# 1 Марта 2017 2. Профессиональное врачебное издоновано в 1893 году. Выходит по средам и пятне распространяется в России и других страна мужи. mgzt

Nº 15 (7733)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Имена и сидьбы

# Он сделал дальнюю Россию зрячей

Более 450 тыс. операций выполнено за годы существования Хабаровского филиала «фёдоровского» МНТК



Мы приближаемся к знаменательной для всех офтальмологов мира дате - 90-летию со дня рождения академика С.Фёдорова, чья известность давно перешагнула пределы его специальности.

Святослав Николаевич был не только великолепным микрохирургом, создавшим целый ряд новых направлений в офтальмологии, учёным, впервые сделавшим её точной наукой. Он явился также прекрасным организатором, сумев На обследовании методом оптической когерентной томографии

основать первую в мире систему клиник МНТК «Микрохирургия глаза». Ещё это яркий политический деятель, стремившийся донести до соотечественников умозаключение: качество человеческого труда и истинно хозяйское отношение к делу есть тесно взаимосвязанные

Будучи коренными дальневосточниками, уроженцами с берегов Амура, отдавшими офтальмологии более 40 лет жизни, мы задумались: а какова роль Святослава Фёдорова в развитии офтальмологии на территории нашего региона? И есть ли таковая вообще, как и чем её измерить? Ведь Дальний Восток России значительно удалён от центра страны, как никакой другой регион. По этой, да и по другим объективным причинам сюда гораздо позднее докатываются различные новшества.

(Окончание на стр. 6-7.)

### Университет выпускает свой журнал

В Алтайском государственном медицинском университете начинает издаваться журнал «Бюллетень медицинской науки». Его представление состоялось на днях в вузе. Издание АГМУ включено в Российский индекс научного цитирования.

Первый номер будет включать статьи ведущих учёных АГМУ, других научных и образовательных организаций, а также тезисы докладов молодых учёных с конференциий.

Выходить журнал будет на русском и английском языках. Переводом статей на иностранный язык займётся отдел международного сотрудничества научного управления. Для обучающихся и преподавателей АГМУ перевод будет осуществляться бесплатно.

О целях и направлениях развития нового научного издания рассказал проректор по научной работе и инновациям доктор биологических наук профессор А.Жариков:

- Публикации в журнале станут одним из факторов для роста творческой активности профессорскопреподавательского состава вуза и повышения наукометрических показателей сотрудников университета. В перспективе планируется вхождение издания в перечень рецензируемых ВАК журналов. В этом случае оно обеспечит необходимое и достаточное качество публикаций для защиты диссертаций аспирантами и преподавателями вуза. Кроме того, деятельность издания будет способствовать развитию внутрироссийского и международного научного сотрудничества АГМУ.

> Елизавета ГУНДАРИНА, внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Тереза КАСАЕВА,

заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России:

Постараться свести туберкулёз «в минус» задача достойная. И, прежде всего, она по плечу молодым.





Владимир ИВАШКИН, главный гастроэнтеролог Минздрава России, академик РАН:

У всех медикаментов должны быть чёткие показания к применению.

Cmp. 10

Олег МИНУШКИН, заведующий кафедрой терапии и гастроэнтерологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, профессор:

Мы обязаны так или иначе реагировать на рекомендации своих зарубежных коллег <mark>и вводить их в отечественные</mark> стандарты.

Cmp. 11



#### Cmamucmuka -

## Медики остро нуждаются в защите

пределилось количество врачей, которые сталкивались (54%) и не сталкивались (46%) с агрессивным поведением и угрозами пациентов или их родственников. При этом в поликлинике с подобным поведением встречались несколько чаще (59%), чем в стационаре (52%). Такие результаты были получены в ходе опроса, проведенного исследовательской компанией MAR CONSULT среди врачей в 40 регионах России.

Восемь из десяти докторов поддерживают введение уголовной ответственности за нападение на медицинских работников, при этом среди амбулаторных врачей (работающих в поликлиниках) сторонников ужесточения ответственности абсолютное большинство - 95%, среди докторов, работающих в стационаре в больницах, таких меньше - 75%.

Четверть всех поддерживающих ужесточение наказания за нападение объясняют это тем, что

Почти поровну рас- врачи должны быть защищены и чувствовать безопасность. Пятая часть докторов обосновывают свою позицию тем, что участились случаи агрессии и неадекватного поведения пациентов и их родственников. Пациент должен осознавать ответственность за подобное поведение, считают 16% опрошенных. И десятая часть считает, что должно быть уважение к профессии, так как врачи спасают жизни.

> Что интересно, большинство тех, кто не поддерживает введение уголовной ответственности, не смогли объяснить свою позицию (76%). Однако на позицию врачей по проблеме влияет личный опыт: среди тех, кто не поддерживает введение уголовной ответственности, подавляющее большинство лично не сталкивались со случаями агрессии пациентов или их родственников (91%).

> По мнению врачей, в среднем 17% случаев агрессию провоцирует сам медицинский работ-

> > Ирина АНДРЕЕВА.

#### Новости

#### Новая медицинская специальность

В России появилась новая медицинская специальность – «бакалавр школьной медицины». Об этом сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на инвестиционном форуме «Сочи-2017».

«Бакалавр школьной медицины – это медработник среднего звена, который получает совершенно особое образование», – цитируют главу Минздрава России информационные агентства. По словам министра, в его обязанности входит контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм в школе и наблюдение за здоровьем учащихся.

Соб. инф.

#### Дешевле в шесть раз!

Как сообщает Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, в 2016 г. рост цен на препараты из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) сократился в 6 раз по сравнению с предыдущим годом.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 277н от 27.05.2009 с мая 2009 г. Росздравнадзором ежемесячно осуществляется мониторинг цен и ассортимента лекарственных препаратов в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях. По итогам 2016 г. розничные цены амбулаторного сегмента увеличились на 1,4% (в 2015 г. увеличение цен составило 8,8%), что значительно ниже официального уровня инфляции.

В ценовой категории препаратов до 50 руб. в 2016 г. розничные цены увеличились на 1,6% (в 2015 г. цены увеличились на 16%). Уровень закупочных (оптовых) цен по итогам 2016 г. составил 1,9% (в 2015 г. цены увеличились на 10,1%). Уровень фактических отпускных цен производителей по итогам 2016 г. составил 1,6% (в 2015 г. увеличение цен составило 8,9%).

Закупочные цены на ЖНВЛП госпитального сегмента по итогам 2016 г. повысились на 4,4% (в 2015 г. увеличение цен составило 8,9%).

В то же время розничные цены на лекарственные препараты, не включённые в перечень ЖНВЛП, выросли в 2016 г. на 7,4% (в 2015 г. – на 19,5%).

Яна ГЛАЗКОВА.

### **Импортозамещение** достижимо

Одна из исследовательских компаний провела опрос эндокринологов в 50 регионах России, чтобы определить соотношение назначений отечественных и зарубежных лекарств пациентам за последние 3 месяца.

В общем количестве назначений препаратов доля отечественных лекарств составила 40%, импортных – 30% и ещё 30% – это назначения по международному непатентованному названию (то есть в аптеках пациент может купить или получить препарат как отечественного, так и зарубежного производства). При этом, по мнению эндокринологов, почти две трети назначений импортных препаратов можно было бы заместить отечественными. Таким образом, 13% нельзя заменить отечественными аналогами. Соответственно, при устойчивом спросе на импортозамещение 87% назначений в сегменте эндокринологии может принадлежать отечественным производителям. Хотя более половины эндокринологов (58%) убеждены, что при отсутствии зарубежных аналогов цены на лекарства российского производства могут повыситься, 34% считают, что цены не изменятся и 8% затруднились оценить изменение стоимости.

Павел ЛЕОНИДОВ.

### **Медицинский туризм** набирает обороты

В рамках участия в Российском инвестиционном форуме, который проходит в эти дни в Сочи, губернатор Астраханской области Александр Жилкин дал интервью журналистам.

Кроме прочего, он ответил на вопрос инвестиций в человеческий капитал в сферах образования и медицины.

А.Жилкин сказал, что сегодня в регионе наступило то время, когда грамотные вложения в гуманитарную и социальную сферы, которые регион активно делал в последние 8-10 лет, стали давать свои плоды.

В частности, в региональном здравоохранении за эти годы произошли глобальные изменения: открытие и успешная работа одного из лучших в стране федеральных кардиоцентров, модернизация и технологическое обновление областных онкодиспансера и диагностического центра Александро-Мариинской областной клинической больницы, которые привлекают потенциальных пациентов не только со всего юга России, но и ближайших соседей региона по Каспию из Казахстана, Азербайджана, Туркменистана.

Согласно итоговым данным, которые озвучил А.Жилкин, в 2016 г. поток так называемого медицинского туризма в Астраханскую область составил 85 тыс. человек. По мнению главы региона, потенциал этого сегмента местной системы здравоохранения весьма перспективен, что уже ощущается за последнее время

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астрахань.

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

#### Здоровая жизнь —

# Весело провожая зиму

Медицинские работники на своём примере демонстрируют активное отношение к жизни



После лыжных забегов хорошего настроения не занимать

«Здоровье — это труд. Без движения жизни нет. И мы, специалисты сферы здравоохранения, должны действовать по принципу «Начни с себя». Можно сколько угодно говорить лозунгами, но пока сам не пойдёшь — никто за тобой не пойдёт», — так говорят медики Тюменской области.

В недавние выходные врачи, медсёстры, санитары и фельдшеры, а также другие работники больниц и поликлиник вместе со своими семьями встретились на лыжной базе спортивной школы № 2, чтобы всем дружно устроить прогулочный забег.

К данной акции присоединились сотрудники Департамента здравоохранения администрации Тюмени, местных поликлиник.

В зимнем «маршруте здоровья» приняли участие более 350 медицинских работников вместе со своими семьями, а это без малого 31 медицинская организация. Кроме этого, к акции присоединились территориальный фонд ОМС и Росздравнадзор. Больше всего участников было из областной инфекционной клинической больницы и областного противотуберкулёзного диспансера. Вот что рассказала Ольга Черкасова, главный врач инфекционной больницы: «Участие в таких акциях

даёт очень многое – это и поддержание здорового образа жизни, и сплочение коллектива, и просто общение с коллегами на свежем воздухе».

Перед самыми массовыми стартами - забегом на лыжах и скандинавской ходьбой - со всеми участниками провели разминку и инструктаж, ведь спорт - это здоровье, а значит к любой нагрузке нужно подходить обдуманно. Многие участники взяли свой спортивный инвентарь, так как в свободное время регулярно устраивают зимние прогулки. Но благодаря участию в организации Департамента по спорту и молодёжной политике Тюмени все желающие были обеспечены и лы-

жами, и палками для скандинавской ходьбы, что и позволило приобщиться к здоровому образу жизни как можно большему числу участников.

На последнем забеге всем участникам вручили так называемые паспорта здоровья. Теперь всегда, принимая участие в таких совместных мероприятиях, каждый медработник будет получать отметку – в итоге будет видно, кто больше всего уделяет внимания своему здоровью.

Александра МАЛЫГИНА, внешт. корр. «МГ».

Тюмень

#### Профилактика —

# **Автопоезд снова вышел в путь**

В этом году автопоезд «Здоровье», ставший «спасением» для жителей самых отдалённых районов Алтайского края, начал работать по-новому. Трёхуровневую систему обследования и сопровождения пациентов недавно смогли на деле оценить жители Ребрихинского и Панкрушихинского районов.

На первом этапе скрининговый осмотр теперь осуществляется силами мобильных бригад, сформированных из специалистов Центральной районной больницы, ФАПов совместно с центрами здоровья. Осмотры охватывают максимум населения, при этом особое внимание уделяется жителям небольших и отдалённых населённых пунктов, кто не всегда может добраться до райцентра.

Те, кому диагноз поставить не удалось, или если возникли подозрения на более серьёзные заболевание, направляются на следующий уровень – к врачам автопоезда «Здоровье».

– Выезжая в районы, мы ориентируемся на результаты первичного обследования, поэтому точно оцениваем потребности населения, видим динамику по тем или иным заболеваниям, характерную для данной территории. Исходя из аналитики, автопоезд формируется из тех специалистов, которых ждёт

население, которые нужны и востребованы, – поясняет начальник отдела выездной диагностики Диагностического центра Алтайского края Александр Чистяков.

Жителей Ребрихинского и Панкрушихинского районов благодаря автопоезду посетили врач УЗИ, кардиолог, офтальмолог, невролог, гинеколог, врач функциональной диагностики (нейрофизиология, ЭхоКГ).

Бригада социального автопоезда, прибыв на место назначения, может при необходимости в режиме онлайн консультироваться с коллегами из специализированных клиник краевого центра, решая вопросы оказания своевременной медицинской помощи любому обратившемуся к ним жителю отдалённого села.

Автопоезд, выехавший в Ребрихинский район, был оснащён всей необходимой аппаратурой, что позволило выполнять сложные диагностические исследования, провести скайп-консультирование с заведующей отделением заболеваний нервной и мышечной систем диагностического центра Наталией Федюниной.

По результатам оперативного консилиума, специалисты центра приняли решение по определению тактики ведения пациентки, согласовали перечень дообследования сложной больной.

В Ребрихинском и Панкрушихинском районах врачи автопоезда обследовали 347 человек, провели около 500 исследований, а 74 человека были направлены на дообследование в краевой диагностический центр. Талоны на приём по средствам удалённой регистратуры выдаются регистратором автопоезда, поэтому пациенты приедут в Барнаул в удобный для них день и час.

«Если в результате дообследования будет выявлена серьёзная патология, человек направляется в профильное краевое медицинское учреждение (третий уровень), и принимаются необходимые шаги по оперативному или консервативному лечению, - пояснил главный врач диагностического центра Алтайского края Владимир Захаров. – Новый алгоритм в рамках стратегии развития центра, позволяет организовывать эффективную маршрутизацию пациентов с первичного в специализированное звено, решать важные задачи, поставленные перед автопоездом губернатором края Александром Карлиным, по повышению качества и доступности специализированной медицинской помощи для человека независимо от места проживания».

> Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ.

Алтайский край.

Перспективы —

# Как уменьшить потребление табака?

ного совета по вопросам охраны здоровья населения от окружающего дыма и последствий потребления табака прошло в Комитете Государственной Думы РФ по охране здоровья.

Председатель совета Николай Герасименко в начале заседания напомнил, что снижение распространённости табакокурения является реальным способом увеличения продолжительности жизни россиян и положительного влияния на экономику страны. При этом крайне важно сформировать все основные направления государственной политики по борьбе с табаком для скоординированной работы всех органов власти в едином документе концепции.

Ключевые положения проекта концепции государственной политики противодействия потреблению табака на 2017-2022 гг. и дальнейшую перспективу озвучил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения РФ Олег Салагай. Так, основной её целью, разработанной в соответствии со ст. 5 Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, является снижение к 2025 г. распространённости поления до 25%, а также создание условий для дальнейшего устойчивого снижения уровня распространённости потребления табака среди населения страны. В частности, предполагается приравнять электронные сигареты к обычным и расширить перечень мест, где будет запрещено курение. Кроме того, планируется запретить продажу сигарет с различными вкусами и использованием ароматизаторов. Также предлагается полностью ограничить доступность табачных изделий для граждан, родившихся после 2015 г.

Предложенный проект вызвал широкое обсуждение членов Экспертного совета. Учитывая большое количество поступающих замечаний и предложений, принято решение провести дальнейшее обсуждение проекта в рамках «круглого стола», который вскоре пройдёт в Государственной

На заседании было представлено 12 законопроектов, находящихся на рассмотрении в комитете, касающихся вопросов охраны здоровья населения от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, 4 из которых направлены на регулирование оборота и потребления электронных систем доставки никотина в организм человека. При этом

что подобные высокотехнологичные устройства рекрутируют всё большее количество молодёжи. В продолжении дискуссии о новых технологиях потребления табака Галина Сахарова, руководитель центра по отказу от табака НИИ пульмонологии ФМБА России, отметила, что нельзя забывать о законодательном регулировании оборота новых устройств электронной системе нагревания табака.

Не обошли вниманием участники встречи и существующие различия в акцизной политики в странах ЕврАзЭС - по данному вопросу выступила председатель правления совета по общественному здоровью и проблемам демографии Дарья Халтурина.

В заключение члены экспертного совета обсудили план работы на весеннюю сессию 2017 г., а также приняли решение о создании рабочих групп, которые будут прорабатывать вопросы налоговой политики в области акцизов на табачную продукцию, а также стандарты и финансирование лечения никотиновой зависимости.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

**МИА Cito!** 

Москва.

(Продолжение темы см. на стр. 4.)

Продолжаем разговор ————

# Больничные корпуса распечатают до мая

«Почему больничные корпуса запечатаны?» – так называлась корреспонденция в «МГ» № 11 от 15.02.2017, где сообщалось о том, что активисты Общероссийского народного фронта взяли под строгий контроль ситуацию со «строительным полуфабрикатом» - комплексом зданий Клинической инфекционной больницы им. С.П.Боткина на Пискарёвском проспекте в Санкт-Петербурге. Хотя ещё в конце 2015 г. чиновники отрапортовали о сдаче крупнейшего в Европе медицинского инфекционного центра с 600-коечной мощностью, он до сих пор не принимает стационарных больных. В чём причина, власть имущие молчат, будто воды в рот набрали.

прежде всего из регионального штаба ОНФ в Северной столице заставили ответственных лиц действовать поактивнее и разомкнули им уста. На днях вице-губернатор Санкт-Петербурга Игорь Албин дал поручение Комитету по строительству и Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга обеспечить запуск больницы в срок до 1 мая. Он провёл в новой больнице выездное совещание вместе с Анной Митяниной, недавно назначенной вице-губернатором по «социалке». В кругу всех заинтересованных сторон состоялся разговор на предмет долгожданной передачи готового объекта на баланс Комитета по здравоохранению.

Однако не всё так просто. Есть проблемы по вентиляции, гидроизоляции, слаботочным системам. Покуда не работает

Но, похоже, многочисленные автономная котельная, отсутголоса неравнодушных пред- ствует горячее водоснабжение ставителей общественности и во всех 14 корпусах, что соединены подземными и воздушными переходами. До конца не укомлектован врачебно-сестринским и обслуживающим персоналом ряд клинических и вспомогательных подразделений. Наконец, не сняты с повестки вопросы оснащения лечебно-диагностическим и прочим технологическим обрудованием, медицинским инвентарём. Но если и то, и другое сейчас уже понемногу завозится и расчехляется, то как быть с многочисленными «хвостами», оставшимися чуть ли не в каждом из 18 тыс. помещений громадного комплекса после не вполне качественных строительных работ, выполненных группой компаний «Росстройинвест»?

Не только у будущих новосёлов неустранённые огрехи вызывают беспокойство. Поэтому на состоявшемся совещании профильным комитетам правительства

Санкт-Петербурга поставлена задача - разработать дорожную карту по всем «узким» местам.

Напомним, что специализированный медицинский центр на Пискарёвке задумывался как образец медицинского зодчества и наилучшей организации госпитального дела. Он имеет автономный пищеблок, отдельное здание прачечной, центральное стерилизационное отделение, располагает даже обособленными очистными сооружениями. В целях ускорения работы врачей и средних медицинских работников основные корпуса соединены пневмопочтой. Территория комплекса целиком ограждена шумозащитным экраном...

Никто не отрицает преимуществ новой Боткинской больницы. однако сегодня она - всего лишь классический образчик долгостроя. Городской власти о выстреле себе в ногу лишний раз говорить не очень-то и хочется: подписала-то бумаги о приёме больницы в эксплуатацию с недоделками! И всё же на вопрос: «Что делать?» чиновники под давлением общественности попытались внятно ответить. Вопрос петербуржцев: «Кто виноват и как он будет наказан?» остаётся пока репликой в пустоту.

> Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

#### Современные технологии —

### Централизация показывает свои достоинства

Внедрение нового оборудования и централизация лабораторных исследований позволили увеличить производительность и сократить сроки выдачи ре-

Об этом было заявлено на рабочем совещании в Клиническом диагностическом центре Омской области, где обсуждались вопросы взаимодействия медицинских учреждений с диагностическим центром в формате централизации лабораторных исследований. К разговору были приглашены представители всех медицинских учреждений, участвующих в процессе централизации, чтобы сообща подумать над решением проблем, возникающих при транспортировке. технике забора крови и т.д.

Заведующая централизованной лабораторией центра Татьяна Долгих рассказала обо всех диагностических возможностях, новом оборудовании и результатах работы за минувший год. Она подчеркнула, что «за счёт внедрения высокопроизводительного оборудования в 7,2 раза по сравнению с 2014 г. и в 3,6 раза по сравнению с 2015 г. возросла производительность лаборатории». Сотрудникам лаборатории удалось также сократить время оборота теста.

Сегодня сроки выдачи результатов при корректной преаналитике на долабораторном этапе составляют 6-8 часов для биохимических исследований и 48-72 часа - для исследования биоматериала на основные группы гормонов, онкомаркёров и инфекций. В связи с нарастающими объёмами в 2016 г. была приобретена автоматическая система преаналитической и постаналитической обработки образцов. Кроме того, среди внедрённых за год методик весьма значимыми оказались исследования биоматериала методом электрофореза и иммунофиксации (для диагностики и оценки эффективности лечения больных с миеломной болезнью и других заболеваний) и исследования системы гемостаза. Ранее такие исследования в Омской области не проводились.

Совещание продолжилось научно-практической конференцией «Гемостаз: рациональное назначение тестов. Клиническая оценка лабораторных данных». Ассистент кафедры лабораторной диагностики Московского областного научноисследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, врач клинико-диагностической лаборатории Вера Самойленко представила доклад на тему «Современные возможности лабораторного контроля антикоагулянтной терапии». О тромботических осложнениях при аутоиммунной патологии доступно и подробно рассказал Николай Левшин (Ярославский государственный медицинский университет, Центр изучения тромбозов и аутоиммунных заболеваний).

К слову, опыт централизации лабораторных исследований в регионе был представлен на 5 иногородних конференциях и Российском конгрессе лабораторной медицины. Остаётся добавить, что в 2017 г. руководство Клинического диагностического центра намерено продолжить работу по совершенствованию эффективных моделей оказания медицинской помощи, диагностических и лечебных технологий, а также укреплению материальнотехнической базы и техническому перевооружению подразделений центра в целом и централизованной лаборатории в частности.

> Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

#### Экспертиза —

### Много — не значит хорошо



У 60% взрослых москвичек наблюдается избыточная масса тела. Об этом сообщил директор Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии (бывший НИИ питания) член-корреспондент РАН Дмитрий Никитюк.

«Среди взрослого населения в Москве лишняя масса тела отмечается примерно у 60% женщин и 55% мужчин. В целом, ожирение в России наблюдается примерно у 25% взрослых. Что касается детей, то здесь эта цифра уже приближается к 15%», - подчеркнул Д.Никитюк.

Эксперт отметил, что в первую очередь появление избыточной массы тела связано с нарушением питания, а также с доступностью продуктов быстрого приготовления.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

Государственная Дума РФ приняла обращение к председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву с предложением пересмотреть действующую методику расчёта нормативов финансирования вузов со стороны профильных министерств.

«Депутаты Госдумы РФ обеспокоены происходящим в системе российского образования усилением дифференциации финансирования образовательной деятельности организаций высшего образования, находящихся в ведении разных федеральных органов исполнительной власти, а также организаций подготовки в отраслевых вузах по отдельным специальностям, направлениям подготовки, не совпадающим с их основным направлением образовательной деятельности», говорится в обращении.

В документе отмечается, что в первую очередь это касается и вузов, находящихся в ведении Министерства здравоохранения РФ.

«Анализ причин усиления дифференциации и снижения качества образовательной деятельности отраслевых вузов по отдельным специальностям, направлениям подготовки свидетельствует о том, что нормативы её финансирования за счёт средств бюджетной системы РФ в расчёте на одного обучающегося в образовательных организациях высшего образования, находящихся в ведении разных федеральных органов госвласти, различаются в два и более раза», подчёркивают депутаты.

По мнению парламентариев. необходимо рассмотреть воз-

# Чем встревожены депутаты

#### Наши парламентарии предлагают меры по совершенствованию подготовки будущих медиков и усилению антитабачного законодательства

можность внесения изменений в табака, действие которых осноприменяемую методику расчёта нормативов финансирования образовательной деятельности в вузах.

Наряду с этим депутаты внесли в нижнюю палату парламента законопроект о запрете курения бестабачных изделий, в том числе вейпов, кальянов и электронных сигарет, в общественных местах. Текст документа опубликован в электронной базе документов нижней палаты парламента.

«Законопроект распространяет ограничения на обращение, продажу, запрет на потребление несовершеннолетними гражданами, а также использование в общественных местах, продвижение на рынке бестабачных курительных изделий по аналогии с ограничениями и запретами, принятыми для табачных изделий. Также законопроект распространяет действие закона на табачные изделия и электронные системы доставки

вано на нагревании табака», говорится в пояснительной записке.

Как отмечают авторы документа, по данным Всемирной организации здравоохранения, при использовании бестабачных курительных изделий, производится аэрозоль, в состав которой входят вредные для здоровья токсичные вещества. Кроме того. ароматические компоненты при нагревании также распадаются на вещества с высокой токсичностью для организма.

Также депутаты подчеркнули, что ассортимент аксессуаров для потребления табака, безникотиновых смесей, кальянных камней, сиропов и прочего, несмотря на отсутствие в приведённом на упаковке составе никотина, тем не менее ориентирован на демонстрацию узнаваемой имитации собственно процесса курения и провоцирует в конечном итоге потребление табака и распространение табачной зависимости.

«В настоящее время состав курительных камней, сиропов, жидкостей для электронных сигарет. технические характеристики самих курительных изделий, а также продажа бестабачных курительных изделий никак не регулируется. Вейпы, электронные сигареты, кальяны, а также курительные камни, сиропы свободно продаются как в розничной сети, так и через торговые автоматы, и интернет, где их свободно приобретают несовершеннолетние». - пишут депутаты.

При этом авторы документа подчёркивают, что запрет на продажу подобных товаров установлен в Аргентине, Мексике, Омане, Сингапуре, Турции, Таиланде, ОАЭ, Иордании, Уругвае, Венесуэле, Малайзии, Катаре и др. Кроме того, в ряде стран на продажу, продвижение, использование электронных сигарет наложены ограничения по аналогии с табачной продукцией. Также курительные изделия, такие как кальяны, по данным исследований, являются источником распространения инфекционных заболеваний - туберкулёза и гепатита. В Казахстане курение кальянов, в том числе бестабачных, запрещено в общественных местах.

«Предлагаемые законопроектом изменения позволят защитить здоровье граждан от вредного воздействия окружающего дыма от электронных сигарет, вейпов, кальянов, так называемых электронных систем доставки никотина, защитить подрастающее поколение от такой пагубной привычки, как курение, и будут способствовать снижению распространённости курения среди населения», - объясняется в пояснительной записке.

> Матвей ШЕВЛЯГИН. **МИА Cito!**

#### Сотрудничество -

Омский государственный медицинский университет посетил профессор Урс Флориан Пабст, заведующий отделением общей хирургии университетского госпиталя Marien Hospital Herne медицинского факультета Рурского университета Бохума (РУБ).

продолжается и расширяется. Правда, теперь уже на основе двустороннего договора о научном и образовательном сотрудничестве между медицинским факультетом Рурского университета Бохума и Омского ГМУ.

Кстати, одним из веских аргументов для принятия решения о подавателей кафедры иностранных языков «Лингводидактика в современных условиях межкультурной коммуникации» и интенсивный курс медицинского английского для обучающихся ОмГМУ.

И вот новая встреча. Профессор Пабст не только обсудил с руководством ОмГМУ дальней-

# Волшебный чемоданчик

Он сопровождает медиков Республики Адыгея



Медики «сели за парты» прямо на рабочем месте

В рамках программы «Развитие здравоохранения» скорая помощь Адыгеи получила 56 инновационных электрокардиографов. Новое оборудование приобретено за счёт средств республиканского бюджета, и его внедрение позволит значительно расширить возможности выездных бригад.

Электрокардиограф продолжает оставаться мобильным рабочим местом врача и фельдшера, навигатором для бригады скорой помощи. Переносное оборудование оперативно снимает кардиограмму, автоматически выдаёт расшифровку исследования. Комплекс оснащён тонометром, спирометром по измерению объёма лёгких, системой ГЛОНАСС и приборами аудиои видеозаписи.

Особенность «волшебного чемоданчика» в том, что, пока пациента везут в больницу, врачи стационара уже расшифровали кардиограмму, полученную по специальной программе прямо на планшет, а значит - уже разработан алгоритм действий по оказанию медицинской помощи, что значительно сужает рамки пресловутого «золотого часа».

Как пояснил главный врач станции скорой медицинской помощи Майкопа Илья Есауленко, на станции скорой помощи сейчас полным ходом идут занятия по обучению медперсонала работе на новом оборудовании, которым будут оснащены все выездные бригады.

> Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Республика Адыгея.

# Мосты наводят будущие медики

### Интенсивность научных связей возрастает

В сибирском вузе гостя из Германии встречали, как старого и доброго друга. И это понятно. Сотрудничество ОмГМУ с медицинским факультетом РУБ началось с проекта Темпус (TEMPUS IV 159328-TEMPUS-FR-TEMPUS-SMHES) «Система обучения в течение жизни для преподавателей медицинских вузов» в 2010-2013 гг., в котором немецкая сторона, по словам помощника проректора по учебной работе по международной деятельности Светланы Писклаковой, «сразу заняла лидирующую позицию, показав основательность и многоплановость образовательного процесса, где, помимо традиционной (классической) формы, внедряется и проблемно-ориентированное обучение, что демонстрирует заинтересованность руководства факультета в качестве выпускников - будущих врачей, постоянный поиск и разработка современных, более совершенных методов обvчения».

Однако и после выполнения двух европейских грантов TEMPUS тесное сотрудничество двух вузов

подписании договора стало проведение Зимней международной медицинской школы-2015 «Репродуктивное здоровье подростков», где были задействованы 3 кафедры ОмГМУ (кафедры дерматовенерологии, детской хирургии и акушерства и гинекологии № 2), в организации которой большую роль сыграл Центр межкультурной профессиональной коммуникации и лингвистической подготовки вуза. Тогда же немецкие партнёры высказали заинтересованность в продолжении проведения зимних школ по репродуктологии детей и подростков для студентов обоих университетов с возможной перспективой сделать их тради-

Вопросы развития взаимодействия в образовательной и научной сферах, а также перспективы сотрудничества университетов обсуждались и осенью прошлого года, когда в городе на Иртыше с визитом побывали профессор Сабина Эрхарт (Университет Люксембурга) и профессор РУБ Алан Дэвис. Он, к слову, провёл методический семинар для пре-

шую совместную работу, но и осмотрел экспонаты анатомического музея вуза и городскую больницу скорой медицинской помощи № 1. Кроме того, он познакомился с кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики, которая находится в областном клиническом онкологическом диспансере. Профессор Пабст прочёл для омских врачей лекцию «Интраперитонеальная аэрозольная химиотерапия под давлением: общая информация, технология применения и клинические данные».

В омском вузе, подводя итоги этих встреч, отмечают, что тесное сотрудничество с одним из крупнейших и ведущих университетов Германии (Рурский университет Бохума занимает 4-ю строчку в рейтинге немецких университетов по научным исследованиям) является «большим достижением и открывает новые перспективы для совместной научной и педагогической работы в будущем».

> Николай БЕРЕЗОВСКИЙ. соб. корр. «МГ».

Омск.

Одной из добрых традиций фтизиатрической службы страны стало проведение конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёзминус: молодёжные инновации XXI века». Среди его целей и задач - поддержка лучших инновационных проектов в борьбе с туберкулёзом, определение творчески активных начинаюших свой путь в медицине и фармации специалистов, как практикующих врачей, так и учёных, занимающихся фундаментальными и прикладными исследованиями. Кроме того, конкурс нацелен на повышение престижа профессии фтизиатра, пропаганду медицинской науки и образования, содействует профессиональному росту медицинской молодёжи, поощряет её творческую активность, формирует базу инициативных талантливых исследователей.

Сегодня уже уверенно можно констатировать, что конкурс занял свою достойную нишу в отечественной медицине. Действительно, из года в год инициатива, начатая с лёгкой руки Владислава Ерохина, бывшего директора Центрального НИИ туберкулёза, члена-корреспондента РАМН, талантливого организатора здравоохранения, видного учёного, искренне беспокоившегося о будущем специальности, набирает силу, конкурс становится всё более авторитетным и востребованным. Организатором конкурса является Российское общество фтизиатров/ Ассоциация фтизиатров России (РОФ/АФР) при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Всемирной организации здравоохранения, профессионального врачебного издания «Медицинская газета».

Позади уже три смотра лучших проектов в области фтизиатрической науки и службы в целом. 1 марта 2017 г. стартовало очередное, четвёртое по счёту, конкурсное испытание начинающих свой путь в медицине талантливых студентов, практических врачей, ординаторов, аспирантов, кандидатов и докторов наук в возрасте до 35 лет. Приём заявок будет осуществляться по 30 июня. В составе жюри признанные учёные, практики, организаторы здравоохранения, ведущие специалисты в области медицины - президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, помощник министра здравоохранения РФ Ляля Габбасова, директора институтов фтизиопульмоногии и туберкулёза, представители Всемирной организации здравоохранения, Федеральной службы исполнения наказаний России, партнёрств, благотворительных организаций. Существенным подспорьем для молодёжи является материальная поддержка, которую обеспечили партнёры конкурса Партнёрство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Победители получат денежные вознаграждения в размере 100 тыс. руб. за 1-е, 75 тыс. за 2-е и 50 тыс. – за 3-е место Финал конкурса состоится в рамках научно-практической конференции «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулёза в Российской Федерации» с международным участием.

С положением и формой заявки конкурса можно ознакомиться на официальном сайте «Медицинской газеты» www.mgzt.ru

#### Дамоклов меч по-прежнему занесён

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время свыше 2 млрд человек в мире (треть населения Земли) инфицированы микобактерией туберкулёза. Причём примерно 4,4 тыс. человек ежедневно умирают от этого заболевания. Данные официальной статистики свидетельствуют, что наиболее благополучная в отношении туберкулёза страна – Швеция: 5 больных на 100 тыс. населения.

Наши акции

# От «Туберкулёза-минус» — к Stop TB!

#### Стартовал очередной смотр инициатив начинающих талантливых фтизиатров России



Победителя в специальной номинации «За оригинальность идеи исследования» А.Казакова (Москва) поздравляют Т.Касаева и И.Васильева

В Великобритании – 10, в Бельгии – 12. На таком фоне «плотность» инфицированного палочкой Коха населения России кажется зашкаливающей (более 50 случаев на 100 тыс. населения). Каждый день фатальная болезнь уносит жизни свыше 50 наших соотечественников, причём болеот и умирают в основном люди трудоспособного возраста. Сегодня это одна из наиболее проблемных социально значимых инфекционных патологий.

Туберкулёз не имеет ни государственных, ни географических, ни иных границ. В сознании многих обывателей и даже части врачей (в том числе фтизиатров) он неискореним, ведь возраст образцов ДНК возбудителя туберкулёза насчитывает чуть ли не 10 тыс. лет! Сейчас ВОЗ обеспокоена ростом случаев суперустойчивого туберкулёза, который отмечается в мире. Кроме этого, на первом плане проблемы МЛУ- и ШЛУ-туберкулёза и туберкулёза, сочетанного с ВИЧинфекцией, которым всерьёз и глубоко мы только начинаем заниматься. Однако опыт благополучных стран свидетельствует - не всё так безнадёжно, если, как говорится, всем миром навалиться на это поистине всенародное бедствие.

#### Работать - «в минус»!

Подчас коллеги-врачи иных специальностей недоумевают: что же это за такое непонятное название конкурса «Туберкулёз-минус»...

Стоит напомнить, что 67-я ассамблея здравоохранения ВОЗ (2014) одобрила Глобальную стратегию по борьбе с туберкулёзом. В этом документе перед мировым сообществом, в том числе российским, поставлены совершенно фантастические, как тогда казалось, задачи - к 2035 г. на 90% уменьшить заболеваемость и на 95% смертность от туберкулёза, а к 2050 г. добиться его полной элиминации, устранив данную болезнь как проблему общественного здравоохранения! Россия подписала эту резолюцию и уже добилась перемен к лучшему в эпидситуации по туберкулёзу. Положительные процессы нало нарашивать.

Разумеется, реализовать столь амбициозные цели ВОЗ непросто, особенно при нынешнем состоянии отрасли. Но нельзя не учитывать то. что медицинская наука в последние десятилетия развивается семимильными шагами. Во фтизиатрии также есть надежда на прорыв. Скорее всего, ситуацию с туберкулёзом удастся переломить благодаря появлению новых молекул, более совершенных методов лечения, оптимальных схем терапии, причём при междисциплинарном подходе. Применяя суперсовременные технологии и инновационные инструменты, можно надеяться на ликвидацию инфекции в середине нынешнего века. Последовательно продвигаясь по этому пути, удастся не только эффективно бороться с палочкой Коха, но и сводить заболеваемость и смертность от туберкулёза «в минус», а в перспективе - к нулю.

Пока специалистам не под силу императивно скомандовать: Stop ТВ! Тем не менее поставленная ВОЗ задача сейчас уже не представляется нереальной. Достаточно вспомнить, что человечеству удалось одолеть такие казавшиеся непобедимыми фатальные напасти, веками уносившими тысячи жизней по всему земному шару, как холера, тиф, полиомиелит и многие другие. Мы видим, как уже сейчас задача перевести эпидпоказатели по туберкулёзу «в минус» успешно реализуется. Согласуясь с амбициозными целями, которые ставит сегодня мировое сообщество, Минздрав России и фтизиатрическая служба страны поллерживают общее стремление к элиминации туберкулёза. А значит, вектор действий фтизиатров выбран правильно.

#### С юношеским пылом

Осуществлять столь грандиозные планы превращения туберкулёза в болезнь прошлого предстоит, прежде всего, смелым, дерзким, амбициозным молодым специалистам. Но тут врачебное сообщество наталкивается ещё на одно, до сей поры не преодолимое, препятствие – престиж профессии фтизиатра неуклонно падает, кадры специалистов стареют, а приток молодых не в состоянии обеспечить современные потребности отрасли. В молодёжной среде фтизиатрия не является желанной специальностью.

Многое в решении этого вопроса зависит от наставников и научных руководителей будущей медицинской смены. Прежде всего это касается обучения и воспитания студентов в медицинских вузах, в частности на кафедрах фтизиопульмонологии. Туберкулёз – чрезвычайно интересная болезнь как в научном, так и в клиническом плане. Опытные профессора стремятся максимально вовлечь обучающихся в целенаправленно организованную деятельность, которая, в свою очередь, способствует реализации их интеллектуального, морального, творческого и физического потенциала. Фтизиатрия требует от врача сочетания прочных знаний, высокой квалификации и клинических навыков, понимания эпидемиологии, умения использовать статистические методы анализа, организаторских способностей. сопереживания пациенту. И тогда уже со студенческой скамьи молодые начинают осознавать, что они находятся в начале большого, трудного и очень интересного пути. А потому задумываются, не посвятить ли себя фтизиатрии, чтобы вписать новую, собственную страницу в историю отечественной фтизиатрии и медицины.

При этом, конечно же, необходимо владеть всем накопленным в мире багажом преодоления туберкулёзной инфекции, быть в тренде современных подходов, идти в ногу со временем, работать в одном



Победитель в спецноминации «За актуальность исследования» И.Ярусова (Омск)

ключе с Всемирной организацией здравоохранения. Международное сотрудничество уже принесло немало хороших плодов, расширило кругозор наших врачей, повысило их общую культуру, позволило подавляющему большинству фтизиатров на равных вести диалог с зарубежными коллегами, предлагать на внешнем рынке востребованные метолики и технологии.

– Чтобы быть лидерами, нужно развиваться, непрерывно обогащаться новыми знаниями, подпитываться свежими соками, – убеждена директор НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный фтизиатр Минздрава России, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президент РОФ/АФР, доктор медицинских наук, профессор

Ирина Васильева. – У нас есть достойная и перспективная молодёжь, без которой нет движения вперёд. РОФ/АФР старается её пестовать, стимулировать к научному поиску. Одним из путей поддержки талантливой молодёжи, работающей во фтизиатрической службе, является конкурс «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Молодые охотно участвуют в нём, предоставляют очень интересные работы. Расширяется его география. Мы даём возможность участвовать всем, кто ищет новые организационные подходы и пути совершенствования диагностики, выявления, лечения, профилактики заболевания. Во фтизиатрии ещё множество «белых пятен», которые жлут своего часа и исследователя, прежде всего молодого. Подчас начинающие специалисты выдвигают оригинальные идеи, которые не пришли бы в голову уже опытным коллегам. У них незамыленный взгляд, свои работы они выполняют на достаточно хорошем уровне, который с каждым годом повышается. Вот почему нашему конкурсу мы придаём огромное значение и обязательно продолжим

#### Конкурсу - быть!

Думается, в нынешнем году в конкурсе примут участие гораздо больше участников, чем в году минувшем, и он будет продолжать жить так же, как другие традиции, которые поддерживает «МГ».

При проведении конкурса его организаторы попутно реализуют те или иные начинания, которые становятся своеобразными «изюминками», украшающими проект. В частности, по итогам первого года увидела свет брошюра «Сделаем мир чище и здоровее». В следующем году был создан видеофильм о победителях прежних лет. Скорее всего, эта положительная тенденция продолжится, и, возможно, победитель конкурса нынешнего года благодаря партнёрам сможет принять участие во Всемирной специализированной конференции по здоровью лёгких 2017 г.

Напутствуя новых участников конкурсных испытаний, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Тереза Касаева подчёркивает:

- Кому как не молодым учёным реализовывать, продвигать в жизнь все наиболее прогрессивное и новое? Сегодня становится очевидным, что нам требуется принципиально изменить подходы, прежде всего к выявлению, профилактике, к режимам химиотерапии, сохранению приверженности к лечению со стороны пациентов. Поэтому мы с надеждой смотрим на начинающих свой путь в профессии, ждём свежих идей, энтузиазма, задора. И со стороны Минздрава России готовы всячески поддерживать перспективные молодёжные инициативы.

В настоящее время поводов для оптимизма в отношении туберкулёзной инфекции ещё мало. Но, как говорится, дорогу осилит идущий. Повторимся: постараться свести туберкулёз «в минус» — задача достойная. И, прежде всего, она по плечу молодым.

Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ», член экспертного совета конкурса. Фото Александра ХУДАСОВА.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

### Оперировать шли с неохотой

Поскольку офтальмология преимущественно хирургическая специальность, уровень её развития можно определить прежде всего по возможностям микрохирургического лечения различной глазной патологии. В конце 80-х годов прошлого века глазные отделения имелись в таких крупных дальневосточных городах, как Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре, Владивосток, Благовещенск, Петропавловск-Камчатский, Южно-Сахалинск и Магадан. Уровень их технологического развития был неоднороден, но наиболее передовыми являлись глазные клиники, располагавшиеся в столицах Хабаровского и Приморского краёв, а также в областном центре При-

Для оценки роли внедрения С.Фёдоровым передовых технологий лечения глазной патологии на Дальнем Востоке стоит сделать ретроспективный «срез» тогдашних технических возможностей хирургии основной глазной патологии - катаракты и глаукомы. Оценить объёмы и функциональные результаты лечения можно на примере глазной клиники Хабаровского медицинского института (позже ДВГМУ), базировавшейся до 1978 г. в городской клинической больнице № 3. С завершением строительства глазного корпуса в 10-й ГКБ глазное отделение и кафедра глазных болезней переместились туда.

До 1983 г. там выполнялась в основном интракапсулярная экстракция катаракты, которую в подавляющем большинстве случаев практиковали в нашей стране в 60-80-е годы. Сегодняшним молодым офтальмологам трудно поверить, но практически все операции производились без микроскопа. Впервые операционный микроскоп в глазном отделении появился в 1976 г. Однако пользоваться им пытались лишь молодые врачи, операции за редким исключением выполнялись по старинке. При интракапсулярной экстракции катаракты хирург формировал широкий корнеосклеральный разрез ножницами Ванаса, накладывал уздечный шов на его край, на этапе примораживания и раскачивания хрусталика ассистент приподнимал край роговицы. Использовался крионаконечник, изготовленный кустарным способом умельцами на одном из заводов Хабаровска. Для криокоагуляции туда закачивалась углекислота. В целях облегчения удаления из глаза мутного хрусталика на 12 часах формировали тотальную колобому радужки. Края корнеосклеральной раны ушивались узловыми швами, что неизбежно формировало высокую степень постоперационного роговичного астигматизма. Были весьма часты такие интра - и постоперационные осложнения, как кератопатия, гифема, выпадение стекловидного тела, реактивная гипертензия, постоперационный увеит, макулярный отёк. Длительность послеоперационного лечения достигала одного месяца и более. Подобным образом операции проводились и в других глазных отделениях на Дальнем Востоке.

При выписке острота зрения без оптической коррекции на подобных афакичных глазах составляла лишь 0,05-0,08; с переносимой оптической коррекцией +10-12 диоптрий - до 0,1-0,4. Дополнительное существенное снижение зрения формировала тотальная колобома радужки за счёт светорассеяния и засвета сетчатки при рассмотрении изображений. Пожилой пациент был вынужден постоянно носить тяжёлые очки с большими диоптриями, которые к тому же значительно суживали его поле зрения. При наличии афакии на одном глазу и хорошем зрении на другом оперированный глаз попросту не мог участвовать в зрительном акте.

Технология имплантации искусственного хрусталика для кор-

#### Имена и судьбы —

# Он сделал дальнюю Россию зрячей



С.Фёдоров отвечает на вопросы прессы в день открытия Хабаровского филиала МНТК

рекции афакии была внедрена в глазной клинике Хабаровска лишь в 1983 г. Это произошло благодаря поручению С.Фёдорова - тогдашнего председателя Общества офтальмологов России. Из возглавляемого им НИИ Микрохирургии глаза (Москва) в Хабаровск прибыла офтальмохирург Д.Иоффе для обучения технике имплантации интраокулярных линз (ИОЛ). Применялась первая модель ИОЛ Фёдорова - Захарова «Спутник». С этого-то момента интраокулярная коррекция в хирургии катаракты стала активно пробивать себе дорогу, несмотря на высокий травматизм операции и длительные сроки стационарного лечения поначалу. Лишь с открытием Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» дальневосточникам стала доступной более передовая технология хирургии катаракты – метод экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией заднекамерных ИОЛ отечественного производства.

Что же до антиглаукоматозных операций того времени, то они были исключительно проникаюшего типа. Выполнялась преиму-. щественно синусотрабекулэктомия по Cairns, а позднее - клапанная трабекулотомия по Е.Егорову. Они имели высокий процент интра - и постоперационных осложнений (15-20% случаев: гифема, цилиохориоидальная отслойка). За год осуществлялось лишь несколько десятков таких вмешательств. В немалой части это было связано с высокой частотой снижения зрения после их выполнения (формирование катаракты), с риском тяжёлых осложнений (гипотония). С какой же неохотой хирурги отправлялись на подобные операции!..

Ежегодные объёмы хирургического лечения в глазной клинике Хабаровского государственного медицинского института (ХГМИ) в 70-80-е годы составляли: экстракция катаракты – лишь около 500 операций, антиглаукоматозные операции – 200-250, по поводу отслойки сетчатки – 20-30 вмешательств. По нынешним меркам – мизер! При этом хабаровская клиника по «ранжиру» была одной из первых среди профильных отделений в ближайших крупных городах Дальнего Востока.

Учитывая тот факт, что катаракта является массовой патологией среди старшей возрастной группы населения, потребности в её хирургическом лечении при таких небольших объёмах выполнения операций не могли быть удовлет-

ворены даже в самой малой мере. Поэтому пациентам приходилось очень долго ждать своей очереди, по 3-5 и более лет, прежде чем их могли взять на операцию. Это была громадная очередь множества незрячих людей. Порою из-за полной потери зрения у больных начинала страдать психика... Наблюдать это было тяжко.

Пациенты с возрастной макулярной дегенерацией получали в стационаре консервативную терапию (стимулирующее, вазоактивное лечение, витаминотерапию). Сейчас очевидно, что принятые тогда за норму лечебные подходы не

ния (близорукости, дальнозоркости, астигматизма), то до середины 1986 г. дальневосточные офтальмологи ими вообще не владели.

### Запустил конвейер сам «генеральный»

Но 26 августа 1988 г. в жизни нашего мегарегиона произошло офтальмологическое событие огромной значимости, за которым на дальневосточную «околицу» ворвалась эра современных высоких микрохирургических технологий. Речь идёт об открытии в Хабаровске филиала Межотраслевого

При открытии филиала в Хабаровске штат врачей-офтальмологов составили вчерашние выпускники ХГМИ, прошедшие субординатуру и интернатуру на кафедре глазных болезней института (О.Унгурьянов, Е.Бурых (Иванова), А.Васильев, О.Данилов, Л.Данилова, И.Дутчин, А.Малафеев, А.Марченко, Н.Мащенко, П.Поляков, В.Посвалюк, А.Власов, А.Поступаев, Ю.Терещенко, Т.Сотникова, А.Худяков). К тому времени лишь два офтальмолога, работающие в филиале, имели учёные степени кандидата медицинских наук - В.Егоров и Е.Сорокин.

Учитывая наибольшую отдалённость Хабаровского филиала от головного учреждения комплекса (Москва), С.Фёдоров его особо опекал. Он поручил курацию филиала опытному офтальмохирургу профессору Э.Егоровой. Элеонора Валентиновна и многие сотрудники головного учреждения сыграли значительную роль в освоении хирургических методик нашими начинающими офтальмологами.

Под руководством старших коллег молодые врачи постепенно набирали мастеровитость. Способствовали этому большие объёмы выполняемых хирургических вмешательств. Так, уже в 1989 г. было прооперировано по поводу катаракты 1638 пациентов, по поводу глаукомы – 574, при отслойке сетчатки – 9. Рефракционные операции были выполнены 7925 пациентам. Вскоре количество пациентов Хабаровского фили-



Проведение рефракционной операции методом Femto-LASIK

были способны помочь пациенту, но ничем другим офтальмологи того времени просто не располагали. При наличии диабетической ретинопатии также проводилась лишь симптоматическая медикаментозная терапия. Однако все эти пациенты постепенно и неотвратимо слепли. Ведь назначаемое консервативное лечение являлось скорее психотерапией как для пациентов, так и для их лечащих врачей

Если же касаться хирургических технологий оптической коррекции аномалий рефракции, так широко распространённых среди населе-

научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза». После чего объёмы хирургической помощи офтальмологическим больным сразу же возросли в десятки раз. Казалось, будто бы дальневосточная офтальмология вдруг перекочевала на другую планету. Генеральный директор комплекса академик Святослав Фёдоров лично запустил хирургический конвейер, выполнив здесь первую операцию.

Директором Хабаровского филиала МНТК был назначен дальневосточный офтальмолог кандидат медицинских наук Виктор Егоров.

ала, прооперированных за год по поводу катаракты, превысило суммарное число прооперированных во всех глазных клиниках Дальнего Востока. А общий объём хирургических вмешательств молодого филиала МНТК составил невиданно доселе высокую цифру – 13 741 операция!

Руководство филиала под неусыпным вниманием С.Фёдорова прикладывало усилия к освоению новых технологий диагностики и лечения глазной патологии, не забывая и важности кадровой, порой селекционной работы. Результаты не замедлили сказаться. Так, с 1990 по 1999 г. число экстракций катаракты возросло с 1972 до 2240, число операций по поводу отслойки сетчатки увеличилось с 27 до 273. Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» по праву становится бесспорным инепререкаемым лидером среди специализированных учреждений офтальмологического профиля на Дальнем Востоке.

Офтальмохирургические технологии постоянно совершенствуются. Поэтому с появлением «на горизонте» перспективного оборудования и технологий Хабаровский филиал принялся развивать профильные области офтальмохирургии. Начиная с 2000 г. по указанию генерального директора МНТК С.Фёдорова в филиале формируется ряд специализированных профильных отделов: хирургии катаракты, глаукомы, витреоретинальной хирургии, рефракционной хирургии, лазерной донной хирургии, окулопластики, детский отдел. Возглавили их наиболее опытные

Параллельно с наработкой клинического опыта офтальмохирурги приобретали также навыки научного анализа, осмысления полученных на практике результатов. Из них постепенно формировались зрелые специалисты.

### Наращивать профессионализм!

Можно ли было существенно сдвинуть офтальмологическую проблему Дальнего Востока лишь активной деятельностью Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»? Разумеется, нет, поскольку в немалой мере она была обусловлена дефицитом профильных кадров в отдельных регионах Дальневосточного федерального округа, их недостаточными, порой устаревшими знаниями о современных технологиях диагностики и лечения глазной патологии. Этому значительно способствовала отдалённость от центральных клинических институтов (Москва, Санкт-Петербург). Поэтому подавляющему большинству офтальмологов региона было трудно систематически повышать свой профессиональный уровень. Руководитель МНТК С.Фёдоров обозначил «кадровый вопрос» как наиглавнейший, поставив его ребром перед руководством Хабаровского филиала Межотраслевого научно-технического комплекса и Приамурского общества офтальмологов. Без решения этой проблемы нарушался важный принцип обратной связи между широким кругом амбулаторных окулистов ДФО и Хабаровским филиалом МНТК.

Асприятия объемы принциалом миттк. Откликнувшись на поставленную задачу, В.Егоров и Е.Сорокин – профессора Хабаровского филиала МНТК – параллельно со своей основной деятельностью возглавили две кафедры офтальмологии: в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения и в Дальневосточном государственном медицинском университете.

Но даже образовательная деятельность факультетов усовершенствования врачей обеих кафедр была явно неспособна охватить всех офтальмологов Дальневосточного федерального округа для их систематического ознакомления с современными технологиями диагностики и лечения. Поэтому руководство филиала и правление Приамурского общества офтальмологов нашли решение в организации ежегодной межрегиональной научно-практической конференции «Современные технологии в диагностике и лечении патологии органа зрения в Дальневосточном регионе». Данный форум проводится регулярно с 2006 г. Для участия в нём приглашаются все офтальмологи ДФО. Здесь они могут ознакомиться с новыми достижениями в офтальмологии. Кроме того, обязательным компонентом работы филиала стало проведение совместных ежегодных заседаний Общества офтальмологов в различных регионах ДФО с лекциями ведущих офтальмологов филиала.

Создание филиала как научнотехнического комплекса побудило не только к развитию микрохирургических навыков, но и к научному росту офтальмологов. Академик С.Фёдоров при создании МНТК хорошо понимал, что даже самые передовые технологии постепенно устаревают. Чтобы этого не происходило, необходимо непрерывное движение вперёд, глубокое осмысление и изучение тех проблем, с которыми сталкивается врач. По указанию Святослава Николаевича во всех филиалах МНТК были созданы научные отделы. В том числе и в Хабаровском филиале. Возглавил его профессор Е.Сорокин. За время деятельности научного отдела (он был создан в 1994 г.) офтальмологами филиала защищено 16 диссертаций; две из них на соискание учёной степени доктора медицинских наук, 14 - на соискание кандидата медицинских наук: получено более 147 патентов РФ на изобретения новых методов диагностики и лечения заболерять! Поэтому пунктирно вспомним и другие заслуги Учителя. Именно Святослав Николаевич впервые внедрил хирургию под микроскопом, без которой сейчас немыслима ни одна офтальмологическая операция. Он реализовал в жизнь и сделал массовой операцией миниинвазивную методику хирургии катаракты с имплантацией ИОЛ.

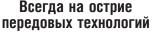
Учитель был пионером в имплантации ИОЛ, разработав первые модели искусственного хрусталика. Современные, применяемые ныне многочисленные модели ИОЛ являются, в немалой степени. продуктом интеллектуального труда С.Фёдорова. Благодаря его усилиям хирургия катаракты стала, по сути, амбулаторной операцией с высокой степенью благоприятного прогнозирования функциональных результатов и минимумом риска осложнений. Её стали выполнять многие офтальмохирурги как во всём мире, так и в нашей стране, в частности на Дальнем

воле С.Фёдорова. Как показывает клиническая практика, подобный высокотехнологичный отдел может успешно функционировать только в условиях многопрофильного офтальмологического центра, каким является филиал МНТК.

Сформированное под руководством Святослава Николаевича, а также его ученицы профессора З.Мороз целое клиническое направление по лечению помутнений и бельм роговицы позволило разработать современные эффективные технологии оптической кератопластики, оптимальную конструкцию кератопротезов для хирургии иноперабельных бельм. Стараниями академика С.Фёдорова впервые в России удалось создать единый глазной банк.

Святослав Николаевич является основоположником современной рефракционной хирургии. Им была разработана целая система хирургических методик, впервые применены компьютерные программы для предоперационного математи-

Можно ещё долго перечислять заслуги С.Фёдорова в развитии мировой офтальмологии. Но всё же, какая из них наипервейшая? Пожалуй, она состоит в том, что Учитель нашёл реальную возможность донести разработанные передовые технологии до сотен тысяч нуждающих в в них пациентов, проживающих в самых отдалённых уголках нашего Отечества. В особо значительной мере это касается и Дальневосточного региона с его географической оторванностью от центра РФ.



Святослав Николаевич был успешным организатором здравоохранения. Чтобы достигнутые успехи со временем не снизились, он дальновидно предусмотрел обязательную научную составляющую в деятельности каждого из филиалов МНТК. Не только для профессионального совершенствования офтальмологов, но также и для создания передовых, собственных технологий диагностики и лечения глазной патологии. В полном соответствии с проводимой С.Фёдоровым политикой, направленной на постоянный профессиональный и научный рост, нынешним руководством МНТК определены конкретные целевые показатели оценки качества лечебного и научного видов деятельности для всех филиалов комплекса.

Несмотря на огромные объёмы хирургической помощи, оказываемой филиалами МНТК, научные требования к практическим офтальмохирургам высоки, сопоставимы с теми, что предъявляются к научно-исследовательскому институту. К ним относятся, в частности, ежегодная защита не менее одной диссертации в Диссертационном совете МНТК, обязательные публикации собственных статей по различной офтальмологической проблематике в престижных научных журналах, разработка и патентование новых технологий диагностики и лечения.

Учитывая, что МНТК - единая организационная система, С.Фёдоров предусмотрел также обязательный обмен опытом прежде всего внутри этой системы. Им созданы и успешно действуют базовые научно-практические форумы, проводимые МНТК в Москве: конференции по катарактальной и рефракционной хирургии, витреоретинальная конференция. Чуть позже были основаны также ежегодные конкурсы молодых учёныхофтальмологов. Уже после гибели С.Фёдорова в память о нём стали проводиться ежегодные конференции – «Фёдоровские чтения».

....Можно образно сказать, что Святослав Николаевич застал вялую, дремлющую российскую офтальмологию. Но благодаря талантливому усердию собственно С.Фёдорова она предстала перед нами живой, активной, постоянно развивающейся. По меткому определению его ученика и последователя профессора Л.Балашевича, активный, неуёмный, многолетний труд Учителя сделал Россию зрячей. Это полностью относится и к нашему родному Дальнему Востоку.

Всей своей неустанной деятельностью академик С.Фёдоров создал себе памятник на века. Для жителей дальневосточного края это давно уже аксиома...

Виктор ЕГОРОВ, директор Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

> Евгений СОРОКИН, заместитель директора по научной работе, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Хабаровск.



Витреоретинальная операционная

ваний глаз; опубликовано свыше 1500 статей, из них 330 в журналах, рецензируемых ВАК с импакт-фактором выше 0,3.

В филиале формируется собственная Дальневосточная научная офтальмологическая школа. Наши врачи успешно выступают с собственными наработками на научных конференциях различного уровня, от региональных до международных. Ведущие специалисты филиала — члены европейских обществ офтальмологов.

#### Факты не тускнеют от повторения

В настоящее время в филиале функционирует 10 офтальмологических отделений, во главе которых стоят ведущие специалисты своих направлений: кандидат медицинских наук И.Дутчин (рефракционная хирургия), кандидат медицинских наук А.Васильев (катарактальная хирургия), кандидат медицинских наук А.Марченко (хирургия глаукомы); офтальмологи высшей квалификационной категории: А.Худяков (витреоретинальная хирургия), Я.Белоноженко (хирургия катаракты); Л.Данилова (комплексно-реабилитационное лечение), И.Кравченко (лазерная хирургия), А.Жиров (диагностическое отделение). П.Банщиков заведует отделением реконструктивно-восстановительной хирургии, Д.Дубко – детским отделением.

МНТК со всеми своими филиалами, с выверенной, стройной системой оказания лечебно-диагностической помощи пациентам обязан своему основателю.

Глыбище организационного и научного таланта нашего Учителя не нуждается в особом представлении. Но ведь факты не тускнеют, если их для закрепления повто-

Востоке. Исчезли многочисленные тяжёлые постоперационные осложнения, характерные для прежних методов экстракции катаракты. За счёт разработки современных факоэмульсификаторов, фармакологических средств протекции эндотелия роговицы появилась техническая возможность выполнения хирургии катаракты, невзирая на наличие и степень её зрелости. Это дало возможность тысячам людей не ждать годы, пока «созреет» катаракта, обрекая себя на слепоту, а восстановить высокое зрение сразу, как только оно стало ухудшаться.

При помощи разработанной академиком С.Фёдоровым и его соратником профессором В.Козловым антиглаукоматозной операции непроникающего типа (не фистулизирующей, как это выполнялось ранее), существенно возросла безопасность и хороший прогноз результатов антиглаукоматозной хирургии. Существенно возросла уверенность хирурга в том, что он не навредит выполненной операцией пациенту даже при далеко зашедшей стадии глаукомы. Вооружившись такой технологией, хирурги стали уверенно оперировать глаукому на ранних стадиях, чего раньше опасались из-за высокого риска осложнений и снижения зрения. Кстати, с созданием современного отдела хирургии глаукомы в нашем филиале в разы возросла хирургическая активность при её лечении. Отдел является также и методологическим центром для офтальмохирургов, оперирующих глаукому в других субъектах ДФО.

Сегодня трудно представить лечение такой тяжёлой патологии, как отслойка сетчатки, без наличия в учреждении специализированного отдела витреоретинальной хирургии, созданного по

ческого моделирования требуемых изменений параметров оптических свойств роговицы. Несмотря на очевидные успехи рефракционной хирургии, Учитель не довольствовался собственными технологиями микрохирургической радиальной кератотомии. Он двигался дальше, глубоко изучая возможности лазерной энергии при хирургическом перемоделировании оптических параметров роговицы. Наращивалась фундаментальная база для реализации рефракционной хирургии на качественно новом уровне. Сегодняшняя эпоха фемтолазерных технологий с высоким микронным уровнем точности хирургии - во многом его детище. Смелые новаторские шаги помогли добиваться высокого зрения без дополнительной оптической коррекции сотням тысяч людей с аномалиями рефракции во всем мире, в том числе и десяткам тысяч дальневосточников.

А всем ли известно, что одним из первых лазерных центров, занимавшихся лечением патологии глазного дна, являлся таковой в НИИ микрохирургии глаза С.Фёдорова? Им руководил профессор А.Семёнов, ученик и сподвижник Святослава Николаевича. Данным отделом внесён большой вклад в изучение возможностей лечения макулярного отёка при различной глазной патологии, в лечение диабетического поражения сетчатки, факоматозов, внутриглазных опухолей. Ряд лазерных технологий, которые удалось при этом разработать, были внедрены в филиалы МНТК, включая и наш. В Хабаровском филиале сегодняшними специалистами отдела лазерной хирургии проводится лечение диабетической ретинопатии, глаукомы, злокачественных внутриглазных новообразований.

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

# КОНСПЕКТ ВРАЧ

#### ВЫПУСК № 15 (2045)

В течение последних 10 лет происходят изменения в структуре материнской смертности. Наряду с устойчивой тенденцией к снижению этого показателя от акушерских причин наблюдается повышение частоты соматической патологии в структуре материнской смертности. Благодаря достижениям современной медицины и стремлению реализации репродуктивных возможностей в популяции увеличивается число беременных с тяжёлой соматической патологией.

На базе университетской клиники Московского государственного медикостоматологического университета им. А.И. Евдокимова сотрудниками кафедры репродуктивной медицины и хирургии были проведены ретроспективное и проспективное исследования беременных, рожениц и родильниц с цереброваскулярной патологией, которые проходили обследование и лечение за период 2010-2016 гг. в городской клинической больнице № 15 им. О.М.Филатова Департамента здравоохранения Москвы.

Критерием включения в исследование был верифицированный диагноз у беременных: артериовенозная мальформация сосудов головного мозга, кавернозная мальформация, интракраниальная аневризма.

#### В сосудистом бассейне

Артериовенозные мальформации (АВМ) сосудов головного мозга, кавернозные мальформации (каверномы), интракраниальные артериальные аневризмы могут стать причиной внутричерепного кровоизлияния (ВЧК) у беременных, рожениц и родильниц. В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) они представлены в соответствующих классах и рубриках: XVII-Q28.2, IX-160-169. По данным литературы, в Японии ВЧК являются второй по частоте причиной смерти у беременных. В США ВЧК в 5-12% случаев становятся причиной смертности во время беременности. Возрастной пик развития ВЧК из-за цереброваскулярной патологии составляет 20-40 лет, что является репродуктивным возрастом для женщин.

АВМ – врождённый сложный сосудистый порок развития. Частота АВМ церебральных сосудов в популяции составляет 0,1% и не имеет генетическую предрасположенность. В подавляющем большинстве случаев это одиночное патологическое (минуя капилляры) соединение артерий и вен в виде клубочков. Лишь в 2% случаев АВМ могут быть множе-

Распространённость этой патологии у обоих полов одинаковая. Она является главной причиной нетравматического внутричерепного кровоизлияния до 35 лет (репродуктивный возраст). Согласно данным патологоанатомических исследований, только 12% АВМ проявляются клинически. Клинические проявления АВМ могут быть разнообразны: ВЧК (2-4%), судорожный синдром (18-40%), головные боли (5-14%), неврологическая симптоматика (1-40%). По данным литературы, частота ВЧК во время беременности из-за разрыва АВМ возрастает в 8 раз, что настораживает не только нейрохирургов и неврологов, но и акушеров-гинекологов.

Каверномы относятся к группе сосудистых мальформаций, в которые входят и АВМ Согласно немногочисленным исследованиям, они встречаются у 0,3-0,5% населения и имеют две основные формы - спорадическую (радиоиндуцированный, иммуновоспалительный генезы) и наследственную (аутосомно-доминантный тип наследования трёх генов, мутации которых приводят к образованию каверном ССМ1 (локус 7q21. 2), CCM2/GC4607 (локус 7q13-15), CCM3/ PDCD10 (локус 25.2-q27). Соотношение мужчин и женщин среди больных с каверномами примерно одинаково. Наиболее типично развитие болезни в возрасте 20-40 лет (репродуктивный возраст). В акушерской практике они также встречаются, осложняя беременность ВЧК. Размеры каверном могут быть самыми разными - от микроскопических до гигантских. Наиболее типичны каверномы размером 2-3 см. Они могут располагаться в любых отделах центральной нервной системы (ЦНС). Клиническая картина заболевания разнообразна: ВЧК. эпилептические припадки, головная боль, очаговая неврологическая симптоматика. Частота кровоизлияний составляет от 0,1 до 2,7% на одну каверному в год.

Артериальные аневризмы - выпячивания сосудистой стенки, располагающиеся обычно в местах деления сосудов. Распространённость артериальных аневризм в популяции 0,6%. Частота субарахноидального кровоизлияния (САК) вследствие разрыва аневризм составляет 10-15 случаев на 100 тыс. населения в год. Артериальные аневризмы являются заболеванием с высокой вероятностью летального исхода или стойкой инвалидизации: при отсутствии хирургического лечения до 70% больных погибают в первый год от начала болезни, 25% выживших остаются инвалидами.

Общая распространённость неразорвавшихся артериальных аневризм среди взрослых, по данным японских исследователей, составляет 3,2%

Распространённость этой патологии у женщин выше, чем у мужчин (4,4% против

Наиболее тяжёлое течение имеет апоплексическая форма. ВЧК является самым опасным клиническим проявлением перечисленных выше сосудистых заболеваний головного мозга. ВЧК во время беременности, родов и в послеродовом периоде является редким, но грозным осложнением. Так частота САК, по данным литературы, во время беременности составляет от 0,01 до 0,05%, но смертность составляет при этом 40-83%.

Ведение беременных, родильниц и рожениц с цереброваскулярной патологией осуществляется командой специалистов: акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, невролог, нейрохирург, нейрорадиолог, неонатолог-реаниматолог, офтальмолог, реабилитолог.

Современные протоколы обследования беременных с АВМ, каверномой, интракраниальной аневризмой включают: магнитно-резонансную томографию (МРТ), магнитно-резонансную ангиографию (МР-АГ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с ангиографией, электроэнцефалографию (ЭЭГ), транскраниальную ультразвуковую допплерографию (ТК УЗДГ), церебральную ангиографию (АГ).

Современные методы лечения АВМ, интракраниальных аневризм, каверном у беременных включают:

- 4. Предхирургическая с целью облегчения прямого иссечения АВМ.
- 5. Предрадиологическая уменьшение функционирующей части АВМ для оптимизации облучения при радиохирургии и радиотерапии.

#### Собственно исследование

Материалом исследования стала когорта женщин (n=51) с различной цереброваскулярной патологией в анамнезе и во время гестации. Манифест цереброваскулярной патологии в исследуемой когорте был как в анамнезе (n=16), так и во время беременности, родов и в послеродовом периоде (n=36). У одной пациентки разрыв итракраниальных аневризм в разных бассейнах произошёл первый раз до наступления беременности (разрыв аневризмы правой внутренней сонной артерии, САК), а во второй раз – во время беременности (разрыв аневризмы средней мозговой артерии справа с паренхиматозным кровоизлиянием и прорывом в желудочковую систему в 36 недель беременности, что привело к антенатальной гибели плода и матери).

Возраст пациенток в среднем составил 30 лет. Первородящих было в два раза больше чем повторнородящих. Среди значимой экстрагениальной патологии в исследуемой

# Цереброваскулярная патология и репродуктивные возможности

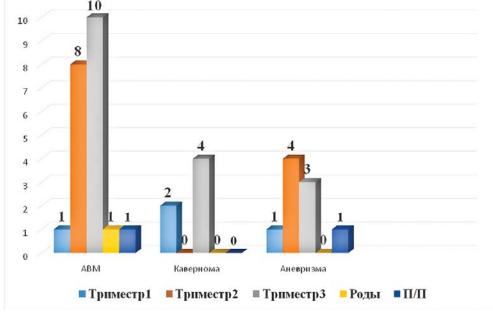


Рис. 1. Манифестация ЦВП в разные сроки гестации

артериальных аневризм у обоих полов. После 50 лет у женщин - 5,4%, у мужчин

По данным одних авторов, достоверного повышения частоты разрыва внутричерепных аневризм во время беременности и в родах не прослеживается. При этом отмечается увеличение количества кесарева сечения. Есть также сообщения, где указывается повышение риска разрыва внутричерепных аневризм с субарахноидальным кровоизлиянием (САК).

#### Исходя из классификации

Различают две формы клинического проявления интракраниальных аневризм:

- 1. Апоплексическую (внутричерепное кровоизлияние - ВЧК)
- субарахноидальное (САК)
- паренхиматозное (возможно с формированием гематомы)
- внутрижелудочковое
- сочетание различных видов кровоизлияния
- 2. Паралитическую (опухолеподобная).

- пирование шейки аневризмы, иссечение патологического сосудистого пучка;
- эндоваскулярное вмешательство (при лечении аневризм - реконструктивные с сохранением просвета несущей артерии и деконструктивные с окклюзией несущего сосуда с применением микроспиралей и стентов, при лечении АВМ – эмболизация). Применение стентов возможно после родоразрешения;
- комбинированное лечение;
- радиохирургия при АВМ, каверномах (возможно после родоразрешения).
- В зависимости от поставленных целей, эмболизация АВМ может быть нескольких видов:
  - 1. Полная облитерация АВМ.
- 2. Терапевтическая эмболизация (стабилизация клинических симптомов - уменьшение STEAL-синдрома и эпилептических проявлений, уменьшение риска повторного кровоизлияния).
- 3. Целевая эмболизация окклюзия сопутствующих интранидальных аневризм, уменьшение интракраниальной венозной гипертензии.

когорте женщин следует отметить заболевания сердечно-сосудистой системы (n=8), артериальную гипертензию (n=7), наследственную и приобретённую тромбофилию (n=7). Из осложнений течения беременности следует особо отметить преэклампсию/эклампсию, которая проявилась у 10 пациенток (20%) из 51. Частота манифеста ЦВП в разные сроки гестации приведена на рисунке 1.

Беременных с АВМ было 26, с каверномами - 10, с аневризмами - 15. Наиболее частым проявлением цереброваскулярной патологии было внутричерепное кровоизлияние - 42 случая (82%). В 2 случаях (4%) у женщин с цереброваскулярной патологией было острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу: инфаркт мозга и транзиторная ишемическая атака (ТИА) по одному случаю. У 8 женщин клиническим проявлением ЦВП были судорожный синдром, головная боль. У одной пациентки, как указано выше, разрыв аневризм в разных бассейнах головного мозга произошёл дважды: в анамнезе и во время беременности.

Из 51 пациентки с различными видами внутримозговой сосудистой патологии в 27 случаях были проведены нейрохирургические операции. Из них до наступления беременности были оперированы 8 женщин: 6 раз проводилось клипирование аневризмы и дважды эндоваскулярная эмболизация АВМ. Все остальные нейрохирургические вмешательства проводились во время гестации. В 5 случаях нейрохирургические вмешательства были проведены на фоне развивающейся беременности:

- ВЧК в 18 недель иссечение АВМ, пролонгирование беременности до 38 недель. плановое кесарево сечение;
- ВЧК в 19 недель иссечение АВМ, пролонгирование беременности до 38 недель, плановое кесарево сечение;
- ВЧК в 25 недель вентрикулярный дренаж, пролонгирование беременности до 29-30 недель, (иссечение АВМ после к/с по поводу ФПН);
- ВЧК в 20 недель эндоваскулярная окклюзия аневризмы микроспиралью, пролонгирование беременности до 26 недель, экстренное кесарево сечение из-за сепсиса;
- ВЧК в 7 недель клипирование аневризмы, пролонгирование беременности до 38 недель, плановое кесарево сечение.

Остальные нейрохирургические операции были проведены после родоразрешения путём кесарева сечения.

Таблица 1 Исход беременности у женщин с цереброваскулярной патологией

Искусственный аборт	n=1 16 нед.	Сроки родоразрешения		Апгар	
Антенатальная гибель плода	n=2 24 нед. 36 нед.	25-27 нед.	n=1	0-0 баллов 1-3 балла	n=1 n=1
Ранняя неонатальная гибель плода	n=1 29 нед. на 3-и сутки	28-32 нед.	n=3	3-5 баллов	n=1
Выписались бере- менными	n=7	33-36 нед.	n=11	5-6 баллов	n=2
Кесарево сечение План/экстр.	Плановое n=21 Экстр. n=19	37-41 нед.	n=27	6-7 баллов	n=5
Роды	n=2			7-9 баллов	n=33

Следует отметить, что в исследуемой когорте женщин было 5 случаев материнской смертности (из-за разрыва АВМ в 3 случаях и из-за разрыва аневризмы в 2 случаях). Из 5 случаев материнской смертности в 4 беременность была осложнена преэклампсией. В 2 случаях была антенатальная гибель, в одном ранняя неонатальная гибель плодов.

Рахит – заболевание младенцев и детей раннего возраста, проявляющееся в нарушении костеобразования в связи с недостаточной минерализацией костной ткани. Ведущим этиологическим фактором является дефицит витамина D и его метаболитов в периоде интенсивного роста детей в первые (преимущественно в первые два) годы жизни.

#### Эпидемиология

Заболевание известно с давних времён. Ещё в 1650 г. английский анатом и ортопед Ф.Глиссон описал в трактате о рахите клинику и патологоанатомическую картину заболевания.

В начале XX века К.Халдишински установил, что облучение кварцевой лампой благоприятно воздействует на заболевание. И.Милленби выявил, что в рыбьем жире содержится какое-то вещество, которое приводит к излечению от рахита. В последующие годы И.Мак-Коллум предположил, что в рыбьем жире имеется противорахитический витамин, который в 1936 г. А.Виндоуз открыл и идентифицировал как витамин D.

Последующие исследования, проведённые в XX и начале XXI века, показали, что витамин D-дефицитные состояния встречаются не только у младенцев и детей раннего возраста, но и у подростков, а также у взрослых – особенно пожилых женщин в постменопаузальный период.

Рахит встречается во всех странах, как в северных районах, так и в странах жаркого климата. На территории России диагностируют в основном рахит лёгкой и средней степени тяжести. Так, у младенцев Санкт-Петербурга — примерно у 10-15%, Москвы — у 30%, Красноярска — у 54,8% обследованных. По данным статистического анализа Минздрава России, показатель заболеваемости детей рахитом в России за последние годы превышает 50%.

По уровню метаболита витамина D – гидроксивитамина D (25-OH-витамина D) в сыворотке крови принято определять норму, дефицит или гипервитаминоз витамина D:

- дефицит витамина D находится ниже уровня 20 нг/мл в сыворотке крови;
- недостаточность витамина D находится в пределах 21-29 нг/мл:
- нормальная концентрация витамина
   D в сыворотке крови у детей и взрослых должна превышать показатели >30 нг/мл.

Проведённые исследования содержания гидроксивитамина D в 8 городах России в 2013-2014 г. у детей первых 3 лет жизни показало высокую частоту дефицита и недостаточности витамина D в различных регионах Российской Федерации – 30,5 и 25,1% соответственно. При этом наиболее высокая частота дефицита витамина D выявлена в городах Сибири и Дальнего Востока: Новосибирск – у 63,5% детей, Владивосток – у 47%, Хабаровск – у 44,5%, самая низкая частота у детей Москвы – 7% и Екатеринбурга – 4%.

Проявления дефицита витамина D у подростков и взрослых описывается как «остеопения», «остеопороз», «остеомаляция».

Термин «остеопения» обозначает низкое содержание костной массы в кости без указания этиологии и описания изменений, имеющихся на данный момент в костях. Наиболее часто встречаются 3 типа остеопении: остеопроз, остеомаляция и фиброзно-кистозный остит.

Остеопороз – системное заболевание скелета, проявляющееся изменениями в

Исход беременности, показатели новорождённых приведены в таблице 1.

#### На основании клинической картины

Таким образом, в большинстве случаев о наличии сосудистой патологии головного мозга можно говорить лишь после

клинического проявления заболевания (крайне редко возможна диагностическая находка). Клинически артериовенозные мальформации, кавернозные мальформации и интракраниальные аневризмы проявляются спустя много времени после их формирования.

Клинические проявления цереброваскулярной патологии могут быть во время беременности, родов и послеродового периода. Время и метод лечения нейрохирургической патологии определяются нейрохирургом. Если ВЧК произошло при благоприятном для плода гестационном сроке, то нейрохирургическое лечение проводится после экстренного родоразрешения путём операции кесарева сечения. Нейрохирургическое лечение может быть проведено на фоне развивающейся беременности. В тяжёлых клинических случаях предлагается прерывание беременности или малое кесарево сечение.

В силу того, что причиной нетравматического ВЧК могут быть осложнения самой беременности (преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром), то основной задачей акушера-гинеколога является тактика ведения беременности. Она формируется инди-

видуально в зависимости от клинической ситуации. Акушеру-гинекологу необходимо вовремя выявить клинико-лабораторные маркёры тяжёлой преэклампсии, эклампсии, HELLP-синдрома для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности или обоснования показаний для досрочного родозразрешения.

Лечение и родоразрешение беременных с цереброваскулярной патологией необходимо проводить в многопрофильных клиниках с родильным домом с детской реанимацией, с отделениями лучевой диагностики, нейрореанимации, нейрохирургии с рентгенооперационной, неврологии, офтальмологии, реабилитации.

Елена ЛЯШКО, доктор медицинских наук, профессор.

Рузанна АРУСТАМЯН, кандидат медицинских наук, доцент.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

# Рахит у детей в общей врачебной практике (семейной медицине). Клинические рекомендации

Факторы риска, способствующие развитию рахита у младенцев

молочными смесями

Синдром мальабсорбции

#### Факторы риска со стороны матери

Возраст матери < 17 и > 25лет Осложнённое течение беременности Экстрагенитальная патология (обменные

заболевания, патология желудочно-кишечного тракта, почек) Дефекты питания во время беременности

дефекты питания во время оеременности и лактации (дефицит белка, кальция, фосфора, витаминов D,  $B_1$ ,  $B_2$ ,  $B_6$ )

Несоблюдение режима дня (гиподинамия,

недостаточная инсоляция)

Неблагоприятные социально-экономические условия Вредные привычки

костях, в виде микронарушений архитектоники и снижении костной массы, что приводит к значительному увеличению хрупкости костей и возможности их переломов.

Остеомаляция – в кости уменьшено содержание минерального компонента и повышено содержание деминерализованного органического матрикса (остеоида). Кость становится податливой, теряет прочность, может деформироваться.

Фиброзно-кистозный остит – нарушение образования костной ткани, при котором усилена резорбция костного вещества с последующим замещением костной ткани фиброзно-ретикулярной тканью. Редкий вариант нарушения остеопении, патогномоничный признак гиперпаратиреоза.

#### Классификация

#### По характеру нарушения минерального обмена выделяют:

- кальципенический рахит;- фосфопенический рахит;
- рахит без выраженных изменений содержания кальция и фосфора.

Нарушения минерального обмена при

#### Кальципенический рахит

При этом варианте в костях преобладают процессы остеомаляции и симптомы повышенной возбудимости (тремор рук, нарушение сна, немотивированное беспокойство). Выявляют выраженные изменения со стороны вегетативной нервной системы (повышенная потливость, тахикардия, белый дермографизм). В биохимическом анализе крови находят высокую концентрацию паратгормона и снижение концентрации кальцитонина, значительное снижение уровня кальция в сыворотке крови и эритроцитах. С мочой повышено выделение кальция, цАМФ и снижено цГМФ.

#### Фосфопенический рахит

При этом варианте в костях преобладает гиперплазия остеоидной ткани. В клинической картине преобладает общая вялость, заторможенность, выраженная мышечная гипотония, слабость связочного аппарата, «лягушачий живот».

В биохимическом анализе крови выраженная гипофосфатемия, высокий

уровень паратгормона и кальцитонина. В моче – гиперфосфатурия и высокая экскреция циклических нуклеотидов (цАМФ и цГМФ).

#### Рахит без выраженных изменений кон-

центраций кальция и фосфора в крови У детей с этой формой нарушений минерального обмена в костях имеется невыраженная гиперплазия остеоидной ткани (как правило, выявляют теменные и лобные бугры), не бывает отчётливых клинических изменений нервной и мышечной систем. В крови при биохимическом исследовании находят умеренное повышение паратгормона, нормальную концентрацию кальцитонина, кальция и фосфора. В моче не выявлено повышение экскреции циклических нуклеотидов, а также кальция и фосфора.

Согласно классификации, предложенной С.Дулицким и принятой на VI Всесоюзном съезде детских врачей (1947), процесс разделяют на степень тяжести, период болезни и течение.

- По степени тяжести процесс может протекать в лёгкой, среднетяжёлой и тяжёлой степени I, II, III соответственно.
- По периоду болезни выделяют начальный, разгара, репарации и остаточных явлений.
- По характеру течения разделяют на острое, подострое и рецидивирующее.

#### Степень тяжести рахита I степень (лёгкая)

Небольшое количество слабовыраженных признаков рахита со стороны нервной и костной систем с вовлечением в процесс костей свода черепа и грудной клетки. Иногда наблюдают невыраженную гипотонию мышц. После рахита I степени не отмечают остаточных явлений.

#### II степень (средней тяжести)

Характеризуется выраженным нарушением общего состояния и умеренными изменениями со стороны нервной, костной, мышечной и кроветворной систем. При этой степени рахита имеются отчётливые деформации черепа, грудной клетки и конечностей, небольшое увеличение печени и селезёнки, умеренная анемия. Со стороны нервной системы сохраняются симптомы дисфункции вегетативного отдела и присоединяются изменения со стороны ЦНС

- задерживается развитие статических и локомоторных функций, позже начинают поднимать голову, сидеть, вставать и ходить, пассивные движения обычно вызывают у них отрицательную реакцию, нарушается поведение, сон, аппетит.

Факторы риска со стороны ребёнка

Время рождения ребёнка (чаще болеют дети, рождённые с июля по ноябрь)

Раннее искусственное и смешанное вскармливание неадаптированными

Малая двигательная активность (тугое пеленание, отсутствие ЛФК,

Приём противосудорожных препаратов (фенобарбитал и др.)

Недоношенность, морфофункциональная незрелость

Большая прибавка в массе в первые 3 месяца жизни

Недостаточное пребывание на свежем воздухе

Большая масса при рождении (> 4 кг)

Заболевания кожи, печени, почек

#### Со стороны костной ткани преобладают:

- симптомы остеоидной гиперплазии: лобные и теменные бугры, рёберные «чётки», надмыщелковые утолщения голеней, «браслетки» на запястьях, «нити жемчуга» на пальцах;
- симптомы гипоплазии костной ткани: задержка роста из-за отставания роста трубчатых костей в длину, позднее прорезывание молочных и постоянных зубов, позднее закрытие родничков, плоский таз;
- костные деформации как следствие мышечной гипотонии: искривления позвоночника в виде сколиоза, лордоза, поясничного кифоза и деформации грудной клетки с развёрнутой нижней апертурой, «колоколообразная», «куриная» грудь, «грудь сапожника», деформация нижних конечностей О-образное (genu varum), X-образное (genu valgum) и другие (coxa vara, genu recurvatum).

Характерна выраженная мышечная гипотония и слабость связочного аппарата. Больные младенцы в положении на спине легко притягивают ногу к голове, сосут первый палец на стопе, кладут стопу на плечо, у них большой, распластанный «лягушачий» живот, возникающий вследствие дряблости мышц брюшной стенки; почти всегда имеется расхождение прямых мышц живота.

Появляются функциональные нарушения печени, желудочно-кишечного тракта. Выявляются изменения в белковом, липидном обмене, дефицит витаминов  $B_1$ ,  $B_6$ ,  $B_5$ , A, E, C, меди, цинка, магния.

Вследствие деформации грудной клетки, гипотонии мышц, ограничения движения диафрагмы нарушается лёгочная вентиляция, появляется предрасположенность к воспалению лёгких, выявляются дистрофические изменения в сердце.

Гипохромная анемия, преимущественно железодефицитная, но может быть вследствие дефицита аминокислот, меди и цинка.

(Продолжение следует.)

Ежегодная XXII Всероссийская научно-практическая конференция «Желудок-2017. Метаболическая организация функций желудка» недавно состоялась в Москве. Она была разделена на три симпозиума, посвящённых различным темам, и по традиции прошла под председательством главного гастроэнтеролога Минздрава России, президента Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА), директора Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академика РАН Владимира ИВАШКИНА.

В рамках данного мероприятия были представлены различные доклады, посвящённые гастроэнтерологическим проблемам и их решениям. В частности, речь шла о профилактике рака желудка и гастродуоденальных кровотечений.

6 раз, при наличии CagA положительных штаммов – в 28 раз. Инфекция H.pylori является канцерогеном 1-й группы для человека.

#### Зловещий Helicobacter

Хорошо известны последовательные этапы морфологических изменений слизистой оболочки под действием хеликобактериоза. На достаточно далеко зашедших стадиях морфологических нарушений, атрофии, кишечной метаплазии,

по диагностике и лечению язвенной болезни с учётом обновлённых международных рекомендаций, которые появились за последние годы, – продолжил И.Маев. – С ними можно ознакомиться как в печатном виде, так и на электрон-

- С ними можно ознакомиться как в печатном виде, так и на электронных ресурсах. Остаётся актуальной стандартная тройная терапия и квадротерапия с препаратами висмута как альтернативной основы. Во всех схемах терапии, что характерно, имеются ингибиторы протонной помпы (ИПП).

активного влияния факторов риска и снижающей вероятность гастродуоденального кровотечения более чем на 50%.

Александр Трухманов, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, главный учёный секретарь РГА, говорил о роли терапевта в профилактике неварикозных гастродуоденальных кровотечений и отметил, что одной из основных задач сегодня является снижение смертности от

#### В промежуточном положении

Один из докладов, на котором хотелось бы остановиться подробнее, был посвящён эрадикации инфекции Helicobacter pylori в целях профилактики рака желудка. Его представил председатель научного комитета РГА, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, а также проректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН Игорь Маев.

- Мы неоднократно возвращаемся к проблеме хеликобактериоза и каждый раз открываем для себя какие-то новые горизонты, - этими словами начал своё выступление И.Маев. - Существует ряд общих и хорошо известных моментов: сохраняется высокая заболеваемость им, отсутствуют ранние специфические симптомы. Кроме того, мы не удовлетворены результатами ранней диагностики. Несмотря на определённые успехи в хирургическом и терапевтическом лечении, сохраняются пониженная эффективность лечения, низкая пятилетняя выживаемость и ассоциированная с этим высокая смертность.

Если обратиться к последним эпидемиологическим данным по аденокарциноме желудка, то для России это около 40 тыс. вновь зарегистрированных случаев в год и чуть более 23 случаев на 100 тыс. населения. Это на порядок выше, чем в ряде других государств. Для сравнения: в странах Евросоюза – 10 случаев на 100 тыс. населения, в США – 4,25 случая.

- Россия, к сожалению, всё ещё относится к группе стран в целом с высоким показателем смертности, но важно, что этот показатель за последние десятилетия достаточно динамично снижается, и в этом смысле нам близки страны Юго-Восточной Азии, - отметил И.Маев. - Пятилетняя выживаемость в разных государствах различна, однако можно сказать, что Российская Федерация находится в промежуточном положении между европейскими странами и Японией и Южной Кореей. У нас она около 40-50%

Характерно, что диагностика рака желудка на ранних стадиях – это, конечно же, важнейшая проблема. Основными факторами риска некардиального рака желудка, названными в последних крупных

#### Ориентиры — — —

# Желудок мой — враг мой?

#### Особенности диагностики и лечения рака и гастродуоденальных кровотечений



Выступает академик В.Ивашкин

исследованиях, являются: высокое содержание в диете поваренной соли (> 16 г в сутки), курение, злоупотребление алкоголем (более 150 мл 40% алкоголя в сутки), генетические факторы человека (полиморфизм генов интерлейкинов IL1B, IL-8, IL-17), инфекция Helicobacter pylori и мужской пол. Пик заболеваемости приходится на 50-70 лет.

Примечательно, что на V Маастрихтском консенсусе в позапрошлом году было признано, что инфекция Н.руlori – наиболее доказанный этиологический фактор развития рака желудка. Она является, прежде всего, инфекцией, ассоциирующейся с проксимальным раком желудка, если исключаются случаи плоскоклеточной карциномы и аденокарциномы пищевода. Эрадикация инфекции Н.руlori снижает риск развития рака желудка, хотя уровень доказательности на сегодняшний день не очень высокий.

Кроме того, спикер отметил, что целый ряд крупных метаанализов был подвержен пристальному изучению. Эти исследования показали, что риск рака желудка при наличии хеликобактериоза увеличивается в

дисплазии риск развития рака желудка резко повышается.

В последние годы было показано, что хеликобактер способен индуцировать гиперметилирование ДНК, приводя к инактивации генов-онкосупрессоров и активации онкогенов.

На Киотском консенсусе (2015 г.) было представлено ещё одно положение: эрадикация снижает риск развития рака желудка. Степень снижения риска зависит от наличия, тяжести и распространённости атрофических процессов к моменту назначения эрадикации.

- Метаанализ 2015 г., который был посвящён этому вопросу, показал относительное снижение риска развития рака на 36%, сказал И.Маев. - Это достаточно высокий показатель. И важно понимать, что в отношении позитивных штаммов снижение оказывалось ещё более значимым, поэтому, безусловно, все последние исследования свидетельствуют о том, что эрадикация – это хороший путь в профилактике и снижении риска развития рака желудка.

Эрадикация H.pylori показана следующим пациентам: с анамнезом рака желудка у родственников первой степени родства, с новообразованиями желудка в анамнезе после эндоскопического лечения или резекции желудка, страдающим гастритом высокого риска, с длительным подавлением кислотной секреции желудка, имеющим серьёзные факторы риска рака желудка со стороны внешней среды, а также H.pylori-положительным пациентам, опасающимся развития рака желудка.

 В 2012 г. были опубликованы рекомендации РГА по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых, а в году минувшем клинические рекомендации РГА

В заключение И.Маев отметил, что рак желудка - это глобальная медицинская проблема, над которой многие фундаменталисты и клиницисты по всему миру трудятся уже очень давно. В большинстве случаев данная онкологическая патология развивается на фоне хронического хеликобактерного гастрита, о чём свидетельствуют все последние крупные исследования. Хронический гастрит - это заболевание с неблагоприятным долгосрочным прогнозом и достаточно высоким риском развития рака желудка, поэтому, безусловно, эрадикация инфекции H.pylori - главная мера активной профилактики рака желудка.

#### Цель снижение смертности

Следующий доклад был посвяшён изъязвлённым опухолям и неопухолевым язвам желудка, а также эндоскопической семиотике и лечебной тактике. Его представил старший научный сотрудник эндоскопического отделения Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена Сергей Пирогов. Он подробно остановился на типах изъязвлённых опухолей, их характеристиках, особенностях, диагностике и лечении. Как и в предыдущем докладе, речь шла об эрадикационной терапии при наличии инфекции H.pylori и о применении ИПП при изъязвлённых опухолях и неопухолевых язвах желудка.

Крупный отечественный морфолог Олег Зайратьянц – профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ – подробно рассмотрел острые эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения и их морфологические основы. В частности, он отметил, что из 200-300 больных инфарктом миокарда и инсультом один человек погибает от острого гастродуоденального кровотечения. Вновь обыло сказано и о терапии ИПП, позволяющей повысить рН содержимого желудка в течение периода

заболеваний системы пищеварения. Кроме того, он отметил, что приём нестероидных противовоспалительных препаратов повышает риск развития кровотечения при язвенной болезни в пять раз, а при Н.руlori-позитивной язвенной болезни – в шесть. Был представлен ряд факторов риска, включающих в себя различные показатели. В частности, речь шла о сочетании с другими заболеваниями (чем их больше, тем выше риск).

#### Строго по показаниям

Итоги данного симпозиума кратко по форме и масштабно по содержанию подвёл В.Ивашкин. Он поблагодарил участников и похвалил их за блестящие доклады, представленные на высшем, экспертном уровне.

- Сегодня речь шла об ИПП, и я согласен с тем, что это - потрясающее достижение науки и практики, подчеркнул В.Ивашкин. – Однако мы должны помнить, что при всей их эффективности и, в общем и целом, безобидности всё-таки имеется ряд побочных эффектов. Они, главным образом, носят форму различных инфекционных осложнений, поэтому в настоящее время необходимо сосредоточить внимание на таких точках применения ИПП, как абсолютная и относительная необходимость назначения, продолжительность назначения ИПП, ведь это не шоколадные конфеты, которые можно есть в разных количествах в течение долгого времени. У всех медикаментов (и ИПП - не исключение) должны быть чёткие (как абсолютные, так и относительные Д.Б.) показания к применению, чтобы «вывести» пациентов из всевозможных осложнений, главным образом - инфекционных, которые на современном этапе весьма бурно и активно обсуждаются в различных научных обзорных статьях, резюмировал эксперт.

Диана БУЙНОВСКАЯ, корр. «МГ».

#### Акценты

# Все мы немного родственники

### Напоминают нам генетики

Учёные медико-генетического центра «Генотек» проанализировали генетические данные участников ДНК-исследования и выяснили, что почти всех их связывают те или иные родственные связи.

Поиск родственников осуществлялся в рамках ДНК-теста «Генеалогия», который также выявляет происхождение по отцовской и материнской линиям и определяет этнический состав человека. За время исследования были

протестированы 1848 человек в возрасте от 20 до 45 лет, 59% из которых – мужчины и 41% – женщины. Наибольшее количество образцов биоматериала поступило из Москвы, Санкт-Петербурга, Сочи, Краснодара, Ростова-на-Дону, Владивостока, Новосибирска, Симферополя.

Как минимум один родственник был выявлен у 83% участников ДНК-теста. В исследуемой группе было обнаружено 1299 родственных связей от пятого до десятого поколения, 549 — четвёртого, 39

и 27 – третьего и второго соответственно. Каждая такая связь указывает на родство между двумя людьми.

Человек наследует 50% генов от матери и 50% – от отца. По словам учёных, современные технологии позволяют найти родственников с помощью генетического исследования до десятого поколения. Сделать это может каждый: достаточно предоставить лаборатории образец своей слюны. Дальнейший анализ делается путём генотипирования на микроматрицах. Результаты ис-

следования выводятся в личный кабинет клиента и представляют собой своего рода социальную сеть: список найденных родственников с местом проживания, контактными данными и возможностью вести переписку. Кроме того, человек получает данные этнического состава (процентное соотношение 36 национальных групп) и происхождение по отцовской и материнской линиям, выявленное в ходе ДНКисследования.

Клиенты исследовательского центра прошли ДНК-тест, после

чего проанализировали их хромосомы и сравнили между собой. Благодаря такому анализу представляется возможным не просто найти родственников, но и определить степень родства.

«Мы выяснили, что в 8 случаях из 10 можно выявить генетические связи от первого до десятого поколения. Лично я нашёл двух родственников, о которых не знал ранее, и сейчас устанавливаю с ними контакт. Важно понимать: если образцы генетического материала были обработаны и включены в базу данных, микрочиповое ДНК-исследование позволит найти родственников», – говорит Валерий Ильинский, генеральный директор «Генотека».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва

На ежегодный форум собрались несколько тысяч неврологов и врачей смежных специальностей. Трёхдневная программа включала 3 пленарные сессии, 65 сателлитных симпозиумов, «круглых столов», семинаров, мастер-классов и клинических разборов, специальную сессию и сессию молодых учёных, а также обучающую программу для терапевтов и врачей общей практики.

#### Ускользающее сознание

Специальная лекция ученика и преемника по кафедре Александра Моисеевича Вейна профессора Валерия Голубева (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова) была посвящена сознанию и его нарушениям. Как известно, термин «сознание» означает, с одной стороны, бодрствование (энергетическая составляющая), а с другой - осознание (содержательная компонента). В норме бодрствование и осознание нераздельны, но при патологии возможно бодрствование при отсутствии сознания (вегетативный статус). Если по поводу нарушений сознаний есть определённый консенсус, то относительно сознания в «норме» его нет.

«Из чего сделаны наши мысли, переживания и воспоминания? Объяснение сознания - один из величайших вызовов науке», - констатирует В.Голубев. Свойства сознания описываются термином «квалиа» (qualia) это воспринимаемые субъектом цвета, звуки и запахи, переживаемые эмоции, возникающие мысли, которые недоступны объективному изучению. Функции сознания не менее загадочны, чем его структура. Психофизиологическая проблема (соотношение между телом и душой, или, в современной трактовке, между мозгом и сознанием) со времён Декарта будоражит исследователей, но не имеет решения.

Был показан фрагмент фрески Микеланджело «Рождение Адама», на которой виден зазор между рукой Творца и протянутой навстречу рукой человека.

#### Деловые встречи -

# Неврология как искусство

#### В Москве состоялась XIII конференция «Вейновские чтения»

Сознание ускользает от объяснений, и его безуспешно пытаются понять с помощью метафор – театральных («театр сознания», «прожектор внимания»), географических («остров сознания в океане бессознательного»), компьютерных (мозг сравнивается с «железом», а сознание с программным обеспечением). Сознание связано с понятием «Я» (Self) и принадлежности действия субъекту или свободы воли (agency). Проблема «Я» считается центральной проблемой сознания. Человек не может потерять своё «Я» даже во время сновидений, а так называемая деперсонализация свидетельствует о грубых психических расстройствах. Попытки локализовать, понять и объяснить идеальное сознание с позиций материализма, считает В.Голубев, обречены на провал в силу их методологической несостоятельности.

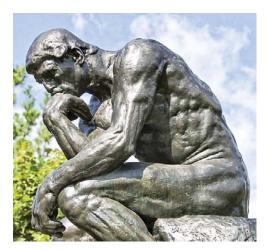
#### Человек из железа

О решающей роли методологии также говорилось в выступлении кандидата биологических наук Олега Кубряка (НИИ нормальной физиологии им. П.К.Анохина, Москва), посвящённом клиническому применению стабилометрии. Данная методика позволяет количественно оценить устойчивость, что важно как для диагностики двигательных расстройств, так и для их реабилитации. «Повышение доказательности, рост эффективности и

значимости применения стабилометрии связаны с развитием методологии», - отмечает докладчик, представивший прогресс применения стабилометрических систем как смену парадигмы «от рефлекторных и механических моделей поддержания вертикальной позы к представлениям о мультисенсорной интеграции, внутренней модели тела, системным концепциям». Важную роль в этом играет использование биологической обратной связи. Докладчиком было упо-

мянуто имя известного физиолога Николая Бернштейна (1896-1966), чьи концепции двигательной активности сегодня воплощаются на практике (в нейрореабилитации).

Разборы клинических случаев могут быть интереснее широковещательных докладов, что наглядно продемонстрировал кандидат медицинских наук Александр Калинкин (Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В.Ломоносова). Им был представлен случай излечения парасомнии (сомнамбулизма, сноговорения и ночных страхов) у 9-летнего мальчика с помощью препаратов железа. По данным ВОЗ, железодефицитная анемия является первой в перечне 38



самых распространённых болезней. В данном случае общий гемоглобин был в пределах нормы, а вот уровень ферритина находился на нижней её границе (20 мкг/л при норме 7-140 мкг/л). Инсомния вследствие железодефицитного состояния может быть диагностирована при отсутствии других видов нарушений сна (например, синдрома беспокойных ног), низком уровне ферритина (менее 75 мкг/л) и значительном улучшении сна после назначения препаратов железа. Патогенез инсомний при дефиците железа в организме пока неясен. Возможно, это связано со снижением чувствительности к дофаминовым рецепторам

#### Мелодии вместо таблеток

Нарушения сна и бодрствования находились в центре научных интересов Александра Вейна. В рамках нынешних чтений состоялась арт-презентация доктора медицинских наук Елены Корабельниковой (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова) «Сон и искусство», которая ознакомила аудиторию с различными интерпретациями сновидений в произведениях живописи, скульптуры, музыки и танца (библейской, философской, метафорической, бытовой). Также было показано влияние искусства на сон и возможности арт-терапии его расстройств.

На этой же сессии с рассказом о вегетативных диссонансах выступила кандидат медицинских наук Татьяна Щербоносова (Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск). «Панические атаки – фальшивые ноты организма. Почему гармония (консонанс) превратилась в диссонанс? Это как в музыке: гармоничные интервалы и негармоничные – диссонансы», – утверждает Т.Щербоносова.

Символично, что чтения завершались выступлением профессора Владимира Белопасова (Астраханский государственный медицинский университет) «Эпилепсия и музыка», где звучали отрывки из произведений Моцарта, который, оказывается, был эпилептиком (приступы возникали при звуках трубы). В докладе говорилось о «музыкальной фармакологии» - музыкотерапия с помощью специально подобранных мелодий помогает снизить дозировки противоэпилептических препаратов у больных, страдающих эпилепсией. «Без музыки жизнь была бы ошибкой», – процитировал В.Белопасов Фридриха Ницше.

> Болеслав ЛИХТЕРМАН, доктор медицинских наук, профессор кафедры истории медицины, истории отечества и культурологии.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

#### Ишоѕи и проѕнозы

В Москве прошла XXVI ежегодная конференция «Практическая гастроэнтерология» под председательством заведующего кафедрой терапии и гастроэнтерологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, вице-президента Научного общества гастроэнтерологов России, доктора медицинских наук, профессора Олега Минушкина, напомнившего аудитории, что первое такое мероприятие было проведено четверть века назад, когда надежды на то, что конференции будут продолжаться так долго, особо не было.

Как выяснилось, форумы под

эгидой нашего общества стали хорошо посещаемы. Эти практические конференции дают докторам самое необходимое для практической деятельности: ведения пациентов с патологией органов желудочно-кишечного тракта, своевременной диагностике и профилактике заболеваний пищеварительной системы, - отметил О.Минушкин. - Кроме того, мы доводим до вашего сведения, уважаемые коллеги, информацию о современных меликаментах, которые становятся доступными для практического применения. Если вы откроете справочник под редакцией незабвенного М.Машковского, то найдёте там более 2 тыс. лекарственных препаратов, однако это вовсе не значит, что сюда вошли все поголовно лекарства, часть их попадают только со временем. Из указанного количества 680 препаратов были так или иначе обсуждены на площадках конференций. Должны ли мы доводить до врачебной аудитории всю информацию о том,

# Микробы правят миром...

#### То ли бактерии в нас, то ли мы погружены в мир бактерий



Выступает профессор О.Минушкин

что поступает на наш фармакологический рынок? Вне всякого сомнения. Причём какие-то препараты будут жить долго, и это нормальное явление, а какие-то, что называется, канут в небытие. Некоторые не будут иметь особенного развития вследствие не самой высокой клинической эффективности, другие станут развиваться, появятся новые показания к их использованию. На наших конференциях обсуждаются российские стандарты, рекомендации – отечественные, европейские,

мировые. Входя в европейскую гастроэнтерологию и Международную ассоциацию гастроэнтерологов, мы обязаны так или иначе реагировать на рекомендации своих зарубежных коллег и вводить их в отечественные стандарты ведения пациентов с болезнями ЖКТ, – сказал он.

Примечательно, что в середине минувшего года появились новые рекомендации Европейской ассоциации гастроэнтерологов, которые увидели свет на форуме в Нидерландах. Не вызывает сомнений тот факт, что они войдут в отечественные стандарты. Так, к примеру, на сегодняшний день во всём мире представлено 58 препаратов из группы ингибиторов протонной помпы.

Что характерно, в подавляющем большинстве случаев российские терапевты и гастроэнтерологи на практике пользуются всего 3-4 медикаментами из данной группы.

– Мы выбираем препарат, исходя из показаний к его применению. Считаю необходимым заметить, что цена имеет отнюдь не последнее значение. Необходимо спросить у или иную рекомендацию, а способен ли он вообще купить препарат? – добавил О.Минушкин.

На конференции также было отмечено, что препараты из группы антацидных средств. до недавнего времени подзабытые клиницистами, всё чаще используются в современной врачебной практике. На сегодняшний день имеется 57 препаратов - пищеварительных ферментов. Конечно, врачи используют далеко не все такие медикаменты. однако информацию о принципиальных различиях или преимуществах того или иного лекарства им следует знать. Наряду с этим на мировом рынке сегодня имеется около 100 гепатопротекторов. Это наиболее «спорная» группа препаратов. Есть немало учёныхклиницистов, напрочь отрицающих нужду в данной группе лекарственных средств. Их заявления весьма категоричны и даже агрессивны, что подчас вызывает сомнения относительно использования вышеуказанной фармакологической группы препаратов.

– Я думаю, что, если вдруг взять и убрать даже не 100, а 50 печёночных протекторов, мы станем всерьёз задумываться, а чем же нам лечить наших больных? Существует много спазмолитиков, большая часть из них носит универсальный характер — мы получаем эффекты там, где их не ждём. Так вот селективных спазмолитиков очень мало, — подытожил О.Минушкин.

В свою очередь, профессор кафедры терапии и гастроэнтероло-

гии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук Мария Ардатская коснулась в своём сообщении темы микробиоты и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

 Вспомним родоначальника, человека, который изложил концепцию не только учения об иммунитете, но и изучения микробиоты в целом. Илья Ильич Мечников считал, что вредные микробы становятся источником отравления изнутри, – заявила М.Ардатская. – Тем не менее нельзя говорить о микробиоте в призме исключительного вреда. Как известно, многочисленные и разнообразные ассоциации микроорганизмов, населяющих пишеварительную систему человека, в значительной степени определяют его физическое здоровье. Фраза «микробы правят миром» весьма актуальна. Мы должны прислушиваться к языку микробов и тогда сможем лучше, гармоничнее взаимодействовать с ними. И вот эта концепция должна быть учтена во всех наших подходах. Микроорганизмы буквально населяют людей, тем самым обмениваясь с ними генетическим материалом. В этой связи возникает резонный вопрос: то ли бактерии в нас, то ли мы погружены в мир бактерий.

> Иван МАГЕР, корр. «МГ».

Динамика развития российского фармацевтического рынка даёт повод для сдержанного оптимизма, обусловленного стабилизацией кризиса. В этом мнении оказались единодушны участники первого в этом году заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга. Эксперты ведущих аналитических компаний подвели итоги 2016 г. и озвучили прогнозы на ближайшую перспективу.

#### Ищем оптимизм

- Хрупкая стабильность - это ключевое ощущение, которое характеризует 2016 г., - отметил глава представительства компании IMS Николай Демидов. - Тем не менее наш взгляд в будущее сдержанный и мало оптимистичный. Ожидается, что восстановление экономики будет идти крайне медленными темпами. Применительно к фармотрасли это означает, что в индустрии не будет мощного рывка в темпах роста.

Как известно, в ближайшие годы планируется снижение федеральной части бюджета на здравоохранение. Тем не менее финансирование госпрограмм лекарственного обеспечения («Обеспечение необходимыми лекарственными средствами» и «Семь нозологий») предусмотрено примерно в том же объёме, каким оно было в последние несколько лет. В этой связи, по мнению эксперта, дальнейшее расширение числа участников этих программ и, соответственно, введение новых препаратов в списки будет осуществляться за счёт сэкономленных средств в ходе госзакупок при замене оригинальных препаратов более дешёвыми дженериками и биоаналогами.

Говоря об общих тенденциях в сфере потребления, эксперт обозначил, что после «глубоко кризисного» 2015 г. наметились определённые положительные сдвиги, а именно – люди снова стали тратить деньги, нежели экономить или копить на «чёрный день», как это было в разгар кризиса.

Согласно данным IMS, в 2016 г. российский фармрынок вырос на 9% в рублёвом эквиваленте, на 2% – в упаковках. «Это позволяет нам судить о том, что в прошлом году произошёл резкий разворот в розничном сегменте в сторону восстановления потребления», – констатировал Н.Демидов.

Про его словам, рынок развивался в основном за счёт компаний, которые не входят в ТОП-10 лидеров рынка. В рейтинге препаратов также произошли значительные изменения: практически полностью поменялось представительство декарственных средств, которые являются основой бюджетного сегмента. Произошло это не только благодаря замещению импортных лекарств отечественными, но и за счет вывода новых продуктов. в том числе из инновационного сегмента

Драйвером рынка, как и прежде, остаётся розничный сегмент. В прошлом году он показывал уверенный рост (+11,8%). Бюджетный сегмент, с точки зрения темпов роста после всплеска в 2015 г., стабилизировался.

Ключевыми трендами развития рынка в 2016 г. стали: снижение инфляции на лекарства (что позволило восстановить потребление для всех групп ЛП), бум локальных дженериков и безрецептурных препаратов. Кроме того, эксперт упомянул о новом «феномене» на рынке - компаниях, которые предлагали продукты с собственным именем, добавленным к международному непатентованному наименованию. По итогам 2015-2016 гг. эти препараты имеют абсолютное лидерство в росте розничного звена (в среднем +20 %).

- Отечественные компании научились делать маркетинг не хуже иностранных. В некоторых ситуациях они обладают большей гибкостью, скоростью реакции, оперативностью в принятии управленческих решений. В том числе благодаря тому, что в последние годы «живительно укрепились» менеджерами, имеющими закалку работы в западных компаниях, которые, безусловно, улучшили маркетинговую, коммерческую и общую управленческую составляющую отечественной фармы, - пояснил эксперт.

В 2016 г. на долю ТОП-100 компаний приходилось в среднем

Количество брендов, присутствующих на российском рынке, увеличилось на 5% в 2016 г. и превысило 4800 наименований. Как и в предыдущие годы, львиная доля продаж (около 70%) приходится на розницу. В этом сегменте рынка сохраняется тенденция к росту доли жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Основной вклад в прирост розничного сегмента по итогам года внесли следующие группы препаратов: системные антибактериальные средства, противоопухолевые ЛС и препараты для лечения сердечно-сосудистой о том, что по итогам текущего года мы должны увидеть рост этого сегмента рынка, – считает А.Ермолаева.

Среди основных тенденций 2017 г. в государственном сегменте, по оценке ALPHARM: сохранение объёмов финансирования здравоохранения (прирост составит 5,9%); увеличение финансирования обеспечения лекарственными средствами в рамках программы «Развитие здравоохранения»; запуск пилотных проектов по лекарственному страхованию (к уже существующим в Кировской, Омской и Ульяновской областях); утверждение порядка опреде-

– Ежегодно логистика в России перерабатывает огромное количество упаковок лекарственных препаратов, что сопоставимо с европейскими нормами и даже превышает их. Проблема заключается в большом разрыве цен на лекарства, – пояснил эксперт. – На рынках стран ЕС нет дешёвых российских препаратов, там цены европейские. Соответственно, от этого зависит и размер прибыли, которую получают все участники рынка.

В 2016 г., по оценке DSM Group, розничный сегмент рынка вырос на 8,8% в рублях, из них 5,6% приходится на долю безрецеп-

#### Перспективы -

# Лёд тронулся...

# Эксперты прогнозируют рост фармрынка



72-74% в общем объёме продаж в розничном сегменте рынка. Среди них по-прежнему более половины составляют мультинациональные компании, производящие оригинальные лекарственные препараты. Иностранные дженерики занимают 26%, а пятую часть – лекарственные средства, произведённые в России (+ 3% по сравнению с 2015 г.).

Что касается дальнейшего развития рынка, Н.Демидов был осторожен в прогнозах, подчеркнув, что к апрелю текущего года цифры, возможно, будут скорректированы. На сегодняшний день прогноз IMS таков: в розничном сегменте рост составит порядка 7%, в госсегменте – 2%.

#### Положительный анамнез

– В 2016 г. падение ВВП замедлилось до 0,6%, и уже к концу года в экономике наметился переход от стагнации к восстановлению экономического роста. Ожидается, что в текущем году рост ВВП перейдёт в положительную область, – сообщила генеральный директор аналитической компании ALPHARM Анна Ермолаева. По её словам, основные макроэкономические факторы, такие как валютный курс, инфляция, средняя заработная плата, также стабилизируются.

– До середины года фармрынок демонстрировал падение, чтобы потом перейти к активному росту в национальной валюте во второй половине года, – подчеркнула

По данным ALPHARM, в 2016 г. фармрынок (без учёта БАД и дополнительного ассортимента аптек) вырос на 7% и составил 1,13 трлн руб. и 5,3 млрд упаковок. В европейской и американской валюте роста не отмечается: по итогам года рынок демонстрирует падение в районе 2%.

Значительную долю в общей выручке аптек занимает сегмент БАД и дополнительного ассортимента. По итогам 2016 г. суммарный объём продаж этих категорий товаров составил 257 млрд руб.

По консолидированному объёму госсегмент продемонстрировал рост в 4,4%. Снижение объёмов отмечается только в подсегменте высокозатратных нозологий (-1%), остальные сегменты показали положительные динамики. Значимых изменений по сравнению с 2015 г. в сегменте ЛПУ не произошло (он занимает порядка 43%), федеральная и региональная льгота составили 12 и 18% соответственно. В объёмах продаж лидируют противоопухолевые ЛС. Наибольший прирост также показали системные антибактериальные средства и ЛС для лечения нервной системы.

Пока преждевременно говорить о возможном снижении закупок в государственном сегменте.
 Динамика объёмов продаж в национальной валюте по завершённым аукционам свидетельствует

ления максимальной начальной цены контракта для аукционов по закупке лекарств.

Фармацевтический рынок в 2017 г. продолжит рост, по прогнозу ALPHARM по итогам года он составит порядка 6% в розничном сегменте и от 0 до 2% – в госсегменте.

#### Новая реальность

- Главное - это не цифры, а понимание того, что происходит, - считает генеральный директор аналитической компании DSM Group Сергей Шуляк. По его словам, происходит трансформация ментальности российского потребителя: на смену неопределённости приходит уверенность в завтрашнем дне.

По подсчётам DSM Group, за последние 5 лет фармрынок рос в среднем на 10%. В 2016 г. прирост составил 6,4%, его суммарный объём превысил 1,3 трлн руб., включая парафармацевтику. По упаковкам впервые за последние 5 лет отмечается слабый рост в 3% в рознице.

Инфляция на лекарства в 2016 г. сравнима с индексом потребительских цен (5,4%). Определённый парадокс существует в отношении такого показателя, как среднедушевое потребление лекарственных средств: в 2016 г. он составил 5,5 тыс. руб. в рознице и 2,2 тыс. в госсегменте.

В «спокойные времена» данный показатель был ниже в 3,5 раза, нежели в странах ЕС. С ростом курса доллара и евро этот разрыв увеличился до 7 раз. Тем не менее, если сопоставить количество купленных упаковок (в среднем 35 штук в год на человека), то эти данные сопоставимы со среднестатистическими европейскими показателями.

турных препаратов. В упаковках разницы в росте между рецептурными и безрецептурными ЛС не отмечается. При этом рынок в деньгах растёт за счёт препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, а в упаковках ровно наоборот. Максимальный вклад в рост данной доли рынка внесли противомикробные препараты, ЛС для лечения желудочно-кишечного тракта, витамины и препараты для лечения сердечнососудистой системы.

За анализируемый период отечественные препараты росли быстрее импортных, как в упаковках, так и в деньгах. Ещё один устойчивый тренд – переход на более дешёвые дженерики. Доля оригинальных препаратов неуклонно сокращается и в упаковках, и в рублях. Среди ТОП-10 международных непатентованных наименований с максимальным ростом дженериков: аморолфин, нафтифин, валацикловир, фенспирид и др. Согласно прогнозу DSM Group, рост российского фармрынка в 2017 г. составит 9% в рублях, в упаковках от 0 до 2%.

– Сегодня мы отмечаем стабилизацию кризиса. И в этих условиях даже отрицательная ситуация имеет свою стабильность. Есть приблизительное понимание, по каким правилам мы будем играть в 2017 г. Чудес не обещаю, падения тоже, – подвёл итог своему выступлению С.Шуляк. – Когда в положительную сторону начнёт меняться общемировая экономическая ситуация, мы увидим косвенное отражение этой динамики и на российских рынках, в том числе фармацевтическом.

Ирина СТЕПАНОВА, корр. «МГ».

#### Kcmamu ·

В России госзакупки лекарственных препаратов и медоборудования в 2016 г. достигли 535 млрд руб., по объёму уступив только закупкам в сфере строительства и прокладки автомобильных дорог (1,3 трлн руб.). Такие данные приводятся в докладе о результатах мониторинга применения Федерального закона № 44 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» за 2016 г., опубликованном на сайте Минэкономразвития России.

Кроме того, в 3,5 раза по сравнению с 2015 г. вырос объём закупок услуг, связанных с «научными исследованиями и экспериментальными разработками в области естественных и технических наук», и достиг показателя в размере около 447 млрд руб.

Согласно отчёту, в 2016 г. Федеральная антимонопольная служба возбудила 22,78 тыс. дел об административных правонарушениях в сфере госзакупок, в том числе лекарств и медоборудования, что на 3,2% больше, чем в 2015 г. В докладе также говорится о мерах по совершенствованию системы закупок, повышению их открытости, прозрачности и эффективности. Среди них – введение каталога закупок и системы референтных цен на закупки для обеспечения государственных и муниципальных нужд, а также отдельных видов юридических лиц. Кроме того, заказчика обяжут публично уведомлять об осуществлении закупки у единственного поставщика в режиме чрезвычайной ситуации.

В начале октября 2016 г. Счётная палата обнародовала результаты проверки расходования бюджетных средств на закупку лекарств в 5 регионах. Аудиторы пришли к выводу, что бюджетные средства расходуются неэффективно и лекарства приобретаются по завышенным ценам.

Подготовила Анна КРАСАВКИНА.

По информации Pharmacta.

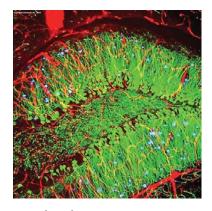
#### Почему бы и нет? ———

# Запутанный вопрос

Недавно была опубликована статья, полученная из сеульского Института мозга, специалисты которого показали «избавление» генно-модифицированных мышей с отложениями амилоида в гиппокампе от когнитивного дефицита. Достигнуто это было с помощью этил-производного пиперазин-пропан-сульфоновой кислоты (EPPS). Вещество мутантным мышам давали с питьевой водой, и уже через неделю мыши вновь начинали правильно выбирать путь в Ү-образной развилке. У животных отмечалось уменьшение бляшек, снижался уровень «тормозящей» гамма-аминомасляной кислоты и уменьшалось воспаление в мозгу. Последнее вроде бы подтверждает мысль о том, что болезнь Альцгеймера носит воспалительный и аутоиммунный характер.

В середине 2016 г. известный европейский журнал принял к печати статью специалистов из Института науки и технологии в Сеуле, которые показали, что EPPS vменьшает когнитивный дефицит благодаря повышению активности белка некростатина. Этот фермент «противодействует» некрозу нервных клеток, подавляя протеин рецепторного взаимодействияинтерактивности (RIP - Receptor Interacting Protein). Взаимодействие белковых рецепторов, встроенных в мембрану-оболочку нейронов, повышает активность киназ в цитоплазме, что увеличивает перенос энергоёмких фосфатных групп на белки. При этом повышенное фосфорилирование того же амилоида приводит к образованию нерастворимых комплексов, или бляшек.

Как и всякое воспаление, бляшки решено «давить» с помощью антител. Для этого предложены адуканумаб и соланезумаб («маб» указывает на моноклональные антитела) – многообещающие чудо-пилюли, клинические испытания которых, как и EPPS, проводились в Национальном институте старения, что в вашингтонском пригороде Бетезда. EPPS – химический родственник



Голубые бляшки Альцгеймера и зелёные нейроны с отростками

резерпина и парфюмерного индола, входящего также в состав аминокислоты триптофана и её производного серотонина (вещества хорошего настроения). Продвигаемый корейцами препарат благотворно действует и на нейротоксические клубки фосфорилированного белка тау (tau – от англ. tangle), которые также убивают нервные клетки.

. Исследователи Национального института здоровья в той же Бетезде подошли к решению проблемы с другого конца. Белки, как известно, синтезируются по «командам» генов, представляющих собой осмысленные последовательности «букв» генкода. В Бетезде для предупреждения накопления тау в мозгу мышей с успехом использовали антисмысловые последовательности, блокирующие активность аномальных генов. Специалисты исходили из того, что Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) разрешила использование «антисмыслов» для лечения спинальной мышечной атрофии, возникающей у детей в результате гибели моторных нейронов спинного мозга.

На ещё одну причину гибели нервных клеток обратила внимание Людмила Короткова и её коллеги из Центра нейронаук в Вашингтоне. Специалисты центра исходили из того, что у детей с врождённой болезнью сердца наблюдается и задержка развития, связанная с кислородным голоданием мозга.

В центре использовали поросят с моделью гипоксии новорождённых, приводящей к гибели нервных стволовых клеток (НСК). Последние развиваются в глубине мозга, и их потомки мигрируют затем в формирующуюся кору. Нехватка кислорода в результате болезни сердца у родившихся подавляет нейрогенез и деление НСК, следствием чего становится недоразвитие коры. Вполне возможно, отмечают авторы, что раннее отложение того же белка тау как-то связано с гипоксией, от которой страдают НСК в мозгу развивающегося плода или новорождённого младенца. Предположение может показаться необычным, но в своё время и Альцгеймер не мог предполагать. что через век после его открытия будет «крутиться» вокруг болезни, названной его именем.

Более века назад Алоис Альцгеймер описал предстарческий маразм, могущий наступать и в весьма молодом возрасте. Ныне политкорректность требует, чтобы это нейродегенеративное расстройство называли когнитивным дефицитом и более нейтрально - болезнью Альцгеймера, отчего жертвам не становится легче. Со времён Алоиса известно, при болезни в мозгу людей и его главном хранилище памяти гиппокампе откладываются «крахмальные» бляшки, ошибочно названные его учителем Вирховым амилоид (крахмал). На самом деле это отложения нерастворимого и токсичного для нервных клеток пептида - «осколка» протеиновой молекулы. Более века учёные возражают, что такие же бляшки видны и в мозгу здоровых людей, тем не менее мышиные модели болезни Альцгеймера подтверждают пагубное действие амилоида. И нынешний всплеск интереса к заболеванию связан с определённым успехом клинических испытаний новых подходов к лечению.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Nature Communications, News Max Health.

\_\_\_.

# Закурить? Не найдётся!

Всемирная организация здравоохранения и американский Национальный институт рака опубликовали результаты оценки экономических и человеческих потерь, связанных с курением.

Согласно представленным данным, курение обходится мировой экономике более чем в 1 трлн долл. в год, значительно превышая мировые доходы от налогов на табак, которые в 2013-2014 гг. оценивались примерно в 269 млрд долл.

Количество смертей, связанных

с курением, к 2030 г. возрастёт с 6 млн до 8 млн человек в год, более 80% из них – люди с низким и средним уровнем дохода, говорится в исследовании.

По мнению экспертов здравоохранения, потребление табака является крупнейшей предотвратимой причиной смерти во всём мире. Экономические издержки, как ожидается, будут продолжать расти, и, хотя у стран есть инструменты для сокращения потребления табака, большинство из них ещё очень далеки от эффективного использования своих мощностей. Среди дешёвых и эффективных

среди дешевых и эффективных стратегий, упомянутых в докладе, названы налоги на табак и увеличение цен на табачные изделия, полный запрет на табачные рекламные кампании, обязательное нанесение предупреждений на сигаретные пачки, а также запрет на красочные логотипы и яркий дизайн.

Деньги, поступающие с налогов на табачные изделия, могут быть использованы для финансирования антитабачных кампаний в средствах массовой информации, отмечают авторы доклада.

Яков ЯНОВСКИЙ. По информации who.int

#### Nouck -

Научной группе во главе с доцентом Хельсинкского университета (Финляндия) Тимо Миоханеном удалось справиться с нарушениями моторной функции, которые возникают при болезни Паркинсона. Это открытие поможет в разработке новых методов терапии, поскольку болезнь Паркинсона практически всегда диагностируют только после появления моторных нарушений. клеток непрерывным. Согласно ранее проведённым исследованиям, на формирование скоплений альфа-синуклеина влияет энзим PREP, поэтому именно на нём группа Т.Миоханена решила сконцентрироваться.

Для проверки гипотезы учёные спровоцировали мозги подопытных мышей производить большое количество альфа-синуклеина, что ожидаемо привело к нарушениям моторной функции у

### Белок движения

Этим заболеванием страдают около 2% людей в возрасте свыше 60 лет. Патология разрушает нервные клетки в регионах мозга. ответственных за моторные навыки. Точная причина болезни до сих пор не известна, но в последнее время исследования сфокусировались на белке альфа-синуклеине, который в том числе отвечает и за моторные функции. Данный белок может образовывать скопления. и. если пациент страдает болезнью Паркинсона, эти скопления собираются внутри его нервных клеток, повреждая их. Мало того, альфа-синуклеин может распространяться, переходя с одной клетки на другую, делая таким образом процесс разрушения

участвовавших в опыте особей. Как только эти нарушения стали явными (это было необходимо, чтобы лечение началось на той же стадии, на которой оно началось бы у людей), специалисты начали терапию с применением блокиратора PREP. Всего через 2 недели симптомы болезни у мышей практически исчезли и после окончания эксперимента не вернулись. Анализ показал, что блокиратор PREP защитил регионы мозга, ответственные за моторные навыки, от повреждений, а также «зачистил» мозг от скоплений альфа-синуклеина.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

По информации Medical Xpress.

#### Ngeu

# Я тебя узнаю... по волосам

Идентификация останков по ДНК – обычная практика, ведь известно, что геном каждого человека уникален. Однако ДНК может деградировать под действием факторов окружающей среды. Исследовательская группа из США во главе с Глендоном Паркером предложила альтернативный метод идентификации, основанный на обнаружении и изучении белков, присутствующих в волосах.

Авторы утверждают, что эти белки остаются стабильны в течение нескольких сотен лет. Учёные изучили образцы волос, взятые у 6 людей, умерших и похороненных около 250 лет назад, а кроме этого проанализировали волосы 76 ныне живущих граждан США.

Они обнаружили 185 белковых маркёров, профиль экспрессии которых индивидуален для каждого человека. Учёные утверждают, что по этим данным они могут идентифицировать человека из миллиона. Вполне вероятно, что количество маркёров можно

сократить до сотни, считают исследователи.

Брэд Харт, руководитель Научного центра лабораторной экспертизы Национальной лаборатории Лоуренса Ливермора (США), полагает, что методы идентификации с использованием белковых маркёров будут развиваться и получат широкое распространение.

В последнее время учёные пытаются использовать для изучения останков всё новые и новые методы. Так, при исследовании костей, найденных в Денисовской пещере, авторы воспользовались спектрофотометрическим анализом, который позволил обнаружить в крошечном фрагменте найденной кости коллаген, который сравнили с коллагеном, присутствующим в костях современных людей и ископаемых животных. Это и помогло отличить кость, принадлежавшую древнему предку человека, от нескольких тысяч костей животных.

Алина КРАУЗЕ.

По информации medicaldaily.com

#### Oqhako -

Yaposa —

На Всемирном конгрессе анестезиологов в Гонконге учёные из Франции представили новое исследование, касающееся седации перед введением анестезии.

Доминик Шассар и его коллеги из Университета Лиона (Франция) рассказали, что нашли средство, которое может эффективно заменить седативные препараты, снизив уровень беспокойства у детей и их родителей перед операцией. Это средство – компьютерные игры на планшете. Всего 20 минут игры действовали, по общему мнению учёных, детей, их родителей и медиков, лучше, чем мидазолам –

# Виртуальная анестезия

одно из самых распространённых седативных средств.

В исследовании участвовали 112 детей от 4 до 10 лет вместе со своими родителями. Юные пациенты были случайным образом разделены на 2 группы, в одной из которых детям перед операцией давали мидазолам орально или ректально (54 ребёнка), во второй дети до введения анестезии играли на планшете в течение 20 минут —

в игры, подходящие им по возрасту (58 детей).

Уровень беспокойства 2 независимых психолога измеряли четырежды у детей и трижды — у их родителей. Детей опрашивали в момент прибытия в больницу, затем при отделении от родителей, во время введения анестезии, а также после операции, родителей — так же, исключая момент введения анестезии. Медицинским сёстрам

также было предложено оценить, насколько хорошо прошло введение анестезии по 10-балльной шкале.

После хирургического вмешательства родители также отвечали на вопросы по поводу их удовлетворённости анестезией. Изменения в поведении после процедуры фиксировались с помощью специального опросника

Исследователи обнаружили, что уровень беспокойства и у роди-

телей, и у детей был примерно аналогичен в обеих группах, и при этом в той группе, где дети играли перед операцией на планшете, и родители, и медицинские сёстры были более удовлетворены процессом введения анестезии, их оценки по шкале от 1 до 10 в среднем были выше, чем в группе мидазолама.

Доктор Шассар добавил, что использование планшетного компьютера поможет сделать ожидание операции менее стрессовой ситуацией без применения седативных медикаментов.

Ян РИЦКИЙ.

По информации medicalxpress.com

№ 15 • 3. 3. 2017

#### Дословно

Скорость старения и длительность жизни человека лимитируется не столько образом жизни, который он ведёт, сколько внутренними и «биологическими часами», которые зависят от его генетического кода. Такое заявление сделали учёные Калифорнийского университета (США). «Мы знаем случаи, когда вегетарианцы, спящие по 10 часов в день и не имеющие стрессов на работе, умирали молодыми, – отметил глава исследовательской группы Стив Хорват. – И мы нашли доказательства того, что у этих людей существовал врождённый фактор высокой скорости старения», - подчеркнул он.

устойчивостью их генетической системы.

«Если два 60-летних мужчины ведут одинаковый образ жизни, то человек, входящий в 5% популяции с генетическим кодом, имеет 75% шанс умереть в ближайшие 10 лет, - пояснил С.Хорват. - У человека, входящего в 5% популяции с

# Генетический фактор старения

Этот фактор имеется у 5% популяции, и для таких людей риск преждевременной смерти увеличен на 50% по сравнению с нормой. При этом биологические изменения, связанные со старением, являются потенциально обратимыми, а это значит, что существуют предпосылки для будущих методов лечения, которые могут остановить процесс старения и увеличить продолжительность жизни человека.

Команда учёных университета исследовала образцы крови 13 тыс. человек. В исследовании оценивалась способность генома присоединять к себе метильные

радикалы без изменения базового кода. Как выяснилось, с возрастом способность ДНК вступать в химические реакции с метильными радикалами падает, что говорит об общей способности генов поддерживать возрастной баланс. Именно эта способность ослаблена у некоторых людей, стареющих быстрее нормы, независимо от образа жизни. Разумеется, такие показатели, как кровяное давление, избыточный вес или курение являются важными факторами продолжительности жизни, однако смерти 2700 человек, скончавшихся в ходе эксперимента, определённо коррелировались с малой «генетической молодостью», такой шанс составляет всего 46%».

Кстати, исследователи обнаружили генетическую зависимость продолжительности жизни от пола. Именно этим, по словам учёных. можно объяснить, почему мужчины в целом умирают раньше. Даже в возрасте 5 лет, пояснил Хорват, скорость взросления между полами различна, а в возрасте 40 лет разрыв биологического возраста между мужчинами и женщинами составляет 1-2 года.

«Женщины всегда стареют позже, заключил учёный. – и это не образ жизни, а врождённый процесс, который у женщин протекает медленнее, чем у нас, мужчин».

#### MHEHUE -

### Коварные происки остеопороза

Ни для кого не секрет, что остеопороз не только приводит к ослаблению костей, но и вызывает недержание мочи у женщин в пожилом возрасте. К такому выводу в ходе совместного исследования пришли учёные из университетов Ньюкасла (Великобритания) и Квинсленда (Австралия). Что характерно, ещё в 2009 г. канадскими исследователями было выявлено, что женщины среднего и пожилого возраста с остеопорозом имеют гораздо более высокую частоту недержания мочи.

В исследовании австралийских учёных принимали участие свыше 30 тыс. женщин в возрасте более 55 лет. По словам ведущего автора исследования доцента Паулины Чиарелли, главной целью данного эксперимента стало выяснение взаимосвязи роста риска недержания мочи с искривлением позвоночника.

Как известно, женщины с остеопорозом теряют рост из-за деформации позвоночника, связанной с переломами позвонков. В настоящее время имеются исследования, которые показывают, что искривление позвоночника повышает риск пролапса тазовых органов в результате последующего изменения расположения органов, мышц и костей в брюшной полости.

По мнению австралийских учёных, изменение давления, которое оказывают органы на мочевой пузырь в результате деформации позвоночника, может стать причиной недержания. При этом данная связь в большинстве случаев не наблюдалась у женщин среднего возраста, которые нечасто имеют деформации позвоночника на ранних стадиях заболевания.

По словам П.Чиарелли, учёные пришли к выводу, что женщины, у которых диагностировали остеопороз, должны были пройти обследование у уролога на наличие или образование повышенного риска недержания мочи и пролапса органов малого таза.

# Опиоидное равнодушие

Новое исследование, проведённое учёными из Университета Пенсильвании (США) показало, что зависимость от опиоидов (к ним относится, например, героин) влияет на то, насколько милыми и симпатичными человек воспринимает детей. Милый вид ребёнка, в свою очередь, мотивирует людей заботиться о нём. Таким образом, опиоидная зависимость может значительно снижать желание человека заботиться о других. Этот побочный эффект опиоидов необходимо учитывать при лечении или реабилитации с их помощью, предупредили учёные.

Исследователи сравнили, как реагируют на детей здоровые люди. и люди, приверженные к опиоидам. Для этого они использовали концепцию под названием Baby schema, впервые предложенную австрийским этологом Конрадом Лоренцем, представляющую собой набор стимулов для проявления

родительского поведения, определённые визуальные характеристики, которые делают ребёнка или детёныша животного более симпатичным для человеческого взгляда.

Например, это могут быть большие глаза, большой лоб, маленький подбородок: люди неосознанно воспринимают все эти особенности как присущие именно детям. Более ранние исследования показали, что в ответ на детские лица создаётся мотивация ухода: то есть человек, увидевший ребёнка, в целом не против ему помочь, если это потребуется.

Научная группа из Университета Пенсильвании предположила, что опиоиды могут повлиять на эту мотивацию, то есть мозг зависимых людей будет реагировать не так, как мозг здоровых. Для этого vчёные пригласили к vчастию в исследовании 47 человек с опиоидной зависимостью, которые только начали терапию с помощью антагониста опиоидных рецепторов.

Исследователи с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии проанализировали, как эти люди реагируют на Вару schema перед началом приёма

препарата и через 10 дней лечения. Выяснилось, что у людей с опиоидной зависимостью мотивация ухода не создаётся, родительские стимулы не работают. Терапия блокатором опиоидов помогала таким людям, они начинали реагировать на детские лица лучше, мозг воспринимал их визуальные характеристики правильно и включал нужные механизмы так же, как у здоровых людей. По словам учёных, результаты исследования достаточно важны, так как опиоиды часто используются в медицине, в том числе для длительного лечения, поэтому то, что они влияют на желание людей заботиться о себе подобных, - это нужная информация. Кроме того, изыскания научной группы поднимают вопрос о том, как влияют опиоиды на социальное поведение в целом.

### С аутизмом по жизни

Многие люди доживают до солидного возраста, не подозревая, что страдают заболеваниями аутичного спектра. Нередко они с детства чувствуют себя одинокими, практически не имеют друзей - ситуация сохраняется и в подростковом, и во взрослом, и даже в пожилом возрасте.

Даже в том случае, если такие люди решают разобраться, что именно с ними происходит, они сталкиваются с серьёзными про-

Исследователи из Университета Вермонта (США) выяснили, что в среднем на то, чтобы самостоятельно диагностировать у себя расстройство аутичного спектра, у взрослых людей уходит около 3,8 года. В исследовании приняли участие 37 взрослых.

Многие отметили, что они с самого детства чувствовали себя не такими, как все. Эти ощущения сохранились и во взрослой жизни. Один из пациентов рассказывает, что прожил в разных крупных городах по 10 лет – ни в одном ему не удалось обзавестись друзьями.

После того как люди узнавали о существовании других пациентов, у которых возможно тоже было расстройство аутичного спектра, они начинали чувствовать себя более спокойно. Читая рассказы других пациентов, они начинали испытывать «чувство причастности». Один из участников исследования отметил, что испытал одновременно невероятное облегчение и огорчение, услышав «свою» историю из уст другого человека, рассказанную его собственными словами.

Лаура Льюис, руководившая исследованием, отмечает, что отсутствие формального диагноза увеличивало риск развития у таких людей депрессии, тревожности и повышало вероятность совершения суицида. Она считает, что и врачи, и общественность, должны знать о существовании группы людей, не знающих, что они страдают расстройствами аутичного спектра, и тех, кто самостоятельно поставил себе такой диагноз. Их опытом и самоощущением нельзя пренебрегать.

#### Ни и ни! — — —

Всемирная организация здравоохранения определяет насилие как преднамеренное применение физической силы или власти, в результате которого кто-то или что-то получает урон.

Учёные из Государственного университета Огайо (США) предупреждают: насилие распространяется среди подростков так же, как могла бы распространяться заразная болезнь, и если один подросток позволил себе лишнее - то в зависимости от того, что он сделал, шансы его друзей «до четвёртого колена» (т.е. друзей, их друзей, друзей их друзей и друзей друзей их друзей) быть замешанными в том же самом повышаются едва ли не втрое. По словам ведущего автора исследования Роберта Бонла. акты насилия «рикошетируют» среди несовершеннолетних.

Всего в научной работе участвовали 5913 подростков, которых опрашивали в 1994-1995 гг. и затем

# Вездесущее насилие



в 1996 г. Все эти дети учились в 142 школах. В рамках анкетирования каждому предлагалось назвать 5 мальчиков и 5 девочек, с которыми он знаком, а затем рассказать, как часто за последние 12 месяцев он сам (опрашиваемый подросток) участвовал в серьёзных драках, наносил чьему-то здоровью серьёзный ущерб, по поводу которого пострадавшему пришлось обратиться к медикам, или угрожал кому-то холодным или огнестрельным оружием. Затем исследователи анализировали, как часто происходили подобные акты насилия среди названных подростком знакомых.

Выяснилось, что, если ребёнок участвовал в серьёзной драке, это повышало вероятность участия

его друзей в таком же инциденте на 48%. Что касается серьёзного урона и угроз оружием - вероятность повышалась на 183 и 140% соответственно. Даже с учётом того, что агрессивные подростки могли дружить между собой «по интересам», влияние чужого опыта прослеживалось достаточно явно.

Исследователи подчеркнули, что результаты их работы подтверждают важность программ, направленных против насилия. Если такая программа остановит одного человека — она снизит вероятность того, что его друзья и их друзья, в свою очередь, будут замешаны в актах насилия. Насилие, по словам учёных, заражает людей и может достигнуть масштабов эпидемии.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По информации Science Daily, BBC, Reuters, Medical Xpress, Eurek Alert, Gulf News.

«...Историки культуры вправе отнести М.Волошина к числу самых выдающихся гуманистов нашего века таких, как Владимир Короленко, Альберт Швейцер, Ромен Роллан, Томас Манн, Бернард Шоу. Он был бесстрашен в выражении правды, стоек в жизненной борьбе, непреклонен в своей вере в человека и культуру». Л.Озеров. «Благодаря коллективному бессознательному поэты и ясновидцы дают выражение невысказанным чаяниям своего времени и словом указывают дорогу к их исполнению. В этом кроется социальная значимость искусства». К.Юнг.

Однако его сборники стихов не издавались в родной стране более полувека - срок, более чем достаточный для полного забвения и тотального стирания культурной памяти у двух поколений людей. Как такое могло произойти с незлобивым, предельно честным, гуманным и открытым человеком, наделённым к тому же недюжинными талантами? Предполагается, это именно потому, что в этой личности все её качества сосуществовали в органичном и бескомпромиссном состоянии, не дававшем возможность изменить себе ни в одну из минут испытаний и искушений многотрудной судьбы.

#### Близкое знакомство

Несколько лет назад я провёл отпуск в Коктебеле, ежелневно бывал в Доме-музее Максимилиана Волошина и близко познакомился с библиотекой замечательного поэта и художника, а также с материалами международных «Волошинских чтений» и людьми. серьёзно увлечёнными его жизнью и творчеством. Я счастливо набрёл на книгу воспоминаний Сергея Дурылина - известного мемуариста, близко знавшего многих выдающихся деятелей культуры и искусства конца XIX - начала XX века. Вот что он писал о нашем герое: «В наше время он был, быть может, единственный человек, который вполне, всецело, навсегда остался самим собою и от которого шло неизменное благоволение людям и высокое благословение жизни. Его нежно, горячо любили. Вернее, я не знал человека, который бы его не любил или ненавидел. Не понимали, посмеивались многие. но не было нелюбви к нему ни у кого. Это великая награда в жизни и в смерти».

В 1976 г. известный композитор Давид Тухманов создал новаторский шикл «По волне моей памяти», который был чрезвычайно популярен в СССР и стал культовым. Открывался цикл зонгом «Я мысленно вхожу в ваш кабинет...» на стихи Волошина. Незаурядная личность М.Волошина. удивительно прозорливо предсказавшего нелёгкие судьбы XX века в своих провидческих стихах, выдающегося художника, оригинального мыслителя, талантливого переводчика, энциклопедиста, эссеиста, культуролога и искусствоведа продолжает привлекать (знаю по своим студентам) читателей и почитателей и в наши дни.

#### Испытание Европой

Максимилиан Волошин родился 16 мая 1877 г. в Киеве в семье члена палаты уголовного и гражданского суда Александра Кириенко-Волошина и его жены Елены Оттобальдовны, урождённой Глазер. Отцовская ветвь волошинского рода вела начало от вольного казачества, а материнская была связана с остзейскими немцами. Прадед Максимилиана по материнской линии, будучи военным, участвовал в Итальянском походе А.Суворова, а прапрадед был лейб-медиком, приехавшим из Германии в период царствования Анны Иоанновны. Раннее детство Макса (домашнее имя

будущего поэта) прошло в Таганроге и Севастополе.

После смерти отца в 1881 г. Макс с матерью переехали в Москву, и в 1887 г. он поступил в частную гимназию Л.Поливанова на Пречистенке. Эта гимназия прославилась тем, что в ней учился известный поэт В.Брюсов и талантливый писатель А.Белый. В Поливановской гимназии Макс читал своим товарищам первые стихотворные опусы, очень одобряемые ими. Отметим, что у нашего героя с ранних лет было прекрасное чувство эстрады: даже не умея читать, он любил декламировать,



респираторное заболевание, осложнившееся пневмонией. От всего этого оправиться уже не удалось. 11 августа в 11 часов утра на 56-м году жизни он скончался. Похороны назначили на 12 августа. Л.Аренс (мачеха писателя Всеволода Вишневского) вспоминала: «Поставили гроб на телегу, запряжённую одной лошадью. Все мы, и масса народу из всех домов отдыха, и вся деревня пошли огромной толпой на верх горы, где сам Максимилиан Александрович выбрал себе место для могилы. Лошадь не могла довезти до самого верха горы, и тогда

#### Болезни великих–

# Неумирающие химеры Максимилиана Волошина

#### Потенциал личности великого поэта имеет огромное значение для медиков

вставая на стул. Научившись чтению с 5 лет, Макс навсегда в спутники себе взял Пушкина и Лермонтова, Гоголя и Достоевского, а также Байрона и Эдгара По. Переезду Волошина с матерью в Крым поспособствовал их московский знакомый врач Павел фон Теш. Привольный Коктебель и полуитальянская Феодосия прекрасно воспитывали и «подпитывали» душевную и мыслительную жизнь мальчугана. В 1893 г. Макс начинает учиться в Феодосийской гимназии, где подружился с А.Пешковым – будущим известным исследователем-языковедом. Отметим, что Максимилиана всю его жизнь сопровождали выдающиеся личности, которые тянулись к нему из-за его талантов и прекрасных душевных качеств. После завершения учёбы в гимназии Волошин в 1897 г. поступает в Московский университет на юридический факультет, но вскоре узнаёт, что находится под надзором полиции. А уже через год его исключают из вуза за участие в студенческих беспорядках.

В феврале 1899 г. Макс с другом навещает в Ялте А.Чехова. Эта встреча оставила неизгладимый след на всю жизнь, и к ней будущий поэт мысленно обращался каждый раз, корректируя тот или иной свой поступок. Летом того же года Волошин с матерью и дочерью врача фон Теша совершает первое путешествие в Италию и Швейцарию. С тех пор Европа и европейская культура становятся для Макса любимым стремлением и желанной целью. Побывав в ведущих европейских столицах, наш герой углублённо изучает немецкий – родной язык предков с материнской стороны и влюбляется в немецкую поэзию.

Осенью 1900 г. Волошин с инженером В.Вяземским отправляется в Среднюю Азию на изучение грядущей трассы железной дороги Оренбург - Ташкент. Перемещаясь с караваном, он выполняет обязанности заведующего полевым лагерем. В ноябре получает известие о том, что дорога к высшему образованию ему, участнику студенческих беспорядков, закрыта навсегда. Макс решает активно продолжить самообразование, изучая труды любимых философов В.Соловьёва и Ф.Ницше, а после отправляется в Париж для усиленных занятий словесностью и искусством Европы. В столице Франции он впервые начинает профессионально рисовать, посещает лекции в Лувре и многочисленные музеи. Параллельно совершает путеществие по Испании, занимается в Сорбонне и Русской высшей школе общественных наук в Париже. Этот этап своей жизни Волошин обозначил словом «Блуждания». Он странствует по Европе, работает в музеях, библиотеках и галереях. Увлекается буддизмом, католичеством, магией. масонством, оккультизмом и теософией.

Первая мировая война застала Макса в швейцарском Базеле, куда он приехал поработать на строительстве антропософского храма. В 1915 г. в Париже поэт готовит книгу антивоенных стихов Anno Mundi Ardentis («В год пылающего мира»). Вернувшись весной 1917 г. в Крым, Макс уже более не покидает его. Все волны гражданской войны и чехарда правительств калейдоскопически мелькают перед его взором. Он попеременно спасает белых от красных и красных от белых, подвергаясь ежечасному риску быть схваченным теми и другими.

#### Реконструируя судьбу коктебельского гения

«Дверь отперта. Переступи порог./Мой дом раскрыт навстречу всех дорог».

Волошин. «Дом поэта». Восстанавливая умственнопсихологический и эмоционально-волевой портрет нашего героя при опоре на его высказывания, дневники, воспоминания современников, постараемся проследить опорные вехи его судьбы и испытания, из коих он чаще всего выходил победителем, что немаловажно для молодёжи, ищущей образцы для подражания... Максимилиан Волошин был мощно одарён от природы неистощимой любознательностью и жгучим интересом к каждому из встреченных им людей, объективным фактам природы и жизни, а также и к феноменам культуры. Перечисленные качества весьма обогащают и жизнедеятельность вдумчивых медиков. Знаем это по биографическим сведениям из жизни хирурга С.Юдина, физиотерапевта И.Саркизова-Серазини и многим иным знаменитым врачевателям, далеко не чуждым тонкому хуложественному мышлению и наполненным подлинной любовью к искусству.

#### «Собственные университеты»

Истинной жизненной школой для Волошина стали «собственные университеты», избранные им по глубокому призванию, — неустанное самообразование, познавательные путешествия по разным странам, жадное чтение трактатов и фолиантов в крупнейших книгохранилищах Европы и знакомство с сотнями интереснейших собеседников. Всё это способствовало тому, что Максимилиан сталистинным «гением самообразо-

вания», одним из самых утончённых «универсалов» Серебряного века. Базисом его личности была непоколебимая верность раз и навсегда избранному принципу внутренней свободы. Испытанием принципа стала история с репинской картиной «Иван Грозный и его сын». «Когда несчастный Абрам Балашов исполосовал ножом эту картину, я написал статью о смысле катастрофы, постигшей картину Репина», - вспоминал Волошин. В этой искренней работе поэт посчитал пострадавшим не Репина, а Балашова, поскольку произведения искусства, изображавшие ужасное, сами могут спровоцировать их неадекватное восприятие. За то, что автор статьи увидел в новоявленном Герострате несчастного человека, Волошина заклеймили как «...непонимающего основ реалистического искусства» и закрыли перед ним все двери редакций.

Нечто подобное произошло и в 20-е годы. Когда Макс прочитал свои стихи одному из лидеров революции Льву Каменеву, надеясь, что этот образованный человек по достоинству их оценит, то получил от властей полнейший негатив. Как только за Волошиным закрылась дверь, Каменев лично позвонил во все издательства и категорически запретил издание любых произведений нашего героя. С тех пор ни одно из советских издательств не печатало ничего волошинского вплоть до 80-х годов XX века. Вполне понятно, что подобные стрессы не могли не отразиться на потенциале здоровья Волошина. Отметим, что поэт с детства страдал бронхиальной астмой, случались и повторные пневмонии. Из-за гормональных пасстройств у него была избыточ ная масса тела, и только неукоснительно соблюдаемый им «кодекс здоровья», истово выполняемые оздоровительные заповеди помогали сохраняться в приличной форме (многочасовые моционы на свежем воздухе, купания в море в любую погоду, радостное живое общение и творческая активность), давали возможность всегда оставаться «на плаву». В Волошине многие люди искали крепкой и надёжной опоры. Он сводил, сочетал и образовывал гнёзда творцов. искренне радуясь встречам талантов в его коктебельском доме. Максимилиан верил, что в каждом человеке есть искра гения и что во всех людях заложена неиссякаемая жажда творения.

#### Стихи у могилы

В конце июля 1932 г. больной тяжёлой формой бронхиальной астмы Волошин перенёс острое

мужчины подняли гроб и понесли его и поставили у вырытой могилы. Солнце садилось и освещало лицо Максимилиана Александровича в гробу, и всех, кто стоял кругом, и всю огромную толпу, и чудесный вид оттуда. Все ждали, кто и что скажет или что будет. А прочитали всего два стихотворения — одно Волошина «Коктебель», а второе Баратынского «На смерть Гёте».

#### Учит читать жизнь

Чему может научить сегодняшних медиков приобщение к творчеству поэта и художника М.Волошина? Давайте подумаем. В своё время корифей терапии Г.Захарьин писал: «Равно избегая терапевтического нигилизма и увлечения лекарствами, следует ясно сознавать, что истинный, действительный, а не кажущийся только врачебный совет есть лишь тот, который основывается на полном осведомлении об образе жизни, а также на настоящем и прошлом состоянии больного и который заключает в себе не только план лечения, но и ознакомление больного с причинами, поддерживающими его болезнь, и коренящимися в его образе жизни... словом, разъяснение больному его индивидуальной гигиены». Вот этому-то и учит нас творческое наследие Волошина кропотливому, вдумчивому, сочувственному отношению к «боль терпящим», к стремлению утешить пациента, помочь отыскать ему в самом себе силы сопротивления в противоборстве с хворью, вдохнуть в страждущего человека веру в исцеление.

Книги и картины Волошина, стихи, положенные на музыку и преобразованные кинематографом и телевидением, воспитывают действенный гуманизм, даря восхищение интеллектуальным потенциалом личности и непреходящими творениями рук человека. Зрелому Волошину принадлежат такие прозорливые строки: «Теперь я глубоко понял, что для человека нет иного откровения, кроме того, что скрыто в каждом событии жизни, в каждом мгновении бытия. Что надо внимательно читать жизнь, не упуская ни одного извива её. Что своего истинного «я» надо искать не во внутреннем созерцании, а в том, как преображается в нас внешний мир. Я понял теперь глубокую и нежную любовь к жизни и в то же время отсутствие желаний, стесняющих свободное и широкое течение её».

Николай ПЕРЕСАДИН, преподаватель Бутурлиновского медицинского техникума, профессор.

Воронежская область.

Зал почти заворожённо, но в то же время настороженно внимал седовласому человеку, прочно занявшему место на высокой трибуне.

- Как всем нам, а тем более вам давно и хорошо известно, у нас не пьют только грудные младенцы, да и то только потому, что их рот занят соской - или соском, - убедительно и где-то даже очень убеждённо сообщал он аудитории. – Вот почему компетентная комиссия, представляющая наше ведомство, озаботилась здоровьем вверенного ему населения, и потому предложила разработать новую инструкцию, требующую в обыденной жизни от всех и от каждого, кроме отказа от показа и лицезрения возлияний в кино и на телевидении, правильно истолковывать некоторые пока ещё не совсем отживающие нездоровые понятия!

Выступающий поперхнулся и тут же потянулся за стаканом, предусмотрительно поставленным на стол около трибуны. Промочив горло, он продолжил:

– Итак, господа, а также коллеги, начинаем обсуждение предложений, разработанных за прошедшие после долгих и обильных праздничных застолий, недели. Тем более что настоящее время, чтобы быть действительно не только настоящим, но и по-настоящему стоящим, требует от нас коренных и где-то даже незамедлительных мер по переосмыслению вошедших во всеобщее сознание наиболее распространённых в наши дни крепких и даже не очень напитков. А потому сейчас вашему вниманию предлагаются изменения, разработанные нашей компетентной комиссией для дальнейшего обязательного правильного толкования многих издавна укоренившихся названий и понятий, связанных с зелёным или пусть даже и не очень змием.

Итак, нами настоятельно рекомендуется впредь употреблять в литературе, кино, театре, а тем более на телевидении следующие слова и понятия только в одном, а если ещё точнее, в однозначном

«Трибун» сделал многозначительную паузу, а затем упёрся СВОИМ ВЫШЕСТОЯЩИМ ВЗГЛЯДОМ В сидевшего прямо перед ним на первом ряду основательно облысевшего, а потому сверкавшего не только макушкой мужчину.

– Вот вы, да-да, именно вы, какое, к примеру, вы можете дать прямо сейчас, так сказать, антиалкогольное определение известнейшему из глубины, а если быть точнее, то из глубины лет и веков определение такому распространённейшему явлению, как «бормотуха»?!

Объект его неожиданного внимания весь как-то сжался, скукожился, но всё-таки сумел севшим не на своё место голосом просипеть:

из наших сограждан понятие вкладывать совсем иной смысл!

- Это какой? непонимающе закрутил своей заблестевший в свете софитов головой муж-
- А вот какой мы предложили отныне считать, что «бормотуха» - это всего лишь невнятная речь!
- Да-а?.. почему-то недоверчиво вздохнул почти весь первый ряд.
- Безусловно! рубанув воздух рукой, отрезал докладчик.

телеканалах почти одни только следователи!

Зал почему-то зароптал.

- А пресловутое, и если говорить честно, то совершенно не наше родное понятие «виски» отныне и навсегда должно обозначать только пространство между лбом и ушами!
- С этим зал, похоже, хоть и нехотя, но согласился.
- Или вот возьмём, к примеру, «горилку».
- Да где же её сейчас-то возьмёшь... – тяжело выдохнул

только ёмкость для жидкости, а «настойка» - это упёртая, настойчивая женщина!

Докладчик прервал свой монолог и поинтересовался: «Все успевают записывать?»

Ответом ему были лишь тяжёлые вздохи.

- Тогда продолжим, сказал стоящий на высокой трибуне.
- Отныне «первач» это победитель соревнований. А «перепой» - это переэкзаменовка у вокалистов. Ну, а, простите меня, «самогонка»

#### На литературный конкурс —

Евгений ТАРАСОВ

# Страдая о народе

### Выдержки из новой инструкции



- Ну, это... это, так сказать, некачественный самогон...

- Вот яркий пример отсталого мышления! - громыхнул кулаком по трибуне вышестоящий докладчик.

- А наступили такие времена, когда нужно перестать мыслить алкогольными категориями!

– А что же тогда? – теперь уже пискнул явно несвоим голосом его «оппонент».

 – А то! Теперь наша комиссия категорически предлагает в это давно отжившее и дискредетировавшее себя и многих – А, к примеру, теперь понятие «бухать» может означать только

– Что?.. – почему-то тяжело вздохнув, поинтересовался теперь уже весь первый ряд.

- А то, что «бухать» - значит, съедать буханки хлеба!

– Во, как?.. – теперь уже вздохнул почти весь зал.

Только так! А «винодел» – это теперь только следователь. Где вы видели во всех наших телесериалах, чтобы вину делали труженики винзаводов?! Не зря же теперь на всех из себя один из сидящих на первом ряду.

- Тем более, ведь это же не наш, а, так сказать, почти вражеский продукт! И потому следует считать, что «горилка» – это всего лишь дочка

Зал подавленно засопел.

– Так, продолжим.

«Забегаловка» отныне – это дорожка стадиона. А «запой» - это всего лишь начало песни. Ну а «наклюкаться» - это означает: наесться клюквы! И ещё «наливка» - это теперь - это бесконтрольная тренировка велосипедистов. А вот «самогонный аппарат» - это... это добровольно уходящее в отставку руководство!

Зал явно недоверчиво загудел.

А докладчик продолжил: «сивуха» - это седая женщина, а «старка» - это женщина в

Женское меньшинство зала явно с одобрением захихикало.

И чтобы закончить, сообщаю всем вам, что отныне «чекушка» - это всего лишь кассирша, а «шкалик» – это градусник!

Докладчик порылся в своих бумагах и добавил:

- Да, вот только что внесённое дополнение: «настойка боярышника» - это женщина, настойчиво требующая признать, что она происходит из боярского рода!
- А какие у собравшихся здесь представителей нашего народа будут дополнения и замечания ко всему вышесказанному? обратился докладчик к залу.

Народ безмолвствовал... И только откуда-то из задних рядов донёсся вопрос:

- А где будет обещанный на сегодня фуршет?
- Да, народ наш не сломать никогда. И не будем пытаться. Впереди у него ещё много побед, - сказал докладчик.

Москва

#### Сокровенное -

#### Сюрпризы

Сюрпризы в середине возраста Мне врач знакомый обещал. И коль тянуть мне этот воз до ста, Сожмусь в кулак, по швам треща. Жизнь перестала быть эстрадою, Хотя пока ещё не фарс. Визит к фотографу не радует:

Я не турист и не охотник, Не швец, не жнец и не игрец, Не мореплаватель, не плотник И рыб из речки не ловец.

Досуг не кажется наградою,

Упал к досугу интерес. Отъезд жены уже не радует, Ведь кормит так, что к чёрту лес. Зажму струну, как девку пьяную, Рвану аккорд, один из трёх.

Спою вам, как сподобит Бог.

Во сне не бегаю по радуге И литр не пью в один присест. Отъезд жены уже не радует... Смешно, но радует приезд.

ОБ АВТОРЕ. Станислав Агирбов - доцент кафедры философии и гуманитарных дисциплин Ставропольского государственного медицинского университета. Литературным творчеством он «грешил» ещё со школьной скамьи и к этому времени уже успел войти со своими стихами в два сборника бардовской песни. Да, именно так - помимо собственно сочинения стихов, Станислав ещё играет на гитаре. По мере возможности принимает участие в фестивалях бардовской песни и своё творчество уже оформил на двух дисках.

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красного автодорога «Балтия», 23 км,

автодорога «Валіяя», 25 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-02-00343 Тираж 23 907 якз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Материалы, помеченные значком  $\square$ , публикуются на правах рекламы.

Главный релактор А.ПОЛТОРАК.

Какой-то мятый стал анфас.

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

Дежурный член редколлегии – В.КОРОЛЁВ.

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

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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