства, – отметил М.Геннерици. – С 2015 г. в New England Journal of Medicine появилась серия статей, показавших, что в 5-10% случаев ишемического инсульта, когда окклюзированы крупные мозговые артерии и внутривенный тромболитизм не приносит улучшения, тромбэктомия является оправданной и улучшает исходы. Недавно в том же журнале опубликованы результаты РКИ CLEAN. Катамнез подтвердил пользу тромбэктомии в небольшой популяции больных. Это радикально изменяет тактику неотложного лечения больных с инсультом. Необходимо выявлять тех больных, которым тромбэктомия может помочь.

– Каким образом?

– Путём комплексного обследования в стационаре, имеющем необходимое оснащение (компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), а также подготовленного интервенционного нейрорадиолога, анестезиолога и реаниматолога. Вопрос в том, успеют ли больного доставить в такой центр в период терапевтического окна, которое может достигать 9 часов с момента начала инсульта, но чем больше проходит времени, тем хуже прогноз. Вначале проводится внутривенный тромболитизм (для которого терапевтическое окно составляет 4,5 часа с момента начала инсульта). Если он не помогает в течение 90 минут, то такой больной является кандидатом для тромбэктомии. Начинать с эндovasкулярного вмешательства не рекомендуется. Мне многократно приходилось наблюдать спонтанное рассасывание тромба во внутренней сонной артерии в течение 1,5 часов после поступления больного.

– Как отразились успехи интервенционных вмешательств при инсульте на программе конференции?

– Этому вопросу был посвящён специальный симпозиум, много устных и постерных докладов. Профессор Арнд Дёрфлер (A.Doerfler, Германия) прочёл пленарную лекцию об отборе больных и методике тромбэктомии.

– В одном из предыдущих интервью вы упоминали об исследовании связи физической активности и когнитивного состояния пожилых. Какие удалось получить результаты?

– Окончательный анализ данных нейровизуализации ещё не опубликован. Это было пилотное исследование людей старше 60 лет. Одна группа вела обычный образ жизни, а другая занималась 3 раза в неделю с тренером под контро-

Деловые встречи

Лучше меньше, да лучше

В Берлине состоялась XXVI Европейская конференция по инсульту

лем физиологических параметров (дыхания, сердечбиения и т.д.) в течение 3 месяцев, а затем приступала к занятиям фитнесом и контрольная группа. Оценивался уровень депрессии, тревоги, телесные ощущения, когнитивные функции, включая нейропсихологические тесты, функциональную МРТ (фМРТ) в начале, середине и конце курса физических тренировок. Две трети тренировавшихся чувствовали себя лучше по сравнению с контрольной группой, лучше спали, были менее депрессивны. После начала тренировок в контрольной группе также наблюдалось улучшение различных параметров. По данным фМРТ, возрастала функциональная активность гиппокампа. Сейчас проводится второе исследование, в котором изучается влияние занятий танцами. Идея – в уходе от обычной тренировки мышц в фитнес-центре, чтобы физическая активность (а танец – это сложные движения) сочеталась с музыкой. Музыка может стимулировать определённые клетки гиппокампа, увеличить содержание ростового фактора (BDNF) в плазме (а следовательно и в мозгу), а также активирует нейроны слуховой коры. Мы используем эту бимодальную стимуляцию в профессиональной студии танцев, где дважды в неделю танцуют наши пожилые. Дизайн аналогичен предыдущему исследованию: две группы – одна танцует с самого начала, а другая начинает танцевать 3 месяца спустя.

– Наверное, правильнее было бы назвать вашу конференцию не европейской, а международной...

– В этом году присланы заявки из 87 стран, принято 600 тезисов. Конечно, это меньше, чем раньше.

– Ваша конференция традиционно завершается сессией, где докладывают тезисы с максимальным рейтингом и присуждаются призы...

– Да, 10 лучших работ отмечены наградами по 1000 евро, выдано 100 тревел-грантов по 300 евро для молодых (моложе 30 лет) исследователей. Самой юной победительнице 13 лет! Она опросила 700 детей в Великобритании – что они знают об инсульте, который может произойти у их бабушек и дедушек. Никогда ещё у нас не было участников такого возраста. Соавторами постера были её 14-летний брат и отец, который, по-видимому, является неврологом.

– Расскажите, пожалуйста, кто ещё удостоился наград. Были ли среди них российские коллеги?

– Да (смотрите список – Б.Л.). Награды получили те, чьи работы оценивались выше 8,5 баллов по 10-балльной шкале. Например, Ольга Львова из Екатеринбурга за исследование роли прокоагулянтных и протромботических генов в прогнозе инвалидности после ишемического инсульта у детей (по этой теме её защищена в 2017 г. докторская диссертация – Б.Л.). Тревел-гранты получили около 10 россиян, то есть примерно 10% от общего числа.

Программа «500 минут»

Традиционным участником ЕКИ является один из ведущих нейрореабилитологов мира профессор Фолькер Гёмберг (V.Noemberg, Германия). Чем, на его взгляд, интересна нынешняя ЕКИ?

– На конференции обсуждался отбор больных для эндovasкулярных вмешательств, – ответил профессор Ф.Гёмберг. – Это, безусловно, важная проблема. Возможно, анализ нейрорадиологических данных поможет в выборе оптимальной тактики лечения. Моя сфера интересов связана с реабилитацией. Уже на первой ЕКИ в Дюссельдорфе эти вопросы начали обсуждаться, а за последние 10 лет она стала неотъемлемой частью ведения больных после инсульта. Появились доказательства

эффективности ряда реабилитационных процедур. С одной стороны, мы пока не можем похвастаться истинным снижением инвалидизации после инсульта. Как вы знаете, клинические испытания нейропротекторов пока что оказались безуспешными. С другой стороны, поведенческие вмешательства и нейростимуляция продемонстрировали положительный эффект. Мы находимся на пороге широкого внедрения нейромодуляции в клиническую практику. Однако есть ещё много нерешённых вопросов, таких как разработка удобных протоколов. Но для меня более важной проблемой является интенсивность лечения больных. Мы долго не могли понять, почему концепция обогащённой внешней среды (enriched environment) так хорошо работает в эксперименте, но не работает в клинике. Дело в том, что мы недостаточно активны в лечении подострого периода инсульта (в первые 3 месяца). Сейчас мы разрабатываем экономическое обоснование увеличения времени ежедневной реабилитации.

В Центральной Европе все больные получают стандартную реабилитацию в течение 2 недель (в отличие от США). Но мы должны подумать о том, как создать такую систему реабилитации после тяжёлого инсульта, которая начиналась бы со второго дня и продолжалась 6-8 недель. Как интенсифицировать реабилитацию, не истощая при этом больных? Например, как удвоить её ежедневную продолжительность (с 250 до 500 минут)? Надо пересмотреть наши процедуры, изменить роль врача, инструктора ЛФК и медсестры. Мы до сих пор работаем по старой школьной системе: делаем полчаса одно упражнение, потом перерыв, потом делаем полчаса другое и т.д. Мы должны интегрировать её в концепцию стимулирующей среды, побуждая больных работать самим и используя стимуляционные методики и роботов. Это одна из основных целей на ближайшие 2 года. Надеемся, что таким образом сможем снизить количество инвалидов после инсульта. Много узнали об обучении двигательным и когнитивным навыкам, но оно мало влияет на дефект. Больной лучше двигает противоположной конечностью, овладевает мнемоническими приёмами и т.д. Но это методики компенсации нарушенных функций, которые важны и могут применяться на протяжении всей жизни, независимо от времени после инсульта. Они не имеют отношения к уменьшению инвалидизации, которое зависит от критического окна возможностей (имеются в виду первые 3 месяца после инсульта – Б.Л.). На сегодняшний день я не стал бы слишком уповать на лекарственное лечение. Больше надежд на стимуляционные методики (имеется в виду транскраниальная электро- и магнитостимуляция – Б.Л.) по чётким протоколам, тем более что они столь же безопасны, как занятия ЛФК.

– Где же взять столько инструкторов ЛФК, чтобы заниматься с одним больным по 8 часов в день?

– Конечно, индивидуальные занятия в таком режиме невозможны. В это должны вовлекаться медсестры и сами больные. Центральная нервная система обладает способностью к привыканию, поэтому необходимо менять характер деятельности и чередовать периоды занятий с периодами отдыха.



М.Геннерици, Ф.Гёмберг, К.Спренгос (слева направо)

Руки прочь от артериовенозных мальформаций!

Среди участников конференции было довольно много американцев. Своими впечатлениями с корреспондентом «МГ» поделился профессор Джей Мор (J.Mohr, США), который возглавляет Центр инсульта им. Дорис и Стенли Тананбаума в Неврологическом институте при Колумбийском университете в Нью-Йорке.

– Это уже XXVI конференция – первая состоялась в 1999 г. в Дюссельдорфе и собрала очень мало участников, я был в их числе, – отметил профессор Мор. – С тех пор она становится всё больше. За последние 3 года характер форума изменился – акцент стал делаться на новые клинические испытания и глубокие дискуссии о диагностике и лечении случаев инсульта. Международная конференция по инсульту (International Stroke Conference – ISC), которая проходит в США ежегодно с 1972 г., изначально тоже была немногочисленной, а сейчас собирает 4-5 тыс. человек. Мне кажется, такое количество участников привело к потере качества.

– Чему может американский врач научиться в Европе, которая отстаёт от США?

– Я с этим категорически не согласен. Например, в некоторых европейских центрах используется МРТ мощностью 7 Тесла, в то время как лишь единичные американские центры применяют МРТ выше 3 Тесла. Техника, особенно в Германии, очень продвинута, а в клинических испытаниях европейцы участвуют активнее американцев. Я был ответственным исполнителем исследования неразрывавшихся артериовенозных мальформаций, спонсированного Национальными институтами здоровья (НИЗ) США. В нём участвовало 15 американских и 37 европейских центров. По-моему, европейцы лидируют в проведении исследовательских клинических работ.

– Чем вы сейчас занимаетесь?

– Завершается упомянутый мною проект по артериовенозным мальформациям (АВМ). Мы показали, что не надо оперировать АВМ до того, как случится кровоизлияние. Период наблюдения (до разрыва АВМ – Б.Л.) может быть очень длительным. По данным нашего РКИ ARUBA, повреждение мозга в результате лечения АВМ гораздо более вероятно, чем в результате её спонтанного разрыва. Конечно, нейрохирургам и интервенционным радиологам полученные результаты не понравились. Но когда мы рандомизировали 226 больных, нам пришлось прекратить рандомизацию – настолько осложнения от вмешательств (хирургических, нейроинтервенционных или радиохиргических) превышали осложнения от возможного разрыва АВМ. Надо было наблюдать больных с неразрывавшимися АВМ на протяжении 12-30 лет, чтобы частота осложнений сравнялась с таковыми

после различных вмешательств. Так что АВМ лучше не трогать. Кровоизлияния из АВМ и из артериальных аневризм – это не одно и то же. АВМ менее опасны, поскольку кровотечения являются преимущественно венозными.

– Но ведь оперируют не только для профилактики кровоизлияний, но и для прекращения эпилептикоподобных приступов, которыми АВМ часто сопровождаются?

– Во-первых, удаление АВМ не уменьшает частоту приступов, а во-вторых, после операции появляются судороги у тех больных, которые раньше их не имели.

– Какие ещё проекты вы ведёте?

– Уже 20 лет идёт популяционное исследование Northern Manhattan Stroke Study (NOMASS), в котором прослеживается течение инсульта среди многонационального населения Северного Манхэттена (район Нью-Йорка – Б.Л.), насчитывающего 250 тыс. человек.

До новой встречи

Председателем программного комитета ЕКИ является профессор Костас Спренгос (K.Sprengos, Греция), поделившийся своим видением будущего форума:

– Мы решили провести следующую ЕКИ в Греции, чтобы продолжить традицию таких форумов, которая насчитывает почти четверть века, – сказал профессор К.Спренгос. – Мы также стремимся привлечь к проблеме инсульта разных специалистов – сосудистых хирургов, нейрохирургов, кардиологов и т.д., поскольку она носит междисциплинарный характер. Стандарты ведения больных инсультом различны в разных европейских странах. Например, в Германии много интервенционных нейрорадиологов, а в Греции их не хватает, и лечением инсульта занимаются у нас интервенционные кардиологи. Интересно обмениваться опытом из разных стран при решении одной проблемы. Прежде чем вернуться в 2000 г. в Грецию, я около 10 лет проработал в Германии, и могу сравнить свою работу в обеих странах. Сегодня Греция – бедная страна, которая не может работать по немецким стандартам. Поэтому мне интересно, как решаются вопросы лечения инсульта в других балканских странах и странах Восточной Европы, оказавшихся в схожей ситуации.

– Можно ли решить вопрос, не имея ресурсов?

– Нужно импровизировать. Например, как я уже сказал, привлекать к лечению больных инсультом интервенционных кардиологов. Я беседовал недавно с одним из российских коллег. В качестве вице-президента Греческой организации инсульта (Hellenic Stroke Organization) мне хотелось бы наладить сотрудничество с аналогичной российской организацией (Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом (НАБИ) – Б.Л.), устраивать совместные конференции, обмениваться идеями и специалистами. У нас в Греции недостаточно инсультных центров, и даже внутривенный тромболитизм доступен не всем больным. Сейчас много врачей уезжают из Греции. Некоторые из них с удовольствием работали бы в России, а не в Западной Европе.

– Надеюсь, вы будете приглашены на ближайший конгресс НАБИ для обсуждения этих проблем. На чём бы вы хотели сосредоточиться на следующей ЕКИ?

– Я рассчитываю на обратную связь с участниками и спикерами нынешней ЕКИ. Думаю, нам следует сконцентрироваться на ограниченном круге вопросов, например, на отборе больных для механической тромбэктомии и выработке стандартов лечения инсульта, на трансляции достижений фундаментальных наук в клиническую практику и т.д. Сейчас есть примеры применения нанотехнологий для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, и необходимо обсудить это применительно к сосудистой патологии головного мозга на специальной сессии.

Болезлав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

Берлин – Москва.

В последнее время вокруг наших спортсменов «кипят страсти», связанные с приёмом допинга. Нападки, какая-то особая ярость по отношению к любящим свою профессию людям, порой несправедливость, конечно же, огорчительны, ведь кому-то они стоили и утраты карьеры, и работы. Многие из выдающихся, да и начинающих молодых спортсменов испытывают на себе помимо физических ещё и моральные нагрузки. Но сильные духом, волевые, они не сдаются, не бросают любимое дело. Кроме всего прочего, это та работа, которую они умеют делать, к которой склонны, которая позволяет им строить свою жизнь. Мы уже не раз обращались к теме здоровья наших спортсменов. Сегодня очень важно правильно с учётом новых разработок, рекомендаций организовать их тренировки, которые впоследствии станут залогом их успехов.

довольно предсказуемы через несколько лет в виде нейроциркуляторной дистонии, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, заболеваний ЦНС, опорно-двигательного аппарата.

Незаменимый «продукт»

Роль воды в организме человека огромна. Она:
– способствует доставке кислорода в клетки;

- чай 1,0
- газированные напитки без кофеина – 0,6
- пиво 0,5
- вино и другие спиртные напитки – 0,3.

Примерно 67-75% от общего веса нашего тела составляет вода. Если её содержание в организме понизится всего на 2%, то вы почувствуете сильную усталость. Если оно упадёт на 10%, вас ожидают серьёзные проблемы со здоро-

8. Увеличивайте количество выпитой воды, когда занимаетесь активной умственной деятельностью, когда испытываете сильный стресс и когда интенсивно тренируетесь.

9. Пейте самую чистую воду, какую только сможете найти.

10. Потейте. Тренируйтесь до пота или наслаждайтесь баней. Это очищает лимфатическую и кровеносную систему, выводит из организма токсины. Пейте больше

С умом и по правилам

В современном спорте как никогда резко возросла роль тренера и врача, их профессионального, педагогического мастерства и личностных качеств, повысилась ответственность за воспитание спортсмена, укрепление и сохранение его здоровья, физиологическую дееспособность по завершении карьеры. Рекордные достижения в различных видах спорта постоянно растут, становятся всё более фантастичными. Так, атлеты лёгких весовых категорий поднимают штангу, превышающую собственный вес в 5-6 раз. Дистанция в 42 км 195 м уже не является заповедной. Спортсмены показывают результаты на ультрадлинных забегах в 50 и 100 км. Появляются виды спорта с комбинацией отдельных дисциплин – триатлон, пятиборье, десятиборье, триатлон и т.д. Такие примеры можно продолжать неограниченно долго. Вот что такое современный спорт!

Важной проблемой, требующей безотлагательного методического решения, является интенсификация средств спортивной тренировки, то есть увеличение объёма выполняемой тренировочной работы и интенсивности, стимулирующей рост специальной подготовленности в ходе тренировок. Однако по мере повышения уровня спортивного мастерства начинает чётко проявляться отрицательное влияние одного физического качества на другое. Данная закономерность, как правило, наблюдается в процессе подготовки высококвалифицированных спортсменов, она получила название диссоциации ведущих физических качеств. Кроме того, своевременно не выявляются хронические заболевания, которые наверняка начинают появляться со временем. Признаки утомления не дифференцируются с переутомлением и т.д.

Нельзя не обратить внимания и на то, что многим атлетам на начальном этапе тренировочного процесса тренеры не подсказывают о важности соблюдения водно-солевого баланса при активных занятиях и при сверхнагрузках, что приводит к скорейшему утомлению, переутомлению, отсутствию мотивации на следующую тренировку, возникновению начальных

Важная тема

Спорт, ты жизнь!

Водно-солевой баланс при тренировках спортсменов



симптомов профессиональных заболеваний.

При активном занятии спортом во время тренировки продолжительностью около 1,5-2 часов, выделяется с потом около 1-2 л воды, в выдыхаемом воздухе до литра, почечный кровоток замедляется, и, как правило, с мочеиспусканием теряется до 200-300 мл воды. Общая потеря жидкости за 1,5-2 часовое занятие около 2-3 л воды с солевыми компонентами (K, Na, Mg, Ca, Se, Zn), что при неадекватном восполнении ведёт к переутомлению, нарушению нервно-мышечной передачи, а значит и уменьшению скоростно-силовой составляющей, появлению болей в суставах, симптомов сердечно-сосудистой недостаточности, невротозов, нейроциркуляторной дистонии.

Так называемая сухка тела (неиспользование водных растворов во время и после тренировки) недопустима и опасна! Последствия

- транспортирует питательные вещества;
 - обеспечивает гидратацию клеток;
 - служит амортизатором для костей и суставов;
 - регулирует температуру тела;
 - выводит из организма отходы жизнедеятельности;
 - вымывает токсины;
 - предотвращает адгезию (слипание) клеток;
 - служит смазкой для суставов;
 - ускоряет клеточную коммуникацию;
 - поддерживает нормальные электрические свойства клеток;
 - ускоряет естественные процессы регенерации в организме.
- Что чаще всего пьют?
(Количество порций в день):
– вода – 4,6
– кофе – 1,8
– молоко – 1,3
– соки – 1,4
– газированные напитки с кофеином – 1,3

вьем. Дальнейшее понижение может оказаться фатальным. Тем не менее люди пьют недостаточно воды.

Десять заповедей по гидратации организма:

1. Ежедневно выпивайте по 30 мл воды на каждый килограмм веса. Человек, который весит 70 кг, должен выпивать 2,1 л воды ежедневно. Практика показывает, что лучше всего каждый час пить по стакану воды.

2. Избегайте напитков, которые обладают мочегонными свойствами, таких как кофе с кофеином, чай, газировка с сиропом, пиво и крепкие спиртные напитки.

3. Пейте больше воды и свежих выжатых соков, чтобы поддержать в организме необходимый уровень воды во время и после болезни, поскольку в этот период организм расходует её в большом количестве.

4. Начинайте день с 0,5 л воды, чтобы промыть пищеварительный тракт и насытить организм водой.

5. Пейте воду в течение всего дня с регулярными интервалами. Не ждите, пока вам захочется пить. Жажда – это признак того, что обезвоживание достигло уже значительной степени.

6. Возьмите за правило постоянно носить с собой бутылку воды.

7. Возьмите за правило регулярно пить воду. Согласно результатам опроса, большинство людей не пьют столько воды, сколько нужно, потому что «они слишком заняты». Обязательно пейте воду перед каждым приёмом пищи. В течение рабочего дня делайте перерывы на воду вместо перерывов на кофе. Наполните мерную ёмкость таким количеством воды, которое сможете выпить, или контролируйте себя по количеству бутылок, которое выпиваете за день.

воды после тренировок, чтобы восполнить потерю жидкости в жаркую погоду.

Многие люди очень мало знают об обезвоживании: 20% даже не подозревают, что кофе и пиво обезвоживают организм. Все полезные свойства питьевой воды в бутылках сводятся на нет несколькими порциями кофеина и спиртного. Таким образом, суммируя количество выпитых обезвоживающих и гидратирующих напитков, легко заметить, как появляется жажда.

Главную опасность представляют газированные напитки, содержащие кофеин. На газированные безалкогольные напитки с кофеином приходится более 27% от общего потребления напитков.

Мы гордимся своими спортсменами, мы их любим, ценим и бережём, поскольку они приносят радость болельщикам, победы нашей стране, поднимают её престиж да и просто прославляют спорт. Наши рекомендации просты и доступны, а потому обязательно используйте минеральную воду в объёме не менее 2,5 л или же 200 мл апельсинового, яблочного, гранатового концентрированного сока, разбавленного 2 л воды. Принимайте сухофрукты в течение, до или после тренировки (кураги – 10-15 г, изюма – 10 г, 1 банан, грецких орехов – 3, столовую ложку мёда) и поливитамины. Обязательны также контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений, биохимический анализ и ЭКГ! Спорт – это жизнь и к нему надо относиться серьёзно, со знанием дела.

Эдуард НАУМЕНКО,
хирург, спортивный врач,
кандидат медицинских наук.

Григорий ПОГОДА,
спортивный врач.

Современные технологии

В уникальном хранилище данных – более 600 млрд самых разнообразных молекул, которые получены от 1758 доноров. Проект с 2014 г. реализует биотехнологическая компания BIOCAD. Это уже вторая библиотека человеческих антител: ранее исследователи представили мировой научной общественности Fab-библиотеку Meganlib, в которой содержатся антитела, полученные от 1000 доноров. Обе библиотеки используются для разработки препаратов нового поколения, которые применяются в терапии социально значимых заболеваний.

Напомним, что антитела – это особые молекулы иммунной системы. Они способны распознавать структуры, которые являются чужеродными для организма, от вирусов или бактерий до отдельных молекул. Этим свойством антител пользуются учёные для

Щедрое пополнение

Российские учёные уже во второй раз собрали самую большую в мире библиотеку человеческих антител

таргетной (направленной) терапии заболеваний.

Современная наука нашла способы получения антител к различным мишеням в организме больного. Один из наиболее перспективных – как раз использование библиотек. В них хранятся миллиарды генов разных антител, которые потенциально способны нейтрализовать любые чужеродные человеческому организму структуры. Из них разработчики выбирают для дальнейших исследований лишь несколько десятков молекул. Главный критерий отбора – способность антитела осуществ-

лять действия, необходимые для эффективной и безопасной терапии того или иного заболевания. Выбор осуществляют роботы: ежедневно машинный интеллект тестирует до 100 тыс. образцов.

Сегодня известные библиотеки антител подразделяются на три вида. За рубежом есть синтетические библиотеки, в которых содержатся образцы молекул, синтезированных из олигонуклеотидов, и иммунные, где собраны образцы, основой для которых стал животный биоматериал. Наиболее известные коллекции – у Pfizer, Medimmune и MorphoSys.

«Использование максимально разнообразных библиотек антител в совокупности с высокопроизводительными методиками анализа и технологиями оптимизации с помощью математического моделирования позволяет ускорить выход препаратов на рынок, а следовательно сделать сверхсовременную терапию доступнее для пациентов. «Новая библиотека задействована в разработке новейших препаратов против онкологических и аутоиммунных заболеваний», – отмечает руководитель отдела разработки антител компании BIOCAD Тимофей Неманкин.

Передовые фармацевтические компании сегодня ориентированы на разработку препаратов именно на основе моноклональных антител. Несмотря на то, что эти технологии считаются одними из сложнейших, они же являются и наиболее перспективными с точки зрения создания лекарственных препаратов будущего. В частности, такие лекарства способны побеждать рак без тотального ущерба для всего организма. Это связано с тем, что моноклональные антитела борются исключительно со злокачественными новообразованиями, «не трогая» находящиеся рядом неповреждённые клетки. «Умные» лекарственные препараты – наиболее востребованные фармацевтические инновации, которых ожидают миллионы больных.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Москва.

За последние 2 года рост фармацевтического производства в Российской Федерации составил более 20%. Наибольшее увеличение доли отечественной продукции отмечается в сегменте госзакупок: с 18% в 2013 г. до 31% в 2016 г. Об этом заявил директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Алексей Алёхин, выступая на конференции «Локализация производства в фармацевтической отрасли».

Ближе к цели

За последнее десятилетие на территории страны открыто много крупных предприятий, модернизированы существующие мощности. Только в 2016 г. начали функционировать 16 новых производственных площадок. Сформированы ключевые технологии для производства как синтетических, так и биотехнологических лекарственных средств.

Реализация госпрограммы «Фарма – 2020» идёт с опережением. Согласно данным аналитических агентств, сегодня доля лекарств российского производства составляет 81,5% от общего количества жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), и, по прогнозам экспертов, к 2018 г. она увеличится до 90%. Согласно поставленным в документе задачам, этого показателя планировалось достичь лишь к 2020 г.

По словам главы департамента, открытие новых заводских площадок влечёт за собой также и спрос на разработку локального оборудования, необходимого для разных этапов производства лекарств. К примеру, лиофильных сушек, которые так необходимы для длительного хранения и консервирования различных продуктов биологического происхождения, получения сухой плазмы донорской крови, сухих сывороток и вакцин и т.д.

– Мы уверенно движемся к цели, создаём необходимые инструменты поддержки производителей и привлечения инвестиций в отрасль, – подчеркнул представитель Минпромторга.

Среди основных механизмов господдержки – специальные инвестиционные контракты (СПИК), субсидиарная поддержка, индустриальные парки (особые экономические зоны, промышленные кластеры).

Определиться со статусом

К стратегически важным задачам в сфере регулирования фармацевтического рынка относится уменьшение доли импортных и увеличение доли отечественных лекарственных препаратов. Локализация фармпроизводства на территории России является од-

Проекты

Стимулы для фармы

Производство российских лекарств постоянно растёт благодаря мерам господдержки



ним из способов достижения этой цели. Так, по итогам 2016 г. доля отечественных лекарственных препаратов в сегменте противотуберкулёзных средств составила 76% в натуральном выражении и 84 в стоимостном, в терапии гепатитов этот показатель достигает 67 и 14%, ВИЧ-инфекции – 64 и 30% соответственно.

Большое внимание в рамках программы уделяется развитию локального производства фармацевтических субстанций. Тем не менее, как отметил А.Алёхин, решение этой проблемы требует взвешенного подхода: «Мы понимаем, что экономически нецелесообразно локализовать выпуск всех фарм субстанций на территории страны. Сегодня имеется достаточное количество зарубежных поставщиков, которые обеспечивают конкурентоспособность цен на это сырьё на российском фармрынке».

По его словам, в настоящее время существует до 10 проектов от разных производителей, в текущем году ожидается ещё порядка 10. Организация производства субстанции – достаточно сложный и капиталоемкий процесс. На эти цели предусмотрена господдержка в размере до 200 млн руб. на одну организацию. Компании могут рассчитывать на компенсацию до 50% понесённых затрат, связанных с приобретением оборудования в лизинг, его наладкой, выпуском валидационной серии продукта, а также на зарплату сотрудников, занятых в реализации проекта.

В то же время с учётом важности поддержки фармацевтических компаний, использующих в своём производстве отечественную

фармацевтическую субстанцию, ведётся доработка постановления Правительства РФ № 1289 («третий лишний»). Как полагают в Минпромторге, в основе документа должен быть сохранён преференциальный механизм, а по отдельным направлениям необходимо создавать локальные компетенции.

Кроме того, ведомство намерено внести дополнительную конкретику в постановление Правительства РФ № 719 «О критериях

отнесения промышленной продукции к промышленной продукции, не имеющей аналогов, произведённых в Российской Федерации». Согласно этому документу, статус «российского производителя» даёт право его обладателю получать преференции на государственных торгах. В частности, планируется конкретизировать технологические направления, имеющие приоритетное значение. На создание компетенций именно в этих областях прежде всего будут ориентироваться СПИКи.

В режиме ожидания

Механизм СПИК был введён в 2015 г. Федеральным законом «О промышленной политике». Он позволяет его участнику получить определённые льготы, преференции и преимущества со стороны государства «в обмен» на принятие на себя обязательств по созданию или модернизации локализованного в России промышленного производства. Иными словами – это контракт, который позволяет обеспечить комфортные условия для ведения бизнеса. Для некоторых компаний одними из ключевых являются налоговые льготы, для

других СПИК – это «гарант» сохранения статуса российского производителя.

Тем не менее в фармацевтической отрасли пока не заключено ни одного специнвестконтракта. «Минпромторг не является единственной стороной специнвестконтракта со стороны государства. В этих проектах принимают участие Минздрав, Федеральная антимонопольная служба, ряд других федеральных ведомств, а также отраслевые ассоциации, – напомнил А.Алёхин. – Минпромторг готовит документы и делает это тщательно. Возможно, с этим отчасти и связано смещение сроков подписания СПИКов». Кроме того, имеются сложности и у самих инвесторов в плане взаимодействия с регионами. В некоторых субъектах РФ отсутствует необходимая законодательная база для реализации подобных проектов.

– Работа в этом направлении сейчас активно ведётся, – подчеркнул глава департамента, добавив, что первые фармацевтические СПИКи будут подписаны в ближайшие несколько месяцев.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Кстати

Самая привлекательная...

Согласно результатам исследования, проведённого компанией Kelly Services, отрасль Life Science оказалась чрезвычайно популярной у опрошенных: 69% респондентов заявили, что готовы перейти работать в индустрию здоровья. В опросе приняли участие 1760 респондентов из Москвы, Санкт-Петербурга и других регионов РФ.

Среди факторов, обеспечивающих столь высокую привлекательность данной отрасли, соискатели назвали прежде всего положительную репутацию работодателя (30%) и возможности карьерного роста (29%), а также высокий компенсационный пакет (21%) и социальную миссию – возможность помогать людям сохранять здоровье (20%).

Наиболее желаемыми позициями участники опроса назвали работу в продажах (14%), маркетинге (11%), направлениях «медицинский советник» (10%) и «клинические исследования» (10%). Самыми непопулярными оказались позиции провизора (1%), лечащего врача (2%), врача-эксперта (3%) и работа в сфере сертификации товара (3%).

О высокой мотивации, по мнению экспертов, говорит и готовность самостоятельно платить за обучение: по данным опроса, более половины респондентов (51%) готовы заплатить за получение необходимых для трудоустройства в отрасли дополнительных навыков.

Несмотря на активное присутствие на российском фармрынке компаний-производителей дженериков, большинство респондентов (60%) всё же хотели бы работать на производителе оригинальных препаратов. Чуть более трети (36%) отметили, что наличие или отсутствие патента у работодателя не повлияет на их выбор, а 4% признались, что выберут производителя дженериков.

Мотивирующие факторы у соискателей в целом распределяются так же, как и в других отраслях. Для большинства респондентов определяющим является размер заработной платы и соцпакет (11%), важны официальное оформление, «белая» зарплата (11%) и возможность карьерного роста (8%). Также опрошенные обращают внимание на комфортную атмосферу в коллективе (8%), возможность обучения, развития и приобретения новых навыков и профессионализм коллег (по 7%). А вот отсутствие переработок и масштабные задачи занимают последние места в этом списке.

Работа в сфере здравоохранения ассоциируется у соискателей со стабильностью и конкурентной заработной платой, а на репутацию и портфель продукции компании-работодателя в этой сфере обращается наибольшее внимание, резюмируют эксперты.

Анна КРАСАВКИНА.

Кагры

В Центре аккредитации специалистов на базе факультета последипломного образования Пятигорского медико-фармацевтического института (ПМФИ) завершилась процедура первичной аккредитации провизоров. Всего в ней приняли участие выпускники 2017 г. вышеназванного вуза: 412 человек, обучавшихся по очной форме обучения, и 314 заочников.

Первичная аккредитация проводится в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и является процедурой, подтверждающей соответствие специалиста, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению соответствующего вида профессиональной деятельности. Таким об-

Ширятся ряды первостольников

Вчерашние выпускники востребованы на рынке труда

разом, получив диплом о высшем фармацевтическом образовании, выпускник должен ещё сдать соответствующий экзамен и получить на 5 лет право заниматься выбранной профессией.

В итоге допуск к профессии получили все молодые специалисты, прошедшие первичную аккредитацию, отметила председатель аккредитационной подкомиссии Минздрава России по проведению первичной аккредитации в ПМФИ Виктория Чуракова. Со своей стороны директор ПМФИ Всеволод Аджиенко подчеркнул, что выпуск специалистов-провизи-

ров – традиционно один из самых больших среди профильных вузов России, и весьма примечательно, что выпускники ПМФИ, как и прежде, демонстрируют высокую степень готовности к профессиональной деятельности.

– Все экзаменуемые показали достаточно высокий уровень теоретических знаний и практических навыков. Очень важно, что мы не почувствовали особой разницы между ответами заочников и очников, – рассказала о своих впечатлениях член аккредитационной подкомиссии Надежда Бабянец.

Наряду с преподавателями вузов, представителями академической науки и Министерства здравоохранения Ставропольского края в аккредитационную подкомиссию вошли также члены Национальной фармацевтической палаты, руководители аптечных сетей Кавминвод, Ставропольского края, Владикавказа и Перми. Они с удовольствием констатировали, что некоторые молодые провизоры были буквально нарасхват у потенциальных работодателей – настолько яркими были их ответы. «Нам понравилось, что наши молодые коллеги готовы к

принятию ответственных решений, очень целеустремлённые», – подчеркнули экзаменаторы. Они выразили уверенность, что многие молодые специалисты из нынешнего выпуска непременно будут востребованы. «После небольшого тренинга и ознакомления с корпоративной политикой аптечных учреждений они также волеются в многочисленный отряд первостольников», – отметили эксперты.

Арина СТЕПКО.

МИА Сити!

Москва.

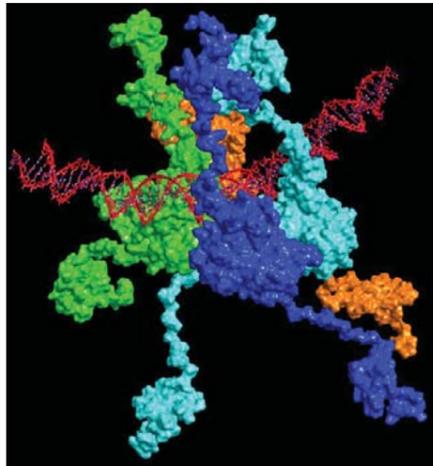
Исследования

Лекарственные растения сильны своими токсичными алкалоидами, ядовитость которых проявляется в блокировании больших функциональных белков, один из которых протеин p53 (protein 53 000 ue). В норме p53 является протектором клеточного состояния и «охранителем» генома, но, к сожалению, мутантный ген его обнаруживается более чем в половине новообразований. Молекулы алкалоидов с их сотней атомов по праву считаются малыми, особенно если учесть, что в составе p53 их более 1,5 млн.

Новые противоопухолевые лекарства и вакцины

Так, в лечении лейкемии и одной из форм лимфомы используются производные алкалоидов (монотерпен индолов), известных ещё с античности «чисто-розового цветка» (Cathar-anthus roseus) и райзы прямолистной (Rhayza stricta). Неожиданно выяснилось, что мебендазол, химический родственник давно известного норсульфазола, используемый для борьбы с глистными инвазиями, в повышенных дозах без видимых побочных эффектов обладает противоопухолевым действием. Но это редкие примеры среди 1,5 тыс. утверждённых к использованию лекарств.

Сегодня создание новых лекарств дорого и требует больших затрат труда и времени. Поэтому оправдано использование суперкомпьютеров для поиска «уязвимых» мест, или карманов у того же p53. Для этого в техасском Центре передовых компьютерных исследований используют программу, которая позволила получить атомную структуру протеина. Анализ данных суперкомпьютерного моделирования позволил провести виртуальный скрининг потенциальных кандидатов. Только суперкомпьютер смог оценить возможности 3 млн различных соединений, которые могут связываться с десятками карманов на поверхности белковой молекулы. Компьютер сократил время скрининга с годов до нескольких дней. Второй успех был связан с белком, который контролирует клеточный цикл, а попросту говоря – деление. Вещества, подавляющие активность этого белка, блокируют подготовку к делению, в то время как соединения, «нацеленные» на



Белок p53. ДНК – красного цвета

p53, должны по идее «реанимировать» его мутантную неактивную форму.

Таксол, выделенный поначалу из живицы североамериканской хвойной юкки, считался весьма многообещающим, поскольку он блокирует самосборку микротрубочек веретена деления, без которых невозможно расхождение хромосом. Одним из препаратов на основе таксола является паклитаксел, активно применяемый наряду с доксорубицином и циклофосфамидом при лечении новообразований молочных желез. К сожалению, паклитаксел способствует формированию клеточных ниш для миграции клеток (так называемым TMM – Tumor Microenvironment of Metastasis). Это было установлено на мышах, у которых применение лекарств способствовало не только уменьшению клеточных узлов,

но также и увеличению числа TMM. Обратное действие имело выключение одного из генов и применение ребастинаба, подавляющего активность опухолевого фермента.

Обнадёживающие новости пришли из Бостона и Майнца, где проводились ограниченные

испытания противоопухолевых вакцин на основе пептидов из клеток меланомы. В Бостоне с их помощью лечили 6 человек, у 4 из которых ремиссия на момент публикации в Nature продолжалась 2 года. У двух оставшихся с «неполным» ответом на вакцину пришлось добавлять стимулятор иммунного ответа, блокирующий действие протеина PD (Programmed Death), который в норме поддерживает стволовое состояние клеток и их потенциал деления (пролиферативный). В Майнце в испытаниях приняли участие 13 человек, которые получили РНК, кодирующие синтез как минимум 10 клеточных протеинов. У 8 из них возврата не было на протяжении года, ещё у 2 произошло существенное уменьшение процесса. Посчастливилось ещё одному, которому добавили ингибитор мутантного белка PD. Учёные признают, что их персонализированный подход занимает много времени, почему не всем помогает. Дело в том, что формулирование и создание вакцин в каждом конкретном случае занимает как минимум 3 месяца. Такой временной «лаг» зачастую просто неприемлем. Автор комментария в Nature к этим двум сообщениям назвал его «персонализированные РНК-вакцины, мобилирующие полиспецифическую иммунную терапию».

Иван ЛАРИН.

По материалам Nature, Science Translational Medicine.

Эксперименты

Макрофаги-целители

Как известно, у пациентов с сахарным диабетом может возникнуть такое осложнение, как диабетическая стопа – на стопе образуются язвы, которые очень сложно лечить из-за плохой циркуляции крови. В некоторых случаях из-за развивающейся инфекции часть ноги приходится ампутировать. Новый подход, предложенный сотрудниками Университета Монреаля (Канада), возможно, решит эту проблему. Специалисты нашли способ, который поможет заживить раны быстрее.

В регенерации тканей ключевую роль играют макрофаги. Они отвечают за баланс между воспалительными и противовоспалительными процессами и ускоряют процесс заживления. Один из членов научной группы, профессор Жан-Франсуа Келье, рассказал, что ему и его коллегам удалось найти возмож-

ность контролировать активность макрофагов, воздействуя на них с помощью белка MFG-E8. Находясь в области раны, этот белок стимулирует реконструктивные и противовоспалительные функции макрофагов. Если MFG-E8 неактивен – поражения кожи регенерируют намного медленнее.

Новый метод основан на адаптивном переносе клеток. В этом случае для лечения используются собственные клетки пациента – обычно этот способ используют для лечения рака, но и, как оказалось, для регенерации кожи он также подходит. В ходе экспериментов учёные взяли стволовые клетки из костного мозга мыши, воздействовали на них белком MFG-E8, а затем поместили клетки обратно в мышинный организм. Процесс заживления ран существенно ускорился.

Ян РИЦКИЙ.

По информации MedicalXpress.

Угроза

Побочный эффект анестезии

Длительное и повторное использование общей анестезии и седативных средств во время оперативных вмешательств и манипуляций может негативно воздействовать на развитие головного мозга ребёнка, говорится в заявлении Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA). Предостережение относится к детям младше 3 лет и беременным женщинам в течение 3-го триместра.

В экспериментальных моделях применение общей анестезии и седативных средств более 3 часов стало причиной обширной потери нервных клеток головного мозга животных. Данные получены на моделях беременных и молодых животных. Клинические исследования поддерживают эти выводы, особенно при повторном и длительном воздействии препаратов на ранних этапах жизни. Однако в связи с

рядом ограничений невозможно сделать окончательный вывод: были ли лекарства или другие факторы причиной негативного влияния, которые проявлялись проблемами в обучении или поведении детей.

FDA требует, чтобы предупредительные надписи о потенциальном риске появились на упаковках препаратов для общей анестезии и седативных средств. Всего в заявлении агентства указаны 11 МНН.

Кроме того, в заявлении агентства указано, что хирургические вмешательства, болезненные и стрессовые процедуры не следует откладывать в случае, если они необходимы или продиктованы жизнеугрожающим состоянием. Без лечения боль может также оказывать негативное воздействие на нервную систему ребёнка. Специалисты здравоохранения должны тщательно взвесить соотношение риска и пользы.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

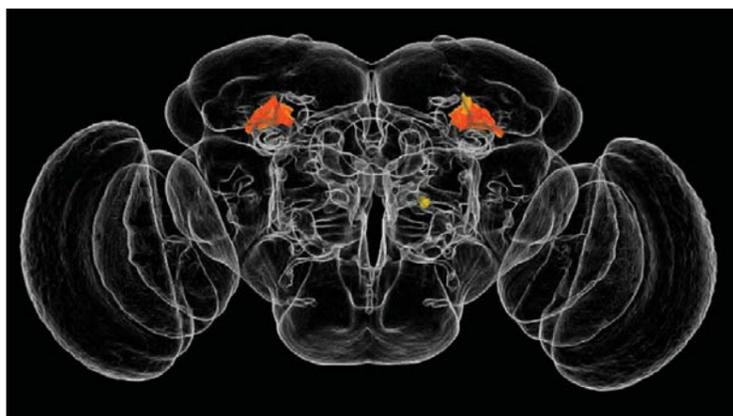
По сообщению CNN.

Современные технологии

Как известно, возбуждение нервных клеток нарастает с повышением кальция в них для связывания которого есть белок кальмодулин. То же делает и один из белковых рецепторов дофамина/дофамина, пронизывающих мембрану нейрона. Конец рецептора соединён в цитоплазме с протеином, активируемым вазопрессинном, регулирующим давление в сосудах, о чём говорит его название. Действие кальция и рецепторов возбуждает каскад белков в цитоплазме, благодаря которому передаётся сигнал в ядро, где включается активность разнообразных генов. Кстати, белок с характерным названием арестин блокирует клеточный каскад, что может приводить к «аресту» клеточного деления.

Нейробиологи давно мечтали о «подсвечивании» специфических нервных клеток, отвечающих за те или иные функции, а в более общем плане – за различные аспекты поведения. И вот мечта эта осуществилась благодаря аденоассоциированным вирусам (ААВ, которые атакуют желёз-

Подсветка мозга



Красные нейроны, возбуждение которых отвечает за изменение движения

ки слизистой), проявляющим нейротропность, под которой понимают способность инфицировать клетки нервной системы. С помощью сотен миллиардов и триллиона вирусных частиц удалось перенести нужные гены

в 70% нейронов мышинной коры, 55% клеток подкорковых структур и 82% узла-ганглия чувствительного корешка спинного мозга. Благодаря ААВ удалось таким образом осуществить неинвазивный ген-трансфер (доставку генов).

Одним из перенесённых сотрудниками Калифорнийского технологического института был ген люциферазы, или фермента, который назвали в память о падшем ангеле Люцифере «Светоносном» (энзим, окисляя жироподобный люциферин, генерирует свет, делая клетки светящимися). Метод применили в Институте нейробиологии Флориды, где к вирусам добавили ещё и оптогенетику, позволяющую активировать нейроны с помощью лазерных импульсов. Благодаря сочетанию методов удалось наладить активное «глубинное обучение» подопытных мышей. Обучение проводили, лишая животных воды, которую они могли получить из поилки, нажимая рычажок лапкой. Лазер был запрограммирован на генерирование луча в течение 5 секунд, после чего выключался на 25 секунд. Выключение лазера приводило к тому, что мыши, даже испытывая жажду,

не жали на рычажок. Тем самым отсутствие света выключало активность нейронов моторной коры мышей. Впервые с высокой степенью клеточного разрешения удалось связать нейрональный переключатель, управляемый поступающими в нервную клетку ионами кальция и раздражающими её лазерными импульсами. Оба воздействия при этом включали активность специфических генных мишеней. Включение зависит от состояния гена CHD, протеин которого необходим для перестройки хроматина, представляющего собой ДНК-протеиновый комплекс хромосом. Мутации гена CHD связывают с некоторыми формами аутизма. Сегодня появились возможности напрямую связать реакцию отдельных клеток и специфических проявлений поведения. Думается, что в недалёком будущем эти высокотехнологичные достижения найдут путь практического внедрения.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Science.

Преодоление

В неравной схватке
с болезнью

Гражданину США Эвансу Уилсону 63 года. Более 5 лет назад у него диагностировали лёгочный фиброз. До того как обратиться к врачам, он занимался бегом. Встревожившим его симптомом стала одышка, которая появлялась даже без интенсивной нагрузки.

При лёгочном фиброзе, как известно, ткань лёгких начинает замещаться соединительной, по мере прогрессирования болезни дышать становится всё сложнее. Однозначного ответа на вопрос, почему возникает лёгочный фиброз, у учёных и врачей пока нет – среди возможных причин называют негативное влияние окружающей среды и загрязнение воздуха, а также генетическую предрасположенность. Практически единственным способом лечения лёгочного фиброза является пересадка лёгких.

После того как врачи провели все необходимые обследования и подтвердили неутошительный диагноз, они прогнозировали, что мужчина проживёт не дольше 3 лет – такова была средняя выживаемость пациентов.

Сейчас Уилсон практически не может обходиться без кислородной маски, соединённой с кислородным баллоном. Однако он считает себя счастливым, так как прожил не 3 года, а дольше 5.

Для того чтобы привлечь внимание ответственности к проблеме лёгочного фиброза, Уилсон зарегистрировался на марафон в Сиэтле и планировал преодолеть 42-километровую дистанцию за

14 часов – вместе с ними на старт вышли его супруга и волонтер. На протяжении всего маршрута Уилсон вёз с собой кислородный баллон. Он стартовал на час раньше, чем остальные бегуны. Уилсон рассказал, что на отметке в 9,5 км он всё ещё был в числе лидеров, опережая именитых мара-

фонцев. Ему удалось преодолеть дистанцию быстрее 11 часов, то есть на 3 часа быстрее, чем он планировал. Поддерживающие его люди пожертвовали около 50 тыс. долл., которые пойдут на исследование заболевания и поиск эффективной терапии лёгочного фиброза.

Кстати

Вопреки обречённости

Рассеянный склероз диагностировали у Шерил Хайл в 2006 г. Она обратилась к врачу с жалобами на непривычные ощущения в руке. Спустя год у Шерил развилась свисающая стопа – одно из типичных осложнений, возникающих у пациентов с рассеянным склерозом. При свисающей стопе из-за мышечной слабости походка меняется – людям приходится поднимать ногу выше, чем обычно, иначе они рискуют упасть, постепенно ходить становится всё сложнее.

Прогрессирующее заболевание расстраивало Шерил. Она занималась бегом и однажды обнаружила, что не в состоянии пробежать даже небольшую дистанцию, а во время одного из забегов упала 12 раз. Врач, поставивший диагноз, пояснил, что девушке придётся забыть о беге, однако Шерил приняла решение не сдаваться.

Она обратилась к ортезисту, который имел опыт работы с пациентами, страдающими различными неврологическими нарушениями. Он создал для Шерил специальный ортез, который был предназначен для поддержки её правой ступни. Без него девушка по-прежнему не в состоянии бежать, однако при его ношении способна преодолевать существенные расстояния.

Скорость её бега снизилась, но, несмотря на прогрессирующий рассеянный склероз, она продолжает заниматься. Шерил – марафонец, до постановки диагноза она преодолела марафонскую дистанцию 15 раз. Сейчас за её спиной уже 50 марафонов, и она не собирается останавливаться. Во всех забегах Шерил сопровождает муж.

К июню будущего года она планирует пробежать по марафону на каждом континенте и таким образом привлечь внимание к проблеме рассеянного склероза и продемонстрировать пациентам, которым уже поставили такой диагноз, что жизнь на этом не заканчивается и нужно продолжать движение (во всех смыслах этого слова). Если это заставит их двигаться хотя бы несколько минут в день – её миссия будет выполнена.

Однако

Учёные выяснили, почему люди наклоняют голову во время поцелуев. Если заострить своё внимание на положении тела во время поцелуев, то можно заметить, что голова непроизвольно наклоняется в левую или правую сторону. Почему так происходит, объяснили учёные.

В исследовательской работе приняли участие 50 пар из Бангладеша.

Бангладеша и Университета Бат в Великобритании. 50 парам нужно было выполнить обоюдные поцелуи. Мужчины в 15 раз чаще становятся инициаторами поцелуев. При этом в 2 из 3 случаев партнёры поворачивают голову вправо.

«Это первое исследование, которое показало половые различия, связанные с началом поцелуя, – инициаторами чаще становятся мужчины, кроме того,

или правша. А за это отвечает головной мозг. Соответственно, именно мозг ответственен за поцелуи.

Между тем поцелуи не только приносят людям удовольствие, но и могут принести пользу партнёрам. С помощью поцелуев люди выражают свои эмоции и чувства друг другу. По словам североамериканских психологов, поцелуи способны не только доставить людям удовольствие, но

Тайны волнующего
прикосновения

Отмечается, что в этой стране не принято целоваться прилюдно. С помощью ряда экспериментов учёным удалось выяснить, почему же влюблённые наклоняют голову в правую сторону во время поцелуя. По словам исследователей, причина скрыта в физиологическом строении головного мозга человека.

Добавим, что исследования на данную тему уже проводились. Тогда выяснилось, что в 65% случаев люди поворачивают голову вправо. Если людей попросить показать поцелуи на куклах, то в 80% испытуемые повернут игрушки также вправо. В чём кроется секрет, постарались выяснить научные специалисты из Даккского университета в

положение головы инициатора влияет на положение головы принимающего поцелуи. Основываясь на нашей более ранней теоретической работе, мы можем выдвинуть новые гипотезы относительно нейронных основ такого поведения», – говорит доктор Резаул Карим с факультета психологии Даккского университета.

Также выяснилось, что правши поворачивают голову вправо, а левши – влево. При этом партнёры всегда подстраивались друг под друга. Действия в основном интуитивные, но есть глубинные их причины – они кроются в когнитивных механизмах. Таким образом, учёные сделали вывод, что поцелуи и выбор положения зависят от того, кто вы – левша

и принести большую пользу их психическому здоровью.

Как объясняют специалисты, поцелуи являются чем-то вроде экспресс-медитации. Посредством поцелуев люди расслабляются и быстро нормализуют своё психологическое состояние. Интересен факт, что имеются в виду не только поцелуи любовников. Это касается также родственников и друзей и близких, мы становимся к ним ближе и улучшаем свои отношения.

Эксперты уточняют, что нехватка поцелуев может отрицательно действовать на психику человека, а также не лучшим образом сказываться на отношениях между людьми.

Идеи

Группа североамериканских учёных провела исследование и установила, что куриные яйца в отварном виде весьма положительно сказываются на работе детского организма. А именно – такой натуральный продукт предотвращает риск развития умственной отсталости, ускоряет процесс роста и выступает отличным средством профилактики заболеваний костной ткани. Следует отметить, что полезные свойства не самих яиц, а скорлупы были известны и ранее. Предполагалось, что порошок из такого вещества способствует укреплению костей и предотвращает развитие заболеваний опорно-двигательного аппарата. Что же касается непосредственно самого продукта, то ранее такие исследования не проводились.

О пользе яиц

Для того чтобы подтвердить свои теоретические предположения, учёные провели научный эксперимент. Нужно сказать, что практические изыскания проводились только с детьми в возрасте 6-9 месяцев. Все участники были разделены на 2 контрольные группы – в ежедневный рацион первой было включено по одному отварному куриному яйцу, а вторая группа такой добавки не получала.

Так, было установлено, что у детей, которые ежедневно употребляли этот продукт, наблюдалось увеличение интенсивности роста в 1,5 раза. Развитие детей из контрольной группы происходило без изменений.

Таким образом, американские учёные ещё раз подтвердили то, что куриные яйца являются отличным «строительным материалом» для детского организма. Однако это вовсе не значит, что их можно употреблять в неограниченном количестве.

Напротив, положительный эффект от такого натурального продукта будет только в том случае, если в целом рацион ребёнка сбалансирован. Получить правильные, с медицинской точки зрения, рекомендации относительно питания малыша можно как у педиатра, так и гастроэнтеролога.

Гипотезы

«Острый» анестетик



Работники частной фармацевтической компании в США провели исследование и установили, что перец чили можно использовать как обезболивающее средство при болезнях суставов, особенно если речь идёт о хронических болях. Следует отметить, что второй этап клинических испытаний на данный момент завершён, и он прошёл весьма успешно.

Если быть точными, то речь идёт не обо всём острое, а именно об экстракте, который получают на его основе. Данное вещество называется транскапсаин. По предварительным данным, препарат на основе этого компонента не просто снимает симптоматику болевого синдрома, а устраняет клинику хронических болей на 6 месяцев.

Таким образом, синтетическая версия экстракта перца чили помогает избавить человека от хронических болей при неизлечимых заболеваниях опорно-двигательного аппарата и суставов в частности. Механизм действия нового средства довольно прост – в область локализации болевого синдрома больному делается инъекция.

Действующие компоненты препарата просто деактивируют нервные окончания, которые передают в мозг сигнал о боли. Таким образом, симптом устраняется, а больной быстро получает облегчение. Отмечается, что в отличие от традиционных обезболивающих препаратов новое средство на основе транскапсаина не вызывает привыкания.

Второй этап клинических испытаний доказал эффективность этого лекарства – кроме того, что быстро устраняется болевой синдром, улучшается подвижность конечностей, что существенно улучшает качество жизнедеятельности человека. На данный момент проходит завершающий этап клинических испытаний. Если результаты этих работ будут удовлетворительными, то вполне возможно, что в скором времени препарат будет использоваться для лечения заболеваний ревматоидного характера.

Подготовил
Марк ВИНТЕР.

По материалам Psychology,
Daily Mail, CNN, EurekAlert!,
Voice of America.

Вершина

Выходец из семьи охотничьего купца, Борис Григорьевич окончил медицинский факультет Императорского Московского университета в 1915 г. Был широко образован, любил музыку, играл на скрипке, выступал с симфоническим оркестром, увлекался спортом, был чемпионом дореволюционной Москвы по теннису.

Избрав своей специальностью хирургию, основательно изучил топографическую анатомию. Это всегда была его сильная сторона, которая определила исключительную анатомичность его хирургической техники и успехи в поисках наиболее оптимальных оперативных доступов.

Николай Бурденко, переехав из Воронежа в Москву, обратил внимание на хирурга, привлёк в нейрохиргию, и вскоре Борис Григорьевич стал ближайшим его соратником. Он вместе с А.Арендтом, Л.Корейшой, К.Тэрианом, Л.Кадиным составили хирургический костяк Института Бурденко – Крамера, открытого в январе 1932 г. Николай Нилович, говоря в 1930-е годы о том, что советские нейрохирурги ныне владеют практически всеми видами нейрохирургических операций, в первую очередь имел в виду Б.Егорова.

Борис Григорьевич плодотворно сотрудничал с неврологами, морфологами, нейрорентгенологами. В 1931 г. он совместно со своим однокашником по университету Марком Копыловым произвёл первую в СССР каротидную ангиографию.

В годы Великой Отечественной войны Борис Григорьевич в эвакогоспиталях оказывал хирургическую помощь раненым в голову. А вернувшись в Москву, вновь занялся нейроонкологией, став крупнейшим специалистом по невринам слухового нерва. Это была тема и его блистательной докторской диссертации, и последующей фундаментальной монографии (1949).

Когда в ноябре 1946 г. Н.Бурденко умер, директорский пост сначала отдал генерал-лейтенанту медицинской службы академику АМН СССР Владимиру Шамову. Но коллектив единомышленников бурденковцев не принял человека со стороны – школы были слишком разные. И спустя год В.Шамов перешёл директорствовать в Ленинградский нейрохирургический институт вместо умершего в 1947 г. Андрея Поленова. Произошло естественное назначение ближайшего ученика Н.Бурденко, доктора медицинских наук, профессора Б.Егорова директором Московского института нейрохирургии.

Звезда Бориса Григорьевича взшла, и началось быстрое восхождение его на академический Олимп. Член-корреспондент, академик, академик-секретарь отделения клинической медицины АМН СССР. Как у нас принято, все высшие нейрохирургические должности сосредоточились в его руках: главный нейрохирург Министерства здравоохранения СССР, председатель Всесоюзного нейрохирургического общества, главный редактор журнала «Вопросы нейрохирургии»... Б.Егоров оказался на вершине нейрохирургической пирамиды.

Хозяин

Главной заботой директора оставался институт. Борис Григорьевич оказался хорошим хозяином. Он построил в 1950-е годы новый 3-этажный лечебный корпус; воздвиг 7-этажный дом для сотрудников и ещё надстроил на 2 этажа два соседних корпуса (один – жилой, другой – лабораторный). Сам поселился при институте и наблюдал за порядком денно и нощно. Курильщики прятались от Бориса Григорьевича, он терпеть не мог табачный дым. Предпочитал работать с женщинами – «от них не исходит этот ужасный запах», – говаривал Б.Егоров.

Институт модернизировался. Укреплялась его материально-техническая база, ещё важнее – Борис Григорьевич сумел собрать под своей крышей группу талантливых учёных, которые принесли институту приоритетные открытия и мировую славу. Он не боялся брать и евреев, изгнанных со своей работы. Боролся за них, как мог защищал.

Достаточно вспомнить, что именно Борис Григорьевич привлёк в институт крупнейшего нейрогистолога, основоположника учения о строении и функциях мозговых оболочек члена-корреспондента АМН СССР Михаила Барона.

Б.Егоровым после долгой переписки с Минздравом и Академией

было возможно, тянул время. Он избрал самую мягкую в то время форму увольнения – заявление «по собственному желанию в связи с состоянием здоровья». И всячески растягивал процесс, против своей воли сдавая своих сотрудников по одному. После смерти Сталина, как только «дело врачей» было дезавуировано, Борис Григорьевич тут же восстановил всех уволенных в институте на прежних должностях, приказом оформив их 2-3-месячное отсутствие на работе как отпуск. О том периоде сейчас мало помнят, но это был гражданский подвиг Бориса Григорьевича, позволивший сохранить и отдельных учёных, и институт в целом.

Борис Григорьевич хотел именно его взять в научные сотрудники. Но как проголосуют члены учёного совета за не кандидата наук, когда другие достойные претенденты уже давно кандидаты наук?

«Что ты сможешь им противопоставить?» – с упреком спросил Фёдора Борис Григорьевич.

«Мои результаты и 6 престижных публикаций», – ответил мой друг.

«Ну, попробуем», – заключил Б.Егоров.

Фёдора избрали младшим научным сотрудником. А из его исследований, как и предчувствовал Борис Григорьевич, родился новый раздел нашей дисциплины – эндоваскулярная нейрохирургия.

высокопоставленных партийно-советских деятелей, у которого подобная беда случилась с сыном. Ситуация была безвыходной. Собрался широкий консилиум, решение было общим, и Борис Григорьевич решился на лейкотомию. Операция прошла гладко, а результат ошеломил преображением буйного пациента в спокойного молодого человека. Родители были счастливы. Слава о Борисе Григорьевиче-спасителе приводила к нему всё новых и новых неизлечимых психически больных.

Однако в 1950 г. в разгар борьбы с «безродными космополитами» министр здравоохранения СССР Е.Смирнов издал приказ,

Имена и судьбы

Выдающийся врач и собиратель талантов

19 августа исполняется 125 лет со дня рождения Бориса Егорова, ставшего знаковой фигурой советской нейрохирургии

наук был взят в штат разносторонний невролог, автор открытия и основоположник новой нейронауки – количественной анатомии мозга – профессор Самуил Блинков.

При Б.Егорове развернул свои исследования в институте признанный основоположник нейропсихологии, дважды доктор наук, академик АПН СССР Александр Лурия. В это же время в институте плодотворно трудились выдающийся нейрофизиолог член-корреспондент АМН СССР Владимир Русинев, крупный патоморфолог, создатель учения о травматической болезни головного мозга член-корреспондент АМН СССР Леонид Смирнов и другие светила, для каждого из которых Борис Григорьевич открыл лабораторию.

Это был новый взлёт института, сумевшего под руководством Бориса Григорьевича перестроиться с военной нейрохирургической тематики на мирную и стать классическим академическим учреждением.

Наряду с огромной диагностической и хирургической деятельностью в институте всегда делалась большая фундаментальная наука. Обнажённый и спасаемый мозг служил естественной и допустимой базой для уникальных исследований, разумеется, без какого-либо нарушения принципа поп посеге. Эта единственная в своём роде возможность манила в Институт нейрохирургии учёных, делавших здесь свои открытия и становившихся всемирно известными основоположниками новых направлений в науке о мозге.

Они удачно дополняли замечательную плеяду нейрохирургов (А.Арендт, Л.Корейша, Л.Кадин, К.Тэриан, А.Шлык), неврологов (М.Рапопорт, Ю.Коновалов, Л.Корст, А.Подгорная) и других смежных специалистов.

Гражданский подвиг

Нелегко было Борису Григорьевичу, когда началось «дело врачей». Зимой 1953 г. от него потребовали уволить из института евреев. Я читал личные дела некоторых из них и поражался мужеству и стойкости Бориса Григорьевича. Он защищал их как мог.

Но давление административное и партийное (Б.Егоров был вынужден вступить в партию уже в 60-летнем возрасте, иначе по существовавшим тогда правилам беспартийный не мог занимать директорскую должность) нарастает: «Или Вы их уволите, или мы Вас уволим». Системе было спущено указание, и она обязана была его выполнить. Борис Григорьевич, сколько

В конце 40-х – начале 50-х годов Борис Григорьевич вызволил для института двух очень способных врачей – Эдуарда Канделя и Николая Васина, проявивших склонности к нейрохирургии. Оба фронтовики, за плечами у Коли был ещё и плен. После окончания мединститута Эдуарда направили из столицы в Киргизию – врачом в высокогорный санаторий, Николая – тоже куда-то в Среднюю Азию. Борис Григорьевич вступил в схватку с Минздравом, бездумно распоряжавшимся выпускниками лишь по анкетным данным, и победил.

Канделя затем Борис Григорьевич отправил в длительную научную командировку в Англию. Оттуда он привёз стереотаксический прибор и методику. И благодаря авторитету и помощи Бориса Григорьевича смог стать пионером функциональной нейрохирургии в нашей стране. Оправдал надежды и Коля Васин, который преуспел в нейроонкологии, противоболевой нейрохирургии и затем стал лидером отечественной нейротравматологии.

Наряду с Канделем и Васиным Борис Григорьевич в 50-е годы взял в штат института целую плеяду молодых талантов. Перечислю их в хронологической последовательности: Габиб Габибов, Николай Смирнов, Сергей Фёдоров, Фёдор Сербиненко, Фёдор Лясс, Юрий Филатов, Александр Коновалов, Виктор Салалыкин, Александр Шахнович....

Как и предвидел Борис Григорьевич, они быстро обрели высокое профессиональное мастерство, составили кадровый костяк послевоенного поколения, обеспечившего мощное развитие отечественной нейрохирургии и нейронаук и принёсшего институту новую славу.

В начале 60-х Б.Егоров пригласил в институт крупного нейрохимика Матвея Промыслова.

Борис Григорьевич по натуре был такой же собиратель, как П.Третьяков. Но каждому своё: Павел Михайлович с удивительным вкусом и не жалея средств приобретал картины русских художников для своей галереи; Борис Григорьевич с удивительным провидческим даром и не жалея усилий отбирал учёных для своего института.

На моих глазах Борис Григорьевич вызвал в кабинет Фёдора Сербиненко. Был объявлен конкурс. На одно место младшего научного сотрудника претендовали несколько кандидатов наук из своих. Фёдор, окончив 3 года назад аспирантуру, тянул, как это он любил, с защитой, но уже выделялся исследованиями по перестройке мозгового кровотока при патологических соустьях.



Психохирургия

Борис Григорьевич страдал не только за защищаемых им сотрудников института, но и за собственную нейрохирургическую деятельность, точнее, – за её направленность. Б.Егоров был универсальным нейрохирургом высочайшего класса. Оперировал спокойно и очень анатомично. Мы изумлялись, видя на операциях, как его толстые пальцы так нежно обращаются с мозговой тканью; обычно какие-либо операционные или ближайшие послеоперационные осложнения отсутствовали, если хирургическое вмешательство проводил Борис Григорьевич.

В первые послевоенные годы Борис Григорьевич увлёкся психохирургией. Вернее, жизнь заставляла его в совершенстве освоить модифицированную им префронтальную лейкотомию – операцию по пересечению проводящих путей в белом веществе лобных долей. При шизофрении и ряде других психических заболеваний у больных порой развивается некупируемое асоциальное поведение, жизненно опасное как для окружающих, так и самого пациента (речь, разумеется, идёт о времени до появления аминазина, шире – психофармакологии). Никакие лекарства, никакие меры не могут здесь помочь. Единственная возможность сделать поведение больного упорядоченным, вернуть его домой в семью – это предложенное Э.Монишем в 1937 г. особое хирургическое вмешательство на головном мозге – лейкотомия. Она получила распространение во многих цивилизованных странах, а её автор был удостоен Нобелевской премии.

К Борису Григорьевичу за помощью обратился один из самых

запрещающий использование лейкотомии. Виновные были наказаны: А.Шмарьян, И.Бабчин и М.Гольденберг уволены с работы. Б.Егоров, получив порицание, усидел.

Эпоха нашей нейрохирургии

В мае 1964 г. (за несколько месяцев до полёта в космос его сына Бориса – первого в мире врача-космонавта) Борис Григорьевич был неожиданно смещён с поста директора института. Его перевели на полставки консультанта, оперировать не разрешали. И, приходя в свой институт, он чувствовал себя одиноким и ненужным, сидел без дела. А в мае 1970 г. его уволили.

Немного не дожив до своего 80-летия, Борис Григорьевич умер в феврале 1972 г. от острого нарушения мозгового кровообращения. Похоронили его на Новодевичьем кладбище.

С ним ушла целая эпоха отечественной нейрохирургии, в которой он многие годы был главным действующим лицом. Убеждён, история медицины ещё обратится к изучению творческого наследия и личности этого крупного деятеля. А я низко кланяюсь человеку, который сыграл большую роль в моей (да разве только в моей!) профессиональной судьбе.

Когда разрабатывали экспозицию музея Института нейрохирургии, то уделили в ней заслуженно большое внимание Б.Егорову. Несколько стендов и витрин отражают его происхождение, хирургическое становление, семейные коллизии, свершения выдающегося нейрохирурга, учёного, организатора. Удалось сберечь письменный стол Бориса Григорьевича, за которым он работал дома. Скульптор С.Чехомов создал портрет Б.Егорова. «Егоровский» период в жизни Института нейрохирургии широко представлен в музее научными достижениями учёных, которых в трудное время взял под своё крыло Борис Григорьевич. К 115-летию со дня его рождения был сделан документальный фильм «Нейрохирург Егоров». У входа в старое здание института висит мраморная мемориальная доска с барельефом Бориса Егорова.

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

Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Уже немало воды утекло с того первого памятного дня, а я так до сих пор и не разобрался – случилось всё это на самом деле или, быть может, только почудилось мне, так сказать, пригрезилось в истоме ожидания встречи с соответствующим специалистом?..

Но ясно помнится, что всё-таки был, был этот необычный и где-то даже очень странный человек.

Наше знакомство произошло в коридоре поликлиники. Он сидел в очереди, понурился головой. Лицо его было красным и отёчным. А рядом с ним сидела особа весьма неопределённого возраста, скрытого под толстым слоем косметики. Дама эта хмурилась, но тут же волевым усилием расправляла пытавшиеся подчеркнуть её немалые года морщины на лбу.

Порой эта пара перебарщивалась ничем не значащими для нас словами и репликами, но в тоне дамы явно звучала укоризна или даже упрёк.

Впрочем, сосед её, поблёскивая сплошным металлом своих зубов, отвечал междометиями, а лицо его с каждой минутой становилось всё более печальным и, я бы даже сказал, всё более больным.

Потом он, отодвинувшись от своей соседки и придвинувшись ко мне, начал покашливать и потирать левую половину своей груди. А я вдруг, неожиданно для себя, почувствовал, что кашель, душивший меня уже вторую неделю, стал стихать, а потом и вовсе куда-то исчез. Причём вместе с болью в области сердца, которая в основном и привела меня в этот день на приём к «внутреннему специалисту».

Конечно, тогда я ещё никак не смог, просто не успел связать это внезапное избавление от своих хвороб с необычным случайным соседством в очереди. Потому как, подсчитав,

На литературный конкурс

Евгений ТАРАСОВ

Феномен



сколько ещё времени мне придётся проторчать в этом невесёлом поликлиническом коридоре, я понял, что встреча с участковым терапевтом может состояться не ранее чем ещё через парочку часов. Осознав это, я решительно покинул своё место в очереди страдающих и жаждущих оказания им явно уже не самой первой медицинской помощи.

Организм мой вновь был бодрым и энергичным, полным сил и уверенности в настоящем выздоровлении! И не было никакой нужды отнимать драгоценное время у местного «эскулапа», известного и просто знаменитого в основном тем, что был он специалистом по отправлению своих пациентов на анализы и прочие клинические и параклинические исследования.

В общем, неожиданное выздоровление моё было удивительным, но приписал я его одному лишь собственному страху перед бесконечными хождениями, как по мукам, по различным лабораториям и прочим исследующим кабинетам.

Всё было хорошо, и я уже стал забывать о необычном феномене своего избавления от недавних болячек. Но через 3 дня, догоняя «пиковый» автобус, я, оступившись, ухитрился вывихнуть левую ногу, а точнее, один из её суставов. Однако важное соображение требовало моего постоянного присутствия на нём, и потому я кое-как полз на подножку автобуса, а затем и в его «предбанник». Но впереди меня застрял возле валидатора мужик в

шляпе, навьюченный двумя необъятными сумками, явно пытавшийся преодолеть возникшую перед ним преграду без помощи билета или социальной карты. Протолкнуть его вперёд у меня уже не было сил. И я так и торчал в полусогнутом состоянии, стоя на одной, пока ещё здоровой, ноге. А когда автобус со злым шипением притормозил у следующей остановки, мужик этот обернулся, и лицо его вдруг исказила гримаса боли. Я же, оттолкнув эту живую преграду и прокомпостировав свой проездной билет, с неожиданной для себя прытью бросился к выходной двери и выпрыгнул из автобуса на тротуар, поняв, что не очень-то опаздываю на совещание, до которого оставалась ещё парочка кварталов и парочка

десятков минут. А следом за мной вывалилась из автобуса недавняя моя живая преграда – навьюченный сумками, постанывающий и припадающий на левую ногу мужик. И только тогда я вдруг осознал, что от моего-то болезненного вывиха не осталось и следа!

Мужик меж тем, стелая и корчась от боли, подпрыгивал на одной ноге, размахивая своими сумками. Я сердобольно помог ему усесться на одну из ближайших скамеек и, всмотревшись в лицо бедолаги, вдруг понял, что оно мне уже знакомо!

– Мы с вами уже где-то встречались?.. Где?.. – не удержавшись, полувопросительно, но почти утвердительно произнёс я.

– Где-где... в Караганде! – зло оскалив металл своих зубов, буркнул охромевший.

– Но мне там никогда бывать не приходилось, – сообщил я ему, не восприняв смысла шутки.

– Зато побывали в нашей межрайонной поликлинике, – разъяснил морщившийся от боли страдалец, пытаясь устроить как можно удобнее свою болящую ногу.

В этот момент рядом с нами на скамейку, похрапывая и постанывая, кое-как присел скрюченный старичок. Он тяжело дышал, охал и поглаживал поясницу.

И тут же... тут же, заскрежевав своими металлическими зубами, скрючился и мой недавний сосед по поликлинике и пиковому автобусу.

– Что это? Что с вами? – не удержался я от вопроса.

– Радикулит это с ним, – разъяснил, неожиданно разогнувшийся наш сосед по скамейке, – вместе с остеохондрозом и с люмбаго, – понимающе улыбнулся он, – а также вместе с грыжами Шморле и межрёберной невралгией, вот что!

Сыщик у Кристи	Лермонтов, стих.	Узбек. писатель	Про-фол	Норрис	СКАНВОРД										Итал. модельер	Кавк. голубцы	Брат Ехидны	Пятое ... в телеге	Врач ... Вейер	
"Мост в ...", Вламинк	Польск. режиссер			Изобилие						Что-то в этом ...							Серый дрон			
		Коробка, стерилизация		24 часа	Ксило-метазолин	Древнерус. украшение		Условная азбука	Альпийская	Воин Сару-мана							Невольник	Природный битум		
Буква кириллицы	Черная ткань			Баран		Река, Гвинейский залив		Город, Челябин. обл.									Водный поток			
		Живет под землей		Актриса ... Ильм	Укр. муз. инструмент					Мелодикам										
	Рус. драматург	Рыбол. снасть	Неб. якорь	Эстон. живописец	"Сага в Форсайтах", перс.	Поимка	"Сужой ...", Катаев										Нем. физик			
			Солдат		Монета, Др. Греция			Греч. буква												
	Крово-сос	Ампер		Древний город, Туркмения	Гул голосов		Деньги, Корея													
Автор Валерий Шаршуков		Кормовой знак		Нидерл. математик																
										Л Ю Л Л И Б										
										О О К О Л Ь Т										
										Д О З О Р										
										К А А Н Т Р О П О Г Е Н Т										
										В А М П										
										Р И П Е Т Р										
										А Н Т Р Е										
										Ч О С А А Р										
										З Л О										

Ответы на сканворд, опубликованный в № 54 от 26.07.2017.

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, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 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); info@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 № 17-07-00226 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – А.ИВАНОВ.

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.