

Медицинская

20 декабря 2017 г.
среда
№ 96 (7814)

Газета®

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

События

Наука и клиническая практика — на равных

В Пироговском Центре они развиваются в сочетании с бережным отношением к традициям



В ноябре 2017 г. исполнилось 15 лет со дня основания Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России. Срок, казалось бы, небольшой, но за этот период благодаря инициативе руководства и сплочённой работе коллектива Пироговский Центр стал одним из ведущих многопрофильных центров нашей страны.

История и академические традиции

Однако исторические корни центра берут начало в далёком прошлом не-

Основатель и президент Пироговского Центра Ю.Шевченко

скольких медицинских учреждений, входящих в его состав, и неразрывно связаны с важными преобразованиями в нашей стране.

Инициатива создания федерального многопрофильного лечебного учреждения для оказания доступной высокотехнологичной медицинской помощи принадлежала академику Юрию Шевченко.

Приказом Министерства здравоохранения РФ № 415 от 27.11.2000 был образован Государственный медицинский центр Минздрава. В дальнейшем при согласовании с Правительством РФ и поддержке пре-

зидиумов Российской академии наук, Российской академии медицинских наук, коллегии Минздрава России и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 328 от 01.11.2002 был создан Национальный медико-хирургический центр.

В последующем Распоряжением Правительства РФ № 1306-р от 06.09.2003 «в целях увековечения памяти выдающегося учёного, хирурга, организатора здравоохранения» центру присвоено имя Николая Пирогова.

(Окончание на стр. 10-12.)



Анна ПОПОВА,
руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:

Технологии развиваются быстрее, чем мы можем оценить воздействие того или иного фактора.

Стр. 4

Григорий РОЙТБЕРГ,
президент клиники «Медицина», академик РАН:

Врач — это та профессия, где останавливаться на достигнутом невозможно.

Стр. 13



Ориентиры

Прививка от равнодушия

Более 15 тыс. участников и гостей Всероссийского форума добровольцев из всех 85 субъектов РФ присутствовали на церемонии награждения победителей ежегодной премии «Доброволец России».

Лауреатом её в номинации «Медицинское волонтерство» стала в 2017 г. студентка 5-го курса Медицинского института Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарёва Алёна Потапова.

Церемония награждения, в которой принял участие Президент РФ Владимир Путин, состоялась в столичном дворце спорта «Мегаспорт».

Фарфоровую статуэтку с символическим изображением сердца, свидетельствующую о присуждении этой престижной премии, студентка из Саранска получила из рук актёра театра и кино народного артиста России Евгения Миронова и ведущего

канала «Россия-1» кандидата медицинских наук Александра Мясникова.

В рамках деловой программы Всероссийского форума добровольцев, на который со всей страны съехались активисты и на котором работали 10 площадок по актуальным направлениям развития волонтерства, с его участниками встретилась министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Разговор она начала со слов благодарности всем, кто участвует в этом движении. «Пока есть добровольцы, общество регулярно получает прививку от равнодушия и чёрствости, и пока вы есть, нам не грозит в современном цифровом мире оторваться друг от друга, замкнуться перед экранами компьютеров, у нас есть потребность в общении, помощи друг другу», — сказала министр.

Анастасия ШЕГЛОВА,
внеш. корр. «МГ».

Перемены

Новые возможности онкоцентра

В Магадане открыли новый корпус областного онкологического диспансера. За 2 года в столице Колымского края возвели современное здание площадью 5,1 тыс. м².

В нём разместили отделения радиотерапии и радионуклидной диагностики. Стационар рассчитан на 20 коек. Стоимость проекта составила 1,5 млрд руб., из которых почти 900 млн было потрачено на строительство, 690 млн — на поставку оборудования. При этом 110 млн были выделены из областного бюджета, остальные вложения в проект обеспечил федеральный центр.

Новый корпус оснащён передовой медицинской техникой ведущих отечественных и зарубежных фирм. Ставить диагнозы и лечить от злокачественных опухолей будут с помощью томографов, гамма-камер и лучевого оборудования. Появились и новые приборы для операционного и реанимационного отделений. Кроме того, в медучреждении установлен линейный высокоэнергетический ускоритель.

Ранее мощности Магаданского областного онкологического диспансера позволяли обеспечить лучевую терапию не более чем для 35% он-

кологических больных. По действующим нормам этот показатель должен составлять не менее 60% от общего числа всех нуждающихся.

— В два раза больше пациентов получают необходимую медицинскую помощь на Колыме, им не придётся тратить время на оформление направлений и путешествия в медицинские центры в другие регионы страны, — подчеркнул главный врач онкологического диспансера Сергей Тараканов.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

Дорогие друзья!
Поздравляем Вас
с наступающим Новым годом!
От всей души желаем новых достижений,
стабильности, процветания и успеха
во всех начинаниях.

Ваш Dixon

Новости
**Необычным способом
удалили грыжу**

Краснодарские врачи быстро и эффективно вылечили мужчину с нетипичной грыжей позвоночника. Они применили уникальную методику, недоступную большинству клиник мира.

К врачам Научно-исследовательского института – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского обратился 55-летний краснодарец Сергей с жалобой на резкие боли в левой ноге. Причиной оказалась грыжа позвоночника довольно редкой формы, которая образовалась из разрыва межпозвоночного диска, сместилась вниз за ножку позвонка и сдавила нерв. Мужчина в любой момент мог стать инвалидом.

Стало понятно, что через простой микроразрез хирург добраться до грыжи не сможет. Поэтому в таком случае проводят сложную операцию с удалением половины позвонка и стабилизацией позвоночного столба специальными шурупами. Для больного это тяжкое испытание, высокий риск осложнений и длительная реабилитация – от 3 до 6 месяцев.

Однако нейрохирург Игорь Басанкин решил пойти щадящим путём. Он применил трансдисккулярную эндоскопическую методику, которую разработал доктор Крцог Гунтрам из города Вальтерсхаузен (Германия).

– Сложность в том, чтобы грамотно просверлить – в нужном месте и на нужную глубину – ножку позвонка, – рассказывает Игорь Вадимович. – Затем провести эндоскоп через костные структуры и убрать грыжу, не повредив какой-либо нерв или спинной мозг.

Результат впечатляющий: Сергей начал легко прогуливаться по палате и коридорам клиники уже через несколько часов после хирургического вмешательства, а на следующий день – выписался. При стандартной методике лечения он бы провёл в стационаре не менее недели.

Всего в России проведено 3 подобных операции. Первую из них выполнил в Москве популяризатор методики Ральф Вагнер (Германия), две другие, в Краснодаре, – И.Басанкин. Сегодня в мире такой уникальной техникой удаления нетипичных грыж владеют лишь три спинальных хирурга.

Дмитрий АНДРЕЕВ.

Краснодар.

**Наша «скорая» спешит на помощь...
в Стокгольме**

В центре столицы Швеции Стокгольме медики российской машины скорой помощи, как сообщили СМИ, пришли на помощь потерявшему сознание прохожему с приступом эпилепсии.

Однако, как выяснилось позже, машина, принадлежащая частной службе скорой помощи из Санкт-Петербурга, была отправлена за рубеж для транспортировки в российский стационар гражданина РФ, получившего в Швеции травму.

У мужчины случился эпилептический приступ. Российские медики, не имевшие на шведской территории права делать больному инъекции, сумели тем не менее оказать ему первую помощь. «Подняли с холодного места, посадили, а когда он пришёл в себя, помогли транспортировать его в машину наших коллег», – говорит фельдшер Анжела Хабарова.

В страховых компаниях и медицинских службах города на Неве в связи с происшедшим в Стокгольме отмечают, что выезды российских врачей за рубеж – нередкая практика.

Константин ШАРЬИН.

**Сохранить здоровье поможет
«светофор»**

Предложение России по внедрению системы маркировки пищевой продукции в соответствии с принципом «светофор» поддержано Советом руководителей уполномоченных органов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения государств-членов Евразийского экономического союза.

С целью содействия покупателям в выборе продуктов для здорового питания инициатива о такой маркировке была представлена на заседании совета в Москве под председательством руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Анны Поповой. Все члены совета поддержали российское предложение о необходимости «светофора» в различных группах пищевых продуктов и подтвердили важность решения этого вопроса для построения рациона здорового питания населения. Подтверждена также готовность объединить усилия для дальнейшего продвижения данной инициативы в законодательные и нормативные акты о маркировке пищевой продукции государств-членов ЕАЭС, говорится в сообщении Роспотребнадзора.

Маркировка продуктов по принципу «светофора» предусматривает нанесение на продукты питания знаков зелёного, жёлтого или красного цвета в зависимости от возможного вреда здоровью, который могут причинить эти продукты. Так, зелёная маркировка может наноситься только на экологически чистые продукты, не наносящие вреда человеческому организму.

Как известно, чем больше сахара, соли и насыщенных жирных кислот мы потребляем, тем выше риск развития болезней сосудов и сердца, сахарного диабета и других опасных недугов. Поэтому и вводится новая маркировка, которая в простом и доступном виде подскажет, сколько в том или ином продукте содержится компонентов, избыток потребления которых может неблагоприятно сказаться на здоровье. Использование цветовой системы в привязке к количеству в продукте соли, сахара, насыщенных жиров, общего содержания жира делает маркировку заметной и удобной для покупателя.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

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

Решения
Обошлось без стройки

В Хакасии в 2018 г. начнёт принимать пациентов Детская республиканская больница. Слова «начнёт принимать» здесь не случайные: речь идёт о новом медицинском учреждении, которое удалось создать, не затрачивая денег, сил и времени на строительство. Республиканское Министерство здравоохранения на практике показало, как можно эффективно использовать уже имеющиеся материальные ресурсы отрасли.

Как пояснили в Минздраве Хакасии, в 2013 г. глава региона Виктор Зимин обращался с просьбой оказать содействие в строительстве Детской республиканской больницы к Президенту России, и Владимир Путин такое содействие пообещал. Регион начал вести подготовку к будущей стройке: необходимо было выбрать в Абакане и согласовать с администрацией города место под будущий больничный корпус, провести финансовые расчёты. Однако по неназванным причинам за прошедшие годы продвинулись в реализации данной задачи так и не удалось.

Решение нашлось само. Министр здравоохранения Республики Хакасия Владимир Костюш предложил придать статус Детской республиканской больницы давно работающей Абаканской межрайонной детской больнице. Для расширения клинических профилей и увеличения коечного фонда главной детской больницы региона передают высвободившийся пятиэтажный корпус бывшего гинекологического стационара. Последний, в свою очередь, стал структурным



Маленьким пациентам – максимум внимания

подразделением недавно построенного Республиканского перинатального центра и перебрался по новому адресу. В результате такой рокировки Хакасия сможет без существенных финансовых затрат и с минимальной экономией времени реализовать важнейший медико-социальный проект.

– Это позволяет нам создать третий, региональный уровень оказания медицинской помощи детям, проживающим на всей территории Хакасии. В структуру детской республиканской больницы будут входить стационар и 7 амбулаторно-поликлинических отделений, – говорит В.Костюш.

По словам главы Минздрава Хакасии, в детской больнице появятся отделения, которых прежде в системе детского здравоохранения региона не было: онкогематологическое, нефрологическое, аллергологическое, паллиативное. Будут усилены хирургическая служба и отделение реанимации. В министерстве уверены, что все организационные и технические вопросы удастся решить уже в ближайшие полгода.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Новые подходы
**Гамма-нож побеждает
ретинобластоме**

Впервые в мире российские врачи использовали метод стереотаксической радиохирургии «гамма-нож» для лечения детей с ретинобластомой. Офтальмоонкологи Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова совместно с докторами Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко и НИИ детской онкологии и гематологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина адаптировали технологию однократного облучения опухолей энергией гамма-излучения радиоактивного кобальта-60 (гамма-нож) для использования в лучевом лечении пациентов со злокачественной опухолью сетчатки. До сих пор данная технология применялась только в нейроонкологии и во «взрослой» офтальмоонкологии.

За 2 года – с 2015 по 2017 г. – столичные хирурги провели радиохирургическое лечение по поводу ретинобластомы 6 маленьким пациентам в возрасте от года до 10 лет. По результатам длительного наблюдения пролеченных детей можно с уверенностью говорить: работа российских специалистов открыла дополнительную возможность сохранить глаз больным со злокачественной опухолью сетчатки.

Вот как прокомментировал данное событие заведующий отделом офтальмоонкологии МНТК «Микрохирургия глаза» доктор медицинских наук Андрей Яровой:

– Пациенты, которых мы пролечили с использованием технологии «гамма-нож», ранее проходили лечение по поводу ретинобластомы всеми возможными методами, направленными на подавление роста опухоли и сохранение глаза, однако безрезультатно. До сих пор считалось, что в ситуациях, когда иные возможности исчерпаны, показана только энуклеация, то есть калечащая операция удаления глаза. Мы смогли доказать: радиохирургическое лечение при ретинобластоме позволяет в ряде случаев сохранить не только сам глаз, но и зрение. Есть подтверждение, что под воздействием стереотаксичес-

кого облучения достигается не только полная регрессия опухоли, но и сохраняются зрительные функции. Период наблюдения первого из пролеченных нами пациентов – более 2 лет. Ребёнок чувствует себя хорошо, онкологическая патология излечена полностью, у него есть зрение на пролеченном глазу. То есть все цели, которые были поставлены, в итоге достигнуты.

По данным А.Ярового, ежегодно в России выявляется в среднем 120-150 новых случаев ретинобластомы у детей. При ранней диагностике заболевание весьма неплохо лечится. Однако при невыявленной своевременно патологии и позднем начале лечения опухоль может давать метастазы, в том числе в головной и спинной мозг, и возможен неблагоприятный прогноз.

Накопив убедительные данные об эффективности радиохирургии в лечении пациентов с ретинобластомой, российские специалисты готовы будут обосновать показания и противопоставить для применения данного подхода в детской офтальмоонкологии.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Актуально

Что не устраивает депутатов?

Сходу, в первом же чтении, Государственная Дума РФ отклонила на пленарном заседании пакет из 5 законопроектов о внесении изменений в действующее законодательство о здравоохранении, предложенных на рассмотрение депутатами различных фракций. Такое в палате – довольно редкое явление. Какие поправки не устроили парламент?

Учитывая тревожную ситуацию, сложившуюся в ряде субъектов РФ в результате сокращения числа государственных и муниципальных медицинских организаций, Комитет Госдумы РФ по охране здоровья поддержал концепцию проекта федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и рекомендовал принять его в первом чтении. Однако палата отклонила законопроект.

А им предлагалось дополнить действующий закон новой статьёй 29.1, которая определяла бы условия по принятию решений о реорганизации и ликвидации медицинских организаций. Цель – обеспечение конституционных прав граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, её доступности и качества с учётом приближенности оказания такой помощи к месту жительства, работы или обучения, транспортной доступности медучреждений, наличия необходимого количества медработников и уровня их квалификации.

Решение о реорганизации и ликвидации государственных и муниципальных медицинских организаций должно осуществляться, согласно законопроекту, органами исполнительной власти на основании

заключения комиссии по оценке последствий принятия такого решения. А в сельской местности, кроме того, – с учётом мнения жителей сельского поселения.

Порядок создания такой комиссии, подготовки соответствующего заключения и критерии оценки последствий решений о реорганизации и ликвидации федеральной организации должны, по мнению авторов законопроекта, устанавливаться Правительством РФ. Для медицинских организаций, находящихся в ведении субъекта Федерации, и муниципальных организаций порядок создания комиссии по оценке последствий таких решений и подготовки заключений, а также критерии этой оценки устанавливаются уполномоченным органом государственной власти субъекта Федерации.

Но пленарное заседание Госдумы не прислушалось, однако, к мнению профильного комитета, что сокращение в результате оптимизации числа государственных и муниципальных медицинских организаций уже привело к снижению доступности и ухудшению качества медицинской помощи, и законопроект был отклонён.

Другим проектом федерального закона «О внесении изменений в статью 31 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предлагалось ввести понятия «Расширенная первая помощь» и «Первая помощь в особых случаях»,

а также регламентировать порядок её оказания и порядок подготовки лиц, которые в соответствии с законодательством обязаны оказывать такую помощь. Данные изменения направлены на устранение правовой коллизии, когда сотрудники МЧС, МВД и других структур, имеющие профессиональную подготовку по оказанию первой помощи с применением спецоборудования и лекарственных средств (антидотов), не имеют права оказывать такую помощь. Даже вне зависимости от обстоятельств. Причина – они не являются представителями медицинских организаций.

Согласно закону № 323-ФЗ об основах охраны здоровья, медпомощь оказывается медицинскими организациями. Кроме того, пожарные и спасательные подразделения не имеют лицензии на оказание медицинской помощи. Поэтому уже подготовленные сотрудники не могут применить имеющиеся знания и навыки. В связи с этим законопроектом предлагалось ввести понятие расширенной первой помощи и помощи в особых случаях.

Сразу три законопроекта были направлены на урегулирование правил посещения и пребывания родственников с пациентами медучреждений. Но внесённые на рассмотрение Госдумы они также были отклонены депутатами.

Действующая редакция Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах здоровья граждан в Рос-

сийской Федерации» устанавливает, как известно, пунктом 6 части 1 статьи 6 приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Она реализуется в том числе путём создания условий, обеспечивающих возможность посещения больного и пребывания его родственников в медицинской организации.

Однако вопреки норме, прописанной в законодательстве, медучреждения устанавливают свои собственные правила допуска родственников к пациентам, находящимся у них на лечении, в результате чего на территории страны сложилась и действует противоречивая практика в части посещения больных, а также их совместного нахождения со своими родственниками в стационаре. Особенно явственно эта ситуация проявляется на примере реанимационных отделений, а также отделений интенсивной терапии, куда родственников пускают лишь в исключительных случаях.

При этом действующее законодательство не исполняется в отношении допуска как к совершеннолетним, так и к несовершеннолетним пациентам, считают авторы первого из указанных трёх законопроектов – «О внесении изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части установления порядка посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации). В результате у общества формируется

негативное отношение к медицинскому персоналу и медицинским организациям в целом.

Подобная практика противоречит не только действующему законодательству. Она также противоречит понятиям «человечности» и «сострадания», убеждены инициаторы поправок.

Второй законопроект – «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предлагал изложить в новой редакции части 3 статьи 51. А именно – предоставить гарантированное право одному из родителей, иному члену семьи или законному представителю на бесплатное совместное нахождение с ребёнком в медицинской организации, включая реанимационное отделение.

Профильный комитет Госдумы хотя и высказал ряд замечаний к данному законопроекту, но согласился с необходимостью решения проблемы по обеспечению права родителей на нахождение с ребёнком в отделении реанимации и палате интенсивной терапии. Однако на законопроект был получен отрицательный официальный отзыв Правительства РФ.

Очевидно, учитывая это, депутаты и отклонили проект указанного закона.

А вы согласны с этим, читатели?

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Внимание — каждому пациенту

Вице-губернатор Приморского края Павел Серебряков провёл расширенное совещание с участием главных врачей государственных медицинских учреждений региона. Основными темами обсуждения стали вопросы исполнения демографических, экономических и сигнальных показателей.

Как прозвучало на совещании, по итогам 10 месяцев работы в крае отмечается снижение показателя общей смертности на 2,2% – до 13,2 на тысячу населения (2016 г. – 13,5).

Значительно снизил показатели смертности удалось приморским медикам по таким заболеваниям, как туберкулёз (на 13%) и болезни

органов дыхания (на 12,6%). Также отмечено снижение смертности от болезней органов кровообращения, новообразований и других заболеваний.

П.Серебряков в очередной раз подчеркнул, что необходимо уделять внимание каждому пациенту.

– Каждый житель Приморского края имеет право на медицинскую помощь – качественную и своевременную, – отметил заместитель главы региона. – Особенно важно уделить внимание пациентам, которые находятся в «зоне риска», состоят на учёте в медицинских учреждениях. На каждой территории такие люди есть, и оставлять их без патронажа недопустимо.

Отдельным блоком обсуждалась демография. На сегодняшний день

в Приморье отмечено снижение показателя младенческой смертности на 1,6% (с 6,4 до 6,3).

По словам директора краевого Департамента здравоохранения Андрея Кузьмина, важно всем врачам, работающим с будущими мамами, включиться в том числе и в программу «Электронного мониторинга беременных».

– Программа призвана помочь снизить все факторы риска, – заявил глава ведомства.

Он также отметил, что отрицательные показатели недопустимы в лечебных учреждениях второго уровня, то есть в крупных городах, где есть возможность получить самую квалифицированную медицинскую помощь.

В рамках совещания также были затронуты вопросы внедрения информационных систем и ремонта медицинских учреждений в 2018 г.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Ну и ну!

К новогодним праздникам открыть вытрезвители

Председатель партии «Справедливая Россия» Сергей Миронов убеждён, что в стране необходимо воссоздать систему специализированных учреждений для нетрезвых граждан, и сделать это нужно совместными усилиями МВД и Минздрава. Мера, по его мнению, актуальна в связи с негативной статистикой «пьяных» преступлений и другими социальными рисками, вероятность которых особенно повышается в новогодние праздники.

– За минувшие годы мы успели убедиться, что решение о ликвидации вытрезвителей было неверным. Статистика «пьяных» преступлений удручает: по данным МВД, их число за последние 5 лет увеличилось вдвое. Если смотреть по регионам, от 30 до 60% правонарушений совершаются людьми в нетрезвом виде. И именно такие граждане в основном совершают нападения на медработников – фельдшеров, врачей «скорой», которые теперь вынуждены заниматься пьяными пациентами собственноручно. Полиция в лучшем случае сопровождает нетрезвых граждан в стационар, где отдельных койко-мест для них, конечно, нет. В результате в общей с другими пациентами палате оказываются пьяные и зачастую агрессивные люди.

По данным медиков, это около 10% поступающих в стационары. В выходные и праздники этот процент возрастает. И, очевидно, он возрастёт ещё больше в предстоящие длинные новогодние выходные. В итоге – риски и для медработников, и для пациентов, перегруженность врачей, которых из-за оптимизации и на трезвых больных не хватает, – говорит С.Миронов.

На эти риски жалуются и медицинские работники. Например, в прошлые новогодние праздники только в стационары Санкт-Петербурга по «скорой» поступило свыше 700 пациентов с алкогольной интоксикацией – вдвое больше, чем в обычные дни.

Ещё несколько лет назад в стране функционировало около 550 медвытрезвителей, которые ежегодно принимали около 2,5 млн человек. К 2011 г. все эти учреждения были ликвидированы в рамках оптимизации МВД. В преддверии Чемпионата мира по футболу выдвигались предложения открыть вытрезвители хотя бы в городах проведения матчей. Заместитель председателя Правительства РФ по вопросам спорта, туризма и молодёжной политики Виталий Мутко поддержал идею, отметив, что это будет способствовать созданию «человеческих условий» для нетрезвых зарубежных фанатов.

– Замечательная забота об иностранных туристах. А почему бы не позаботиться о наших гражданах? – удивляется С.Миронов. – Чтобы они не замерзали на улицах, не создавали опасность для себя и окружающих. Безусловно, необходимо воссоздать систему специализированных учреждений для лиц в состоянии опьянения. Об этом говорят представители и Минздрава, и МВД. Правда, складывается ощущение, что инициативу по созданию таких учреждений ведомства переадресуют друг другу. А в итоге эта ответственность перекладывается на местный уровень.

Лидер «Справедливой России» напомнил, что существуют правительственные рекомендации создавать медвытрезвители в городах с населением от 100 тыс. человек. В некоторых городах и регионах – в Челябинске, республиках Татарстан и Коми – нашли средства на восстановление учреждений, но это единичные практики.

– Считаю, что важную медико-социальную задачу всё же нужно решать на федеральном уровне, причём в рамках межведомственного взаимодействия МВД и Минздрава, – заявил С.Миронов.

Глава «Справедливой России» добавил, что идею возрождения медвытрезвителей, по данным соцопросов, поддерживают до 85% россиян.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

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

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



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

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

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

В ближайшие годы в мире появятся риски новых эпидемиологических и инфекционных угроз, поэтому Роспотребнадзор радикально пересмотрел связанные с ними систему работы и нормативные акты.

Вынужденные шаги

Как сообщила на конференции «Профилактическая медицина-2017» в Санкт-Петербурге руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Анна Попова, надзорный орган «вынужден был пойти на эти шаги в связи с возникающими новыми угрозами». По её словам, международное медицинское сообщество «необоснованно оптимистично оценивало ситуацию с угрозой эпидемий и инфекционных заболеваний в 1960-1970 гг.» Некоторые государства Европы и Америки перестали использовать инфекционные койки, в Великобритании и других странах инфекционные стационары были ликвидированы, а с пациентами работали терапевты, не знавшие азов инфекционной работы к моменту эпидемии, вызванной вирусом Эбола.

«Последние 3 года заставили нас пересмотреть очень много нормативных актов в части эпидемиологии, перетряхнуть все наши нормативные акты в части охраны территории, – цитирует главного санитарного врача РФ пресс-служба Роспотребнадзора. – Мы поменяли концепцию, порядок действий, целый ряд санитарных правил, в том числе касающихся внутренней лабораторной диагностики. Ситуация с сибирской язвой (эта патология не уходит) заставила нас обратить более пристальное внимание на взаимодействие с практически разрушенной службой ветеринарного надзора. В этой части у нас есть большие проблемы, о которых мы знаем и докладываем руководству страны. То же касается чумы, в том числе чумного очага на Алтае, на стыке России, Казахстана, Китая и Монголии. С 1991 г. им никто не занимался. В результате мы получили проблему на нашей территории».

Руководитель ведомства полагает, что риски новых эпидемиологических угроз появятся в предстоящие годы вследствие естественных факторов, в том числе изменений климата, антропогенного воздействия на среду, растущих миграционных потоков с нестабильных в эпидемиологическом отношении территорий. «Дальше не будет проще. Мы почти никогда не успеваем отреагировать на возникающие риски и оценить, как они будут воздействовать: технологии развиваются быстрее, чем мы можем оценить воздействие того или иного фак-

тора. Мы давно опаздываем принимать меры – это случилось не сегодня», – уверена А.Попова.

От «старых» инфекций угрозы – уже налицо

Нарастающие инфекционные угрозы подтверждают и размещённые на сайте Роспотребнадзора сообщения об эпидемиологических ситуациях 2017 г. по кори и вирусному гепатиту А в европейских странах и РФ.

здравоохранения Великобритании, здесь также регистрируется подъём заболеваемости корью, связанный с эпидемическим подъёмом этой инфекции в Европе. Всего на начало декабря зарегистрировано 36 случаев кори в трёх городах Англии (Ливерпуль, Лидс, Бирмингем), при этом отмечается отсутствие вакцинации у заболевших. В ходе эпидемиологического расследования установлено, что все пострадавшие посещали Румынию и Италию.

профилактических мероприятий эти очаги ликвидированы.

Принимая во внимание высокую контагиозность коревой инфекции, высокий риск возникновения осложнений после перенесённого заболевания, Роспотребнадзор рекомендует всем не привитым против кори россиянам сделать прививку и учитывать ситуацию по этой инфекции в Европейском регионе при планировании поездок.

Что касается эпидемиологической ситуации по вирусному гепа-

ты и спады заболеваемости с интервалами 3-5 лет. Очередной такой подъём, хотя и невысокой интенсивности, наблюдается и в 2017 г.: за 10 месяцев заболеваемость острым гепатитом А составила у нас 5,06 случая на 100 тыс. населения, что несущественно выше среднемноголетнего показателя (4,5 на 100 тыс. населения).

Ежегодно в России прививается против этой инфекции до 500 тыс. человек. В 2016 г. было

Острая тема

Роспотребнадзор: угрозы будут нарастать

Мир ждут новые эпидемиологические и инфекционные опасности



Инфекциям на границе – надёжный заслон

Согласно имеющейся у ведомства информации, ситуация по кори в странах Европы в текущем году остаётся неблагоприятной. По данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, высокая заболеваемость корью (вплоть до летальных исходов – зарегистрировано более 30) регистрируется в целом ряде стран: Румыния (более 4,8 тыс. случаев), Италия (4,9 тыс.), Украина (1,9 тыс.), Германия (более 950 случаев), Таджикистан (685), Франция (433), Бельгия (368). Вспышки этой инфекции зарегистрированы также в Австрии, Болгарии, Боснии, Чехии, Греции, Польше, Португалии и др. Согласно данным Министерства

В России в текущем году регистрируется низкая заболеваемость корью, обусловленная, в том числе случаями «завоза» инфекции из неблагоприятных по этой патологии стран. Всего за 10 месяцев 2017 г. в целом по стране выявлено 367 случаев кори, показатель заболеваемости составил 0,25 случая на 100 тыс. населения. В 56 из 85 субъектов РФ случаи кори пока не регистрировались, в 26 регионах зарегистрированы единичные случаи без её распространения. Большинство случаев кори среди не привитых взрослых и детей, в том числе групповые очаги в медицинских учреждениях, были зарегистрированы в Москве, Московской области и Республике Дагестан. В результате принятых противоэпидемических и

иммунизировано 427 тыс. человек, наибольшее количество – 42,4% – в Свердловской области, Москве, Республике Дагестан. За 10 месяцев 2017 г. привито более 425 тыс. человек, более 53% из них – дети. Интенсивность эпидемического процесса гепатита А в регионах неравномерная. Превышающие среднероссийский уровень показатели отмечены в Удмуртской Республике, Пермском крае, Пензенской, Новгородской, Ивановской, Иркутской, Архангельской, Калужской, Новосибирской, Калининградской, Костромской, Самарской областях, в Москве и Санкт-Петербурге.

Роспотребнадзор обращает внимание, что интенсивность эпидемического процесса на территории обусловлена совокупностью социальных факторов. Это уровни санитарно-коммунального благоустройства, обеспеченности населения безопасной питьевой водой, а также демографические особенности, включая миграционные процессы, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в детских и образовательных организациях, на пищевых предприятиях, наконец, общий уровень санитарной культуры населения.

В целях профилактики гепатита А, предупреждения возникновения групповой заболеваемости, Роспотребнадзор рекомендует сделать прививки всем гражданам, особенно выезжающим в неблагоприятные по этой инфекции страны.

Однако для данной инфекции характерна, как известно, цикличность – периодические подъ-

Роспотребнадзор обращает внимание, что интенсивность эпидемического процесса на территории обусловлена совокупностью социальных факторов. Это уровни санитарно-коммунального благоустройства, обеспеченности населения безопасной питьевой водой, а также демографические особенности, включая миграционные процессы, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в детских и образовательных организациях, на пищевых предприятиях, наконец, общий уровень санитарной культуры населения.

В целях профилактики гепатита А, предупреждения возникновения групповой заболеваемости, Роспотребнадзор рекомендует сделать прививки всем гражданам, особенно выезжающим в неблагоприятные по этой инфекции страны.

В числе первоочередных задач акушерско-гинекологической службы – ранняя диагностика врождённых заболеваний, развитие внутриутробной неонатальной хирургии, совершенствование помощи при режус-конфликтах и их профилактика. Эффективность пренатальной диагностики, выявляющей врождённые пороки развития плода, по области сейчас составляет 70%. За 5 последних лет неонатальные хирурги провели 102 операции по внутриутробному переливанию крови плоду и более 120 других хирургических вмешательств, позволивших сохранить жизнь и здоровье детям ещё до рождения. Благодаря усилиям медиков доля младенческой смертности от врождённых пороков развития снизилась до 15%.

Челябинская область благополучно прошла этап строительства трёхуровневой системы организации медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. По показателям снижения

Валерий МАЛОВ.

Тенденции

От классического акушерства — к перинатальному

Челябинская область окончательно перешла от классического акушерства к перинатальному – такой итог подвели на IV Южно-Уральском конгрессе акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов и специалистов пренатальной диагностики. Съезд медиков приурочили к 80-летию юбилею Челябинского областного перинатального центра.

Участие в конгрессе приняли ведущие специалисты всего региона, а также из Москвы, Санкт-

Петербурга, Екатеринбург, Казани, Новосибирска, Томска. Они поделились методиками, представили технологические новинки, провели мастер-классы.

«Без новых принципов оказания медпомощи формирование новой системы здравоохранения становится невозможным, – отметила заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова. – Перинатальное акушерство актуально в ситуации снижения числа родов, когда особое внимание уделяется каждому ребёнку. Если в классическом акушерстве упор делается на ко-

личество родов, то в перинатальном – на качество. Перинатальное акушерство формируется у нас с 2011 г., его основные принципы – это возможность партнёрских родов, грудное вскармливание, совместное пребывание матери и ребёнка, ранняя выписка и др. Сегодня мы уже не представляем акушерство без этих принципов и технологий».

Челябинская область благополучно прошла этап строительства трёхуровневой системы организации медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. По показателям снижения

числа преждевременных родов регион находится в числе лучших в России. Сейчас стоит задача уменьшить число преждевременных родов в учреждениях первого уровня (на местах) и перевести их все на второй и третий уровни (в межрайонные родильные дома и областной перинатальный центр), чтобы дети с низкой и экстремально низкой массой тела появлялись на свет в учреждениях, специально подготовленных к их выхаживанию. Проводимая работа уже позволила сконцентрировать более 36% преждевременных родов региона в областном перинатальном центре.

Челябинск.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Отличительной особенностью функционирования систем здравоохранения, как и других отраслей социальной сферы, является субъективный компонент, который содержится в оценке качества достигнутых результатов и зависит от надлежащего взаимодействия между пациентом и врачом. На современном этапе развития системы охраны здоровья населения в Российской Федерации отношения, возникающие на этапе диагностики, лечения, проведения мероприятий по профилактике заболеваний и реабилитации регулируются соответствующими нормативными правовыми документами и должны реализовываться через организационно-управленческие решения в конкретной медицинской организации с учётом специфики её деятельности и особенностей субъекта Российской Федерации, на территории которого она функционирует.

В настоящее время многочисленные критерии оценки качества медицинской помощи являются общими для всех без исключения медицинских организаций и основаны на своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степени достижения запланированного результата. Среди них существенным критерием остаётся удовлетворённость медицинской помощью, то есть субъективное мнение пациентов, их родственников и законных представителей. Становится очевидным, что медицинские работники как основной субъект оказания медицинской помощи обязаны владеть базовыми медико-правовыми знаниями и быть готовыми использовать их в конкретных ситуациях своей практической деятельности.

Положения законодательства в сфере охраны здоровья граждан, вопросы правовой грамотности являются неотъемлемыми компонентами программ подготовки медицинских работников в РФ и со временем не теряют своей актуальности. С этой точки зрения особая ответственность ложится на административно-управленческий аппарат медицинской организации и требует от руководителей постоянного совершенствования правоприменительной компетенции медицинских работников. В исследовании, проведённом в Дальневосточном федеральном округе и в Ростовской области, были получены данные, свидетельствующие о недостаточной информированности медицинских работников по вопросам законодательства, их неполной готовности к применению навыков правоприменения в работе с пациентами. Вместе с тем, по данным исследования, 83% врачей, 77% студентов и 95% интернов и ординаторов высказывают мнение, что качество медицинской помощи напрямую зависит от уровня правовой грамотности медицинских работников. В свою очередь, ряд авторов обращают внимание, что качественная медицинская помощь, оказанная с соблюдением правовых норм и с учётом этических аспектов взаимоотношений врач – пациент, будет способствовать элиминации конфликтных ситуаций и повышению удовлетворённости пациента.

Необходимость совершенствования правовой грамотности медицинских работников обусловлена ещё и тем, что организация любого процесса в медицинском учреждении регламентируется локальными нормативными актами, основные положения которых базируются на требованиях действующей законодательной базы. Важно подчеркнуть, что в правовом поле здравоохранения находятся не только медицинские работники всех специальностей, квалификации, должностей, но и потребители медицинских услуг – пациенты. Активность пациентов, «подогреваемая» СМИ, по защите собственных прав возрастает год от года, о чём свидетельствует официальная статистика Росздравнадзора, которая с очевидностью показывает рост числа обращений граждан в контролирующие органы по ненадлежащему качеству медицинской помощи, отказов от предоставления медицинской помощи, некорректного поведения врачей и медицинских сестёр. К примеру, в 2015 г. наблюдался рост количества обращений почти на треть (30,33%) по сравнению с 2014 г.

организацию социальной и медицинской реабилитации больных; медицинскую этику; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; основы менеджмента; порядок заключения и исполнения хозяйственных и трудовых договоров; основы страховой медицины; правила по охране труда и пожарной безопасности; основы медицины катастроф».

В должностных инструкциях работников здравоохранения также

ности в своей профессиональной деятельности, что подтверждается высоким уровнем средней оценки в целом по всей совокупности, которая составила 7,39 + 1,37 балла (см. табл.). В комментариях к анкете отдельные респонденты отмечали возрастание личной потребности в повышении уровня медико-правовых знаний ввиду сложности трактовки отдельных новелл законодательства в области правового регулирования медицинской деятельности в целом, а в

профессиональную деятельность в качестве врачей (интерны и ординаторы), средний балл значимости медико-правовой грамотности которых составил 6,42 + 2,04, и группой практикующих врачей – 7,39 + 1,37 балла ($p = 0,03$). Полученные данные могут свидетельствовать о большей значимости рассмотренных компетенций для второй группы респондентов (практикующие врачи).

Такое положение вещей с очевидностью убеждает нас, что для

Врач и пациент

Медико-правовая грамотность как неотъемлемая компетенция врача

Оценка значимости медико-правовой грамотности при выполнении отдельных профессиональных задач в практике врача

Ранги	Положения	Средний балл
I	Сохранение врачебной тайны	8,94 + 1,74
II	Получение от пациента (законного представителя пациента) ИДС (информированное добровольное согласие) либо отказа на медицинское вмешательство	8,46 + 1,99
	Отказ пациенту в оказании медицинской помощи	8,29 + 2,04
	Обеспечение безопасности медицинской деятельности	8,09 + 2,03
III	Организация дополнительных консилиумов и консультаций других специалистов	8,09 + 1,90
	Разъяснение пациенту его прав	7,98 + 1,90
	Оформление медицинских документов (в т.ч. рецептов)	7,86 + 2,00
	Реализация права пациента при выборе лечащего врача и медицинской организации	7,80 + 2,22
	Информирование пациентов о неблагоприятном прогнозе лечения	7,75 + 2,14
	Реализация прав пациента на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи	7,31 + 2,49
	Направление пациента на врачебную комиссию и МСЭ	7,29 + 2,74
	Оказание медицинской помощи пациенту без полиса ОМС	7,18 + 2,63
IV	Общение с представителями фармацевтических компаний	6,76 + 2,72
	Соблюдение мероприятия в связи со смертью пациента	6,54 + 3,10
	Предложение пациенту дополнительных платных услуг в стенах своей медицинской организации	6,31 + 3,03

Вступившие в силу с 1 января 2016 г. поправки в Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» законодательно закрепили необходимость постоянного повышения уровня квалификации медицинских работников, в том числе в медико-правовых вопросах, которые являются неотъемлемой частью раздела «необходимые знания» профессиональных стандартов врачей различных специальностей. В Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 73, п. 2 прямо регламентируется обязанность медицинских работников оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. Согласно приказу Минздрава России № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», врач «должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; теоретические основы социальной гигиены и организации здравоохранения; системы управления и организации труда в здравоохранении; статистику состояния здоровья населения; критерии оценки и показатели, характеризующие состояние здоровья населения; организацию медико-социальной экспертизы;

содержатся требования, предъявляемые к уровню освоения медицинскими работниками основ законодательства об охране здоровья граждан и иных законодательных актов других отраслей права.

Учитывая актуальность и своевременность формирования и совершенствования медико-правовой компетенции медицинских работников, на кафедре общественного здоровья Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова было организовано и проведено исследование по изучению значимости для медицинских работников и выпускников медицинских вузов некоторых вопросов медико-правовой грамотности. Методом анонимного опроса по анкете, состоящей из 15 пунктов, респондентам предлагалось определить наиболее важные положения применения медико-правовых знаний в их практической деятельности в баллах, где 1 балл предполагал наименьшую значимость, 10 баллов – наибольшую. Все полученные ответы были распределены по уровням значимости:

> 7 – высокая значимость;
> 4 – < 7 – средняя значимость;
< 4 – низкий уровень значимости.

В опросе приняли участие 787 человек из 2 групп респондентов. Первую группу составили врачи 15 специальностей Москвы и Московской области – 395 анкет. Во вторую группу вошли интерны и ординаторы, обучающиеся на клинических базах МГМСУ им. А.И.Евдокимова по профилям факультатива дополнительного профессионального образования (40 специальностей) – 392 анкеты. Большинство наших респондентов высоко оценивают значимость медико-правовой грамот-

ности при оказании медицинских услуг и во взаимодействии с пациентом.

В результате проведённого анализа установлено, что первое ранговое место с максимальной оценкой значимости для практиков здравоохранения занимает вопрос о сохранении врачебной тайны, что свидетельствует об актуальности данного вопроса.

Второе ранговое место равновесно поделили 3 положения: об обоснованном отказе пациенту в медицинской помощи, о получении информированного добровольного согласия, об обеспечении безопасности медицинской деятельности.

Что касается понимания тонкостей в оформлении медицинской документации и организационных мероприятий по отношению к пациенту (организация дополнительных консилиумов, разъяснение пациенту его прав, реализация прав пациента при выборе врача и медицинской организации, направление пациента на МСЭ), то эти положения, по мнению наших респондентов, важнее, чем знания о порядке предоставления платных медицинских услуг, соблюдении всех формальных мероприятий по смерти пациента и общении с представителями фармацевтических компаний.

Таким образом, становится очевидным, что врачи высоко оценивают значимость применения медико-правовых знаний отдельных положений законодательства в сфере здравоохранения и подчёркивают необходимость постоянного совершенствования своих медико-правовых компетенций.

Выявлены достоверные различия между группой респондентов, только начинающих свою

современного врача владение медико-правовыми знаниями, готовность и умение их применять во благо пациентам являются неотъемлемыми компетенциями для успешного осуществления ими трудовых функций по оказанию качественной медицинской помощи.

Нормативная правовая база отечественного здравоохранения сопряжена с другими областями законодательства. Она регулярно обновляется вместе с разработкой и внедрением современных методов лечения заболеваний, появлением инновационных технологических решений и модернизацией медицинского оборудования – это взаимосвязанный динамический процесс. Соответственно, и приобретение врачом медико-правовых знаний должно быть сопряжено по времени с изменениями нормативной правовой базы и проводиться постоянно как в системе непрерывного медицинского образования, так и в процессе обучения студентов дисциплинам «Медицинское право» и «Общественное здоровье и здравоохранение». Целесообразно изучение определённых разделов вышеуказанных дисциплин на старших курсах, что позволит выпускникам начать профессиональную деятельность в практической медицине с актуализированным багажом медико-правовых компетенций.

В условиях модернизации отрасли дополнительный элективный цикл, посвящённый вопросам правовой грамотности, поможет подготовить будущего врача к новым реалиям его профессиональной деятельности и обеспечит оказание пациентоориентированной медицинской помощи. Целесообразно подобный цикл предусмотреть на последнем курсе обучения медицинского вуза.

Таким образом, выработав соответствующие медико-правовые компетенции, выпускники будут готовы к преодолению сложностей правовых коллизий в сфере здравоохранения. Вместе с этим постоянное совершенствование правовой грамотности в дальнейшем станет такой же внутренней необходимостью для врача, как и совершенствование клинических профессиональных знаний и навыков, и поможет врачу-специалисту преодолеть те сложности, которые возникают при попытках самостоятельного изучения правовых вопросов в сфере здравоохранения.

Выбирая профессию врача и конкретную специальность, студент уже на первых шагах обучения должен осознавать, что ему необходимо учиться всю жизнь и каждый день. Такое требование диктует специфика медицинской профессии, уникальность каждого клинического случая и постоянное взаимодействие с пациентом.

Владимир ДЕРЮШКИН,
преподаватель кафедры
общественного здоровья
и здравоохранения
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.

Эндокринологи бьют тревогу: далеко не все врачи умеют распознавать, каких пациентов следует направлять к ним. Об этом нашему внештатному корреспонденту Наталии ЛЕСКОВОЙ рассказала заведующая эндокринологическим отделением городской клинической больницы им. В.В.Вересаева врач высшей категории Анна АНДРЕЕВА.

Незаменимый «директор»

Как известно, эндокринология изучает различные обменные процессы, и чаще всего мы говорим о таких заболеваниях, как сахарный диабет или патологии щитовидной железы. Хотя нередко специалисты выявляют другие проблемы, связанные с нарушениями гормональной функции того или иного эндокринного органа. В частности, речь идёт о нейроэндокринологии – так называемых заболеваниях гипоталамо-гипофизарной системы, которая является «директором» для большого количества органов обмена веществ. Туда входит щитовидная железа, надпочечники, органы репродуктивной системы. Заболевания гипофиза, вызванные дефицитом или, наоборот, избытком гормонов, напрямую влияют на функциональный актив и состояние периферических систем организма. При этом такие заболевания могут протекать как сопутствующие или существовать отдельно, поэтому догадаться о нейроэндокринном патологическом процессе может не каждый врач.

Растяжки как обменная проблема

Одна из наиболее частых проблем – так называемый эндогенный гиперкортицизм, или синдром Иценко – Кушинга. Это редкое, многосимптомное эндокринное заболевание гипоталамо-гипофизарной-надпочечниковой системы, которое

проявляется избыточной продукцией гормона кортизола, вырабатываемого корой надпочечников.

Нередко пациенты с неконтролируемым сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ожирением и другими проблемами обращаются к кардиологам, терапевтам и эндокринологам, им подбираются и меняются препараты, однако терапия оказывается неэффективной. Состояние пациентов ухудшается.

Это должно насторожить врача,

кортизола на белковый обмен, нарушения структуры дермы, дезорганизации и снижении количества эластиновых волокон, нарушения коллагенизации, в результате чего кожа истончается. Наличие гематом, изменение цвета стрий является следствием повышенной ломкости капилляров и проницаемости сосудов.

При обследовании такого «подозрительного» пациента можно также увидеть электролитные изменения крови, такие как гипока-

льезия – низкий уровень калия в крови, что может способствовать развитию мышечной слабости.

Усталость – тоже болезнь

Кому из нас незнакомо состояние усталости? Зачастую не только мы сами, но и врачи интерпретируют это как проявление банального переутомления, вирусной инфекции, синдрома хронической усталости, депрессии. Но если пациент говорит о том, что не может подняться по лестнице, встать со стула без помощи, в то время как ещё несколько месяцев назад свободно взбегал на 3-4 этажа, – это сигнал тревоги для врача.

Причина всех этих явлений – гиперсекреция кортизола, очень

Однако коварство патологии в том, что мы можем видеть лишь некоторые из этих симптомов, что сильно усложняет возможность диагностики, своевременного скрининга и соответственно лечения.

В последние годы всё чаще врачи сталкиваются с так называемым скрытым, или «субклиническим» гиперкортицизмом, когда подобная симптоматика проявляет себя не яркой клинической картиной, а только одним или двумя симптомами.

В результате обследования в этом случае чаще всего выявляют объёмное образование в надпочечниках (кортикостерома). Однако обычно надпочечники являются лишь посредниками этого процесса, а причина изме-

нений кроется в работе гипоталамо-гипофизарной системы. При подозрении на так называемый центральный гиперкортицизм можно найти образование (аденому) в гипофизе (кортикотропинома). Значительно реже подобные опухоли распространены в других тканях и органах – например в лёгких, в тимусе, в желудочно-кишечном тракте. Обнаружить их ввиду крошечных размеров крайне затруднительно. Пациенту назначают мультиспиральную компьютерную томографию всех заинтересованных органов. При подтверждении заболевания в любом случае требуется хирургическое вмешательство. Сегодня это малоинвазивные методики, после которых пациент быстро восстанавливается и хорошо себя чувствует.

Молоко не нужно

Однако операция показана не всегда. Пример – одна из самых распространённых на сегодня аденом гипофиза с гормональной активностью – пролактинома. Это опухоль, которая вырабатывает пролактин, всем известный гормон лактации во время беременности. Патология проявляется болезненностью молочных желёз с выделением вне беременности и лактации молозива, причём появляться эти признаки могут как у женщин, так и у мужчин. А могут и не проявляться вовсе. Пролактиномы являются причиной бесплодия у женщин, поскольку повышенный уровень пролактина не даёт пациентке забеременеть. Именно поэтому определение уровня пролактина – один из первых в скрининговом режиме. В этом случае лечение проводится консервативное. После курса лечения уровень пролактина нормализуется, и женщина получает положительный прогноз по беременности. Большинство таких женщин становятся счастливыми мамами в течение 1-2 лет от начала лечения.

Москва.

Акценты

Когда виной всему голова

Гормоны правят бал...

вызвать вопрос, почему лечение не помогает. Не является ли причиной какой-то другой патологический процесс? Есть и другие более специфические проявления нейроэндокринных процессов у таких больных: это хрупкость и ломкость костей (остеопороз), низкорослость, резкий набор веса, изменения кожи и появление растяжек – от розового до багрово-синюшного цвета. Чаще всего стрии появляются на бёдрах, животе, в подмышечной области, в области молочных желёз. Классический пример формирования таких растяжек – беременность.

Однако в данном случае подобные процессы происходят вне беременности из-за потенцирования катаболического действия

Пресс-конференция

Это мероприятие началось с того, что каждому журналисту предложили вкрутить лампочку в символическое изображение человеческого мозга. Таким образом её организаторы подчёркивали: при рассеянном склерозе исчезают, «гаснут» нейроны. Но адекватное лечение способно этот процесс замедлить.

С диагнозом «рассеянный склероз» живут около 2 млн человек в мире, из них – не менее 150 тыс. в России. У нас в стране заболевание в 2008 г. вошло в государственную программу «Семь нозологий». Но пациенты с такой формой, как первично-прогрессирующий рассеянный склероз, тем не менее лечения не получают, потому что зарегистрированных лекарственных препаратов для этого типа заболевания ранее не существовало.

«Очень важно появление первой возможности патогенетической терапии для пациентов с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом (это примерно 10-15% от общей популяции больных), нарастание инвалидности у которых протекает в несколько раз быстрее, чем при более частом рецидивирующем типе течения, – отмечает профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президент

Чтобы нейроны не угасали



Я.Власов тоже зажжёт одну из лампочек-символов

Российского комитета исследователей рассеянного склероза, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ Алексей Бойко. – До недавнего времени при этом типе течения рассеянного склероза терапии с доказанной эффективностью не было. Сегодня у российских пациентов появилась возможность отсрочить прогрессирование инвалидизации и воплотить в жизнь задуманное: построить карьеру, создать семью, иметь нормальное качество жизни».

При этом он подчеркнул: ни от одного хронического заболевания полностью избавиться невозможно. Задача медиков: остановить процесс, добиться приемлемого качества жизни. И это решаемо.

Гость мероприятия, руководитель отделения неврологии и нейрореабилитации, профессор Юрг Кессельринг (Швейцария) рассказал о том, что рассеянный склероз – это хроническое аутоиммунное заболевание, при котором повреждается миелино-

вая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга. Повреждение нервного волокна приводит к целому ряду неврологических симптомов: мышечной слабости, быстрой утомляемости, проблемам со зрением.

При данном типе рассеянного склероза состояние пациента неуклонно ухудшается без периодов полного восстановления и ремиссий. Пациент в среднем за 10 лет теряет способность к передвижению без посторонней поддержки, не может обслуживать себя самостоятельно, нередко нарушаются зрение и речь.

По его словам, всегда считалось, что главная роль в патогенезе рассеянного склероза принадлежит исключительно Т-клеткам. Исследования последних лет подтвердили ключевую роль В-клеток в развитии болезни. Именно инновационные разработки в области анти-В-клеточной терапии открывают новые перспективы в изменении течения первично-прогрессирующего рассеянного склероза.

«Мы надеемся, что все пациенты, которым показана соответствующая инновационная терапия, будут обеспечены ею в максимально сжатые сроки, поскольку в нашей стране реги-

страция препарата не означает его автоматическую доступность для населения, – комментирует доктор медицинских наук профессор Ян Власов. – Наша задача состоит в том, чтобы сократить время между регистрацией и фактической доступностью терапии для пациентов. Особенно это критично для людей с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом, которым ожидание может стоить слишком дорого».

Это тем более важно, если учесть, что заболевание поражает преимущественно молодых, трудоспособных пациентов от 20 до 40 лет и является второй по распространённости (после травм) причиной инвалидности.

«Если такой пациент будет активен и полон сил, он своим трудом возместит государству затраченные на лечение деньги, – подчеркнул Ю.Кессельринг. – Средств на то, чтоб покрыть все необходимые затраты здравоохранения, нет ни в одной стране мира. Поэтому в принятии решений о какой-либо терапии важно правильно расставить приоритеты».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Ориентиры

Цифровая долина

Инновационные разработки СамГМУ представлены главе региона Дмитрию Азарову

Отрасль здравоохранения динамично трансформируется. Когнитивные и бизнес-решения сегодня уже нацелены больше не на передел, а на формирование новых рынков. Многие продукты, созданные учёными Самарского государственного медицинского университета, могут претендовать на эту роль, и на повестку дня выходит вопрос повышения эффективности взаимодействия разработчиков и региональных институтов развития. Поэтому визит врио губернатора Самарской области был нацелен на выявление таких точек роста, которые способны значительно усилить имидж и инвестиционную привлекательность региона.

Уникальная трансформация

Экскурсию по университету и вузовской инновационной инфраструктуре провели ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников и директор Института инновационного развития профессор Александр Колсанов. Д.Азаров в морфологическом корпусе посетил учебные аудитории, а на кафедре анатомии человека пообщался со студентами 1-го курса. С музеем кафедры его познакомил доцент, кандидат медицинских наук Евгений Бадалаянц. Коллекция музея насчитывает более тысячи экспонатов, среди которых есть и уникальные. В нём проводится разбор тем практических занятий, а также занятия студенческого научного кружка. Ежегодно музей посещает около тысячи школьников.

Д.Азарову показали сохранившуюся в полной неприкосновенности одиночную камеру в здании на ул. Арцыбушевской, 171, где сидел в 1916 г. революционер, а затем советский партийный и политический деятель Валериан Куйбышев. Ведь это – бывшая тюрьма, которую построили ещё в 1898 г. по требованию императора Александра III. Врио губернатора посетил и кафедру фундаментальной и клинической биохимии с лабораторной диагностикой. О её работе рассказала заведующая кафедрой, доцент, доктор медицинских наук Оксана Гусьякова. Научные направления кафедры общей, бионеорганической и биоорганической химии представила заведующая кафедрой, доктор биологических наук, профессор Надежда Авакумова.

В целом широкий спектр направлений образовательной, научной и лечебной деятельности вуза обеспечивают 10 факультетов и 85 кафедр, собственные клиники, 3 образовательных и 7 научно-исследовательских институтов. В вузе создана среда генерации новых знаний и бизнес-решений. Большую роль в этом играет центр прорывных исследований (ЦПИ) «Информационные технологии в медицине». Подразделение было организовано в 2014 г. по итогам выигранного конкурса Минобрнауки и Минкомсвязи России по отбору исследовательских центров мирового уровня. На конкурс было подано 130 заявок. Из 19 победителей СамГМУ был единственным медицинским вузом. Сегодня разработки ведутся по трём приоритетным направлениям: 3D-моделирование и дополненная реальность, высокопроизводительные вычисления и искусственный интеллект, нейроинтерфейс – мозг-компьютер и нейротехнологии.

В центре прорывных исследований врио губернатора подробно познакомился с виртуальной хирургической клиникой, которая представляет собой модель лечебно-профилактического учреждения от приёмного покоя до современной интегрированной операционной. Программная платформа постоянно совершенствуется, но уже сегодня можно провести виртуальную операцию при участии нескольких хирургов из разных городов и стран, также задействовать не только хирургов,



Сегодня новые возможности для хирургов даёт «Автоплан» – система планирования и хирургической навигации

но и ассистента, медицинскую сестру и анестезиолога. Д.Азарову показали аппаратно-программные комплексы «Виртуальный хирург» и анатомический стол «Пирогов», на которых студенты и молодые врачи отрабатывают навыки проведения операций. Демонстрируя эти разработки, заведующая лабораторией симуляционных технологий ЦПИ «Информационные технологии в медицине» Айкуш Назарян отметила, что в программно-аппаратные комплексы можно загрузить данные ультразвуковых исследований, компьютерной томографии конкретного пациента и сделать комплексную диагностику. Используя эти возможности, хирург может отработать операцию виртуально, а потом уже делать её реальному пациенту.

Промышленная площадка

Глава региона познакомился с технопарком СамГМУ, в котором находится многочисленное оборудование и работают междисциплинарные команды специалистов. Задачами технопарка являются: создание 3D-моделей, разработка, сборка и тестирование электронных микросхем, изготовление изделий любой сложности. На площадке технопарка разрабатываются аппаратные части всех инновационных проектов СамГМУ: «Автоплан», нейровертикализатор, швивающие аппараты, медицинские приборы, микродиагностические чипы и многое другое. Для выполнения широкого спектра работ в технопарке имеется большой парк оборудования. 3D-принтеры используются для изготовления изделий с помощью технологий быстрого прототипирования: стоматологических имплантатов, костных пластин, корпусов медицинских приборов. Стационарные и ручные сканеры используются для создания высокоточных трёхмерных моделей. На токарных и фрезерных станках можно создавать изделия из мягких металлов. Работать со сталью и сплавами титана можно на второй промышленной площадке технопарка, где развёрнуто тяжёлое производственное оборудование.

Представляя достижения университета А.Колсанов сказал, что деятельность этой площадки направлена на создание прототипов различной аппаратуры и систем, производство опытных образцов, разработку технологий и мелкосерийное производство. Заведующий отделом проектного менеджмента, производства и инжиниринга, доцент, кандидат медицинских наук Сергей Чаплы-

гин отметил, что в созданных аппаратно-программных комплексах степень импортозамещения достигает 75%, и в дальнейшем этот показатель будет увеличиваться. Также постепенно всё больше производств будет локализовано в Самарской области. Например, для организации серийных производств уже создана дополнительная производственная площадка на Электромеханическом заводе.

Врио губернатора познакомился с тренажёром ранней вертикализации. С его помощью можно начинать реабилитацию пациентов уже в первые 48 часов после инсульта. Во время сеанса реабилитации лежащий пациент может почувствовать себя «в движении», в очках виртуальной реальности перемещаться и выполнять несложные задачи. Поверхностная чувствительность для подошвенной области и кистей рук создаётся пневмостимуляцией. Д.Азарову продемонстрировали, как врач может контролировать процесс, наблюдая за тем, что видит пациент на мониторе. Также занятия на тренажёре показаны пациентам при рассеянном склерозе, болезни Паркинсона, травмах спинного мозга, детям с ДЦП, которым недоступны обычные компьютерные игры и др. Пациенты, проходящие нейрореабилитацию на вертикализаторе, восстанавливаются на 30% быстрее. Самарский тренажёр, зарекомендовавший себя в реабилитационных центрах региона, в самое ближайшее время пройдёт клинические испытания в ведущих больницах страны.

Был представлен главе региона и стенд гравитационной терапии «Синергия», разработанный сотрудниками СамГМУ под руководством заведующего кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии им. А.Ф.Краснова, ректора СамГМУ, академика РАН Геннадия Котельникова. Стенд «Синергия» успешно использован в лечении и профилактике более 7 тыс. больных хирургического, травматологического, ортопедического, терапевтического, гинекологического и оториноларингологического профилей.

На площадке технопарка ведутся работы и по тематике: «Лаборатория на чипе». Данная технология позволяет проводить персонализированную диагностику пациента по целому ряду параметров.

Быстрее и точнее

Профессионализм и огромный опыт врача – значимый фактор проведения качественной хирургической операции. Но сегодня новые возможности для хирургов даёт разработка учёных СамГМУ

«Автоплан» – система планирования и хирургической навигации, которую также показали Д.Азарову. Она сокращает время диагностики и проведения операции, кровопотерю и повреждение тканей пациента. Врач в ходе операции имеет возможность корректировать ориентацию хирургического инструмента, так как средства интраоперационной навигации позволяют реагировать на изменившиеся условия. После завершения операции есть возможность также её проанализировать.

С применением этой технологии сделано около 2 тыс. операций. Аппаратно-программный комплекс «Автоплан» учёные СамГМУ продвигают на международный уровень. В ноябре 2017 г. успешно проведена его апробация с участием профессора Артура Лихтенберга в клинике кардиохирургии Дюссельдорфского университета им. Генриха Гейне (Германия), а в декабре прошла клиническая апробация АПК «Автоплан» с участием профессора Фредерика Фаризона в отделении травматологии и ортопедии клиник университета Жана Монэ (Франция). Рассказали ему и о разработках отдела высокопроизводительных вычислений. Руководитель отдела высокопроизводительных вычислений и технологий искусственного интеллекта ЦПИ «Информационные технологии в медицине», доцент, кандидат медицинских наук Борис Яремин рассказал о системах обработки медицинских изображений, которые помогают врачам выявлять скрытую патологию, автоматизировать процесс диагностики. Он также отметил, что СамГМУ – единственный из медицинских вузов России входит в суперкомпьютерный консорциум.

Наличие собственного суперкомпьютера позволяет эффективно вести работы и в области вычислительной гемодинамики. Одна из созданных систем принятия решений с большой точностью может спрогнозировать риск разрыва аневризмы аорты и срочность оперативного вмешательства. Анализируя работу системы на мониторе компьютера, Д.Азаров предположил, что эта разработка также может использоваться в системах управления трубопроводным транспортом. Продолжая тему, Г.Котельников отметил, что компетенции, созданные в вузовском центре прорывных исследований, могут быть применены в авто-, авиа- и станкостроении.

Межрегиональное партнёрство

По словам А.Колсанова, вуз уже получает прибыль от выполнения заказных научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ и роялти от продаж по четырём проектам. Например, созданные анатомические столы «Пирогов» закупают вузы России и стран СНГ, планируется их поставка в школы медико-биологического профиля Московской области.

Можно отметить, что партнёрство СамГМУ оттачивает с предприятиями территориального кластера медицинских и фармацевтических технологий региона, который реализует взаимодействие с региональными вузами (Самарский национальный исследовательский университет им. С.П.Королёва, Самарский государственный технический университет) и предприятиями реального сектора экономики, в том числе ГК «Ростех», концерном ВКО «Алмаз-Антей» и другими отечественными производственными предприятиями, с ведущими

российскими вузами (Московский государственный университет, Московский государственный технический университет им. Н.Э.Баумана, Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И.Ульянова) и медицинскими центрами (Российский центр хирургии им. Б.В.Петровского, Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова и др.).

Д.Азарову рассказали и о том, что для подготовки кадров нового поколения в СамГМУ была создана кафедра «Информационные системы и технологии в медицине», которую возглавил врио заместителя председателя правительства Самарской области, руководитель Департамента информационных технологий и связи, кандидат экономических наук Станислав Казарин. Впервые в Российской Федерации кафедрой совместно с Поволжским государственным университетом телекоммуникаций и информатики и Московским государственным техническим университетом им. Н.Э.Баумана реализована программа сетевой формы обучения по подготовке магистрантов по направлению «Прикладная информатика», профиль «Прикладная информатика в медицине». Летом 2017 г. кафедра выпустила первый набор магистрантов, уже имеющих базовое техническое образование.

Итоги визита

Во время встречи обсуждались вопросы вывода продуктов на рынок и взаимоотношения с индустриальными партнёрами. Узнав, что среди партнёров вуза есть компания, входящая в концерн «Ростех», глава региона поручил проработать варианты включения инновационных проектов СамГМУ в соглашение между «Ростехом» и правительством Самарской области, которое будет подписываться в ближайшее время.

В ходе совещания по итогам визита Д.Азаров дал поручение подготовить предложения по разработке ускоренных механизмов внедрения образовательных и лечебно-диагностических разработок СамГМУ в практическое здравоохранение и образование региона. Также он поручил рассмотреть возможность финансирования из средств областного бюджета приобретения данных продуктов и услуг лечебными и образовательными учреждениями региона. Кроме того, им было предложено создать совместный проектный офис СамГМУ, Минздрава Самарской области, Департамента информационных технологий, в задачи которого войдут отбор перспективных медицинских продуктов, их упаковка, пилотная апробация и внедрение в реальный сектор экономики.

В завершение визита Д.Азарову подарили оригинальный конструктор в виде стадиона «Самара Арена», сделанный специалистами технопарка вуза. В планах – производство копий всех российских стадионов, построенных к Чемпионату мира по футболу – 2018. Также врио губернатора показали оригинальную обзорную экскурсию полёта над Самарой, сделанную для гостей чемпионата.

Владимир РЕЗНИКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Самара.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 93 (2123)

Мигрень представляет собой одну из наиболее распространённых форм первичной головной боли и проявляется повторяющимися приступами головной боли, которые часто сопровождаются сопутствующими симптомами (тошнотой, рвотой, фото- и фонophobiaми) (А.Вейн, 1995).

Головная боль (ГБ) чаще локализуется в одной половине головы по типу гемикрании, сторонность боли может меняться от приступа к приступу. ГБ при мигрени отличаются значительной интенсивностью. Продолжительность приступа варьирует от 1-2 часов до нескольких суток.

Частота

Эпидемиологические исследования головной боли у детей раннего возраста значительно затруднены из-за невозможности для детей чётко описать свою боль и вспомнить особенности ассоциированных симптомов.

При использовании критериев мигрени у детей по Vahlquist и Hackzell (B.Vahlquist et al., 1949) оказалось, что в возрасте 7 лет распространённость мигрени колеблется от 1,2 до 3,2% (у мальчиков чаще, чем у девочек). В возрастной группе от 7 до 11 лет распространённость мигрени выше и колеблется от 4 до 11% с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. У детей старше 11 лет и подростков распространённость мигрени находится в пределах от 8 до 23% (у девочек чаще, чем у мальчиков) (M.Mortimer et al., 1992; B.Bille et al., 1962; M.Sillanpää, 1976).

Применение критериев Международной классификации головных болей первого пересмотра (1988) на примере 2165 детей в возрасте от 5 до 15 лет показало распространённость мигрени в 10,6% случаев, причём 7,8% из них имели мигрень без ауры и 2,8% мигрень с аурой (I.Abu-Arafeh et al., 1994).

Дополнительные исследования с использованием этих же критериев обнаружили распространённость мигрени у детей в пределах от 6,1 до 10,6% (L.Barea et al., 1996; S.Lu et al., 2000; J.Zwart et al., 2004).

У подростков в возрасте 15-19 лет распространённость мигрени оказалась намного выше – 28%, причём 19% пациентов имели мигрень без ауры и 9% – мигрень с аурой (W.Split, 1999).

При использовании критериев Международной классификации головных болей второго пересмотра (2004) у детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет распространённость мигрени составила 14,5% (N.Karli et al., 2006).

Этиология

Большое значение в возникновении мигрени имеют наследственные факторы. Механизм наследования до сих пор не ясен. Наследуется, по-видимому, не сама болезнь, а предрасположенность к определённому типу реагирования центральной нервной и сосудистой систем на различные типы раздражителей.

Для многих пациентов характерно наличие триггерных факторов, которые могут провоцировать приступы мигрени. Выявление триггерных факторов может помочь ребёнку и его родителям значительно уменьшить частоту приступов путём изменения образа жизни при избегании или устранении наиболее важных и частых триггеров. Однако у некоторых пациентов триггерной является совокупность факторов, провоцирующих приступы мигрени в каждом конкретном случае (см. табл. 1).

Патогенез

Мигрень относится к первичным головным болям и считается формой нейроваскулярной ГБ, при которой первичные изменения в нервной системе приводят к вторичному расширению кровеносных сосудов и, соответственно, к боли и дополнительной нервной активации (P.Goadsby et al., 2002). Патология боли при мигрени имеет неврологическую основу, а не первичные сосудистые нарушения (S.Auroga, 2009).

Известно, что первичные головные боли могут проявляться типичными эпизодическими приступами, возможны хронические ежедневные или почти ежедневные ГБ.

Описаны ремиссии как при эпизодических, так и при хронических ГБ.

Первоначальные исследования механизмов мигрени были сфокусированы на краниальной вазодилатации как источнике боли (P.Goadsby et al., 2002).

Механизмы периферической тригеминальной активации, локализация и физиология вторых тригеминоvascularных нейронов и механизм кортикальной распространяющейся депрессии являются другими интенсивно изучаемыми областями при мигрени.

Исследования с использованием ПЭТ показывают, что ростральные отделы ствола мозга, особенно контралатеральное око-

нейронами других областей нервной системы, обладают хемосенситивностью и сенситизацией.

Сенситизация – это состояние, при котором постепенно снижается сила стимула, необходимая для получения ответа, а амплитуда ответа повышается (D.Dodick, 2006).

Выделяют периферическую и центральную сенситизацию. Субъективно сенситизация проявляется в виде гипералгезии и аллодинии.

При мигрени развитие периферической сенситизации (интракраниальных ноцицепторов менингеальных оболочек и кровеносных сосудов, а также первичных болевых нейронов в узле тройничного нерва) в приступе ГБ связано с выделением провоспалительных медиаторов, экстравазацией белков плазмы при дилатации церебральных и менингеальных сосудов. Интракраниальная механическая стимуляция также способствует развитию периферической сенситизации.

Этим объясняется усиление ГБ в приступе мигрени при кашле, наклонах и рутинной

лодинии превышает болевые зоны и может захватывать противоположную половину головы и верхние конечности (R.Burstein et al., 2010). Предполагается, что этот феномен отражает сенситизацию нейронов 3-го порядка, к которым стекаются импульсы от тригеминальных нейронов 2-го порядка.

Кожная аллодиния определяется как ощущение боли при нанесении неболевых стимулов на неповреждённую кожу. В 60-75% случаев у людей, страдающих мигренью, развивается центральная сенситизация (второй тригеминальный нейрон), которая проявляется кожной аллодинией во время приступа (R.Burstein et al., 2000). В основе феномена аллодинии предполагается механизм центральной сенситизации, то есть сенситизация вторых тригеминальных нейронов в хвостатых ядрах (A.Ashkenazi, 2007).

Центральная сенситизация, вероятно, играет роль в снижении ответа на лечение триптанами и в прогрессировании мигрени (M.Bigal, 2006).

Повторяющиеся эпизоды центральной сенситизации могут лежать в основе пер-

Диагностика и лечение мигрени у детей

Федеральные клинические рекомендации (протоколы)

Триггеры приступа мигрени (В.Гузева, 2009)

Таблица 1

Психологические	Стрессы Позитивные и негативные эмоции Изменения настроения
Гормональные факторы	Менструация Овуляция
Факторы окружающей среды	Яркий свет Громкий шум Сильные или резкие запахи (духи, курение, моющие средства) Погодные условия (ветер, изменения погоды, сильная жара/холод)
Диета, продукты питания, напитки	Шоколад Сыры Помидоры Киви Орехи Лук Чеснок Алкоголь Продукты, содержащие глютамат
Лекарственные препараты	Резерпин Нитроглицерин Эстрогены
Другие факторы	Недосыпание/пересыпание Голод Гипогликемия Гипертермия Усталость Авиаперелёты

ловодопроводное серое вещество (ОСВ) среднего мозга – значимые структуры в патофизиологии мигрени.

Эти данные подтверждают, что области ствола мозга играют кардинальную роль в инициации или завершении приступа мигрени. Мигрень, вероятно, является результатом дисфункции ствола мозга и/или диэнцефальных ядер, которые вовлечены в сенсорную модуляцию краниоваскулярных афферентов (P.Goadsby et al., 2002).

Приступы ГБ при мигрени могут различаться у разных людей, изменяться от атаки к атаке (S.Silberstein, 2000). Такая вариабельность может частично объясняться дисфункцией ионных каналов в аминергических ядрах ствола мозга, которые в норме модулируют сенсорный поток и обеспечивают нейрональный контроль краниальных сосудов. Высвобождение кальцитонин-ген-связанного пептида вызывает периферическую тригеминальную активацию. Возникающая в результате боль может рассматриваться как нарушение перцепции обычно безболезненных афферентных стимулов от краниоваскулярных структур, что, возможно, вызвано развитием периферической или центральной сенситизации (K.Welch et al., 2001).

Сенсорные нейроны менингеальной оболочки имеют сходство с ноцицептивными

физической активности, что связано с небольшим повышением внутричерепного давления и лёгкой механической стимуляцией интракраниальных ноцицепторов (D.Dodick, 2006).

Считается, что пульсирующая боль является следствием в основном периферической сенситизации, а аллодиния и повышенная чувствительность кожи головы – в основном центральной сенситизации.

Периферическая сенситизация приводит к развитию центральной сенситизации тригеминальных нейронов 2-го порядка. Экспериментальными данными показано, что сенситизация этих центральных нейронов может продолжаться до 10 часов (R.Burstein et al., 2000). При центральной сенситизации структуры, вовлечённые в периферическую сенситизацию, уже обладают спонтанной активностью, даже в отсутствие периферической стимуляции.

При длительном возбуждении тригеминальных нейронов 2-го порядка начинают отвечать на подпороговые стимулы болевой импульсацией. В результате активируются и сенситизируются нейроны 3-го порядка (таламические нейроны).

При длительности приступа мигрени более 4 часов аллодиния развивается у 80% пациентов, зона распространения ал-

манентного нейронального повреждения ОСВ, что приводит к нарушению процессов модуляции боли, к снижению эффективности профилактического лечения и прогрессированию мигрени.

Частота аллодинии, выявляемой во время приступа ГБ, значительно выше у пациентов с ХМ (66%) или мигренью с аурой (65%), чем при мигрени без ауры (41%) (C.Lovati et al., 2007).

Классификация и диагностика

В настоящее время для классификации разных форм мигрени пользуются Международной классификацией головных болей второго пересмотра (МКГБ-2) 2004 г. Согласно МКГБ-2, выделяют следующие формы мигрени:

Мигрень без ауры (простая мигрень) G43.0

Мигрень с аурой (классическая мигрень) G43.1

Типичная аура с мигренозной головной болью G43.10

Типичная аура с немигренозной головной болью G43.10

Типичная аура без головной боли G43.104

Семейная гемиплегическая мигрень G43.105

Спорадическая гемиплегическая мигрень G43.105

Мигрень базиллярного типа G43.103

Периодические синдромы детского возраста – предвестники мигрени:

Циклические рвоты G43.82

Абдоминальная мигрень G43.820

Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста G43.821

Ретикулярная мигрень G43.81

Осложнения мигрени:

Хроническая мигрень G43.3

Мигренозный статус G43.2

Персистирующая аура без инфаркта G43.3

Мигренозный инфаркт G43.3

Мигрень – триггер эпилептического припадка G43.3

Возможная мигрень G43.83.

Согласно МКГБ-2 (2004) в зависимости от клинических проявлений и течения приступа у детей различают мигрень с аурой и мигрень без ауры.

Диагноз разных форм мигрени ставят исключительно на основании клинической картины, для чего применяют диагностические критерии Международной классификацией головных болей второго пересмотра, опубликованные в 2004 г. Дополнительные методы исследования можно применять для дифференциальной диагностики или для выявления вторичных форм головных болей.

Диагностические критерии мигрени без ауры у детей аналогичны критериям взрослых пациентов (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-Д.

В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении).

С. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:

1. Односторонняя локализация.
2. Пульсирующий характер.
3. Интенсивность боли от средней до значительной.

4. Головная боль ухудшается от обычной физической активности.

Д. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

1. Тошнота и/или рвота.
2. Фото- или фонофобия.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

У детей продолжительность приступа мигрени может составлять 1-72 часа.

У детей младшего возраста головные боли при мигрени часто имеют двусторонний характер. Односторонние боли, характерные для взрослых, обычно появляются в подростковом или юношеском возрасте.

Головные боли при мигрени обычно имеют лобно-височную локализацию.

Односторонние или двусторонние боли затылочной локализации требуют диагностической настороженности, так как часто говорят о структурных повреждениях.

У маленьких детей о наличии фото- и фонофобии можно догадаться по их поведению.

Диагностические критерии мигрени с аурой у детей аналогичны критериям взрослых пациентов (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критерию В.

В. Мигренозная аура, отвечающая критериям В и С для одного из типов мигрени с аурой.

С. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Аура – комплекс очаговых неврологических симптомов, возникающих непосредственно перед или в самом начале мигренозной головной боли.

В детском возрасте значительно чаще наблюдается мигрень без ауры (60-85%), мигрень с аурой бывает в 15-40%.

По характеру симптомов ауры выделяют:

- зрительную;
- чувствительную;
- с нарушениями речи по типу дисфазии.

При моторной слабости следует рассматривать другие формы мигрени: семейную гемиплегическую или спорадическую гемиплегическую.

В большинстве случаев мигренозная аура сочетается с головной болью, отвечающей диагностическим критериям мигрени без ауры. Поэтому выделен подтип мигрени с аурой: типичная аура с мигренозной головной болью.

В тех случаях, когда мигренозная аура сочетается с головной болью, не отвечающей критериям мигрени без ауры или вообще не сопровождается головной болью, выделяют отдельные подтипы мигрени с аурой: типичная аура с мигренозной головной болью и типичная аура без головной боли.

Под типичной аурой понимают зрительные, сенсорные или речевые расстройства, которые развиваются постепенно (обычно в течение 5-20 минут), как правило, перед началом боли и продолжаются не более часа, а затем полностью регрессируют.

Диагностические критерии подтипа мигрени с аурой – типичная аура с мигренозной головной болью представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критерию В-Д.

В. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость:

1. Полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушения зрения).

2. Полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение).

3. Полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере 2 из нижеперечисленных:

1. Гомонимные зрительные нарушения (дополнительно могут возникать нечёткость/размытость или потеря центрального зрения) и/или односторонние чувствительные симптомы.

2. Как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут.

3. Каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

Д. Головная боль, соответствующая критериям В-Д для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Диагностические критерии подтипа мигрени с аурой типичная аура с мигренозной головной болью представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В-Д.

В. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость:

1. Полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушения зрения).

2. Полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение).

3. Полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных:

1. Гомонимные зрительные нарушения (дополнительно могут возникать нечёткость/размытость или потеря центрального зрения) и/или односторонние чувствительные симптомы.

2. Как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут.

3. Каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

Д. Головная боль, не соответствующая критериям В-Д для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Диагностические критерии подтипа мигрени с аурой, типичная аура без головной боли представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В-Д.

В. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов с речевыми нарушениями или без них и без двигательной слабости:

1. Полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение).

2. Полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение).

3. Полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных:

1. Гомонимные зрительные нарушения (дополнительно могут возникать нечёткость/размытость или потеря центрального зрения) и/или односторонние чувствительные симптомы.

2. Как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут.

3. Каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

Д. Ни во время ауры, ни в течение 60 минут после неё головная боль не возникает.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

У детей подтипы мигрени с аурой с типичной аурой с мигренозной головной болью и с типичной аурой без головной боли встречаются крайне редко и требуют обязательного исключения других заболеваний, сопровождающихся похожими симптомами.

При наличии у ребёнка мигрени с аурой в сочетании с моторной слабостью, а также по меньшей мере одного родственника первой или второй степени родства с аналогичной аурой, сочетающейся с моторной слабостью, в первую очередь необходимо думать о семейной гемиплегической мигрени. Диагностические критерии подтипа мигрени с аурой семейная гемиплегическая мигрень представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Аура включает полностью обратимую моторную слабость и по меньшей мере один из перечисленных ниже симптомов:

1. Полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушения зрения).

2. Полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение).

3. Полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере 2 из нижеперечисленных.

1. Как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не

менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут.

2. Каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

3. Головная боль, соответствующая критериям В-Д для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала.

Д. По меньшей мере у одного родственника первой или второй степени родства имеются приступы, соответствующие настоящему критерию А-Е.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

При мигрени с аурой в сочетании с моторной слабостью у ребёнка, но при отсутствии у родственников первой или второй степени родства аналогичной ауры, сочетающейся с моторной слабостью, в первую очередь необходимо думать о спорадической гемиплегической мигрени.

Диагностические критерии подтипа мигрени с аурой спорадическая гемиплегическая мигрень представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Аура включает полностью обратимую моторную слабость и по меньшей мере один из перечисленных ниже симптомов:

1. Полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушения зрения).

2. Полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение).

3. Полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере 2 из нижеперечисленных:

1. Как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут.

2. Каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

3. Головная боль, соответствующая критериям В-Д для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала.

Д. Ни у одного из родственников первой или второй степени родства нет приступов, соответствующих настоящему критерию А-Е.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Диагностические критерии подтипа мигрени с аурой мигрень базилярного типа представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В-Д.

В. Аура включает по меньшей мере два из перечисленных ниже полностью обратимых симптомов, исключая моторную слабость:

- дизартрия;
- головокружение;
- шум в ушах;
- гипоакузия;
- двоение;
- зрительные нарушения, возникающие одновременно как в височных, так и в носовых полях зрения обоих глаз;
- атаксия;
- нарушения сознания;
- двусторонние парестезии.

С. По меньшей мере один из нижеперечисленных:

1. Как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут.

2. Каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

Д. Головная боль, соответствующая критериям В-Д для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

У многих пациентов наряду с приступами мигрени базилярного типа отмечаются приступы мигрени с типичной аурой. В этом случае в диагноз выносятся обе формы мигрени.

Периодические синдромы детского возраста считаются эквивалентами или предшественниками мигрени у детей. Это пароксизмальные состояния, стереотипно повторяющиеся у данного ребёнка и проявляющиеся интенсивной тошнотой и рвотой (циклическая рвота), болями в животе (абдоминальная мигрень), сложностью удержания вертикальной позы и головокружением (доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста);

они могут сопровождаться бледностью и сонливостью, но не головной болью (В.Шток и др., 2006).

Диагностические критерии циклических рвот представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. Не менее 5 приступов, отвечающих критериям В и С.

В. Эпизодические обычно стереотипные для каждого пациента приступы сильной тошноты и рвоты, продолжительностью от 1 часа до 5 суток.

С. Приступ рвоты возникает по меньшей мере 4 раза в час на протяжении как минимум одного часа.

Д. Между приступами ребёнок здоров.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Примечание. Анамнез и физикальный осмотр не выявляют признаков желудочно-кишечного заболевания.

Диагностические критерии абдоминальной мигрени представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. Не менее 5 приступов, отвечающих критериям В-Д.

В. Приступы продолжительностью 1-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении).

С. Абдоминальная боль сопровождается всеми из нижеперечисленных характеристик:

1. Локализация по средней линии, вокруг пупка или труднолокализуемая.
2. Тупой характер.
3. Умеренная или выраженная интенсивность.

Д. Приступ абдоминальной боли сопровождается по меньшей мере двумя из перечисленных симптомов:

- анорексия;
- тошнота;
- рвота;
- бледность.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Примечание. Анамнез и обследование не выявляют признаков желудочно-кишечного или почечного заболевания, или такое заболевание исключено в ходе соответствующего обследования.

Диагностические критерии доброкачественного пароксизмального головокружения детского возраста (ДПГДВ) представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. Не менее 5 приступов, отвечающих критериям В.

В. Многократные эпизоды тяжёлого головокружения, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, возникающие и проходящие внезапно.

С. Нормальные неврологический статус, вестибулярная функция и результаты аудиометрии в межприступном периоде.

Д. Отсутствие изменений на ЭЭГ.

Примечание. Даже если при первичном обращении возникает подозрение на ДПГДВ, необходимо обязательно провести следующие исследования:

- МРТ головного мозга с прицельным исследованием задней черепной ямки;
- ЭЭГ;
- аудиометрию в межприступный период.

При возможности провести вестибулометрию (электронистагмография) или любое другое тестирование вестибулярных функций в межприступный период.

Диагноз ретикулярной мигрени следует рассматривать, если у ребёнка отмечаются повторяющиеся приступы монокулярного расстройства зрения, включающие скинтилляцию (мерцание), скотому или слепоту в сочетании с мигренозной головной болью.

Диагностические критерии ретикулярной мигрени представлены ниже (по МКГБ-2 2004):

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Полностью обратимые позитивные и/или негативные зрительные симптомы на одном глазу (скинтилляцию, скотому или слепоту), подтверждённые данными объективного осмотра во время приступа или рисунками пациента, изображающими зрительный дефект.

С. Головная боль, соответствующая критериям В-Д для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после начала зрительных симптомов.

Д. Нормальные результаты офтальмологического исследования в межприступном периоде.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

(Окончание следует.)

Под редакцией
главного детского невролога
Минздрава России
профессора
Валентины ГУЗЕВОЙ.

(Продолжение. Начало на стр. 1.)

На расширенном заседании учёного совета в составе коллегии Минздрава России, президиумов РАМН и РАН, представителей Администрации Президента и аппарата правительства академик РАН Ю.Шевченко был единогласно избран президентом центра.

История отдельных структурных подразделений центра (и их коллективов) не является столь уж непродолжительной. В 1907 г. в Москве по адресу Гагаринский переулок, 37/8 была открыта хирургическая клиника князя Александра Чегодаева. Спустя почти полвека там расположилась поликлиника № 1. В 1919 г. по решению правительства была организована поликлиника им. Ф.Э.Дзержинского, которая была преобразована в центральную поликлинику, вошедшую впоследствии в качестве структурного подразделения центра. В 1957 г. в районе Измайлово была построена и начала свою работу вторая Республиканская клиническая больница, ставшая после проведённой модернизации и реконструкции головной базой центра – Московским клиническим комплексом.

В состав государственного учреждения «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» вошли: Республиканская клиническая больница № 2, Центральная клиническая бассейновая больница, поликлиники № 2 и № 3 Лечебно-диагностического объединения Минздрава, Детский консультативно-диагностический центр, Портовая больница Туапсе и Мурманская бассейновая больница. Общий коечный фонд составил 1115 коек, а общее число амбулаторных посещений достигло 765 тыс. в год. Позднее в состав центра вошёл Северо-Западный окружной медицинский центр Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ (Сакнт-Петербург).

Первоначальный костяк коллектива составили сотрудники вышеназванных медицинских учреждений, а также специалисты, в том числе профессора и доктора наук, приглашённые из Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, военных госпиталей, а также Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (ныне Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова), что послужило основой развития университетских академических традиций и научно-образовательной деятельности во вновь организованном центре.

Храм врачевания, воспитания, образования и науки

Без преувеличения можно сказать, что сегодня Пироговский центр – это крупнейшее федеральное многопрофильное медицинское учреждение России, включающее головное учреждение – Московский клинический комплекс со стационаром на 600 коек, КДЦ «Измайловский», КДЦ «Арбатский», Детский клинко-диагностический центр, Институт усовершенствования врачей, диссертационный совет и научно-практический журнал «Вестник НМХЦ им. Н.И.Пирогова», входящий в перечень ВАК.

Базовую концептуальную модель будущего учреждения его основатель и президент Юрий Шевченко определил ещё на этапе проектирования и становления центра: «Пироговский

События

Наука и клиническая



Генеральный директор О.Карпов и президент Пироговского Центра Ю.Шевченко (в центре) с почётными докторами Центра (слева направо) С.Багненко, Ю.Беловым, С.Готье, В.Морозом

центр должен стать храмом врачевания, воспитания, образования и науки. В нём будут служить истинные профессионалы, специалисты с высокими моральными качествами и духовными помыслами. Здесь каждый найдёт исцеление и утешение».

По этому пути развития коллектив Пироговского центра успешно движется уже 15 лет ... И хотя по организационно-правовой структуре центр является преимущественно лечебным учреждением, в действительности это органичный сплав высокой клинической практики, медицинской науки и образования. Сочетание этих трёх главных составляющих выгодно отличает учреждение, разделяя его особым потенциалом и перспективой развития.

Структура клинических подразделений Пироговского центра сложна и многогранна. В ней представлены практически все современные технологии и направления медицины за исключением психиатрии и инфекционных болезней.

Клиническая практика подтверждает очевидность неоспоримых достоинств центра как современного многопрофильного медицинского учреждения, сочетающего высокий уровень интеграции различных клиник, высокотехнологичных методов диагностики и лечения, огромный опыт клинической работы, слаженную деятельность специалистов мирового уровня. Уникальная лечебно-диагностическая база, бережное отношение к традициям отечественной врачебной практики и преемственность накопленного опыта, научно-исследовательский и образовательный потенциал обеспечивают комплексное и эффективное решение проблемы любого уровня сложности, но индивидуально для каждого пациента, являя собой реальное воплощение столь востребованного сегодня пациентоориентированного подхода.

Важно отметить, что специализированная высокотехнологичная медицинская помощь в

рамках Государственного задания оказывается в Пироговском центре по 45 группам (около 500 методов лечения!) и ещё по 12 группам в рамках ВМП в ОМС (порядка 60 методов).

Как работают отличные специалисты

Общеизвестный факт – успехи хирургии, как и других разделов медицины, в последние годы в значительной мере обусловлены интенсивной разработкой и внедрением в клиническую

своеобразным локомотивом в развитии медицинской науки в целом. Практически с момента появления она стала венцом достижений человечества в области медицины, средоточием приоритетных научных-технологических разработок, которые в дальнейшем находили воплощение в других областях и специальности. Поэтому ведущей среди равных по эффективности внедрения передовых медицинских технологий и инноваций является клиника грудной и сердечно-сосудистой хирургии им.



В новой операционной Пироговского Центра

практику инновационных подходов, применение которых приводит, кроме всего прочего, к расширению выбора разумных решений и ещё большей персонализации лечения на основе мультидисциплинарного подхода. Очевидно, имеет смысл проиллюстрировать те из них, в применении которых Пироговский центр устойчиво занимает лидирующие позиции в нашей стране.

Как известно, сердечно-сосудистая хирургия является

Святого Георгия, руководимая Ю.Шевченко.

В повседневной практике клиники – вмешательства на коронарных артериях, аорте, периферических артериях, протезирование и реконструкция клапанов сердца при приобретённых пороках и инфекционном эндокардите, коррекция врождённых пороков сердца у взрослых, имплантация электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов, радиочастотная абляция арит-

могенных зон при различных формах аритмий.

В арсенале эндоваскулярных хирургов – все современные методики реканализации стенозов и окклюзий коронарных артерий, эндопротезирование аорты и её ветвей, баллонная дилатация, стентирование почечных, сонных и других артерий, селективный внутриартериальный тромболизис в период оптимального «терапевтического окна» при нарушениях мозгового кровообращения, вмешательства при мальформациях церебральных артерий, кавернозных гемангиомах и многое другое.

Сосудистые хирурги проводят в год более 200 операций на магистральных артериях и более 500 – флебологических.

Приоритетными в направлении торакальной хирургии являются: лечение разнообразных доброкачественных и злокачественных заболеваний лёгких, плевры, трахеи, бронхов, пищевода, средостения, грудной стенки и др. В клинике выполняются хирургические вмешательства по поводу эхинококкоза и других паразитарных заболеваний лёгких, сердца и сочетанном поражении других органов. Здесь проводятся реконструктивные операции на трахее и бронхах, включая операции при трахеопищеводных свищах, миниинвазивное (торакоскопическое, робот-ассистированное) удаление опухолей и кист средостения, включая тимомимэктомию при генерализованной миастении, лечение спонтанного пневмоторакса, эмфиземы лёгких, плеврита. Успешно осуществляются операции по поводу опухолей и дивертикулов пищевода, хирургическое лечение грыж диа-

фрагмы и другие – всего более 400 операций в год.

Щадящие, или так называемые миниинвазивные технологии, применяемые в Пироговском центре, пронизывают практически все направления хирургии – это ставшие обыденными лапароскопические, торакоскопические, эндоскопические и эндоваскулярные вмешательства, робот-ассистированные и гибридные операции, узкоспециализированные вмешательства в абдоминальной хирургии,

ПРАКТИКА — НА РАВНЫХ

гинекологии, урологии, нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии и офтальмологии при доброкачественных и онкологических заболеваниях.

Такой подход и прецизионную технику оперирования обеспечивает в том числе и робот-ассистированная эндовидеохирургия. Начиная с 2008 г., с помощью роботизированного хирургического комплекса выполняются операции в урологии, гинекологии, абдоминальной, торакальной и эндокринной хирургии.

— Специалисты центра первыми в России и Восточной Европе провели чрезвычайно значимые для расширения диапазона клинического применения этой инновационной технологии робот-ассистированные кардиохирургические вмешательства — коронарное шунтирование на работающем сердце и имплантацию электродов электрокардиостимулятора, — поясняет генеральный директор Пироговского центра член-корреспондент РАН Олег Карпов. — Впервые в стране они выполнили робот-ассистированные операции в сосудистой хирургии — аорто-бедренное шунтирование при опухолевых поражениях надпочечников, средостения, в том числе вилочковой и щитовидной желез.

По словам О.Карпова, в Центре ежегодно выполняется порядка 100-150 робот-ассистированных операций в различных областях хирургии, всего же за эти годы специалистами Центра накоплен опыт более 1200 операций с применением роботизированного хирургического комплекса Da Vinci, определены оптимальные направления использования технологии. Важно подчеркнуть, что все операции с использованием робота Da Vinci выполняются в НМХЦ им. Н.И.Пирогова в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, то есть бесплатны для пациентов различных регионов России.

Ещё одним инновационным миниинвазивным направлением в клинической практике Пироговского центра являются технологии, внедрённые в гибкой эндоскопии, а также в ультразвуковых и рентгенохирургических методах диагностики и лечения. В подразделениях, обеспечивающих реализацию этих щадящих лечебно-диагностических методов, трудятся специалисты — энтузиасты своего дела, располагающие целым комплексом сложнейшего передового оборудования экспертного класса. За короткий период эндоскопическая служба прошла весьма интенсивный путь становления.

Спектр и эффективность применяемых вмешательств и манипуляций, выполняемых в эндоскопическом отделении, в том числе по экстренным показаниям, соответствуют лучшим мировым стандартам.

Первостепенное значение придаётся своевременной диагностике и лечению раннего рака пищевода, желудка, толстой кишки, патологии бронхов. Используются такие инновационные технологии, как эндоскопическая резекция слизистой

оболочки (мукозэктомия), или эндоскопическая диссекция в подслизистом слое, пероральная эндоскопическая миотомия, послойная резекция стенки органа при раннем раке ЖКТ, эндоскопическая резекция доброкачественных образований пищевода (STEP), холедоходуоденостомия под контролем эндоскопической ультрасонографии. Значительно расширяет диагностические и лечебные возможности арсенал дополнительных методик — хромоскопия, узкоспектральная эндоскопия, увеличительная эндоскопия, энтероскопия (интестиноскопия). Стали уже обыденными баллонная дилатация, бужирование и стентирование при стриктурах различных отделов билиарного и пищеварительного тракта и ряд других вмешательств. Ежегодно специалисты отделения выполняют 9,5 тыс. исследований, в том числе 600 операций.

«Рандеву-технологии», «гибридные методы» и синергидный эффект

Не менее уникальным является отделение ультразвуковых и рентгенохирургических методов диагностики и лечения, особенностью работы которого является сочетание как диагностических, так и лечебных миниинвазивных технологий для решения сложных клинических проблем. Концепция развития этого направления также была разработана

рательных вмешательств в различных областях — кардиохирургии, торакальной и абдоминальной хирургии, гинекологии, урологии, — продолжает О.Карпов. — Этот мультидисциплинарный подход позволяет быстро и качественно восстановить здоровье пациентов. — Ярким примером командной работы отделений МИТ: эндоскопического, эндоваскулярного и отделения УЗРХМДЛ, которой мы придаём важное значение, стала интеграция их совместных возможностей — использования «рандеву-технологий» и «гибридных методов», обеспечивающих синергидный эффект в наиболее сложных клинических ситуациях, порой неразрешимых в рамках одной технологии и даже в традиционной хирургии, — говорит О.Карпов.

Ультразвук удаляет опухоль

Новейшим высокотехнологичным методом неинвазивного

позволяющий прекратить рост новообразования и добиться в дальнейшем стабилизации, а также уменьшения размеров опухолевых очагов. HIFU целесообразно использовать как вариант окончательного лечения у пациентов с доброкачественными поражениями и как этап комплексного лечения онкологических больных.

НМХЦ им. Н.И.Пирогова первым среди федеральных центров внедрил этот неинвазивный метод абляции опухолей паренхиматозных органов ещё в 2009 г. и в настоящее время занимает лидирующие позиции в Европе по темпам внедрения HIFU, разнообразию её применения и эффективности результатов. Накоплен уникальный опыт применения инновационной технологии у 870 пациентов.

Успешно интегрируется в лечебный процесс технология интраоперационной компьютерной навигации, позволяющей в режиме реального времени получать точную информацию

временных методов и эффективности результатов лечения инсульта и в области нейрореабилитации. Работа клиники для пациентов с нарушением мозгового кровообращения направлена на изучение этиопатогенетических вариантов ишемического инсульта, разработку эффективных схем и методов лечения, профилактику всего спектра цереброваскулярной патологии. Специалисты центра одними из первых в России внедрили методику системной тромболитической терапии при остром ишемическом инсульте. Значительные успехи достигнуты в исследовании кардиоэмболического инсульта.

Полный спектр реабилитационной помощи пациентам из различных регионов России оказывает отделение медицинской реабилитации. Разработаны и успешно внедрены эффективные, во многом пионерские комплексные программы лечения пациентов после инсульта, травм головного и спинного мозга. Применяются инновационные роботизированные технологии, в том числе экзоскелеты, в реабилитации больных после позвоночно-спинномозговых травм.

Мощная диагностическая база центра располагает многими передовыми технологиями. Среди них компьютерные томографы с возможностью применения двух энергий, высокопольные магнитно-резонансные томографы, в том числе с напряжённым магнитным полем 3Т, ангиографы. Широкий парк современных цифровых рентгеновских и ультразвуковых установок, современной лабораторной аппаратуры.

Пироговский Центр — одно из немногих учреждений в Москве, располагающих возможностью проведения комбинированных радионуклидных исследований, методики, сочетающей однофотонную эмиссионную компьютерную томографию с рентгеновской компьютерной томографией, что позволяет одновременно получать данные о функциональном состоянии органов на молекулярном уровне и о точных анатомических деталях. Эта технология обеспечивает беспрецедентную топографо-анатомическую локализацию, определение размера, характера и зоны патологического процесса, в частности злокачественных новообразований.

Разумеется, инновационные технологии не исчерпываются упомянутыми выше, ими буквально пронизана вся клиническая деятельность Пироговского центра, однако формат газетной статьи, к сожалению, не позволяет остановиться на них более подробно.

Прорывные идеи, лидерский дух

Несмотря на то, что вся научная работа в Пироговском центре осуществляется на инициативной основе, творческий потенциал сотрудников весьма значителен. Среди специалистов центра — академик и член-корреспондент РАН, 62 профессора, 51 доцент, 74 доктора наук и 67 кандидатов наук, 2 лауреата Государственной премии РФ,

(Окончание на стр. 12.)



Реконструированное отделение реанимации



Внутренняя площадь Пироговского Центра, в центре клиника сердечно-сосудистой хирургии имени Св. Георгия

в центре. Выполняя функцию лечебно-диагностического подразделения, специалисты отделения применяют чрескожные миниинвазивные вмешательства под контролем УЗИ и рентгенотелевидения, при необходимости — в зависимости от клинических задач и сложности патологии в сочетании с другими МИТ-эндоскопическими, эндоваскулярными (внедрено около 40 видов различных вмешательств).

— Сотрудники отделения трудятся в тесном контакте с эндоскопистами и хирургами, оказывая помощь при возникновении осложнений после тяжёлых опе-

рационного лечения опухолей, основанном на воздействии сфокусированных ультразвуковых волн, без повреждения кожных покровов, окружающих тканей и органов является высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая абляция (HIFU).

Технология нашла своё применение в клинической практике ведущих клиник мира. Совокупный опыт, полученные данные исследований свидетельствуют о том, что в результате дистанционного воздействия высокоинтенсивного фокусированного ультразвука в опухолевом очаге формируется некроз,

об анатомических особенностях зоны операции пациента, состоянии патологии, расположении инструментов и месте операционного вмешательства при его планировании и непосредственно в ходе операции, сопоставлять с намеченным планом и при необходимости вносить коррективы.

Лечение инсульта и уникальная нейрореабилитация

Пироговский Центр входит в число мировых лидеров по разнообразию применения со-

(Окончание. Начало на стр. 1.)

лауреат премии Правительства РФ, 8 заслуженных врачей РФ, 4 заслуженных деятеля науки РФ, 1 заслуженный изобретатель РФ.

По инициативе Ю.Шевченко функционирует отделение фундаментальной медицины Российской академии естественных наук, действительными членами которой являются 23 ведущих специалиста центра. Также по предложению Юрия Леонидовича учёный совет утвердил положение о «Почётном докторе» и «Заслуженном профессоре» Пироговского центра. Почётными докторами стали видные представители медицинской общественности, известные учёные, а наиболее достойные профессора центра были удостоены звания «Заслуженный профессор».

Специалисты НМХЦ им. Н.И.Пирогова принимают активное участие в организации и проведении научных мероприятий, проводимых не только в нашей стране, но и за рубежом. География международных научных форумов и стажировок охватывает более 50 стран.

Центр является организатором крупных российских и международных форумов, проводимых на собственной базе, и ставших уже

События

Наука и клиническая практика — на равных

центра, в состав которого входят 19 кафедр.

За 15-летний период в Институте усовершенствования врачей прошли обучение 34 тыс. специалистов здравоохранения. Ежегодно по программам ординатуры и аспирантуры обучаются порядка 300 врачей различных специальностей.

Материальная база — мечты сбываются

Большое значение в течение этого периода придавалось вопросам капитального ремонта, реконструкции зданий и помещений, строительству новых объектов, благоустройству территории, созданию комфортной среды для сотрудников и пациентов. Благодаря активной

Как велико призвание

На сегодняшний день Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Министерства здравоохранения РФ — это гармонично развивающийся многопрофильный комплекс, предназначенный для оказания медицинской помощи жителям регионов России, основанной на самых современных достижениях медицины, и обеспечении высочайших стандартов качества.

— За эти годы постепенно к нам пришло осознание единого коллектива, объединённого не только памятью о непреходящих ценностях истории, гуманистических врачебных традициях, бережным отношением к наследию русской хирургической школы и учению Н.Пирогова, но и желанием, способностью к совместному воплощению задуманного, — подытоживает О.Карпов. — Коллективу удалось во многом реализовать надежды основателя и президента центра Ю.Шевченко, который ещё в период основания обозначил парадигму Пироговского центра, о чём было уже упомянуто в данной статье. За этот в принципе непродолжительный для федерального многопрофильного учреждения период развития сделано действительно многое.

В НМХЦ им. Н.И.Пирогова 24 ноября состоялось торжественное расширенное заседание учёного совета, посвящённое 15-летию Пироговского центра. Корреспондент «МГ» присутствовал на праздничном мероприятии, в котором приняли участие известные учёные, академики и профессора, директора федеральных центров и начальники госпиталей, военные медики, почётные доктора и заслуженные профессора Пироговского центра, представители медицинской общественности, сотрудники и учащиеся.

Торжественное заседание открыл Ю.Шевченко, который



Генеральный директор Пироговского Центра О.Карпов

напомнил собравшимся об исторических корнях центра, уходящих в историю более чем на 100 лет, остановился на основных этапах организации учреждения, значении поддержки Правительства РФ, Минздрава России, РАН и РАМН в становлении Пироговского центра, а также подчеркнул важную роль сплочённой созидательной деятельности всего коллектива. По окончании вступительной речи прошла церемония вручения мантии, диплома и медали почётного доктора Пироговского

центра: Виктору Морозу — научному руководителю Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии, члену-корреспонденту РАН; Сергею Готье — директору Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, академику РАН; Юрию Белову — директору Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского, академику РАН; Сергею Багненко — ректору Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, академику РАН.

Пироговская премия 2017 г. была пожалована Николаю Яицкому — президенту ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, академику РАН, а премия Юрия Шевченко «За труды и милосердие» — заведующему отделением кардиологии Пироговского центра, доценту кафедры внутренних болезней Института усовершенствования врачей Андрею Гвоздкову.

На торжественном заседании были вручены: Европейский орден Николая Пирогова, медали Теодора Бильрота и Рудольфа Вирхова, подведены итоги конкурса молодых учёных Пироговского центра за 2017 г.

О.Карпов зачитал приказ Минздрава о награждении в связи с 15-летием Пироговского



Переход над городской улицей между корпусами Пироговского Центра

традиционными — по роботизированной хирургии и сочетанным миниинвазивным технологиям (ультразвуковые, эндоскопические, эндоваскулярные), по анестезиологии и реаниматологии, флебологии, медицинской реабилитации, эндоваскулярным технологиям, трансфузиологии, сестринскому делу и целого ряда других конференций, симпозиумов и мастер-классов.

Диссертационный совет при НМХЦ им. Н.И.Пирогова с 2005 г. проводит защиты диссертаций на соискание учёной степени доктора и кандидата медицинских наук по трём специальностям: хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, внутренние болезни.

Модернизация системы подготовки персонала, обучение эффективному взаимодействию в клинической команде особенно при развитии ситуаций, побуждающих к принятию экстренных решений — это важнейшая задача, требующая кропотливой вдумчивой каждодневной работы, направленной на формирование сотрудника, проникнутого традициями, духом и повседневной жизнью Пироговского центра! Эту непростую миссию совместно с дирекцией выполняет Институт усовершенствования врачей Пироговского

поддержке Правительства Российской Федерации и Минздрава был реализован ряд важных программ, в результате чего построен современный лечебно-диагностический корпус клиники грудной и сердечно-сосудистой хирургии им. Св. Георгия с надземным и подземным переходами; возведён надземный переход от КДЦ «Измайловский» до клинического комплекса длиной почти 200 м; построен новый патолого-анатомический корпус с увеличением площади застройки и этажности здания; на территории центра был возведён госпитальный храм Святого Николая Чудотворца как подразделение для духовной и психологической поддержки в составе лечебно-реабилитационного процесса и многое другое.



Робот-ассистированный комплекс Da Vinci



Новый патоморфологический корпус

центра его сотрудников, которые были удостоены 3 Почётных грамот, 23 знаков «Отличник здравоохранения», объявлено 73 благодарности. Стоит отметить, что торжественное мероприятие прошло в очень тёплой и дружеской обстановке.

Устремлённость к дальнейшему совершенствованию в сочетании с бережливостью традиций, глубокой аналитической проработкой перспектив и направлений развития, внедрением инновационных проектов и технологий, повышением эффективности всех видов деятельности, заботой о кадрах — вот основной девиз Пироговского центра на ближайшее время и формула его успеха!

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

В Москве в клинике ОАО «Медицина» состоялась международная научно-практическая конференция «Современные технологии диагностики и лечения немелкоклеточного рака лёгкого». В ней приняли участие онкологи, рентгенологи, химиотерапевты, радиотерапевты, врачи общей практики из различных медицинских учреждений города. Все они по итогам получили сертификаты, поскольку конференция была аккредитована в системе непрерывного медицинского образования.

Подобные мероприятия, проводимые одной из ведущих российских клиник, всегда проходят на высочайшем уровне. Они дают возможность врачам города и области встретиться с выдающимися специалистами и из первых рук получить новейшие научные знания.

Так, заведующий кафедрой рентгенологии и радиологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина, главный специалист по лучевой диагностике Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Игорь Тюрин рассмотрел различные аспекты радиологической диагностики рака лёгкого.

— Рак лёгкого на фоне других злокачественных образований в процентном отношении не занимает ведущих позиций, но по показателям смертности он опережает многие другие онкологические заболевания. Одной из причин этого является то, что почти пятая часть заболеваний раком лёгких выявляется на поздних стадиях. Поэтому не только в России, но и во многих странах мира оно считается фатальным заболеванием, — сказал Игорь Евгеньевич.

По словам И.Тюрина, для выявления, дифференциальной диагно-

Деловые встречи

Главная задача — продлить жизнь пациентов

Для этого нужно использовать все возможности диагностики и лечения



Г.Ройтберг

стики и стадирования рака лёгкого необходимо использование всего арсенала технических средств современной лучевой диагностики. Это и традиционное рентгенологическое исследование, и рентгеновская компьютерная томография, и магнитно-резонансная томография, и ультразвуковые исследования; радионуклидные исследования и позитронно-эмиссионная томография, в том числе в сочетании с КТ (ПЭТ/КТ), а также интервенционные диагностические и лечебные процедуры под лучевым наведением (рентгеноскопия, УЗИ, КТ).

Только комплексное их применение может позволить максимально точно оценить характер опухолевого узла и распространённость процесса.

О том, какие современные методы диагностики сегодня используются в онкологии, и их преимуществах рассказал руководитель центра лучевой диагностики Лечебно-реабилитационного центра Министерства здравоохранения РФ, президент Российского общества рентгенологов и радиологов, доктор медицинских наук, профессор Валентин Сеницын. Он подробно проанализировал вклад компьютерной томографии в скрининг и диагностику рака лёгкого, подчеркнув, что прогресс технологий КТ буквально открыл новую эру. Неслучайно этот вид исследований внесён в принятые в 2015 г. общероссийские рекомендации по ранней диагностике рака лёгкого.

— Главная задача скрининга, — подчеркнул В.Сеницын, — выявление заболевания на той стадии, когда диагностическое вмешательство способно продлить жизнь пациентов и улучшить её качество.

Большой интерес у присутствующих вызвало эмоциональное выступление профессора НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина доктора медицинских наук Аполлона Карсладзе, посвящённое патоморфологической диагностике рака лёгкого.

Своими практическими наблюдениями поделились также сотрудники онкологического центра Sofia клиники «Медицина». В этом центре установлено самое современное оборудование. В том числе первый в России компьютерный томограф Revolution CT производства GE

Healthcare, который, по словам специалистов, позволил вывести диагностику целого ряда заболеваний на принципиально новый уровень.

Радиационный онколог высшей квалификационной категории, радиотерапевт Станислав Захаров на конкретных примерах продемонстрировал возможности высокоточной лучевой терапии в лечении немелкоклеточного рака лёгкого.

Онколог, член RUSSCO и Российского общества онкомаммологов Ольга Вуль сделала разбор клинического случая в рамках доклада «Химиолучевая терапия немелкоклеточного рака лёгкого».

Известный учёный, ведущий немецкий специалист-химиотерапевт, автор немецких протоколов химиотерапии, руководитель клиники онкологии и гематологии в университете Мартина Лютера (Германия), консультант онкологического центра Sofia клиники «Медицина», профессор Ганс Шмоль рассказал о перспективах лекарственной терапии немелкоклеточного рака лёгкого.

Подводя итоги, президент клиники «Медицина» академик РАН Григорий Ройтберг сказал:

«Рак лёгкого является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний. Несмотря на принятие в 2013 г. Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», число заболевших различными формами рака лёгкого постоянно растёт. Может

быть, роль курения как фактора возникновения рака лёгкого требует пересмотра? Может необходимо более тщательно подойти и к другим возможным причинам?»

В нашей клинике мы научились успешно помогать больным с разными стадиями рака лёгкого. У нас хорошая, возможно лучшая в России, диагностическая база, позволяющая диагностировать рак на самых ранних стадиях, а используемая нами лучевая терапия на ранних стадиях по эффективности сопоставима с хирургическим лечением. В ближайшем будущем для лечения, в том числе и метастатического рака, мы планируем внедрить терапию — новейшую методику по снижению метастазов, внедрённую в ведущих клиниках мира.

Тем не менее эффект лечения зависит в значительной мере от того, когда поставлен диагноз. Это подтвердило сегодняшнее мероприятие. Отраднее, что тема современных технологий диагностики и лечения рака лёгкого вызвала большой интерес у профессиональной аудитории.

По мнению Г.Ройтберга, важным аспектом стало и то, что конференция аккредитована в системе НМО. В клинике «Медицина» обучению медиков уделяется серьёзное внимание: ежемесячно проводятся открытые семинары и конференции для врачей Москвы и Московской области; еженедельно для сотрудников проходят лекции о новейших медицинских методиках и технологиях.

— Врач — это та профессия, где останавливаться на достигнутом невозможно, — подчеркнул он. — Более того, я не представляю врача, который бы постоянно не учился сам. Современная наука даёт колоссальные возможности медицине, но использовать их в полной мере может только тот, кто стремится к познанию и развитию.

Алёна ЖУКОВА.

Москва.

Перспективы

Надежда на излечение

Впервые британские врачи смогли устранить врождённый дефект, приводящий к болезни Хантингтона — нейродегенеративного заболевания, поражающего головной мозг.

Экспериментальное лекарство, введённое в спинномозговую жидкость пациентов, без негативных последствий для них снизило уровень токсичного белка, поражающего нейроны головного мозга.

Группа исследователей Университетского колледжа Лондона утверждает, что появилась надежда на излечение от этой смертельной болезни. Эксперты называют проведённые испытания крупнейшим за последние полвека прорывом в лечении нейродегенеративных заболеваний.

Как известно, болезнь Хантингтона (также хорья Гентингтона) — одно из самых тяжёлых заболеваний подобного рода. Основной её синдром — гиперкинез, то есть непроизвольные подергивания мышц. Такой больной не способен контролировать свою мимику, и создаётся впечатление, будто он постоянно кривляется. Бывает также гиперкинез конечностей — непроизвольное сгибание и разгибание пальцев или скрещивание и разведение ног. Заболевание сопровождается деменцией, поражение переходит на кору головного мозга.

Некоторые пациенты рассказывают, что болезнь Хантингтона по своим симптомам — это «Паркинсон, Альцгеймер и нарушение моторики в одном флаконе». Как говорит 51-летний Питер Аллен, находящийся на ранних стадиях Хантингтона и принявший участие в испытаниях лекарства: «Вы впадаете в почти вегетативное состояние, это ужасный конец».

Неизбежная гибель клеток головного мозга при болезни Хантингтона приводит к постепенной деградации организма: ухудшаются моторика, поведение, память и способность больного сохранять ясное сознание. Часто поражает людей в расцвете лет — 30- и 40-летних. Больные обычно умирают в течение 10-20 лет после появления первых симптомов.

В Великобритании около 8,5 тыс. человек поражено этой болезнью. Ещё 25 тыс. человек заболеют, когда станут старше. Болезнь вызвана наличием в ДНК дефектного гена, приводящего к образованию мутантного белка хантингтина, который необходим для развития мозга, соответствующий ген есть в ДНК любого здорового человека. Однако дефектный ген синтезирует токсичный хантингтин, поражающий клетки мозга. Если такой ген есть у одного из родителей, будущий ребёнок наследует его в 50%

случаев. Лечение, применённое группой врачей Университетского колледжа Лондона, направлено на угнетение этого гена.

В ходе испытаний препарат ввели 46 пациентам в спинномозговую жидкость, процедура была проведена в лондонской Национальной клинике неврологии и нейрохирургии.

Врачи не были уверены в результатах эксперимента и опасались, что инъекции приведут к смертельно опасной форме менингита.

Но первые испытания на людях показали, что препарат безопасен для человека, пациенты его хорошо переносят, и, самое важное, в ходе лечения сокращается количество хантингтина в мозгу.

«В течение почти 20 лет я наблюдала множество таких пациентов в нашей клинике, многие из них умерли, — говорит директор Центра по изучению болезни Хантингтона при Университетском колледже Лондона Сара Табризи. — Впервые у нас появилась надежда получить курс лечения, способный остановить или предотвратить развитие болезни Хантингтона».

Врачи, впрочем, пока осторожны в своих прогнозах. Потребуется длительные наблюдения за пациентами, чтобы определить, как в долгосрочной перспективе снижение уровня хантингтина влияет на развитие болезни.

Опыты на животных подсказывают, что улучшение состояния больного возможно. Некоторые моторные функции у животных восстанавливаются в ходе такого лечения.

Юлия ИНИНА.

По материалам ВВС.

ГБУЗ «Торопецкая ЦРБ» (Тверская область, город Торопец) приглашает специалистов:

АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА, ТЕРАПЕВТОВ/ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА, ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА.

✓ Высокая зарплата ✓ Компенсация аренды жилья
✓ Стимулирующие выплаты.

Тел.: +7 (48268) 2-23-42, 2-12-37.

E-mail: crbtoropetc@mail.ru

Почему бы и нет?

Свёкла для оздоровления сердца

Британские учёные установили, что свёкла из-за своего уникального состава в значительной степени улучшает состояние сердечно-сосудистой системы. Это объясняется тем, что она включает в себя большое количество натрия и кальция.

Совокупность этих питательных веществ приводит к полной растворимости кальция в крови. Такая специфика в усвоении свёклы положительно сказывается на состоянии и работе кровеносных сосудов. На этом фоне система кровотока становится более защищённой от влияния негативных факторов и такого специфического процесса, как затвердевание сосудистой ткани.

Свекольный сок выступает в качестве отличного средства профилактики от повышенного кровяного тонуса и иных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Также исследователям стало известно, что регулярное потребление свёклы способствует улучшению памяти при атеросклерозе. Помимо этого, такой продукт обладает общеукрепляющим действием по отношению к

нервной системе — равновесие и спокойствие ЦНС выступает в качестве предупреждения развития сердечных недугов.

На фоне того, что свёкла содержит в себе некоторое количество йода, она считается одним из самых лучших овощей, которые не допускают развитие заболеваний эндокринной системы, а именно щитовидной железы, что, в свою очередь, положительно отражается на работе всех внутренних органов и систем.

Учёные утверждают, что для профилактики нарушения функционирования кровеносных органов следует принимать внутрь в среднем 100 мл сока свёклы примерно 3-4 раза в сутки. Кроме того, не запрещается употреблять в пищу (делать это необходимо не реже одного раза в 2 дня) данный ингредиент в сыром или в варёном виде, например в качестве составной части салатов или первых блюд. Следует отметить, что даже избыточное потребление этого продукта не имеет негативного влияния на организм.

Дина РОЗИНА.

По материалам Daily Mail.

Взгляд

Бросай курить,
вставай на лыжи!

Британские учёные пришли к выводу, что электронные сигареты безопаснее обычных. Специалисты полагают, что отказ от курения в пользу вейпинга в долгосрочной перспективе приводит к существенному снижению употребления связанных с табаком канцерогенов и токсинов.

В исследовании эксперты измеряли потребление вредных сопутствующих веществ теми, кто использует никотиновые пластыри, электронные и обычные сигареты.

По мнению учёных, проведённый ими анализ демонстрирует, что в конечном итоге курение электронных сигарет эквивалентно применению никотинового пластыря. Авторы предлагают отказаться от курения вообще, а начать этот процесс они рекомендуют с перехода на вейп.

Известно, что главная опасность вейпинга кроется в ароматизаторах жидкостей для заправки: термическое разложение содержащихся в них пропиленгликоля и глицерина приводит к высвобождению токсичных веществ (акролеина и формальдегида).

Ну и ну!

Ирландцев
захватила эрекция

Жители ирландской деревни Рингаскидди рассказали о необычном эффекте от соседства с фабрикой по производству препаратов для лечения эректильной дисфункции. По их словам, мужская половина населения испытывает непрекращающуюся эрекцию.

Ирландцы уверены, что за это ответственны «любовные пары», которые завод выделяет в атмосферу. «Как только подует ветер, это сразу же происходит. Мы уже много лет бесплатно получаем лучи любви», — рассказал один из жителей. Его мать назвала фабрику «божьим

благословением» и добавила, что ощущает «что-то в воздухе».

Представители одной из фармкомпаний назвали рассказы жителей деревни «забавным мифом» и заверили, что производство препаратов высокотехнологично и вариант с выделением компонентов в атмосферу невозможен.

При этом некоторые ирландцы откровенно напуганы происходящим: работница психиатрического отделения призналась, что не была в деревне в течение 5 лет и была шокирована, что по улицам гуляют собаки с эрекцией. Она убеждена, что компоненты лекарств попадают в водопровод.

Кстати

Дальше некуда

Французские учёные определили предельные возможности человеческого организма.

Специалисты проанализировали информацию об изменении предельных возможностей человека за последние 120 лет и пришли к выводу, что они уже достигнуты. Без искусственного вмешательства Homo sapiens не превзойдёт достигнутых показателей, таких как продолжительность жизни, рост тела и физическая выносливость.

«За последние 10 лет в некоторых африканских странах рост человека

снижился; это говорит о том, что некоторые общества больше не могут обеспечить достаточное питание для своих детей и поддерживать их здоровье», — полагает соавтор статьи Жан-Франсуа Туссен из Парижского университета.

В настоящее время самыми высокими людьми на планете считаются нидерландские мужчины, чей средний рост составляет 185 см. В рейтинге ожидаемой продолжительности жизни Всемирной организации здравоохранения лидирует Япония (86,8 года для женщин).

Ракурс

Принято считать, что если человек предпринимает попытки избавиться от лишних килограммов, то из рациона следует исключить твёрдые сорта сыров. Однако отказ от потребления такого продукта повышает риски развития сахарного диабета 2-го типа.

Кроме того, такой благоприятный эффект обуславливается тем, что сыры содержат в себе пробиотики, снижающие уровень «плохого» холестерина в крови, а значит, понижают вероятность формирования диабета. Более того, они обогащены витамином D, кальцием и магнием, которые

Немного сыра
не помешает

Американские учёные установили, что даже употребление в пищу нескольких кусочков сыра в сутки позволяет предупредить формирование подобного заболевания, поскольку риски снижаются на 12%.

Отмечается, что суточная норма такого ингредиента составляет всего лишь 55 г как для представителей мужского пола, так и для женщин.

Польза сыра обуславливается тем, что, согласно статистике, примерно 90% пациентов с диагнозом «сахарный диабет 2-го типа» страдают от чрезмерно высокой массы тела, а подобный ингредиент обладает большим количеством питательных веществ, благодаря которым можно добиться быстрого насыщения.

также обладают защитным свойством против этого недуга.

Тем не менее учёные утверждают, что обогащать рацион можно лишь сыром, а от другой продукции, в состав которой входит молоко, всё же придётся либо полностью отказаться, либо свести к минимуму её потребление. Также необходимо принять во внимание суточную норму, которая не должна быть превышена. В противном случае существуют риски возникновения проблем со стороны органов пищеварительной системы. По словам специалистов, в настоящее время это является наиболее простым и одним из самых доступных способов профилактики инсулинонезависимого сахарного диабета.

Бывает и такое

Сам
себе режиссёр

Американские учёные выявили настоящие причины мастурбации: у мужчин это, как правило, связано с нехваткой объёма секса, у женщин — с недостаточным получением удовольствия во время полового акта.

Учёные опираются в выводах на данные, полученные от 7648 мужчин и 8090 женщин в возрастном диапазоне 18-60 лет. Добровольные респонденты ответили на вопрос о частоте мастурбации, о том, когда они достигали самодовольствия в последний раз и насколько они довольны своей сексуальной жизнью.

При анализе данных исследователи обратили особое внимание на такие показатели, как возраст добровольцев, пол, наличие постоянного партнёра.

В результате анализа анкетных данных учёные пришли к выводу, что неудовлетворённые собственной половой жизнью мужчины прибегают к мастурбации в качестве компенсаторного фактора.

Анализ анкетных данных женщин позволил учёным сделать вывод, что чем чаще у респонденток были сексуальные контакты, тем больше они прибегали к самоудовлетворению, выполнявшему в этих случаях, по мнению исследователей, компенсаторную функцию.

Жизнь как она есть

Мартышкин
труд

Неблагоприятная обстановка на работе приводит к психическим заболеваниям и алкоголизму, к такому выводу пришла Всемирная организация здравоохранения и предложила сосредоточить внимание на взаимосвязи психического состояния и условий труда.

Потери производительности, связанные с распространёнными психическими проблемами, такими как депрессия и тревожные расстройства, в современном мире имеют существенные масштабы. От депрессии в мире страдают более 300 млн человек, а от тревожных расстройств — 260 млн.

Недавнее исследование ВОЗ показало, что ежегодно депрессии и тревожные расстройства выливаются в потерю 50 млн лет рабочего времени в пересчёте на человеко-часы. Эта потеря производительности труда обходится мировой экономике в 1 трлн долл. в год. Только в Европе эти потери превышают 140 млрд в год.

Благополучная обстановка на рабочем месте влияет на здоровье и производительность, а негативная рабочая среда может привести к физическим и психическим проблемам, злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Риск развития депрессии, стресса и синдрома «выгорания», связанных с работой, можно значительно сократить, устранив следующие явления: неадекватную политику руководителей в области защиты здоровья и безопасности, плохую внутреннюю коммуникацию и менеджмент, ограниченное участие сотрудников в принятии решений или низкий уровень контроля над собственной областью работы, низкий уровень поддержки сотрудников, негибкий рабочий график, нечётко поставленные задачи или цели.

Если устранить эти факторы, психологический климат в рабочем коллективе значительно улучшится, а риск развития тревожных и депрессивных расстройств, а также алкоголизма заметно снизится. При этом улучшается дисциплина и производительность труда.

Осторожно!

Бактериальный
убийца

Американские учёные обнаружили неожиданные негативные последствия регулярного использования ополаскивателей для рта. Как показали специалисты, они уничтожают находящиеся во рту бактерии, которые препятствуют развитию ожирения и сахарного диабета 2-го типа.

К подобным выводам учёные пришли, проанализировав анамнезы более тысячи человек в возрасте 40-65 лет, у которых наблюдались ожирение и склонность к развитию сахарного диабета. Оказалось, что риск появления последнего заболевания у участника данной выборки возрастал до 20%, если он пользовался ополаскивателем раз в день, и до 30%, если два раза в сутки.

Учёные отметили, что используемые в ополаскивателях антибактериальные вещества, как правило, уничтожают не только опасные, но и полезные для организма микробы. В частности, те, которые вырабатывают оксид азота, принимающий участие в обмене веществ и регуляции уровня сахара в крови.

Подготовила Софья РУШАНСКАЯ.

По информации EurekAlert!, who.int, The Telegraph, Archives of Sexual Behavior, The Irish Post, Frontiers in Physiology, Daily Mail.

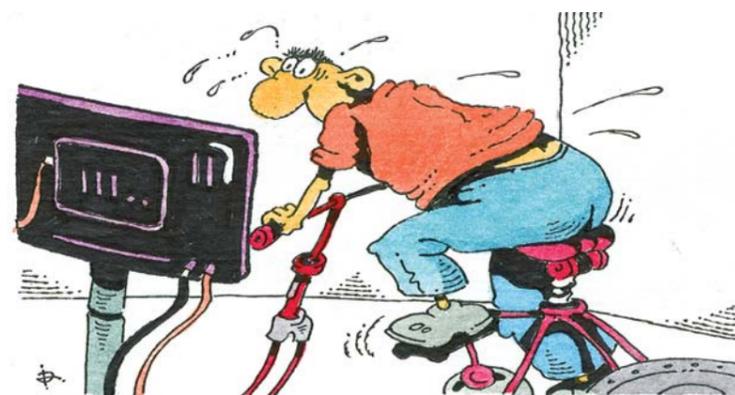
Исследования

Специалисты из Вермонтского университета (США) установили взаимосвязь между просмотром телевизора и рисками возникновения тромбозов. Чем больше времени люди проводят за таким видом отдыха, тем более высокими будут шансы развития подобной проблемы.

Уже давно известно, что времяпрепровождение перед телевизором негативно сказывается на состоянии и функционировании сердечно-сосудистой системы. Однако связь от просмотра ТВ и появления венозного тромбоза была выявлена лишь недавно. Ранее считалось, что заболевание возникает у лиц старше 60 лет, но в последнее время возраст пациентов значительно снизился.

Новое научное изыскание указало на то, что даже физическая активность не может устранить

Опасное телевидение



весь негатив, который получает человеческий организм во время просмотра телевизора. В исследовании, подтверждающем такую информацию, приняли участие

более 15 тыс. людей в возрасте от 25 до 65 лет. Учёными был проведён опрос каждого добровольца и анализ статистики. Благодаря этому стало известно, что те, кто

проводит больше 5 часов в сутки перед телевизором, примерно в 2 раза чаще получают диагноз «венозный тромбоз» по сравнению с теми, кто смотрит ТВ очень редко или же вовсе не имеет такой привычки.

Отмечается, что этот феномен связан не с влиянием непосредственно телевизора, а с тем фактом, что люди предпочитают осуществлять перекус во время такого отдыха и находятся в сидячем положении на протяжении длительного времени. Авторы исследования рекомендуют смотреть телевизор, занимаясь на тренажёре, и следить за своим рационом. Кроме того, учёные указывают, что на формирование тромбов влияет времяпрепровождение за компьютером.

На конверте одного из альбомов группы «Битлз», вышедшего в 1967 г., помещены портреты выдающихся людей нашего времени, среди которых М.Дитрих, Б.Дилан, К.Юнг, З.Фрейд, Э.По, К.Маркс, М.Монро, А.Эйнштейн... Изображён здесь и немецкий композитор Карлхайнц Штокхаузен. Чем он заслужил такую высокую оценку?

«Перекрёстная игра»

Дед композитора был военным, славился здоровьем и суровым нравом. Отец преподавал музыку. Мать Штокхаузена была больна психически. Незадолго до войны её госпитализировали. А 1 сентября 1939 г. А.Гитлер издал приказ о реализации национал-социалистической программы эвтаназии: «Неизлечимо больным лицам должна быть дарована милосердная смерть». С января 1940 г. по сентябрь 1942 г. в Германии было уничтожено более 70 тыс. пациентов психиатрических больниц. Отец Карлхайнца получил урну с пеплом жены.

В 1951 г. маленький Штокхаузен с отличием окончил школу музыки Кёльна. Его дипломной работой стала композиция «Перекрёстная игра», ознаменовавшая появление абсолютно сформировавшегося композитора. Важным событием в жизни юного сочинителя стала электронная музыка. Он заинтересовался идеями физика-экспериментатора В.Мейер-Эплера, изучавшего синтезированные звуки и речь, и композитора Г.Аймерта, возглавлявшего электронную студию Кёльна. Аймерт считал профанацией перестановку привычных акустических звуков, полагая, что электронную музыку следует создавать в студии, добиваясь «чистого» существования за пределами известного и обыденного. Концепция музыки как объективной истины, лежащей вне субъективности, свойственной человеку, пришлась Штокхаузену по душе и, трансформируясь в дальнейшем, так или иначе сопровождала его всю жизнь. Методологией композитора стала работа не со звуком как таковым, но с отдельно взятыми параметрами его измерения. Строгой – едва ли не математической – организации были подчинены высота звука, его длительность, громкость, тембр. Субъективные эмоции исключались – их место занял аналог почти религиозного переживания объективной истины. Музыка Штокхаузена стала высокотехнологичной: все эти провода, микшеры и пульта плотно обосновались в арсенале композитора, в котором появлялось всё больше новых тембров и оттенков – часто не только за счёт возможностей электроники, но и благодаря звукам совсем уж немusыкального генезиса.

Довольно быстро Штокхаузен обрёл известность, став одним из ведущих композиторов-авангардистов. Правительство и частные фонды ФРГ, стремившиеся реабилитировать реноме страны, поддерживали его как лидера немецкого музыкального авангарда. Начались мировые турне. На всемирной выставке в Осаке композитор сконструировал музыкальный павильон: зал, выстроенный в форме шара, вмещал 550 человек.

В 1953-1956 гг. Штокхаузен изучал фонетику и теорию коммуникации в Боннском университете. В эти же годы он написал «Пение отроков», возможно, наиболее оригинальный электронный свой опус. Сюжет – казнь юношей Седраха, Мисаха и Авденага (Книга пророка Даниила), которых Навуходоносор бросил в печь за отказ поклониться золотому идолу. В основе композиции – запись мальчика-хориста, поющего «Славься, господь!» Водопад электронных звуков – от взрывов синтезированного шума до звуков, похожих на человеческий голос, – заполняет зал. Ребёнок и машина имитируют друг друга, интегрируя естественный и искусственный миры, формируя звукового киборга.



Болезни великих

Технократическая месса

10 лет назад не стало немецкого композитора Карлхайнца Штокхаузена

В 1957 г. Штокхаузен закончил опус «Группы». Кульминацией были канонада барабанного боя и стена шума, выстраиваемая тремя оркестрами (109 инструментов), играющими нечто напоминающее будущий фри-джаз или авангардный рок – задолго до их возникновения.

«Божественный ребёнок»

В 1967 г. Штокхаузен развёлся с женой (их брак начался ещё в студенчестве), вступив в союз с художницей М.Бауэрмайстер, картины которой он считал «отражениями эзотерических переживаний молекулярного космоса». Композитор долго путешествовал по Мексике, постигая религиозные практики ацтеков и майя. Этот период завершился созданием опуса, где в течение 70 минут исполняется единственный аккорд, в котором, как сказал композитор, «отражена её манера смеяться». В 1968 г. Мария оставила Штокхаузена. В течение длительного времени он был близок к суициду.

В 1969 г. композитор основал издательство Stockhausen Verlag, где издавались его партитуры, книги, диски, буклеты, проспекты, программы... Штокхаузен написал 10 томов текстов о музыкальной композиции, теории музыкального времени, психологии восприятия и пр.

С 1977 по 2003 г. композитор работал над гепталогией «Свет» – циклом из 7 опер, каждая из которых получила название дня недели. В нём участвуют видимые и невидимые хоры, оркестр, балет, миманс... Части цикла трактованы как структура универсума: Понедельник – день Зарождения, Вторник – день Войны Хаоса и Провидения, Среда – день Согласия этих сил, Четверг – день Познания сил и Выбора пути, Пятница – день Искусшения и Покаяния, Суббота – день Смерти и Трансформации, Воскресенье – день Полёта и Растворения в свете. В основу либретто легли мифы, верования и сказания этносов мира.

Штокхаузен писал: «До 1960 г. я был человеком, который соотносился с Богом и Космосом через католицизм. Эту религию я выбрал, чтобы противопоставить себя моде преуспевающих интеллигентов на послевоенного Сартра: все мои коллеги были и есть полные нигилисты. Затем я соприкоснулся со многими религиями. В Японии я

молился Будде, хотя крещён христианскому Богу; затем богам майя и ацтеков; я жил на Бали и Цейлоне и почувствовал, что все религии – стороны одного лица. Для меня ничто немислимо без универсального Духа, который управляет целым. Я же – часть этого целого и Божественный ребёнок».

Теперь композитора интересовал «...весь чудный мир материи в его многообразии, всё, что было открыто в области материи от строения атома до Солнечных систем». Штокхаузен уподобил законы музыкальной композиции законам существования Вселенной, а музыку назвал «искусством формировать колебания и вибрации, связывающие атомы с галактиками».

Свой цикл композитор рассматривал, как проекцию собственной личности на всеобщие объективные законы мироздания. В гепталогии три персонажа: Михаэль, руководящий дух Универсума, противостоит Люциферу; Ева, женский дух, является судьёй и посредником между ними. Каждый герой имеет по три воплощения – певец, музыкант-инструменталист, танцовщик. Ни один из оперных театров пока что не преуспел в постановке цикла. Немудрено: «Среда» предполагает полёт музыкантов со струнными инструментами на вертолётах. Для «Пятницы» нужны двенадцать объектов, летающих, как ракеты; лунный женский лик; гигантский шприц; огромная точилка в виде женщины: карандаши четырёхметровой высоты; мужчина-карандаш, проталкиваемый в точилку; огромный ворон, летающий вокруг женского гнезда. В «Воскресении» в зале должны выпускаться запахи, представляющие дни недели.

В 2002 г. с военного аэродрома близ Амстердама взлетели 4 вертолёта воздушной команды Grasshoppers. В каждом из них сидел участник струнного квартета Arditti. Машины летели над каналами и улицами Амстердама, спускаясь, поднимаясь, набирая скорость и замедляясь, согласно партитуре. Телевидение показывало видеоряд, радио воспроизводило звук: струнные инструменты и рёв моторов, отфильтрованные и смикшированные Штокхаузенем. В финале вертолёты приземлялись, музыканты и пилоты входили в зал, делясь впечатлениями о полёте и музицировании. (Музыка была написана гораздо раньше, чем исполнена – примерно тогда же, когда снимался

фильм Ф.Коппола «Апокалипсис сегодня», в котором вертолётная атака сопровождалась музыкой Р.Вагнера – не знаю, кто тут был пионером идеи: возможно, она просто носилась в воздухе, соседствуя с вертолётами американского режиссёра). Квартет был частью общей идеи Штокхаузена: «Всё моё творчество – и прошлое, и настоящее, и будущее – может быть представлено как работа над одним единственным сочинением».

Немузыкальные звуки в качестве музыкальной составляющей появились в арсенале композиторов достаточно давно, например в виде элементов весёлой аранжировки, как у И.Штрауса – то мо-

дыме (Б.Пастернак). Штокхаузен увидел отражение солнца во фрактальном осколке зеркала и понял их тождество.

Но термины «парадоксальность», «символизм», «инакомыслие» (которое, замечу, следует трактовать не как плоское политическое диссидентство, но как мышление, опирающееся на критерии, не являющиеся привычными для обывателя) в полной мере принадлежат и к сфере психиатрии, обозначая важные симптомы, могущие быть диагностическими аргументами. Объединение Штокхаузенем живой музыки с неживыми звуками, генерированными при посредстве технических устройств, тоже может вы-

зывать ряд вопросов клинического содержания. Генетика, переданная по материнской линии, усиливает подозрение, которому подыгрывает мистицизм последних лет жизни композитора, считавшего, что он уже «много раз жил прежде» и настаивавшего на своём инопланетном происхождении. Даже в грандиозности его музыкальной мысли можно усмотреть элементы парафренических идей величия, ибо Штокхаузен выстроил персональную конструкцию Вселенной, считая её универсальной и абсолютно верной, не обращая внимания на то, что она вовсе не совпадала с общепринятыми моделями. В этом же смысле можно обратиться к «Божьему ребёнку», как называл себя Штокхаузен. Да и гепталогия композитора вызывает явные аналогии с семью днями творения. Однако если знать философскую концепцию маэстро, многое станет понятным и по-своему логичным. Но всё это может выглядеть патологичным.

Персональная конструкция Вселенной

Формула цикла «Свет» занимает одну страницу нотного текста. Она может быть исполнена за 60 секунд. Это почти полный аналог молекулы ДНК: композиция строится по принципу организма, вырастающего из эмбриона, который изоморфен сам себе на всех этапах развития. Концепция состоит в том, что в процессе исполнения цикла происходит интеграция элементов, которые сопоставимы с целым – из него они исходят, к нему же и стремятся. Формула множится в бесконечном количестве вариантов. Это напоминает фрактальную геометрию.

Фрактал – математическое множество, обладающее свойством самоподобия (объект, полностью или примерно совпадающий с частью себя самого: целое имеет ту же форму, что и одна или несколько частей такого объекта). Термин «фрактал» был введён в обиход Б.Мандельбротом в 1975 г., получив известность с выходом в 1977 г. его книги «Фрактальная геометрия природы».

Особую популярность фракталы обрели с развитием компьютерных технологий, позволивших визуализировать эти структуры. Фракталом может называться предмет, обладающий, например, таким свойством, как нетривиальная структура на всех масштабах. Многие объекты в природе имеют свойства фрактала: облака, кроны деревьев, снежинки, сеть кровеносных сосудов...

Парадоксальность идей композитора, непривычные формы воплощения его замыслов, символизм, свойственный его либретто, и сама грандиозность концепции Штокхаузена свидетельствуют о его нетривиальном мышлении, которому были чужды музыкальные каноны. Он увидел фрактальные «деревья – в столбах» (Б.Гребенщиков), фрактального Лаокоона – во фрактальном же

Архангельск.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент
Северного государственного
медицинского университета.

Юрий Корначев, старший следователь прокуратуры, вошёл в камеру изолятора и, позвонив по внутреннему телефону, попросил вызвать на допрос обвиняемого Сергея Ардашева.

В полутёмной квадратной комнате находилось минимум необходимого: стол, три ввинченных в пол табурета, урна, лёгкая алюминиевая пепельница. Напротив обитой железом тёмно-зелёной двери с традиционным глазком почти под потолком вытянулось узкое зарешеченное окно, в нём мрачным пейзажем застыл клочок серого низкого неба.

В ожидании Ардашева следователь выложил на стол уголовное дело в казённой желтоватой папке, несколько листов бумаги, авто-ручку, пару карандашей. Потом достал пачку сигарет и закурил, обдумывая тактику предстоящего допроса. Конвойные ввели Ардашева, светловолосого, коренастого крепыша в синем адидасовском костюме. Усиленные занятия бодибилдингом вкупе с таблетками и уколами превратили парня в суперкачка, время от времени выступающего на соревнованиях и демонстрирующего накачанное фармакологией мускулистое тело в сомнительных ночных клубах и казино.

Вот и сейчас, плотно усевшись напротив худощавого Корначева, он равнодушным взглядом окинул стол, вскрытую пачку сигарет. Вопросы большинству молодых людей его возраста Ардашев не пил и не курил. Это, нечего скрывать, значительно осложняло для следователя их чуть ли не ежедневные беседы.

– Ну-с, Сергей Васильевич, что нового? – осведомился Корначев. – Придётся повторить, что лишь чистосердечное признание смягчит вашу вину.

– В тот день, о котором говорите, меня вообще не было в городе, – в который раз настаивал Ардашев. – После обеда я тренировался на базе «Локомотива», потом там же отсыпался до утра.

– Так-то оно так, Сергей, да не совсем. С 11 до 2 ночи ты на базе отсутствовал. Установлено точно, даже знаем, кто и когда подвозил тебя до автостоянки, где ты взял «шестёрку» Нечаева.

– Больше 3 месяцев прошло, гражданин следователь. Нечаев меня с кем-то путает.

А ещё был случай...

Съел шоколад — и порядок!



– Что ж, не хочешь говорить правду, Сергей Васильевич, твоё дело, – взглянул на часы Корначев. – Время к обеду, перекусим, потом продолжим.

– У меня просьба, гражданин следователь. Третью неделю не разрешают передать.

– Помнится, ты в прошлом месяце на 20 килограммов написал. Отъедаешься, чтобы не терять силу? Ладно, так и быть, давай список. Посмотрим, что к чему.

В столовой, расположенной в административном корпусе, Корначев прошёл к уголовному столу. Настроение не из лучших: в который раз допрос ничего не дал. А начальство торопит – дело по нынешним меркам средненькое, осталась всего неделя до окончания срока следствия. Там придётся ехать в область – продлевать, что есть явный минус в его, Корначева, работе.

...Признайся Ардашев – и преступление можно считать раскрытым. Но тот стоит на своём, отрицая даже доказанные факты.

Случай из тех, который и в нынешние, не лучшие времена, принято называть кражей со взломом.

Отпив с полстакана невкусного компота, из, казалось, доисторических сухофруктов, Юрий Владимирович взглянул на часы.

«Ещё на минут 20 можно расслабиться, – прикинул он. – Перекурю, прежде чем тянуть эту волюнку».

Наверное, стоит пойти на крайний способ, который предлагают оперативники. Перевести Ардашева в другую камеру, подсунув туда опытного операгента. В новых условиях, возможно, качаться перестанет, проговорится. Впрочем, что он из продуктов запросил?

Корначев выложил список на стол. Написано коряво, красной шариковой ручкой, да ещё с опечатками. Видно, сносной грамотностью, в отличие от силы и завидного упрямства, Ардашев не обладал. Ого, губа не дура! Указано 9 предметов: колбаса копчёная, сыр, икра лососёвая, лимоны, шоколад, «Сникерсы», сальцо с чесночком.

Похоже, прибавку к тюремному рациону качок вознамерился получить солидную. И продукты все высококалорийные, в основном дорогостоящие. «Значит, есть у родных деньжата, – прикинул следователь. – Что-то, а поесть мой Сергей Васильевич обожает. Надо же – сало с чесночком. И «Сникерсы»».

Нечто вроде догадки, нетривиального хода пришло в голову Корначеву: «Сладкое! Так он сладкоежка!.. А это почти как наркоман...»

Ардашев не курит, не употребляет спиртного. Выходит, у него кайф, свои способы наслаждения. «А это может быть и зависимость? – подумал Юрий Владимирович. – А если попробовать. Риска никакого... Хотя допрос придётся отложить».

Следователь прошёл к дежурному по изолятору, расписался в спецжурнале. Затем он заполнил бланк о доставке Ардашева на завтра к 11 в прокуратуру.

В своём кабинете Юрий Владимирович чувствовал себя куда увереннее. Пусть он чуть меньше той мрачной пустой комнаты в следственной тюрьме, но здесь его второй дом. Чистый воздух от небольшого теннистого сквера за окном, есть всё необходимое для работы – компьютер, магнитофон, солидная юридическая библиотека.

Ровно к 11 доставили Ардашева. На кистях наручники, слишком узкие для мощных развитых запястий. Заметив, что парень трёт затёкшие пальцы, Корначев попросил конвоира снять наручники. Тот выгнул связку ключей, без особой охоты разомкнул замки.

– Вчера, Сергей Васильевич, я не всё успел записать, – начал Корначев. – Продолжим разговор, но вначале о вашей просьбе. Лично я не против всего этого, – он

коснулся списка, лежавшего перед ним, – прокурор не подписывает. Тут, говорит, целый мини-маркет, разве что баночного пива не хватает. Оставил колбасу, майонез, лимоны, пару бутылок воды.

– Это всё?
– Всё. Сам понимаешь, Сергей – прокурор, не в моих это силах.
– Буду жаловаться адвокату.
– Ваше право. Пусть напишет ходатайство прокурору...

В кабинет быстро вошла секретарша. Девушка выложила перед Корначевым пачку бумаг:

– Извините, Юрий Владимирович, шеф просил срочно подписать почту на отправку.

В ожидании она отошла к окну, достала что-то из кармана брюк. Мгновение спустя в её руке оказался продолговатый батончик «Сникерса». Она сорвала обёртку, с явным наслаждением начала есть, присев на стул, предложенный конвоиром.

Когда секретарша встала, чтобы забрать документы, следователь перехватил мимолётный, весьма откровенный взгляд Ардашева. Он жадно, если не сказать плотоядно, пожирал глазами, но не стройные ноги в туго обтянутых джинсах, а шоколадку, которую девушка доела на ходу.

Задав Ардашеву несколько вопросов, Юрий Владимирович расслабился, откинулся на спинку кресла.

– Извините, Сергей, чуть передохну. С утра во рту ни маковой росинки. Выпью чайку, там и продолжим. Может, составите мне компанию?

Корначев достал из нижнего ящика стола кипятильник, опустил его в стакан с водой, налил из графина. Но прежде кипятильника и воды рядом оказался батончик «Сникерса», который следователь извлёк из приоткрытого сейфа. На полке, будто на витрине, лежали ещё две шоколадки в привлекательных цветных обёртках.

...Час спустя подозреваемый Сергей Ардашев превратился в обвиняемого, дав подробные показания по дерзкому ночному налёту и убийству сторожа кафе.

Реклама: «Сникерс» съел – и порядок!», возможно, впервые сработала настолько эффективно.

Марк ФУРМАН,
судебно-медицинский эксперт,
кандидат медицинских наук.

Владимир.

Запаянный сосуд	Гараж, актер	Урфин ...	СКАНВОРД										Звезда, Б. Медведица	Для патროнов							
		Слабительное	Депардье	Покров	Риспекдон	Никарагуа							Тимолол	Нота	Петля на тросе (мор.)	Площадка на лесах					
Остин, роман	Родина Боттичелли						"Последняя ... , Островский	Свиридова	Коперник	Англ. композитор					Некрасов, стих.	Фигура, городки					
			Народ, Мексика	Табун	Набор хромосом	Вирусный гепатит							Имба у мордвы								
Сцепление	Деньги, ЮАР	Пушок на ткани		"Кафе в Арле"				Литер. язык иранцев	Датский иммунолог					Чудо-вище	Жерлянка						
			Горение без пламени			Благородный газ			Санитарка	Антилопа											
Амур, пробковое дерево	Призрак	Оптич. искажение		Егип. богиня			"Вишн. сад", перс.														
			Колючий кустарник			10 млн. (древнерус.)															
Автор Валерий Шаршуков		Наруж. сторона предмета		Боровичи, река			Существительное														
										Д К У Р А Й В И Т А Б А К Т И Н Т А Р Х П Р Ю Д И Н О А В О У Ф Т О Р Л А Н Ц Е О К И А Н Г Р Р В С У Е Б О Р А И Н Е Л Ь С О Н Д Л О Б У Р О Ж Ь Д У Х Р Я А В А Р Л А М М А Т Ь И М Т О Ж Е Б А Р Д Е М С Т В О Л Р С Т О К С Н И О Р И С С Е Т К Р И В А Я											

Ответы на сканворд, опубликованный в № 95 от 15.12.2017.

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

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

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

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-11-00299 Тираж 23 976 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

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

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