

Медицинская

6 февраля 2015 г.
пятница
№ 8 (7530)

Газета®

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

События

Великое счастье шагать по земле

Его дарят московские хирурги, выполняя сложнейшие операции



Впервые в России была проведена уникальная операция транслюминальной баллонной ангиопластики лёгочных артерий у пациента с хронической тромбоэмболической лёгочной гипертензией (ХТЛГ).

Вмешательство было выполнено в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе Минздрава России старшим научным сотрудником Николаем Даниловым на базе лаборатории рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения под руководством доктора медицинских наук Юрия Матчина.

– ХТЛГ – тяжёлое инвалидизирующее заболевание, которое развивается после перенесённой тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА), – говорит Николай Дани-

В операционной

лов. – В нашей стране ежегодно регистрируется около 100 тыс. новых случаев ТЭЛА, большая часть из которых заканчивается гибелью больного. Больных, переживших это опасное состояние, подстерегает новое испытание – у 10% пациентов, перенёвших ТЭЛА, развивается ХТЛГ. Она протекает с характерными приступами удушья, часто болями, обмороками. Однако зачастую развёрнутой клинической картины нет, так как «забиваются» не крупные сосуды, а более мелкие, что приводит к постепенному прогрессированию болезни. Однако среди всех причин, приводящих к развитию лёгочной гипертензии, только хроническая тромбоэмболия является потенциально излечимой.

До недавнего времени единственным методом лечения ХТЛГ являлась тромбэктомия из лёгочных артерий – открытая хирургическая операция по извлечению тромбов из лёгочных сосудов, выполняемая в условиях искусственного кровообращения. В умелых руках операция очень эффективна и в целом ряде случаев может помочь пациенту полностью избавиться от тяжёлого недуга. Техника проведения операции предусматривает извлечение тромбов только из крупных лёгочных артерий, не позволяя наладить кровоток в более мелких, более отдалённо расположенных сосудах.

(Окончание на стр. 2.)

Перспективы

В электронном виде

В 2015 г. столичные власти планируют создать 2 млн электронных амбулаторных карт.

«Уже началось внедрение и тиражирование электронных карт. Интерфейс карты тестировали в поликлинике № 175. Он выстроен в соответствии с логикой работы врача и состоит из 7 шагов – уточнение анамнеза, сбор жалоб, осмотр, запись данных по осмотру, лист назначений, – отметил заместитель главы Департамента информационных

технологий Москвы Владимир Макаров. – Процесс завершается автоматическим формированием комплекта документов, выпиской направлений, рецептов и других бумаг, – добавил он. – Кроме того, должен всех предупредить, что первое время после запуска карт нагрузка на врачей не уменьшится, а, напротив, увеличится. Это связано с тем, что врачам до сих пор удобнее писать от руки, чем печатать на клавиатуре, – подчеркнул В.Макаров. – Внедрение же электрон-

ного больничного листа задерживается. Это связано с тем, что врачи пока не могут освоить функционал новой технологии – сотрудники департамента ходят по учреждениям и обучают медиков», – резюмировал чиновник.

Нужно сказать, что столичные власти начали активно обсуждать внедрение электронных больничных листов и медицинских карт ещё в 2014 г. За счёт данного нововведения планируется сократить расходы на бумагу и бухгалтерию, а также нагрузку на врачей в результате экономии времени.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Москва.

Профилактика

Врачей в Прииртышье встречают как родных

Свыше 16 тыс. выездов в сельские районы области совершили в составе мобильных бригад врачи ведущих клиник Омска.

В Министерстве здравоохранения Омской области подвели итоги оказания высококвалифицированной медицинской помощи жителям сельской местности этой сибирской территории в минувшем году специалистами лечебно-профилактических учреждений Омска. Такая работа – командировки врачей в районы области, где они добораются до самых глубинных сёл, деревень и поселений и проводят консультативные приёмы всех желающих от детей до стариков, а случается, прибегают и к амбулаторному лечению вплоть до оперативного, – ведётся уже немало лет. Причём приёмы эти комплексные. В составе мобильных врачебных бригад, как правило, высококлассные доктора, оснащённые компактной современной диагностической-лечебной аппаратурой.

В минувшем году на выездах в районы области было задействовано 130 таких бригад, сформированных из специалистов Омской клинической больницы, Омской клинической детской больницы, Клинического медико-хирургического центра и других областных ЛПУ. И с января

по декабрь включительно ими было осмотрено и проконсультировано порядка 285 тыс. человек, более 56 тыс. прошли диспансеризацию. Обязательно медики добирались до бывших своих пациентов, проходивших стационарное лечение в их клиниках, в какой бы сельской глубинке они ни жили. Да и вообще, надо сказать, в сельских весях Прииртышья настолько уже привыкли к посещениям городских врачей, что считают их за своих, поэтому и встречают как родных.

Статистика показывает, что в результате такой выездной работы омских врачей в сельской местности из года в год снижается смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, сокращается число пациентов, направляемых на госпитализацию, увеличивается количество сельских жителей, прошедших диспансеризацию.

В 2015 г. работа выездных врачебных бригад в сельских районах Прииртышья продолжится, и будет не менее интенсивной, чем в минувшем. План мероприятий по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи жителям сёл и деревень уже утверждён в Минздраве области.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Куда движется детская эндокринология? На вопросы корреспондента «МГ» отвечает главный детский эндокринолог Минздрава России Валентина Петеркова

Стр. 4

Курскому государственному медицинскому университету 80 лет! Чем здесь встречают юбилей? Специальный выпуск «МГ»

Стр. 7–10

Беседа с главным врачом Роспубличанского психоневрологического диспансера Дагестана Мустафой Алиевым

Стр. 11

О самой острой проблеме нейрохирургии рассуждают видные учёные и практики

Стр. 12

Новости

Тромболизис в Кабардино-Балкарии:
первые шаги

В региональном сосудистом центре Республиканской клинической больницы Минздрава Кабардино-Балкарской Республики врачи успешно провели тромболизис пациентке, которая поступила в центр с тяжёлым ишемическим инсультом. В настоящий момент женщина чувствует себя хорошо, у неё полностью восстановились речь, способность двигаться.

Это уже девятый случай применения в центре одного из самых передовых методов лечения больных с инсультом. Если в других регионах он давно привычен, то в Кабардино-Балкарии делает первые шаги.

Заместитель председателя правительства республики – министр здравоохранения Ирма Шетова побывала в центре и осмотрела пациентку. Она положительно оценила действия врачей, проконсультировала на предмет дальнейшей лекарственной терапии.

«Проведение успешной тромболитической терапии зависит от слаженности действий структурных подразделений здравоохранения и центра, от оперативного реагирования сотрудников службы скорой помощи. В минувшем году нам впервые удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, и необходимо дальше двигаться в этом направлении», – отметила И.Шетова.

Лилия ШОМАХОВА.

Нальчик.

По просьбе пациентов...

За минувший год в Краснодарском крае были уволены 15 главных врачей местных больниц. Об этом сообщила вице-губернатор региона Галина Золина на одном из недавних совещаний главы субъекта Александра Ткачёва с медиками региона.

«Если человек – профессионал и относится к своей работе ответственно, такого врача необходимо только поддерживать, – отметил губернатор Александр Ткачёв. – А если процветает хамство и годами ничего не меняется – гнать надо таких работников! Особенно в центральных больницах, которые должны быть примером», – подчеркнул он.

В минувшем году в регионе с целью контроля качества обслуживания и обеспечения медикаментами территориальным фондом обязательного медицинского страхования в районных больницах были созданы так называемые «посты качества». Недовольный пациент имеет реальную возможность обратиться с жалобой на медицинский персонал того или иного медучреждения к работникам медицинской страховой компании. К тем, кто игнорирует подобные обращения, принимаются административные меры. Именно из-за жалоб пациентов 15 главных врачей региональных медучреждений лишились своих должностей за период 2014 г., акцентировала Г.Золина.

Ян РИЦКИЙ.

Краснодар.

ЭКГ через Интернет

Дополнительные пять портативных аппаратов ЭКГ с интернет-связью в ближайшее время поступят на Станцию скорой медицинской помощи Уссурийска. В них разработчики исправили недостатки, которые мешали службе СМП использовать аппараты максимально эффективно.

Как рассказал Александр Федейкин, руководитель уссурийской «скорой», в прежних версиях аппаратов врачей не устраивал маленький заряд батареи планшета (через который бригаде передаётся расшифровка наиболее сложных электрокардиограмм), за смену оборудование необходимо было подзарядить минимум 3 раза.

«Также специфика нашей работы заключается в постоянной эксплуатации машин на не идеальных дорогах. В итоге из-за тряски начинают расшатываться некоторые соединения. Для стационарных условий аппарат идеален, нам же нужен вариант, более приспособленный к выездной работе», – отметил А.Федейкин.

Руководство службы укомплектует такими аппаратами все 9 фельдшерских бригад. В перспективе планшеты можно будет также использовать для дистанционного приёма вызова. При создании электронной карты пациента медицинские работники СМП смогут с его помощью получать доступ к электронной истории болезни пациента, следуя по пути на вызов, что отразится на оперативности и качестве оказания медицинской помощи.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

Грипп разбушевался

В Челябинской области объявлена эпидемия гриппа. За пятую неделю 2015 г. (с 26 января по 1 февраля) зарегистрировано около 40 тыс. случаев ОРВИ, в том числе 91 случай гриппа, что выше уровня предыдущей недели на 36%.

По состоянию на 30 января на госпитализации находился 1261 пациент с диагнозами «пневмония», «грипп» и «ОРВИ» (в том числе в тяжёлом состоянии 84 человека), из них 30 беременных женщин.

2 февраля введены карантинные мероприятия на территории ряда регионов области. А с 3 февраля на карантин закрываются все школы Челябинска.

Постановлением главного санитарного врача по Челябинской области введены карантинные мероприятия по гриппу в лечебно-профилактических организациях, учреждениях социальной защиты населения, детских образовательных учреждениях, расположенных на территории Челябинска. Отменены массовые спортивные и культурные мероприятия в закрытых помещениях.

Жителям Челябинска и области рекомендуется принимать меры профилактики ОРВИ и гриппа. Для этого Минздрав Челябинской области распространил специальную памятку.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

События

Великое счастье
шагать по земле

В палате интенсивной терапии

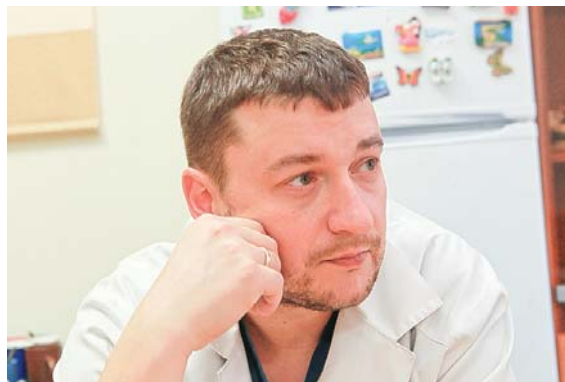
(Окончание. Начало на стр. 1.)

Таким образом, пациентам, у которых поражены именно мелкие артерии, а таких больных около 40%, проведение операции невоз-

баллонной ангиопластики лёгочных артерий.

Идея транслюминальной ангиопластики сосудов не нова и давно используется, в частности, для расширения просвета сосудов

сердца. Однако в отличие от сердца, при восстановлении кровотока по лёгочным сосудам очень велика вероятность развития отёка лёгких, угрожающего жизни больного. Долгое время не существовало методики, позволяющей справиться с этой проблемой. И вот японские коллеги разработали новый алгоритм действий.



Николай Данилов

можно. Именно к такой категории больных относится пациент К. из Мурманска. В 48 лет у него внезапно стала нарастать одышка. Он поступил в РКНПК, где на основании проведённых обследований, ему был установлен диагноз «неоперабельная ХТЛГ». Состояние больного прогрессивно ухудшалось – из-за выраженной одышки ему было не под силу пройти даже несколько метров. К счастью, в это время в медицинском сообществе появились данные о новой методике лечения ХТЛГ. На консилиуме врачей было принято решение о необходимости проведения пациенту К. транслюминальной

нальность идеи состоит в проведении вмешательства не одновременно, а поэтапно – расширение сосудов за несколько операций с интервалом в месяц между ними. Кроме того, своеобразным «ноу-хау» стало использование внутрисосудистого ультразвука для подбора необходимого размера баллона, что уменьшает риск повреждения сосудов. В среднем одному пациенту требуется от 2 до 8 операций, но, несмотря на длительность пути к достижению успеха, труд хирургов вознаграждается высокой эффективностью вмешательства и значительным улучшением самочувствия больных.

Для освоения методики специалисты из РКНПК стажировались в Германии, где с успехом применяется ангиопластика лёгочных артерий. Для проведения вмешательства требуется специальное высокотехнологичное оборудование, которое имеется в арсенале любой современной рентгенооперационной, и, конечно, соответствующая квалификация врачей.

Больному из Мурманска специалисты РКНПК пока провели два этапа вмешательства, наладив кровоток по трём сосудам. Благодаря этому состояние пациента значительно улучшилось и сейчас он в тесте 6-минутной ходьбы (специализированный тест для оценки переносимости нагрузок) проходит на 30 м больше, чем до операции, и это очень хороший результат. Больного К. ожидает ещё несколько этапов лечения, но уже сейчас ему значительно лучше, он испытывает настоящее счастье от первых уверенных шагов.

Об эффективности новой методики специалисты РКНПК докладывали на сессии Всероссийского общества кардиологов по лёгочной гипертензии. Уже запланирована поездка на международный конгресс в Италию, где наши врачи расскажут о своих успехах и поделятся опытом с зарубежными коллегами...

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Угроза

Мутирует ли вирус Эболы?

Учёные, отслеживающие развитие эпидемии геморрагической лихорадки Эбола в Гвинее, утверждают, что её вирус мутировал.

Исследователи из Института Пастера в Париже, которые первыми зафиксировали эпидемию в марте прошлого года, сегодня проводят

исследования, не стал ли вирус более заразным.

Более 22 тыс. человек заразились Эболой преимущественно в Гвинее, Сьерра-Леоне и Либерии. 8795 человек умерли.

Исследователи приступили к анализу сотен образцов крови, полученных от заболевших в Гвинее. Они надеются, что их работа

поможет дать ответ на вопрос, почему некоторые люди выживают при заражении вирусом Эболы, а другие умирают. В настоящее время выживают около 40% заразившихся.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Cito!

Москва.

В центре внимания

Михаил Давыдов: Каждый доживает до своего рака

Но каждый имеет возможность отодвинуть болезнь

4 февраля отмечался Всемирный день борьбы против рака. На приуроченной к этому событию пресс-конференции выступили главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Михаил Давыдов и его ближайшие коллеги.

– Онкология на сегодняшний день, – напомнил в своём выступлении М.Давыдов, – глобальная проблема для всего человечества. По его словам, около 30 стран официально признали онкозаболевания основной причиной смертности среди населения. Этот недуг уже стал межнациональной проблемой, в связи с чем идёт интенсивный обмен знаниями и опытом в этой области между учёными всего мира, что позволило сделать онкологию одним из самых развитых разделов медицины. В том числе и в России – все самые современные технологии есть и у нас. К тому же в нашей стране больше, чем у кого бы то либо, научных и практических школ.

Как известно, онкология состоит из трёх крупных направлений: крупномасштабная онкохирургия, лекарственное лечение опухолей и радиационное обеспечение больных с помощью современных источников излучения, позволяющих излучать злокачественные образования. Наиболее часто эти направления в последнее время объединяются в комплексное лечение.

Следует отметить, что ситуация со смертностью от злокачественных опухолей у нас изменилась в лучшую сторону. В России в 2000 г. от онкозаболеваний умирало 200 человек на 100 тыс. населения. В 2013–2014 гг. – 164–170 человек на те же 100 тыс. Это связано, прежде всего, с улучшением диагностики и целым комплексом мер, направленных на профилактику и адекватное лечение. Но, конечно, даже эти результаты не могут считаться удовлетворительными – многие из умирающих в РФ находятся в трудоспособном возрасте, а в таких странах, как США, Япония, Франция, смертность гораздо ниже. При этом заболеваемость там значительно выше, чем в России, что связано с нашей меньшей продолжительностью жизни и их более точной диагностикой. Есть даже теория, по которой «каждый

доживает до своего рака». Сейчас в стране стоит вопрос о развитии первичной и вторичной профилактики онкозаболеваний, адекватном и своевременном начале профессионального лечения.

В целом в онкологии сейчас идёт активный поиск эффективных методов лечения, но надо понимать, что все они должны быть научно обоснованными, а не находиться в области «народной медицины» с чудесным образом сваренными травами и кустарно изготовленными настойками. На смену химиотерапии должны прийти противоопухолевые вакцины, антибиотики, моноклональные антитела – большой класс лечебных средств, эффективных препаратов для лечения болезней. Но сразу можно сказать, что открытия какой-то панацеи в онкологии не ожидается. Хотя подобные «открытия» уже неоднократно заявлялись, их эффективность при тщательном тестировании не была обоснована. Каждая опухоль нуждается в профильном лечении. Особенно в связи со стрессовой ситуацией, которую наша страна переживает в последнее время.

– Детская онкология, – заявил главный детский онколог Минздрава России Владимир Поляков, – выделяется по характеру заболеваний и статистике. Злокачественные заболевания у детей составляют всего 2% от подобных недугов у взрослых. Но течение этих заболеваний у детей более острое, более частые склонности к распространённости, поскольку опухоли в основном представлены не раком, а саркомами, которые в раннем возрасте более чувствительны к лекарственным препаратам. Ещё 40 лет назад из числа онкобольных детей выживало только 20%, сейчас их количество увеличилось до 80%, а при некоторых нозологических формах отмечается и 100-процентное выздоровление. Достаточно запущена детская диагностика – в клинику дети в 75% случаев поступают уже с III–IV стадией заболевания, что, естественно, осложняет лечение, увеличивает расходы на него. Связано это с тем, что педиатр в поликлинике из-за отсутствия должного опыта просто не всегда может адекватно среагировать на появление опухоли. Сейчас заболевает 15 детей на 100 тыс. населения в год, что соответствует средним мировым показателям.

Необходимы программы раннего скрининга контингента, находящегося в той или иной группе риска, как это принято на Западе, полагает В.Поляков. Но как государственная программа скрининг в России пока не внедрён, он действует только на региональных уровнях – так, в Татарстане эти исследования прошли с большим успехом. А ведь у нас женщины с раком молочной железы выздоравливают только в 60% случаев, против 95 в США. К тому же борьба с онкозаболеваниями требует повышения финансирования в условиях кризиса, поскольку большая часть необходимых лекарств производится за рубежом.

Очень важной проблемой остаётся и доступность обезболивающих средств для онкобольных. Получается, что у врача, назначающего наркотические препараты, появляется возможность оказаться на скамье подсудимых – выписывая очередной рецепт, он попадает под юрисдикцию Госнарконтроля. Здесь необходимо упростить доступ паллиативным пациентам (в том числе и детям) к таким лекарствам, если они действительно в них нуждаются. И в Минздраве документы на этот счёт уже готовятся.

Но и, конечно, каждый из нас должен внимательнее относиться к своему здоровью и обращать больше внимания на возможную «ахиллесову пятю». Если человек перенёс гепатитом, он должен твёрдо знать, что этот процесс может со временем перейти в рак печени, поэтому периодически необходимы элементарные ультразвуковые исследования этого органа. Если есть склонность к заболеваниям лёгких, бронхитам, или слишком светлая кожа, много родинок, – всё это повод задуматься и пройти профилактические обследования. Ну и, конечно, помнить о таких спутниках онкозаболеваний, как курение и избыточный вес. Расстаться с ними, значит – отодвинуть недуг...

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

ОТ РЕДАКЦИИ. В ближайшем номере «МГ» будет опубликован материал об опыте работы главного онколога Минздрава России Михаила Давыдова с регионами страны в борьбе со злокачественными новообразованиями.

дообследование и определение дальнейшей тактики лечения.

В общей сложности сегодня в Хакасии проживает 51 человек с орфанными диагнозами, среди них 24 ребёнка с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, системы кровообращения, органов пищеварения, кожи. По данным Минздрава республики, затраты на лечение одного пациента составляют от 200 тыс. до 6 млн руб. в год. Если в 2012 г. расходы регионального бюджета на лекарственную помощь и лечебное питание для людей с редкими заболеваниями составили 4,7 млн руб., то в 2014 г. – уже 20,5 млн.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Признание

Конкурс на высокие премии завершён

Комиссия по присуждению премий правительства Москвы молодым учёным объявила имена победителей конкурса на соискание премий за выдающиеся результаты в области естественных, технических и гуманитарных наук за 2014 г. Ими стали 17 молодых учёных столицы, представивших свои научные работы в экспертный совет конкурса. Всего комиссией было рассмотрено 207 заявок от 310 представителей научного сообщества. В результате отобрали 10 работ, признанных победителями.

Конкурс на соискание премий правительства Москвы молодым учёным проводится ежегодно. Впервые он состоялся в 2013 г., и его лауреатами стали 12 молодых учёных, в том числе 2 научных коллектива в 8 областях научного знания. Работы соискателей оценивали группы экспертов из области знаний соответствующей номинации.

В 2013 г. размер премии составлял 500 тыс. руб., с 2014 г. он увеличен до 1 млн.

На премию могли претендовать специалисты до 35 лет: научные и научно-педагогические работники, аспиранты, докторанты, учёные, ведущие научную и научно-техническую деятельность в научных организациях и вузах Москвы. Работы оценивались в три этапа по ряду критериев, несущих преимущественно наукометрический и прикладной характер, учитывая также потенциальное значение разработок

для развития экономики города и страны в целом. Отбор позволил максимально полно и объективно оценить масштаб достижений номинантов.

В номинации «Биология и медицинские науки» премия присуждена двум работам – совместному проекту Татьяны Комаровой и Екатерины Шешуковой по изучению механизмов защитных реакций растений и возможности их использования в иммунотерапии человека в качестве источника антител и вакцин, а также работе Анастасии Ефименко по регенеративной медицине, в ходе которой разработан метод модификации стволовых клеток человека для воздействия на их регенеративные функции.

По словам руководителя Департамента науки, промышленности политики и предпринимательства Москвы, председателя Совета по науке Олега Бочарова, при отборе работ особое внимание уделялось возможностям их дальнейшей практической реализации.

– Современный учёный должен соединять в себе качества как исследователя, так и предпринимателя. Только так фундаментальные исследования и разработки будут эффективно перетекать в экономику, укреплять её и повышать конкурентоспособность, – отметил он.

Церемония награждения состоялась в середине февраля.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Ну и ну!

Не пей, дизентерию подхватишь!



В Первоуральске Свердловской области произошло массовое отравление жителей – пострадали 115 человек. Установлена предварительная причина – в областном Управлении Роспотребнадзора считают, что граждане заразились, употребив некачественную питьевую воду.

На сегодняшний день ситуация с острой кишечной инфекцией стабилизировалась. Предварительно Росздравнадзором установлено, что «имело место кратковременное загрязнение воды централизованной сети».

Как считают проверяющие, муниципальное предприятие «Водоканал» некоторое время «не осуществляло производственный лабораторный контроль подаваемой воды, соответственно, не могло гарантировать безопасность водоснабжения жителей». Кроме того, система водоподготовки в Первоуральске работает таким образом, что полный цикл очистки проходит только треть объёма подаваемой воды.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Свердловская область.

Ситуация

Будут помогать, а не прятаться

Министерство здравоохранения Республики Хакасия показывает пример честного и ответственного отношения к пациентам с орфанными заболеваниями. Здесь не гоняют тяжело больных людей «по большому кругу», чтобы затянуть время и не тратить средства на их дорогостоящее лечение, а находят возможности помочь своим землякам.

Так, на днях региональный регистр больных с редкими патологиями пополнился ещё одним именем: у ребёнка школьного возраста диагностирован атипичный гемолитико-уремический синдром. «Терапия стоит 1 млн руб. в неделю.

Пациент находится на гемодиализе, и уже в ближайшее время начнётся лечение», – пояснили корреспонденту «МГ» в Минздраве Хакасии.

Информация, что в республике появился пациент с таким «финансово ёмким» заболеванием, сразу стала достоянием общественности. Тот факт, что в министерстве не пытаются скрыть данную ситуацию, говорит о том, что бюджет региона готов оплачивать всю необходимую этому ребёнку медицинскую помощь, даже если речь идёт о сумме с шестью нулями каждые 7 дней. Пока терапия расписана на 6 недель, после чего предстоит очередной консилиум на уровне одной из федеральных клиник,

Директор Института детской эндокринологии Эндокринологического научного центра, заместитель директора ЭНЦ по науке, главный специалист – детский эндокринолог Минздрава России, президент Российской диабетической ассоциации, член-корреспондент РАН Валентина ПЕТЕРКОВА уверена: детская эндокринология в России сегодня находится на довольно приличном уровне. Однако проблемой всегда была нехватка средств, выделяемых государством на развитие научного аспекта. А вот когда к государственному финансированию добавилась струйка частного капитала – получился вполне жизнеспособный союз. На эти средства можно не только лечить нуждающихся в медицинской помощи детей, но и помогать им избежать болезней, и развивать научную составляющую детской эндокринологии.

Об этом Валентина ПЕТЕРКОВА рассказала нашему корреспонденту Жанне ДЫМОВОЙ.

– Валентина Александровна, это первый опыт подобного государственно-частного партнёрства?

– Нет, «пробы пера» уже были, и очень успешные. Например, одна финансовая структура выкупила для своих сотрудников билеты на специальный концерт в Московской консерватории. Музыканты выступали безвозмездно. А два десятка маленьких больных сахарным диабетом россиян из малообеспеченных семей получили такие необходимые им для жизни инсулиновые помпы... Стоимость одной помпы 100 тыс. руб., ещё столько же стоят расходные материалы. Итого 200 тыс. руб. на ребёнка. Для многих семей – неподъёмная сумма. Теперь же эти дети живут качественно иной жизнью.

Кстати, этот опыт перенят из Польши – там давно больным диабетом детям помпы покупаются на средства, вырученные от концертов Национального симфонического оркестра.

Сейчас нами совместно с Фондом поддержки и развития филантропии при спонсировании одного крупного участника отечественного финансового рынка учреждена и уже воплощается в жизнь серьёзная по объёмам и средствам Программа помощи детям с заболеваниями эндокринной системы. Цель – повышение качества и доступности медицинской помощи нуждающимся в этом детям. Её основные направления на 2014-2016 гг.: молекулярно-генетическая и иммунологическая диагностика детских наследственных эндокринопатий; повышение качества медицинской и социальной помощи детям с эндокринными заболеваниями; профилактика ожирения и сахарного диабета у детей.

– Какая сумма предусмотрена на внедрение программы?

– Было озвучено 10 млн долл. за 10 лет. Первые два транша уже получены. С апреля 2014 г. на выделенные средства ЭНЦ оснащён оборудованием для молекулярно-генетической и иммуногенетической диагностики. Налажена транспортировка в наши лаборатории крови из 11 регионов России для бесплатной диагностики.

То есть дети из регионов получили возможность безвозмездно обследоваться на врождённые гипотиреоз и гипопитуитаризм, адреногенитальный синдром, моногенные формы СД и врождённый гиперинсулинизм, наследственные нарушения фосфорно-кальциевого обмена, врождённый гипогонадотропный гипогонадизм.

Современный метод секвенирования позволяет одновременно анализировать панель из нескольких десятков генов, ассоциированных с определённой группой эндокринных болезней.

– Какова география безвозмездных обследований

Авторитетное мнение

Жизнеспособен наш союз...

Так можно назвать сотрудничество детской эндокринологии, государства и частного капитала



детей с подозрениями на серьёзные эндокринные заболевания?

– Это 11 пилотных регионов: Воронежская, Костромская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Томская, Тюменская области, республики Башкортостан, Дагестан, Удмуртская и Санкт-Петербург вместе с Ленинградской областью.

Заключены договоры-пожертвования на организацию забора образцов крови и их доставки в ЭНЦ курьерской службой. А для поддержки деток с эндокринными заболеваниями, оставшихся без попечения родителей, мы пошли ещё дальше: создаётся система не просто диагностики, а полного их медико-социального сопровождения для улучшения контроля и прогноза эндокринных болезней.

– Что входит в пункт «совершенствование методического обеспечения молекулярно-генетической диагностики»?

– По мнению руководителя лаборатории наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра профессора Е.Захаровой, в РФ внешний контроль качества молекулярно-генетических исследований системно не проводится. Нередко в клинической практике используются тесты с недоказанной эффективностью. Это может привести к ошибкам, цена которых – жизнь и здоровье. Поэтому ведётся раз-

работка протоколов и системы оценки качества проводимых в стране молекулярно-генетических исследований.

Также заведующий лабораторией отделения наследственных эндокринопатий ЭНЦ доктор медицинских наук А.Тюльпаков подготовил предложения по созданию базы данных генетических мутаций. Цель – электронная регистрация пациентов с быстрым доступом к

надо: каждый врач на месте умеет его лечить. А вот редкие формы заболеваний требуют вмешательства федеральных, а то и зарубежных медицинских структур.

Например, сейчас мы оформляем на прохождение диагностики в Дании ребёнка с врождённым гиперинсулинизмом. Необходимую ему позитронно-эмиссионную томографию с радиоактивным фтором в РФ

данным обследованием; проведение анализа по определённой нозологии; выявление наиболее частых мутаций у определённых популяций; оценка патогенности выявляемых в последующем мутаций у пациентов в РФ. База данных, соответствующая нормативным требованиям по обеспечению конфиденциальности информации, будет расположена на сервере ЭНЦ.

– Насколько сегодняшняя практика помощи детям с эндокринной патологией отвечает потребностям пациентов, особенно в регионах?

– Сейчас мы приступили к серьёзному анализу ситуации. Это необходимо, в том числе и для планирования адресной и организационной помощи детям с заболеваниями эндокринной системы в тех шести регионах России, заявки управлений здравоохранения которых были более убедительны.

Но уже сейчас могу сказать: видимо, врачи в регионах не проинформированы, что при необходимости пациентов можно и нужно отправлять за помощью в федеральные медицинские центры. Если мы не справимся – отправим в зарубежные клиники, на это тоже в бюджете предусмотрены средства! Более того, каждый год они не используются полностью. А цена такой нерешительности – искалеченные детские судьбы.

Недавно мы в ЭНЦ прооперировали 4-летнего малыша из Ярославля по поводу опухоли гипофиза. Дома он наблюдался с диагнозом «ожирение». Подозрения у врачей были, но они всё не решались выйти с ними на следующий уровень. А за 4 года человек с опухолью гипофиза из-за осложнений может полностью «развалиться»...

С диагнозом «гипотиреоз» посылать детей в столицу не

не практикуют, налаживать этот механизм из-за единичных случаев болезни в стране нерентабельно. Более того, в Европе в большинстве стран это тоже недоступно – из-за редкости использования. Центр для нуждающихся в таком исследовании есть в Дании. Мы согласовали с Минздравом отправку туда российского малыша. Это позволит нам не удалять пациенту всю поджелудочную железу, а лишь обнаруженные маленькие узелки: так мы боремся за его будущую здоровую жизнь.

– А с диагностикой и лечением заболеваний не стоить редких сами справляетесь?

– Вполне. Эта же программа дала нам средства для работы над улучшением возможностей лечения. Например, спонсируется платная аспирантура для эндокринологов. Осуществляется развитие международного сотрудничества. Так, был налажен обмен опытом с Бергенским университетом (Норвегия), куда на стажировку отправились два российских специалиста; были поездки наших молодых докторов на международные форумы в Чикаго и Дублин; организовываются зарубежные стажировки специалистов ЭНЦ для проведения совместных исследований и создания единой базы данных и биобанка...

Мы, в свою очередь, делимся знаниями и умениями: начаты проблемно ориентированные образовательные программы для врачей-эндокринологов из российских регионов. Обучение проводится с использованием новейших научных и клинических данных.

Для определения приоритетных тематик обучения проведён опрос сотни детских эндокринологов; на основе международного опыта подготовлена система тестового контроля знаний врачей в нашей области медицины среди эндокринологов и педиатров, с которых часто всё и начинается.

Тесты будут использоваться на семинарах и размещены на сайте программы.

– А если это тестирование покажет слабый уровень подготовки и знаний?

– Будем учиться дальше! Тем более что необходимой литературы становится всё больше.

Так, по инициативе Минздрава России сотрудниками ЭНЦ подготовлены федеральные клинические рекомендации по ведению детей и подростков с эндокринными заболеваниями. Это методическое пособие в сентябре прошлого года издано в количестве 5 тыс. экземпляров и бесплатно разослано детским эндокринологам страны и педиатрическим отделениям больниц и поликлиник.

В рамках программы также издана книга «Инсулиновая помпа» – своего рода свод правил для врачей и пациентов по пользованию помпой. Тираж составил 6 тыс. экземпляров, книга была представлена на национальных мероприятиях эндокринологов и также бесплатно распространена во всех регионах РФ.

– Предполагаются ли новшества в работе школ диабета, которые помогли многим изменить жизнь?

– Да, разработаны так называемые «Образовательные программы для пациентов с сахарным диабетом» – необходимая составляющая медицинской помощи для развития навыков самоконтроля заболевания.

Мы трудимся над подбором современных информационных и методических пособий, эффективность программ повышается должной подготовкой тренеров. Предусмотрено проведение мер профилактики диабета и ожирения среди детей.

В 2012 г. Минздравом принят новый Порядок оказания медицинской помощи. Радует, что нас услышали – в штат кабинетов-школ для больных сахарным диабетом детей добавлены ставки врача-обучателя и медсестры, причём в каждом эндокринологическом отделении любого уголка России! Раньше обучение приходилось проводить на общественных началах...

Другой представитель частного капитала – крупная фармацевтическая компания спонсирует отдельную Программу по обучению медсестёр работе в школах диабета. Это тоже из зарубежного опыта: во многих странах мира обучение больных проводят только медсестры, которых в штате больше.

Ещё одно важное достижение, на мой взгляд: впервые в истории отечественной детской эндокринологии в школах диабета предусмотрено участие психолога, пусть пока и на четверть ставки...

– Понятно, что детская эндокринология движется в нужном направлении благодаря тому, что государство поручается к проблеме «лицом», благодаря энтузиазму представителей этой сферы медицины и, что особенно приятно, благодаря финансовым безвозмездным вливаниям частного капитала России. А с какими проблемами пришлось столкнуться на пути реализации пунктов этого редкого пока в нашей стране масштабного проекта?

– Проблемы всегда есть, но надо отдавать должное – они все решаются. Мы собираемся, оцениваем результаты и вместе намечаем пути развития детской эндокринологии, чтобы не только в Москве, а по всей России эта помощь была доступной и на уровне мировых стандартов.

Москва.

Признание

Полвека с диабетом

Жительница Забайкалья получила медаль за жизнь

Сахарный диабет (СД) – одна из самых острых медицинских и социальных проблем современности: заболеваемость СД во всём мире, в том числе и в России, выросла катастрофически и приняла масштабы неинфекционной эпидемии. В 70-е годы прошлого века во всём мире насчитывалось около 30 млн больных СД, сегодня их число превысило 387 млн, а к 2035 г., по прогнозу Международной диабетической федерации (IDF), этот показатель увеличится до 592 млн, то есть диабетом будет болеть каждый 12-й житель планеты.

В России зарегистрировано более 4 млн больных СД. Однако, по мнению экспертов, реальное число таких людей в 3-4 раза превышает официальные данные. При этом считается, что только половина диагностированных пациентов получает адекватную медицинскую помощь, и только половина из них достигают целей лечения.

Победа над диабетом – главная цель деятельности датской фармацевтической компании Ново Нордиск, которая воплощает в жизнь принципы социальной ответственности, а одним из основных её направлений является приоритет потребности пациентов с диабетом. Компания работает на переднем крае науки, совершенствуя методы лечения и расширяя возможности пациентов благополучно жить с этим заболеванием, содействует их активному участию в управлении диабетом с целью достижения лучших результатов лечения.

Современные достижения в области диабетологии, разработка инсулинов последнего поколения и новейших средств контроля позволяют добиться хорошего уровня компенсации диабета. Но для полной победы над этим грозным заболеванием необходимы согласованные действия международных организаций, государства, общественно-политических институтов, бизнеса и средств массовой информации в повышении осведомлённости о проблеме диабета, развитии его профилактики и обеспечении равного доступа к медицинской помощи. В связи с этим 20 декабря 2006 г. ООН приняла специальную резолюцию, которая признала диабет хроническим инвалидизирующим заболева-



В Чите в преддверии празднования Всемирного дня диабета (World Diabetes Day) прошла 1-я межрегиональная научно-практическая конференция «Современные достижения эндокринологии – врачу-терапевту», во время церемонии открытия которой произошло значимое событие для всех, кто причастен к борьбе с сахарным диабетом. В торжественной обстановке министр здравоохранения Забайкальского края Михаил Лазуткин вручил пациентке с сахарным диабетом Марии Межанской международную награду медаль Джослина – символ признания достижений в борьбе с диабетом.

нием, лечение которого требует больших затрат, и призвала правительство всех стран объединиться в борьбе со стремительно распространяющейся эпидемией СД и разработать национальные стратегии борьбы с этим заболеванием.

Однако до тех пор, пока диабет не побеждён, поддержка людей с СД в их стремлении жить полной и продуктивной жизнью – приоритет всех, кто участвует в борьбе. С этой целью по инициативе американского врача-эндокринолога Элиота Джослина в 1948 г. была учреждена международная награда, названная впоследствии его именем.

Первоначально Джослиновскую медаль Victory вручали людям, прожившим с диабетом 25 и более лет. В 1970 г. руководство Джослинского диабетического центра (Бостон, США) учредило новую медаль, которой удостоивают людей, проживших с диабетом более 50 лет. На лицевой стороне медали изображён человек с факелом и надпись: Triumph for Man and Medicine – «Триумф человека и медицины», что отражает важнейший принцип диабетологии, рассматривающий врача и пациента как партнёров в борьбе с

диабетом; на обратной стороне – For 50 Courageous Years with Diabetes – «За 50 мужественных лет с диабетом». В 2013 г. была учреждена ещё одна медаль – за 80 лет жизни с диабетом.

С 1970 г. этой медали уже удостоены более 4 тыс. человек во всём мире, более 65 человек награждены медалью за 75 лет и 1 человек – за 80 лет жизни с диабетом. Первый россиянин с СД был удостоен медали «За 50 мужественных лет с диабетом» всего 2 года назад. Сегодня их уже около 20.

Мария Межанская стала первой жительницей Забайкалья, удостоенной этой почётной международной награды. Сама в прошлом врач, она принимает активное участие в лечении своего заболевания. Диагноз «сахарный диабет» был поставлен ей 52 года назад, в 1962 г. И, как она отметила в своём интервью: «Только глубокое понимание и чёткое следование всем рекомендациям по лечению диабета, а также жёсткая дисциплина, самоорганизация и активная жизненная позиция помогли мне жить с этой болезнью». Участники конференции, 150 врачей Забайкальского края, стоя приветствовали Марию Ильичину и поздравляли

с огромным достижением в её жизни.

За последние полвека знания об СД и подходы к его лечению сильно изменились. В наше время у людей с диабетом есть гораздо больше возможностей получить такую медаль. Успехи, достигнутые в лечении этого заболевания благодаря разработке и внедрению в клиническую практику новых технологий и современных препаратов (аналогов инсулина, препаратов на основе эффектов инкретинов – агонистов рецепторов ГПП-1 и ингибиторов ДПП-4), способны существенно улучшить контроль над заболеванием, снизить распространённость и замедлить прогрессирование серьёзных осложнений и улучшить качество жизни и прогноз людей с диабетом.

Александр Майоров, заведующий отделением программ обучения и лечения Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России доктор медицинских наук:

– В конце 80-х годов прошлого века сформировалась современная модель лечения СД 1-го типа. Три её основные составляющие – интенсифицированная инсулинотерапия, ис-

пользование средств самоконтроля глюкозы крови и обучение пациентов самостоятельному управлению заболеванием (в России это школы диабета). Такая стратегия позволила достичь впечатляющих результатов лечения, и, как следствие, значительно увеличилась продолжительность жизни людей с СД. Пока в России нет пациентов, которые были бы награждены медалью за 80 лет жизни с диабетом. Но я уверен, что недалеко то время, когда такие медалисты появятся и в нашей стране.

Ольга Серебрякова, заведующая кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии Челябинской государственной медицинской академии:

– Эндокринология является одной из самых прогрессивных медицинских наук. В последнее время появилось очень много новых препаратов, разработано много новых подходов к лечению СД. И конечно, нам бы очень хотелось, чтобы врачи-терапевты в регионах могли использовать все современные достижения нашей науки.

Валентина Мигунова, эндокринолог, лечащий врач Марии Межанской:

– В настоящее время сахарный диабет считается не болезнью, а образом жизни. И Мария Ильичина ведёт активный образ жизни и участвует в лечении своего заболевания.

Сегодня, несмотря на все достижения в изучении диабета и внедрении новых препаратов и методов лечения, успешного контроля над заболеванием удаётся достичь немногим – только 40% больных. Поэтому это и считается настоящим достижением. А за любую победу положена награда – в данном случае за успешную борьбу с диабетом.

Ирина АНДРЕЕВА.

Новые подходы

Новый вид консервирования освоили в Челябинской областной клинической больнице. Её специалисты смогли внедрить технологию заготовки роговичного материала, благодаря чему глазную ткань можно хранить до 2 недель. Это даёт возможность в плановом порядке возвращать зрение тем пациентам, кто лишён возможности видеть из-за глазных инфекций, вследствие осложнений после операций и т.п.

До сих пор пациенты с помутнением роговицы были вынуждены отправляться за помощью в Москву и Чебоксары – единственные на всю страну медицинские офтальмологические центры, где могли справиться с этой проблемой.

– Потребность в таких операциях достаточно высока. Ежегодно за пределы Челябинской области

Возвращать зрение – по плану

К этому стремятся челябинские офтальмологи

для получения такого вида помощи выезжают до 70 человек, – поделился главный врач больницы Дмитрий Альтман, – в листе ожидания Министерства здравоохранения Челябинской области числятся более 50 человек. Мы стремимся, чтобы люди могли получать высокотехнологичную помощь в своём регионе. Всё-таки дома лечиться комфортнее, тем более для незрячего пациента.

Операция обычно длится не более полутора часов. В плане технического исполнения процесс несложный. Из повреждённого глаза сверхострым вакуумным ножом-трепаном вырезается округлой формы лоскут, на его

место круговым непрерывным швом пришивается выкроенная из донорской ткани «заплата».

Нина Гришина одна из первых прозрела благодаря новой методике. На второй день после операции уже видела 2 строчки в стандартной проверочной таблице. На третий день смогла без труда прочесть уже 8 строк.

– Четыре пациента при поступлении имели светоощущение, а сейчас имеют предметное зрение в пределах 20%, – докладывает заведующий офтальмологическим центром Челябинской ОКБ Андрей Кузнецов, – два пациента выписаны с высокой остротой зрения – 60 и 80%, ещё часть

пациентов на момент выписки имела зрение 10%, но более точный результат будет известен примерно через год, когда снимем роговичные швы и уйдёт астигматизм, вызванный круговым швом.

Уникальный микроскоп, благодаря которому стал возможен тщательный отбор донорского материала, расположен в отделе стерильного помещения. С помощью этого аппарата доктор оценивает количество клеток, прозрачность роговицы, словом, жизнеспособность и перспективность материала, предназначенного для пересадки.

При этом врачи считают, что

через пару лет про очереди на такую операцию можно будет забыть. Возвращать зрение будут только в плановом порядке. Это значит, что от момента потери зрения до операции будет проходить всё меньше времени.

Не исключено, что высокотехнологичную помощь челябинские специалисты в скором времени начнут оказывать и жителям других регионов, которые сегодня вынуждены осажать многолетними очередями Москву и Чебоксары.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Нынче это лечебное учреждение отметит своё 60-летие. Его востребованность подтверждают показатели злокачественных заболеваний, которые, к сожалению, превышают среднероссийские. Но простая констатация фактов – не удел липецких онкологов. На протяжении последних 5 лет увеличилось число больных, которым здесь была оказана специализированная помощь. Мощность диспансера от первоначального уровня увеличилась трёхкратно. При этом интенсивность работы онкологической койки выросла, о чём говорит средняя продолжительность пребывания больного в клинике – с 10,7 дня в 2010 г. до 7,6 в 2014-м. Для сравнения: в РФ этот показатель в 2013 г. равнялся 10,8 дня. Число операций за последние 4 года увеличилось с 4111 до 5290 в 2014 г. Значительно вырос показатель хирургической активности – с 65,1% в 2010 г. до 91,1% в 2014-м. Повышение хирургической активности за этот период составило почти 40%. За последние 3 года выросло число больных злокачественными новообразованиями, которые получили лучевую терапию. В 2012 г. пролечен 1401 пациент, в 2014-м – 1602. Рост составил более 14%.

Увеличилось и количество выписанных больных после лечения в химиотерапевтических отделениях онкодиспансера с 5941 в 2013 г. до 7528 в 2014-м. Увеличение показателя составило более 21%.

Амбулаторная служба областного диспансера также демонстрирует интенсивность работы: количество посещений в 2011 г. было 90 680, в 2012-м – 115 239, в 2013-м – 119 840, а в 2014-м – уже 140 295. За последние 4 года число посещений в поликлинике увеличилось на 54%.

Для позитивных перемен в деятельности коллектива есть все основания. Продвижение связано с тем, что липецкие медики ориентируются на новые разработки и методы в онкологической отрасли. Достаточно поговорить с главным врачом доктором медицинских наук Сергеем ШИНКАРЕВЫМ, чтобы убедиться в этом стремлении не отстать от других ведущих лечебных учреждений по уровню медицинского обслуживания населения.

– Реализация Национального проекта «Здоровье», вступление Липецкой области в национальную онкологическую программу, участие в модернизации здравоохранения страны значительно усилили лечебно-диагностическую базу диспансера, создали условия для развития специализированной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями, – рассказывает Сергей Алексеевич. – Особая роль отводится внедрению современного оборудования. По программе «Онкология» его было поставлено за счёт федерального бюджета более чем на 382 млн руб., а областного – более чем на 94 млн. Стоит сказать о пополнении диагностической базы и по программе «Модернизация здравоохранения» (из федерального бюджета было выделено около 15 млн руб., из областного – 280 тыс. руб.). И в дальнейшем оснащение областной онкологической службы продолжилось. Диагностический аппарат приобретено на 806 тыс. руб., для хирургической службы закуплено техники более чем на 4 млн руб. Капитальный ремонт отделений обошёлся в 6,1 млн руб. Я уже не говорю об обучении врачебного персонала, что немаловажно для лечебного учреждения.

СПРАВКА. В составе диспансера – поликлиника, стационар на 300 коек (235 онкологических и 65 радиологических), диагностическая служба, лучевой блок, 13 клинических и параклинических отделений. Ежегодно увеличивается количество больных, выписанных из стационара. Так, если за 2011 г. было выписано 9724 пациента, то за 2014-й – 13 720 пациентов.

Новые технические возможности позволили расширить арсенал средств лечения. В их числе главный врач назвал линейный ускоритель, аппарат для брахитерапии, эндоскопическое оборудование, 16-срезовый компьютерный рентгеновский томограф, ОРЭКТ-КТ, систему для планирования лучевой терапии. В итоге в диспансере в 2014 г. выполнялись эндоскопические операции при злокачественных новообразованиях женских половых органов, органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, эндоларингеальные операции.

Липецкий областной онколо-

Ориентиры

Действуя в пределах ВОЗМОЖНОГО

Липецкий областной онкологический диспансер в новом времени



Заведующая отделением химиотерапии Евгения Шинкарева

гический диспансер – одно из немногих онкологических учреждений страны, где ведутся эндоскопические резекции почки. Это третье онкологическое учреждение подобного уровня, в котором освоена методика поиска «сторожевых лимфатических узлов» с помощью гамма-детектора. Эта современная технология внедрена год назад. Методика позволяет минимизировать объёмы радикальных операций при злокачественных новообразованиях, применена у 34 пациентов при раке молочной железы.

Совершенствуется работа хирургической службы не только стационара, но и поликлиники диспансера. С помощью хирургического лазера пролечены сотни пациентов с новообразованиями кожи.

Новым этапом в повышении уровня онкологической помощи в области стало оказание высокотехнологичной медицинской помощи. В 2013 г. за счёт средств областного и федерального бюджетов была выполнена ВМП на 10 с лишним млн руб. В 2014 г. на программу по оказанию раковым больным высокотехнологичной медицинской помощи было выделено 11 млн руб. Все средства освоены.

– Сергей Алексеевич, сейчас много говорят об оптимизации. Собственно она и не сходилась с повестки дня. Что такое оптимизация в условиях онкологического учреждения? И коснётся ли она вас в этом году?

– Тема непростая. Это комплекс мероприятий, связанных, в том числе, и с сокращением расходов.



Хирургический корпус

Но оптимизация, прежде всего, – это новые эффективные методы работы, которые позволяют сократить и расходы, но ни в коем случае не ухудшить качество и доступность медицинской помощи. Будем активно работать в этом направлении. Намечаем освоить новые методы, в частности планируется внедрить брахитерапию (контактная лучевая терапия, когда источник излучения вводится внутрь органа) при новой локализации – злокачественные новообразования бронхов.

– А что касается коек, какая в этом позиция главного врача? Наверное, у вас оптимальное их количество?

– Да, у нас хороший уровень медицинского обеспечения. Дости-



Консилиум (слева направо): заведующий хирургическим отделением заслуженный врач РФ Владислав Подольский, заведующий радиологическим центром кандидат медицинских наук Владимир Борисов, врач-химиотерапевт Константин Симоненков.

гается он внедрением современных технологий и интенсификацией труда. Для примера – если средняя обеспеченность онкологической койкой в России в 2013 г. составляла 63,9 на 1000 вновь выявленных случаев злокачественных новообразований, то в Липецкой области этот показатель в 2014 г. равнялся 59,5.

– Высокую планку также нельзя удерживать без получения

обратной связи, то есть ещё одной составляющей успеха. Вы изучаете мнение населения о своей работе?

– Мы в общем-то не открыли ничего нового, взяв на вооружение ежеквартально проводимые дни здоровья, когда приём пациентов осуществляется без направления. Диспансер участвует в акциях «Маршрут здоровья» в муници-

пальных образованиях области, – называет главный врач источники информации о том, как работают липецкие онкологи.

– Сергей Алексеевич, вы являетесь председателем Медицинской ассоциации Липецкой области. Как вам удаётся совмещать эту должность с большой нагрузкой главного врача? Какие вопросы вы обсуждаете на заседании ассоциации? Рассматриваете ли вы вопросы юридической защиты медицинских работников, контроля качества в медицинских учреждениях, аспекты информатизации здравоохранения, последнее веяние в отрасли – государственно-частное партнёрство?

СПРАВКА. В диспансере трудится 557 сотрудников, в том числе 99 врачей, 224 средних медицинских работника, 1 врач имеет степень доктора медицинских наук, 8 – кандидатов медицинских наук, 1 – заслуженный врач РФ, 1 – заслуженный работник здравоохранения РФ, 9 – отличников здравоохранения. Здесь постоянно работают над уровнем квалификации своих специалистов. Учёбу они проходят в ведущих медицинских центрах страны и за рубежом. Сегодня липецкие онкологи не мыслят развитие лечебного учреждения без информатизации. Год назад в Липецкой области при участии онкологического диспансера был внедрён информатизационный продукт – модуль «Маммография» в программе «Электронная регистратура». В области успешно реализуется скрининг рака молочной железы. Создан инструмент персонализированного учёта участниц скрининга рака молочной железы, контроля их маршрутизации на основе оценки маммограмм по системе BI-RADS. Количество заключений, внесённых в модуль «Маммография» от выполненных исследований увеличилось и достиг 80%. В ближайшей перспективе – 100-процентное участие в работе модуля врачей, кто занимается диагностикой патологии молочных желёз, развитие системы активного вызова. К сильной стороне нужно отнести возможность медицинских организаций области, располагающих необходимым оборудованием, участвовать в видеоконсилиумах, видеоконференциях с онкологическим диспансером. Развитие информатизации в здравоохранении, объективизация сведений о контингентах больных, соблюдение стандартов обследования и лечения пациентов – все это шаги к формированию единого комплекса – онкологического кластера.

Сегодня очевидно, что в онкологической службе Липецкой области складываются стабильные показатели. Немаловажную роль в этом играет и курирование первичных онкологических кабинетов медицинских организаций врачами диспансера, выезды кураторов в районы.

– Наша ассоциация в первую очередь призвана оказывать содействие медицинским работникам в реализации их прав, куда, естественно, входят вопросы юридической защиты, рассмотрение споров в третейском суде, досудебная медиация. Вопросы контроля качества медицинской помощи решаются совместно с врачами экспертами, членами нашей ассоциации, обеспечивая их независимое рассмотрение.

Государственно-частное партнёрство, реализуемое в Липецкой области совместно с «ПЭТ-Технолоджи» в рамках проекта РОСНАНО, – это возможность на взаимовыгодных условиях преодолеть бюджетный дефицит, получить доступ к новейшим технологиям – позитронно-эмиссионной томографии.

– А что вам подсказывает интуиция – каким будет 2015 г.?

– Конечно, нам не придётся расслабляться. Диспансер должен работать в заданном темпе, оказывать эффективную и качественную онкологическую помощь.

В новом году я желаю своим коллегам быть ближе к пациентам, согреть их душевным теплом и любить свою нелёгкую профессию.

Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Липецк.

С момента последнего визита корреспондентов «МГ» в Курский ГМУ прошло 3 года, но как даже внешне изменился за это время вуз! Его большой внутренний двор, выложенный теперь современной тротуарной плиткой, украшают скверик с монументом Гиппократу и – куряне на выдумки мастера – необычный памятник зачётке с фамилиями реальных заведующих кафедрами. Перед экзаменами у него очередь – каждый сдающий прикладывает к нему свою ладонь «на удачу».

На этих страницах, посвящённых 80-летнему юбилею университета, – мозаика картин из богатой истории и новых достижений. При этом сюда не вошли подробности о многих славных новаторских делах курян, например, о том, что они первыми в стране в 1992 г. начали преподавать иностранным студентам на английском языке, были пионерами в тьютерском движении или о том, что КГМУ – самый спортивный из медузов России и даже имел волейбольную команду, выступавшую в профессиональных дивизионах.

**О последних успехах
и клинических школах**

– К своему 80-летию большой коллектив вуза подошёл с хорошим настроением, новыми достижениями, уверенностью в завтрашнем дне, – сказал нам ректор Курского государственного медицинского университета, известный хирург, профессор Виктор Лазаренко. – Недавно мы успешно прошли аккредитацию образовательной деятельности по заявленному образовательным программам – университет вновь признан эффективным вузом – и победили в конкурсе «Лучшие образовательные программы инновационной России». В прошлом году КГМУ стал полноправным членом Международной ассоциации университетов. Сейчас сотрудничаем с 26 иностранными вузами и научными учреждениями, среди них Университет Хонг Конг (Таиланд), Университет города Печ (Венгрия), Александр-колледж (Кипр), Университет Кении.

Мы делаем всё, чтобы открывать путь к любимой профессии юным поколениям третьего тысячелетия. Наши студенты получили серебряного Атланта во II Всероссийской олимпиаде по практическим навыкам «Золотой МедСкилл», заняли 2-е место в III Всероссийской олимпиаде студентов и молодых специалистов по технике эндохирургических операций. Наши студенты второй год среди победителей стипендиальной программы «TAKEDA – золотые кадры медицины», получают стипендии Президента РФ, Правительства РФ, губернатора Курской области, Курской областной думы, городской администрации.

Виктор Анатольевич рассказал нам о наиболее знаменитых клинических школах университета, которые десятилетиями накапливали опыт научных исследований и практики. Их основу заложили известные учёные-клиницисты, продолжатели традиций всемирно известных русских клинических школ, в разное время связавших свою судьбу с Курским медицинским институтом. Например, основатель терапевтической клинической школы, ученик и последователь блестящего советского терапевта М.Кончаловского профессор Николай Сергеевич Смирнов передал дело в руки профессоров И.Черногорова, Ф.Меньшикова, А.Хавкина, М.Черкасского, а сейчас продолжателями их традиций стали 5 кафедр терапевтического профиля. Их возглавляют известные профессора Надежда Прибылова, Нина Горшунова, Евгения Конопля, Лариса Князева, Вадим Михин.

Хирургическая клиническая школа представлена 4 клиническими хирургическими кафедрами, которыми, наряду с Виктором Лазаренко, разработавшим ряд оригинальных методов лечения венозной патологии, руководят профессора Пётр Назаренко, Сергей Иванов, Борис Суковатых. Проректор КГМУ профессор Олег Охотников – один из ведущих в России специалистов в области рентгенохирургии. Они – наследники своих предшественников профессоров Я.Буне, А.Беличенко, А.Холода, А.Червинского, В.Гладких, М.Рудицкого, М.Чудакова

Вуз, крепкий во всех отношениях

Курский государственный медицинский университет встречает своё 80-летие серией новых оригинальных инициатив

и других мастеров скальпеля. Свой путь в науку начинали в Курске такие крупные хирурги, как академик РАН В.Гостищев, профессора О.Скобелкин, В.Гурьев, В.Аркатов, Г.Феофилов.

Акушерско-гинекологическая клиническая школа, основы которой заложил Алексей Григорьевич Бутылин – ученик В.Груздева и М.Малиновского, сейчас представлена двумя кафедрами, которые возглавляют профессор Марина Газазян и доктор медицинских наук Галина Лазарева.

Широко известна в стране и за рубежом оториноларингологическая клиническая школа, которую возглавляет профессор Серафим Пискунов, разработавший направление «Диагностика, консервативное и хирургическое лечение заболеваний носа и околоносовых пазух». Традиции офтальмологической клинической школы продолжает профессор Валерий Баранов. Им разработаны качественно новые методы биоуправляемой хронофизиотерапии целого ряда глазных заболеваний.

Хранители

По залам музея истории Курского ГМУ нас провели один из его основателей старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Владимир Губарев и директор музея, профессор кафедры философии, доктор исторических наук Елена Кравцова.

Они показали нам так и не осуществлённый проект Наркомздрава, который решил создать в Курске образцовый медресе. То, что мы увидели на эскизе, – самый настоящий современный кампус! Большая зелёная зона, корпуса на приличном расстоянии друг от

друга, открытый театр по образу древнегреческого... Но всё прервала война, во время которой здание главного и других корпусов были полуразрушены и разграблены. Врачи и студенты-медики, оставшиеся в оккупации, как и мама Владимира Михайловича, подбирали у входа в главный корпус выброшенные гестаповцами книги из медицинской библиотеки, в том числе и XIX века на немецком языке... После освобождения Курска в 1943 г. в город прибыла комиссия профессоров, эвакуированных в Алма-Ату, которая решала вопрос:

лельщиков местного «Авангарда». Но внешний вид преподавателей мединститута был безупречен, ему значительно проигрывает облик нынешних последователей. Порой отличить ассистента кафедры от студента бывает трудно...

Владимир Губарев рассказывал о заведующем кафедрой пропедевтики внутренних болезней Максими (Максимилане) Аркадьевиче Черкасском, который в войну был начальником госпиталя и не признавал фонендоскопа, а пользовался исключительно металлическим стетоскопом. Халат его

Ласкова, был известен как автор прибора для лечения ночного недержания мочи, основанного на принципах академика И.Павлова и выработке условного рефлекса. Он придумал его, работая ещё ординатором Омской областной клинической больницы, и прибор был запущен в массовое производство приказом Минздрава СССР в 1951 г. Молодой врач был отмечен за это значком «Отличнику здравоохранения СССР» и получил 5 тыс. руб.

– Послевоенные восстановительные работы закончились в начале

стоит ли возродить мединститут? Восстанавливали здания бригады девушек-студенток. Из письма, сохранённого в музее, мы узнали, что из 90 послевоенных выпускников был всего один парень...

В находившиеся на оккупированных территориях мединститута студенты и преподаватели возвращались постепенно и поэтапно. Это забытая страница войны: по мере освобождения смоляне, киевляне, минчане, львовяне продолжали обучение всё западнее, задерживаясь в новом институте на год. В своё время также поэтапно, продолжая учиться в разных вузах, шли они на восток от оккупации, добирались до Казани и далее. Всё это было очень чётко организовано, сохранились приказы о переводах. В Курске в военные годы учились студенты многих вузов.

– Наш университет был крепким в каждый свой исторический период – в научной, образовательной, общественной деятельности, – говорит Владимир Губарев. – Что в 30-е годы, когда московские и ленинградские профессора сразу создали здесь первые кафедры и необыкновенную творческую атмосферу, что сейчас. А какой

был авторитет у довоенных профессоров-медиков! Акушер-гинеколог Бутылин, терапевт Смирнов, хирург Буне... Это были имена. До сих пор вспоминают концерты виолончельного трио, в составе которого выступал знаменитый профессор-биохимик Михаил Иосифович Равич-Щербо. Впрочем, его обязательно видели и на стадионе среди самых громких бо-



Ректор Курского ГМУ профессор Виктор Лазаренко показывает звезду, носящую имя университета

был на несколько размеров больше и смотрелся на его худой фигуре как парус. На лекциях он доставал из кармана носовой платок и, передёрнув его, демонстрировал хлопками тоны сердца. Человек тонкий, он очень импульсивно реагировал на незнание предмета на экзамене, бывало, и зачётки швырял за дверь. Это ему прощали, потому как клиницист был потрясающий.

Педантичным и требовательным был заведующий кафедрой госпитальной терапии Александр Михайлович Плешков. Он не терпел мятых халатов сотрудников и студентов и был последним, кто носил галоши. Каждую субботу он устраивал клинический разбор с участием нескольких студенческих групп, проходивших на тот момент циклы на кафедре. Александр Михайлович поднимал каждого для тщательного разбора ошибок в диагностике и лечении больного. Студенты дрожали в ожидании этих суббот, но и знания получали отменные.

Профессор Борис Израилевич Ласков, гвардии капитан во время войны и отец нынешнего заведующего кафедрой неврологии, основателя неврологической клинической школы Курского ГМУ профессора Виталия Борисовича

50-х годов, – включился в разговор зашедший в музей учёный секретарь учёного совета КГМУ, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии профессор Александр Бержин. – Тогда ректором был наш учитель, будущий член-корреспондент АМН СССР Григорий Ефимович Островерхов, который совершенно изменил облик бывшего арестантского дома, в котором открыли в 1935 г. мединститут. Московские архитекторы Лидия Бульковштейн и знаменитый конструктивист Константин Мельников спроектировали обновлённое здание в стиле сталинского классицизма. Мединститут стал конечной точкой создававшейся архитектурной оси города. Григорий Ефимович руководил вузом всего 4 года, но след оставил колоссальный – и в делах, и в учениках, и в идеях. Он в первую очередь думал о науке – оборудовал кафедры современной аппаратурой, создал виварий. Сам занимался спортом и приобрёл к занятиям коллектив института. Может быть, поэтому Курский ГМУ – самый спортивный медресе России? Работая в Москве, он постоянно приезжал в Курск, по сути, контролируя работу мединститута.

Уже 63 года работает научный студенческий кружок, основанный Григорием Ефимовичем, которому на нашей кафедре установлена мемориальная доска. И все эти 63 года сохраняются заложенные им традиции, например, все бывшие кружковцы, многие из которых работают в других городах, собираются в последнюю субботу мая, приходят на кладбище к могилам учителей. Каждому кружковцу руководитель кафедры вручает скальпель с надписью Non posse.

– В 60-е годы я как рисовавший шаржи на выпускников в составе пресс-группы института присутствовал на распределениях в ректорском кабинете, где собирались и «купцы» из разных регионов СССР, в том числе с Севера, с Дальнего Востока, – рассказывает Владимир Губарев. – Они набирали здесь кадры для «своего» здравоохранения, хотя круг распределения для выпускников КГМУ был чётко очерчен Курской, Белгородской и Орловской областями.

Из 80 лет истории КГМУ 25 лет – с 1978 по 2003 г. – вуз возглавлял член-корреспондент АМН СССР Александр Васильевич Завьялов. При нём были построены здания фармакологического и стоматоло-



Памятник зачётке

(Окончание на стр. 8.)

(Окончание. Начало на стр. 7)

гического факультетов, нового вариатора, спортзала, двух общежитий, жилого дома для сотрудников. Произошло значительное расширение материально-технической базы. Александр Васильевич был прогрессивно мыслящим человеком, внедрял всё новое, что видел в других вузах, в том числе и зарубежных. Это по его инициативе была создана единая методическая система, в 1986 г. внедрена электронно-вычислительная техника и открыт первый дисплейный класс. В научной работе перешли от «многоотемья» к крупным научным проектам. В годы безденежья в 90-е было создано несколько новых факультетов, в том числе факультет по работе с иностранными учащимися – для привлечения валюты, впервые в стране преподавать иностранным студентам стали на английском языке. Кстати, тогда из-за этого были проблемы с аккредитацией вуза.

– Музей истории КГМУ играет важную роль в воспитании будущих врачей, начиная с довузовского периода, когда они начинают знакомиться с вузом, – говорит Елена Кравцова. – Сейчас руководство университета проводит политику образования собственных маленьких музеев на каждой кафедре. Юридически они являются единицами музея истории КГМУ. Мы создали студенческий волонтерский отряд, который собирает исторические материалы. Ребята работают, в том числе, в Государственном архиве Курской области и Государственном архиве политической истории. Материалы из последнего очень интересны, ведь на каждого сотрудника мединститута в определённые периоды советской истории велось дело, и мы встречаемся с такими открытиями! Недавно наши студенты стали лауреатами всероссийского конкурса по истории регионов. Ну а архивные работники удивляются: медики пришли к ним впервые за много лет!

Выбирая образ жизни

В работе со студентами курские проекты тоже оригинальны. Уже в первые дни в стенах университета – в адаптационном лагере – первокурсникам предлагают на выбор массу групп волонтерского движения, где они могли бы себя реализовать.

– Эта «линия воздействия» постепенно, в течение 6 лет, погружает студентов в профессиональную среду, – рассказывает нам проректор по воспитательной работе, социальному развитию и связям с общественностью КГМУ Татьяна Шульгина. – Как сделать так, чтобы студент не ел пирожок рядом с трупом, а потом не выкладывал это на YouTube? Чтобы студент уважал человека, с которым ему предстоит работать, уважал коллег, но прежде уважал себя. Например, уже в адаптационном лагере начинается подготовка к традиционному ежегодному университетскому балу. Это часть университетской культуры, так же как и приобщение к высокой поэзии, музыке. Отдельно мы готовим выпускников к встрече с работодателями на ярмарке вакансий, грамотно составляем резюме, чтобы будущий врач рассказал о своих достоинствах, клинических интересах. Сейчас молодёжь быстро схватывает медицинские технологии. Но в результате получается ремесленник, врач по диплому, а не по существу. Мы стараемся заложить в наших студентах нравственную и культурную основы, на которые привьются медицинские знания и технологии. Вы выбираете не ремесло, а образ жизни, говорим мы им. Если сделали выбор – несите ответственность за него.

Волонтерское движение имеет в Курском ГМУ выраженную профес-

Вуз, крепкий во всех отношениях



Юрий Иобидзе с бразильскими студентами

сиональную направленность. Члены отряда «Педиатры – детям» приходят в детские больницы и вместе с работниками центра культуры и досуга проводят игровые занятия с будущими пациентами, праздники, читают детям книги. Будущие стоматологи идут в детские сады и проводят обучающие занятия по уходу за полостью рта – тоже в игровой форме. На базе областного кожно-венерологического диспансера с потенциальными пациентами работает отряд «СтопСПИД». В лагере «Гармония» волонтеры-медики формируют здоровый образ жизни у школьников. Школа пожилого человека – это социальная миссия, социальное обязательство медвуза перед регионом. Неработающих, сидящих дома пенсионеров, у которых быстро сужаются социальные контакты и снижается качество жизни, мы собираем в группы, преподаватели вуза обучают их работе на компьютере, пользованию Интернетом, навыкам поддержания здоровья. Групп много, они разной направленности.

– Среди проектов есть совершенно уникальные, например, работа волонтеров факультета клинической психологии в родзале, где они осуществляют психологическое сопровождение родов, – включается в разговор директор центра информационной политики КГМУ Ирина Запесоцкая.

– К этому новаторскому контакту, который поначалу встретил сопротивление со стороны акушеров-гинекологов, специально готовит ребят профессор Вера Борисовна Никишина. Волонтеры находятся рядом с роженицами, разговаривают с ними, снимают эмоциональное напряжение, переводя внимание на посторонние темы самыми разными способами, следуя четким алгоритмам оказания психологической помощи в острой эмоциональной ситуации. Например, задают такие вопросы: «А вы знаете, как будет завязан пупок у вашего ребёнка? А вы знаете, как это важно для девочки или мальчика?» В результате оказалось, что врачу, принимающему роды, никто не мешает, более того – роды протекают более благоприятно. Роженицы, которые перед родами сокрушались: «Да ни за что и никогда я больше рожать не буду», после родов с волонтерами говорили: «Мне понравилось!» И студенты в результате были счастливы, и к процессу родов они стали относиться по-другому, и ощутили вкус командной работы.

Так проверяют навыки

Гордость КГМУ – обучающий симуляционный центр, в котором

разрабатывают сейчас очень актуальные программы для командной работы, когда врач, фельдшер и медсестра, врач и анестезистка и т.д. оказываются в ургентной ситуации. Обучение уже проходят бригады из подразделений скорой



Ирина Долгина работает на одном из симуляторов

помощи – в настоящем реанимобиле и вне его. Особое внимание – на разделение обязанностей между членами бригады, что сказывается на общем результате оказания помощи. И внутри и снаружи ведётся видеонаблюдение, все действия подробно разбираются на дебрифинге.

– Большинство врачей, проходящих обучение, впервые сталкиваются с симуляционным тренингом, – рассказывает нам руководитель центра доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии

и интенсивной терапии факультета последипломного образования Ирина Долгина. – Их скепсис («с какими-то куклами заниматься») проходит быстро, с каждым занятием серьёзное отношение врачей нарастает. Они начинают понимать, сколько различных нюансов кроется, например, в сердечно-лёгочной реанимации – какова должна быть глубина и частота компрессии, соотношение релаксации и компрессии, продолжительность вдоха и выдоха и т.д. Тренировка на манекене вырабатывает у медработника устойчивый навык, практическую память, то есть «руки помнят», как сделать именно нужную глубину компрессии – 5-6 см. Среди ошибок, не позволяющих, например, во время ручной компрессии притекать крови к сердцу, – слишком частая компрессия. И преподаватель подсказывает в этот момент, что обучаемый «качает» пустое сердце.

В центре постоянно учатся врачи из Белгорода, договоры заключены с ведущими клиниками, в том числе Белгородской областной клинической больницей Святителя Иоасафа.

Шестикурсники проходят три

обязательных межфакультетных элективных курсов по неотложным состояниям в акушерстве и гинекологии, в клинике хирургических болезней и внутренних болезней. В интернатуре и ординатуре эта база практических навыков наращивается.

Нас особенно поразило, как работники центра проверяют «приживаемость» навыков у студентов – довольно «острым» способом. Внезапно между занятиями специально обученный студент падает в судорогах: вот тут и видно, кто из находящихся рядом не запаниковал, сориентировался в ситуации. Такой эпизод, но уже реальный, когда-нибудь встретится в большой врачебной жизни, и к нему будут готовы. Выдадим секрет для студентов: скоро на одном из занятий у одного из товарищей возникнет «приступ бронхиальной астмы» и «обструкция инородным телом». Самодельный актёр будет экипирован накладками для

аускультации и введения лекарственных средств. Репетиции по отработке одышки и реакции на ингалятор – в рамках научно-практической работы – уже идут.

В планах центра – проведение весной в одном из мест общественного отдыха масштабных обучающих командных соревнований по оказанию помощи пациентам при чрезвычайной ситуации. К этим играм будут привлечены сотрудники МЧС, студенты Курского государственного университета, где изучают сестринское дело, и медицинских колледжей. Кроме всего прочего, будут отработаны эвакуационные навыки. В отличие от внутривузовских «острых» испытаний, об этих учениях все будут предупреждены заранее.

На пути в Малайзию и ещё дальше

Сегодня в КГМУ учится более 2 тыс. студентов из 50 стран мира – второе место среди российских медвузов по этому показателю. Из них 98% – граждане дальнего зарубежья. Большая работа проводится с посольствами зарубежных государств, а чрезвычайный и полномочный посол Демократической Социалистической Республики Шри Ланка в России Удаянга Виратунга был даже избран почётным профессором КГМУ – за существенную помощь в работе с ланкийскими студентами.

Но больше всего в вузе малазийских студентов, их около 500 человек, это уже третье поколение учащихся из этой страны.

– У нас хорошие связи с Университетом Куала-Лумпура, – говорит нам начальник Управления по международным связям Юрий Иобидзе. – Несколько дней назад мы открыли представительство КГМУ в Малайзии и скоро планируем создать там филиал нашего университета. Такого опыта, вероятно, у российских вузов не было. С 2008 г. мы начали осваивать страны Латинской Америки. Первой из них была Бразилия, и сейчас у нас учится почти 300 граждан этой страны. Ни в одном вузе России нет такого количества бразильцев.

На наш вопрос об адаптации в Курске представителей Бразилии Юрий Шалвович рассказал, что первое время они очень возбуждённо реагировали на любое ограничение своей свободы. Первое время для них было непонятно, как это после 23:00 нельзя шуметь или посещать ночные клубы. «Это ограничение прав человека, мы без этого жить не можем», – говорили они. Но потом привыкли. Зато несчастные случаи среди иностранных студентов здесь крайне редки и связаны в основном с неосторожным поведением на воде. Раз в два месяца с иностранными студентами встречается ректор, и любые возникающие вопросы решаются оперативно. Не только курские медики, но и органы государственной власти, местного самоуправления, правоохранительные органы и население города создали для иностранных студентов режим наибольшего благоприятствования. В каждом общежитии введена должность воспитателя. Некоторые из них, если не хотят жить в общежитии, снимают квартиры, постоянно живут в гостиницах.

– В крайних случаях, когда случаются конфликтные ситуации со студентами-иностранцами, мы связываемся с их родителями, – говорит Юрий Иобидзе. – Это очень действенная мера. Кстати, многие родители приезжают к нам на выпускные торжества.

Иностранцы вносят в жизнь вуза и города много ярких красок, организуют постоянные праздники, фестивали, спортивные состязания. В апреле этого года КГМУ будет принимать очередные малазийские игры.



Елена Кравцова и Владимир Губарев в музее истории КГМУ

От терапии – к клинической фармакологии

По своей медицинской истории я – терапевт.

Наш университет богат на крепкие клинические школы, одна из которых – терапевтическая. В Курске работали выдающиеся учёные-терапевты профессора М.Черкасский, В.Гасилин (впоследствии член-корреспондент АМН СССР, главный терапевт Лечебно-оздоровительного объединения при Совете Министров СССР), А.Плешков, который возглавлял кафедру госпитальной терапии, на которой я начинал клиническую работу.

Потом ситуация у меня изменилась, потому что в нашей стране родилась новая медицинская дисциплина – клиническая фармакология. В 1986 г. вторыми в России мы «с нуля» создали кафедру клинической фармакологии (первой была кафедра Ростовского ГМУ под руководством профессора Н.Карпищенко, через 3 месяца после нас главой всех клинических фармакологов страны профессором В.Кукесом была создана кафедра в московском 1-м Меде).

В недрах клинической фармакологии появилось новое направление – доказательная клиническая медицина. Сейчас она является парадигмой всей клинической медицины, и в нашем университете она получила широкое развитие. Если говорить о научных устремлениях нашей кафедры, то мы работали и работаем над разработкой принципов доказательной клинической фармакологии, где имеем определённые достижения.

Наш коллектив, работающий на базе старейшей в городе городской больницы № 1 им. Н.С.Короткова, постоянно контактирует с ведущими клиническими центрами страны – Российским кардиологическим научно-производственным комплексом, кафедрами всех трёх медуниверситетов столицы.

В своё время нам удалось создать нового специалиста – клинического провизора. Впервые в стране мы готовили по клинической фармакологии специалистов нового направления, которые, с одной стороны, являлись консультантами, а с другой – владели методами определения лекарств в биологических жидкостях, что позволяло делать всю терапию управляемой. Мы готовили клинических провизоров именно для практического здравоохранения. Такие специалисты и за рубежом в то время были только в самых крупных клиниках. По заданию Минздрава России мы в качестве эксперимента подготовили несколько выпусков клинических провизоров, но время было смутное, страна переходила из одного состояния в другое, а проект требовал создания в больницах соответствующих лабораторий. Финансов на это не было, и эксперимент был завершён.

В настоящее время, как и единичные кафедры всей страны, мы готовим врачей клинических фармакологов, хотя к подготовке клинических провизоров следует вернуться – об этом говорят все, но время, видимо, ещё не настало.

На кафедре подготовлено несколько докторов наук, десятки кандидатов, ежегодно готовится плеяда из 10-15 диссертантов.

Перспективная взаимосвязь

Цель основного направления работы нашей кафедры – управляемая персонализированная

лекарственная терапия. В зависимости от особенностей человека, лечение его должно быть сугубо индивидуальное. Далеко не всем надо традиционно назначать по одной таблетке 3 раза в день, а каждому – в разных дозах.

В настоящее время мы оцениваем генетический статус человека, находим аллели генов, которые определяют у этого человека поведение лекарства, его метаболизм, выведение из организма. Наличие выясненного генетического статуса позволяет

эффект во всех случаях получаем 100-процентный.

Мы работаем с коллегами по кафедре по двум направлениям – оцениваем метаболизм с помощью препаратов-маркёров и проводим генетическое тестирование для изучения наследственного фона пациентов. Изучение взаимосвязи этих двух комплексов исследований считаю чрезвычайно перспективным в клинической фармакологии, эту проблему никто в мире не разрабатывает.

все они подготовлены. Таких основных документов, по которым должен работать врач, – три. Во-первых, это инструкция по препарату и технологии лечения. Во-вторых – формуляр, федеральное руководство по использованию лекарственных средств, которое выпускается ежегодно к апрелю, когда проходит ежегодный конгресс «Человек и лекарство». Оно содержит почти все основные болезни и в нём изложено, чем и как лечить эти заболевания. Это – ориентир для любого врача,

ранение обюрочено сейчас невероятно – дальше некуда. За 15 минут, которые даются врачу на одного пациента, наш коллега может уделить больному минимум внимания, а большую часть времени тратит на запись. Мэр Москвы С.Собянин добился уменьшения документации на 22 формы отчётности, а у нас всё по-прежнему. Это лишь одна и не самая главная причина, из-за которых в стране происходит дегуманизация врача.

Я абсолютно согласен с за-

Время грамотного врача обязательно придёт

Монолог известного терапевта и клинического фармаколога



Николай ФИЛИППЕНКО – заслуженный врач РФ, председатель Курского областного отделения Российского научно-практического общества врачей-терапевтов, председатель экспертного совета Комитета здравоохранения правительства Курской области, профессор кафедры клинической фармакологии Курского государственного медицинского университета, которая была создана под его руководством одной из первых в стране. Вместе с учениками Николай Григорьевич развивает новое направление научных исследований – клиническую и профилактическую фармакологию в кардиологии, изучает взаимосвязь фармакогенетических и фармакокинетических показателей биотрансформации ксенобиотиков у больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и другой патологией с целью прогнозирования фармакологического лечения и оптимизации медикаментозной профилактики заболеваний. Впервые в мировой практике проводит прогнозирование лечебного эффекта бета-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, ингибиторов АПФ, антисекреторных препаратов путём определения фенотипа окислительного метаболизма у пациентов с распространёнными заболеваниями внутренних органов по фармакокинетическим параметрам препаратов-маркёров и генетическим предикторам фармакологического ответа. Впервые в России осуществил подготовку специалистов нового профиля – клинических провизоров.

Капля в море терапевтическом

заблаговременно решить вопрос, назначить ему маленькую, среднюю или большую дозу. Потому как метаболизм у пациента может быть усиленным, средним (как у большинства – 50-55%) или сниженным. В последнем случае могут возникнуть побочные эффекты на введение средней дозы лекарства.

В плане генетических исследований мы сейчас кооперируемся с кафедрой фармакологии Белгородского государственного университета под руководством профессора М.Покровского. Коллеги приобрели сейчас очень дорогостоящий комплекс, который позволяет проводить детальное генетическое тестирование. Сами мы определяем характер метаболизма лекарств по препаратам-маркёрам. То есть даём пациенту маркёр, после чего оцениваем, например, его окислительный метаболизм.

Замечу, что определять фармакокинетику, то есть концентрацию препарата в крови привычным способом очень сложно: надо ставить человеку катетер, брать кровь в течение дня. Но мы идём на хитрость. Зная, что концентрация препарата в крови и слюне одна и та же, мы определяем в слюне тот же теофиллин и степень скорости его метаболизма. Исходя из этого, даём рекомендации по приёму лекарств, можем сделать выбор дозы бета-блокатора, блокатора кальциевых каналов, ингибитора АПФ, антисекреторного препарата и т.д. С медленной скоростью окисления назначаем маленькую дозу, с быстрой – большую. Эф-

Если говорить о терапевтической службе области – а я возглавляю областное общество терапевтов, – то основная её работа направлена на создание компетенции у врачей в соответствии с протоколами ведения больных, что отвечает принципам доказательной медицины. И все конференции, семинары, дни специалистов у нас проходят под этим лозунгом, а большинство докладчиков готовят сообщения именно в этом русле.

Это направление позволит унифицировать очень сложный процесс диагностики и лечения заболеваний. Наша кафедра участвовала в разработке клинических протоколов на уровне страны, начиная с самого первого – по артериальной гипертензии, когда меня включили в состав экспертного совета в 2000 г.

Сейчас нас волнует следующее: эту работу надо максимально приблизить к звену первичной помощи, потому что врач любой специальности должен по протоколу оказывать одну и ту же эффективную и безопасную помощь. А это можно сделать, если он полностью осведомлён, обеспечен всей необходимой информацией. В этом ключе коллектив кафедры работает на создание пособий, которые основаны на национальных протоколах.

Как это ни странно, но сейчас у большинства врачей нет доступа к основным документам по доказательной медицине и протоколам ведения больных, хотя

но трудность в том, что его выпускают в очень недостаточном количестве. Последний тираж в 2900 экземпляров – капля в терапевтическом море, а на сайтах руководства не опубликовано! Уже через месяц после выпуска его купить или выписать невозможно. Эту проблему надо срочно решить. Формуляром должно быть обеспечено каждое отделение больницы – это принципиально.

И наконец, национальные рекомендации, которые содержат протоколы ведения больных. Их составляют комитеты экспертов – кардиологов, пульмонологов и т.д., и они являются руководством к действию. Их тоже не хватает. На сайте Минздрава России и обществ найти их непросто, а надо, чтобы каждый врач имел такую возможность – и без дополнительных сложностей. Почему бы Минздраву России не посылать протоколы по всем учреждениям так, как он посылает свои приказы?

Вот те три документа, которые являются управляющими в работе. И тогда доктор в сторону не уйдёт, а будет поступать только правильно.

Заметьте, что у терапевтов практически не возникает сложностей с составлением национальных рекомендаций – в отличие от представителей оперирующих специальностей. Они всегда очень сложно достигают консенсуса.

Бесполезная надстройка

Понимаю, что сказанное мной не решит старых бед, но не могу о них не напомнить. Здравоох-

местителем председателя Фармкомитета профессором П.Воробьёвым, что фонд обязательного медицинского страхования в нынешнем виде – это надстройка, которая не принесла и не приносит никакой пользы. Вспоминаю советское здравоохранение, когда комитеты здравоохранения получали деньги, распределяли их по лечебно-профилактическим учреждениям и проверяли, как их используют. Это была нормальная система. А сейчас региональные комитеты здравоохранения и министерства отвечают за всё, врач как исполнитель является главным «стрелочником», а страховые компании – при всей декларативности заявлений – не отвечают ни за что. Они только оттягивают деньги от здравоохранения, на этих колоссальных средствах сидит многочисленный аппарат. А мы в который раз слышим из властных структур, что надо усилить контроль над клинической и поликлинической работой. Но кто будет этот контроль осуществлять? Тот, кто не отвечает ни за что, кто полезно не трудится? Страхование вводилось когда-то для того, чтобы собрать дополнительные деньги на здравоохранение – раньше мыслилось так. А что получилось? Так, как говорил В.Черномырдин – хотели как лучше, получилось как всегда.

Надеюсь, что время грамотного врача, когда он будет лечить каждого пациента на основании данных его генотипа и по принципам доказательной медицины, придёт. И что для этого нужно, мы знаем.

Свою потребность к познаниям заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 Курского государственного медицинского университета, председатель областных отделений Российского общества кардиологов и Российского общества по артериальной гипертензии Вадим МИХИН унаследовал от родителей – отца, командовавшего артиллерийским дивизионом в 23 года, дошедшего с боями до Праги, а затем преподавателя математики и физики и литератора, и матери, окончившей Ивановский мединститут в 1942 г. и работавшей рядовым врачом медсанбата. Поженились они, когда их армию перебрасывали летом 1945-го на Дальний Восток для разгрома Квантунской армии: справка о браке была выдана Консульством СССР в Чойбалсане. Сегодня известный кардиолог и терапевт рассказывает о научных разработках и проектах возглавляемой им кафедры.

Лекарство, которого не дождался генсек

Основное направление нашей работы – кардиологическое. В первую очередь это изучение дисфункции сосудистой эндотелии на фоне артериальной гипертензии, атеросклероза, ишемической болезни сердца, эластичности сосудистой стенки, коррекция дислипидемии, вторичная профилактика атеросклероза. Базовые заболевания – артериальная гипертензия и ИБС.

В своё время я инициировал работу по цитопротекторам, и 13 защищённых на кафедре кандидатских диссертаций последних лет посвящены этой теме. Мы стояли у истоков создания отечественного цитопротектора 2-метил-6-этил-дегидропиридина сукцината, который запатентован нами вместе с его создателями из Института биологически активных проблем и входит в клинические стандарты лечения. Синтезирован он был ещё в конце 80-х – начале 90-х годов и создавался непосредственно для лечения дисциркуляторной энцефалопатии у Леонида Ильича Брежнева. По началу препарат был чисто неврологический, а мы занимались его внедрением в кардиологическую практику.

Это средство для лечения стабильной стенокардии и острого инфаркта миокарда. Он оптимизирует внутриклеточный энергетический обмен, уменьшает потребность любой ткани, в том числе и миокарда, в кислороде. Для того чтобы получить из глюкозы одну молекулу АТФ, кислорода требуется на 40% больше, чем на её получение из жирной кислоты. И хотя формально жирную кислоту выгодней «жечь» в энергетическом плане, потому что она даёт больше АТФ, однако кислорода затрачивается на это почти в 1,5 раза больше – за счёт транспортировки АТФ и окисления. Наш препарат стимулирует окисление глюкозы, не влияя на окисление жирной кислоты.

При лечении стабильной стенокардии максимальный эффект достигается при применении препарата в течение 1,5 месяца, длится лечебный эффект до года. Препарат выпускается в капсулах и ампулах и покупается странами ближнего зарубежья. На Западе трудно «прорваться» из-за торговой конкуренции, причём зарубежные аналоги отстают «по точке приложения», они – «вчерашний год» по сравнению с нашим 2-метил-6-этил-дегидропиридина сукцинатом. У него, кстати, появились несколько отечественных дженериков.

Сейчас он применяется также для лечения гипертензии, коррекции эндотелиальной дисфункции и т.д. Им заинтересовались сексопатологи, акушеры-гинекологи (при плацентарной недостаточности) – из-за его сосудистого действия и отсутствия побочных эффектов.

Прогноз стал более ранним

Сейчас ряд научных изысканий кафедры направлен на ускорение реабилитации у больных с ин-

фарктом миокарда – как в плане лечения, так и в плане диагностики. Так, одна из наших аспиранток Юлия Алименко в 2013 г. защитила кандидатскую диссертацию по ранним прогностическим маркерам исхода острого коронарного синдрома. За основу был взят мозговой пронатрийуретический пептид, который традиционно используется как маркер сердечной недостаточности и её прогрессирования. Он выделяется из клеток предсердий, когда идёт их расширение, и неинформативен при декомпенсации. Мы исходили из того, что при остром коронарном синдроме в период гипернатриемии миокарда серьёзно нарушается его сократительная способность и происходит перегрузка предсердий. Раньше считали, что эти маркеры можно использовать только при хронических заболеваниях.

Смотрели исходы у пациентов с острым коронарным синдромом, когда в одном случае он заканчивался острым трансмуральным инфарктом, в другом – мелкоочаговым инфарктом, в третьем – прогрессирующей стенокардией с последующей стабилизацией. Оказалось, что в конце первых суток, когда мы не имеем данных по ферментам (кроме креатинфосфокиназы, которая не говорит о площади и глубине поражения, а только о некрозе миокарда), по мозговому пронатрийуретическому пептиду можно судить об исходе острого коронарного синдрома. Мы выявили закономерности, прогностические уровни показателей этого маркера. То есть через 24 часа после поступления такого пациента с большой долей вероятности (до 80%) мы можем определить исход заболевания.

Сейчас этот предложенный нами диагностический метод внедрён не только в курских клиниках, но

Препарат выбора

Недавно защищена работа по ивабрадину: это блокатор ИФ-рецепторов, который традиционно используют в дополнении к бета-блокаторам у больных с системным атеросклерозом, при котором поражены и сосуды нижних конечностей.

Для тех, кто находится «на борту» и «за бортом»

Научные, клинические и образовательные проекты одной кафедры



Вадим Михин проводит осмотр

Ивабрадин блокирует ИФ-рецепторы в синусовом узле и урежает частоту сердечных сокращений, но в отличие от бета-блокаторов не влияет на бета-рецепторы. Его, правда, можно использовать только при синусовом ритме, потому что ИФ-рецептор расположен только в тканях синусового узла (при мерцательной аритмии и т.д. он действовать не будет).

Проблема была в том, что больным с облитерирующим атеросклерозом бета-адреноблокаторы не показаны, потому что они снижают сократимость левого желудочка и при стенокардических изменениях в нижних конечностях усиливают в них ишемию. С одной стороны, сосудистые хирурги используют вазодилататоры, солкосерил, никотиновую кислоту для лечения атеросклероза сосудов нижних конечностей, но с другой – эти же препараты подчас негативно влияют на состояние сердца, ибо увеличивают частоту сердечных сокращений, а бета-блокаторы применить нельзя. Единственное, что остаётся, – использование сердечных гликозидов, которые у больных с ИБС имеют ограничения.

Мы предложили использовать ивабрадин для пульстерапии у больных с ИБС с сочетанным поражением сосудов нижних конечностей. И хотя сам ивабрадин не оказывает влияние на сократимость, но, изменяя частоту и время наполнения, он, оказалось, меняет характер систолы и изменяет форму пульсовой волны, которая идёт по магистральным сосудам. Если сосуд имеет небольшое атеросклеротическое поражение, то изменение пульсовой волны мало повлияет на его наполнение. Когда же склероз выраженный, малая частота пульса приводит к тому, что пульсовая волна имеет

форму крутой и очень короткой. В стенокардический отдел кровь проходит только во время максимальной систолы. Во всё остальное время она будет перекрыта. Если же мы урежаем частоту сердечных сокращений, при этом не влияя препаратом на сократимость, то изменяем форму пульсовой волны, она становится более пологой и длинной. Соответственно, время прохождения пульсовой волны через стенозированный участок сосуда увеличивается, как и объём кровотока в ишемизированную конечность за время одной систолы.

отдельные поликлиники, то мы работали одновременно со всеми 8 поликлиниками Курска (как «стандартного» областного центра с населением 430 тыс. человек). Сначала проводился опрос всех врачей по этим заболеваниям, и мы увидели, например, что лишь 5% из них измеряли окружность талии пациентов, почти никто не проводил беседы о вреде курения. Совместно со специалистами из ГНИЦ прикладной математики мы провели выборочный скрининг амбулаторных карт: проводились ли измерения комплекса intima

media, определены ли холестерин, параметры функции почек и т.д. После этого силами курской профессуры и московских профессоров Н.Ахмеджанова и Д.Неберидзе в каждой поликлинике города было проведено несколько мини-лекций, клинических разборов и дискуссий. Причём тематика корректировалась в зависимости от недостатков в конкретной поликлинике, а разборы проводились на примере их больных. Через год после этого проекта 2013 г. мы провели повторный скрининг. И что же получилось? Резко изменилось отношение врачей не только к профилактике, но и к применению ряда методов диагностики. Сейчас мы проводим повторный скрининг, чтобы проанализировать выживаемость полученных знаний. Такая форма работы уже признана очень эффективной и не затратной. Здесь важно, что в образовательный процесс включается значительная часть врачей, которые находятся «за бортом» постоянного образовательного процесса (лишь отдельные врачи в каждой поликлинике постоянны в этом смысле).

Ещё один проект, который мы проводим – «Здоровое сердце, здоровый мозг». Он направлен на то, чтобы провести мини-обследования сельских пациентов на базе участковых больниц в курской глубинке. Университетская бригада проводит экспресс-диагностику холестерина и белковых фракций, сахара крови, ЭКГ и УЗИ-исследования. Среди нас – офтальмолог, сосудистый хирург, которые необходимы для распознавания осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Люди приходили подчас прямо с поля, и в отличие от традиционных профосмотров мы каждого «разбираем» по таблице факторов риска, фактически занимаясь выработкой индивидуальных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у каждого из этих пациентов. Эти акции имеют не только лечебно-профилактический, но и социальный эффект, они заметно повысили комплаенс у людей старше 40 лет. Другие наши акции – «Знаешь ли ты своё артериальное давление?», «Знаешь ли ты свой вес?» проводятся в крупных торговых центрах летом и во время «Дней сердца» осенью.

Кафедра много работает по международным клиническим исследованиям. Кстати, я не ощутил по отношению к России каких-то санкций в научной сфере. Более того, на недавнем конгрессе в Мадриде в этом году одно из заседаний было посвящено академику Н.Аничкову. Зал украшал большой портрет нашего выдающегося терапевта, основоположника холестериновой теории атеросклероза, его жизни был посвящён отдельный доклад. Научное сообщество игнорирует дискриминационные решения в отношении нашей страны.

Предотвращая сердечно-сосудистые катастрофы

Совместно с ГНИЦ профилактической медицины под руководством профессора С.Бойцова мы несколько лет занимаемся организацией проектов, направленных на коррекцию и уменьшение социально значимых заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ИБС), повышения образовательного уровня поликлинических врачей. Если раньше в отдельных регионах в подобных проектах участвовали

Материалы подготовили
Альберт ХИСАМОВ,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные
корреспонденты «МГ».

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, будучи год назад в Махачкале, отметила, что ещё с советских времён медицина Дагестана была одной из сильных и ведущих в стране, а дагестанские профессора и сегодня являются гордостью самых разных научных центров Москвы и Санкт-Петербурга. У министра здравоохранения Дагестана доктора медицинских наук Танка Ибрагимова за плечами также сильная московская медицинская школа, которую он прошёл в столице от студента до профессора, и это помогает здравоохранению республики уверенно идти вперёд.

Так, например, уже сегодня психиатрическую службу республики ведущие российские специалисты-психиатры ставят в пример другим регионам – она была признана одной из лучших, оказавшись в ряду победителей Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика РАН Т.Б. Дмитриевой. Об её успехах специально корреспонденту «МГ» доктору медицинских наук Наиле САФИНОЙ рассказал главный врач Республиканского психоневрологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Дагестан, кандидат медицинских наук, заслуженный врач Республики Дагестан Мустафа АЛИЕВ.

– Мустафа Алиевич, психиатры Дагестана удостоены награды престижного всероссийского конкурса наряду с такими высокими профессионалами, как специалисты московской городской психиатрической службы, возглавляемой профессором Борисом Цыганковым. Очень хочется, чтобы эта победа привлекла ещё большее внимание государственных и общественных структур республики к вопросам психического здоровья населения...

– Надо отдать должное Министерству здравоохранения республики и лично министру Танка Ибрагимовичу Ибрагимову, психиатрии в Дагестане уделяется повышенное внимание. Как бы не хотелось говорить только об успехах, но, конечно, у нас есть, как и везде, проблемы, специфичные именно для нашей республики и, безусловно, влияющие в той или иной степени на формирование психических расстройств в Дагестане. Они обусловлены социально-культуральными, этническими, экологическими, наследственными, психогенными факторами. Наиболее значимы для городского населения урбанизация жизни, то есть стрессовые факторы, а для сельской местности – санитарная культура, отсутствие специализированной психиатрической помощи, тяжёлый и умеренный йододефицит, близкородственные браки, в какой-то мере медицинская неграмотность населения. В то же время наш регион уникален: состав населения более 30 народностей, проживающих в разных климатогеографических зонах со своими социокультуральными особенностями и экологическими зонами. Надо отметить, в последние годы во всём мире проводятся системные клиничко-эпидемиологические исследования, которые дают нам представления о психическом здоровье современного общества. Вот и мы тоже работаем в этом направлении вместе с Дагестанской государственной медицинской академией, научные контакты с которой также сыграли положительную роль в высокой оценке нашей службы в рамках Всероссийского конкурса имени Т.Б. Дмитриевой.

– Вполне очевидно, что научная работа позволяет вам правильно организовывать и практическую деятельность, а это, вероятно, находит отражение в хороших показателях?

– Изучение распространённости и заболеваемости психических расстройств среди населения Дагестана на основе ретроспективного анализа данных официальной медицинской статистики за последние 5 лет показало, что имеется тенденция к снижению заболеваемости психическими расстройствами по всем нозологиям, особенно в сельской местности. Тем не менее растёт число лиц, взятых на консультативное наблюдение

карты, а также получать сведения из стационара, позволяющие оценить правильность принятого решения. Таким образом, скорая помощь, состоящая из 5 штатных врачей и 9 единиц среднего медперсонала, обслуживает Махачкалу и все прилегающие к ней населённые пункты. Средняя нагрузка на бригаду скорой помощи составляет около 5 вызовов в сутки.

Говоря о развитии социальной реабилитации, не могу не сказать о функционирующей в нашем диспансере социально-психологической службе. Пси-

мероприятия в стационарных отделениях диспансера, что позволяет осуществить комплекс мероприятий по оздоровлению лиц, страдающих психическими расстройствами, по снижению показателей инвалидности среди психически больных, длительности их пребывания в стационаре и регоспитализации в течение года. Мне как руководителю очень приятно, что реабилитационная работа и организация оказания психиатрической помощи населению Республики Дагестан в последнее время являются предметом обсуждения на междуна-

группа в составе психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, выезжающая при необходимости оказания экстренной психолого-психиатрической помощи с последующей реабилитацией пострадавшим при террористических актах и других чрезвычайных ситуациях, происходящих в республике. Совместно со специалистами, как мы привыкли говорить, хотя название уже устарело, Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, проведена огромная работа при террори-

Авторитетное мнение

Победитель раскрывает секреты

Почему психиатрическую службу Дагестана ставят другим в пример



Мустафа Алиев принимает награду

ние. Конечно, мы понимаем, что нужно ещё много работать для того, чтобы приблизить психиатрическую помощь населению путём усиления взаимодействия между психиатрами и врачами общей практики в системе первичной медико-санитарной и специализированной помощи. В настоящее время для нас очень важными являются вопросы диспансеризации больных и лиц с повышенным риском психогенной заболеваемости, находящихся в кризисных ситуациях, для решения которых, помимо всего прочего, необходимы санитарное просвещение, разработка оптимальных режимов труда и быта. Конечно, мы стараемся равняться на тот высокий уровень организации психиатрической службы Москвы, который установился при главном психиатре Департамента здравоохранения столицы профессоре Борисе Дмитриевиче Цыганкове. Учитывая, что в Москве взаимодействие скорой психиатрической помощи со всей психиатрической службой носит выраженный системный характер, мы включили в структуру Республиканского психоневрологического диспансера скорую психиатрическую помощь. Такой подход позволил оперативнее знакомиться с имеющейся информацией о больном из амбулаторной

хологи осматривают и консультируют до 3,5 тыс. больных за год. Социальными работниками проводятся консультации по социальным и правовым вопросам, по вопросам назначения и выплаты пенсий, оформлению



Во время церемонии награждения Зураб Кекелидзе (справа) и Борис Цыганков

документов для направления в социальные специализированные учреждения. Сотрудники социально-психологической службы проводят реабилитационные

родных и всероссийских научно-практических и методических конференциях, где обсуждаются актуальные вопросы оздоровления лиц, страдающих психическими расстройствами.

– Вы назначены главным врачом диспансера в 1999 г. Какие значимые структурные изменения проведены в диспансере за это время?

– Мы всегда принимали любой вызов времени и в зависимости от этого перепрофилировали существующие отделения. Сегодня у нас есть, повторюсь, неотложная психиатрия, социальная реабилитация, отделение психоневрологов, детское отделение, подростковое отделение с военной экспертизой, отделение пограничных состояний, причём все они максимально укомплектованы подготовленными специалистами по профилю. Усилены режимные мероприятия в отделении специального типа для принудительного лечения психически больных. Путём объединения врачей-экспертов, судебных психиатров, амбулаторных и стационарных экспертов создано единое отделение судебной психиатрической экспертизы. Для оказания специализированной психиатрической

стических актов в Кизляре, Каспийске, Буйнакске, Махачкале, оказывалась психолого-психиатрическая помощь населению в районах боевых действий с международными террористами. В этом плане помощь республике лично главному психиатру Минздрава России Зураба Ильича Кекелидзе просто неоценима.

– Сегодня мы с вами говорим преимущественно о возглавляемом вами диспансере, а ведь с вашим именем ассоциируется вся психиатрическая служба республики...

– В таком русле пошла беседа, потому что наше учреждение стало организационно-методическим центром для специализированной психиатрической помощи в республике. Диспансер координирует работу всех психиатров городов и районов, оказывая им практическую помощь. Психиатрическую помощь взрослому населению в республике оказывают 175 врачей, из них стационарную – 74. Для оказания стационарной психиатрической помощи взрослому населению всего в республике развёрнуто 1115 коек. Амбулаторная помощь оказывается в 53 городских и районных поликлиниках региона. Согласно требованиям времени, делается акцент на развитие и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи в различных её формах. Так, в последние годы хорошо зарекомендовали себя полустационарные формы обслуживания психически больных, дневные стационары, положительный опыт накоплен в области поликлинической психиатрии. Внедрение полустационарных форм оказания психиатрической помощи с использованием атипичных антипсихотиков даёт возможность улучшать качество ремиссий, их стабильность, уменьшает процент выхода больных на инвалидность.

– Мустафа Алиевич, редакция «МГ» надеется и в следующем году увидеть Республиканский психоневрологический диспансер Дагестана в списке победителей на традиционном Всероссийском конкурсе психиатров. Ведь правда же – побед мало не бывает!

Махачкала.

Какая проблема в современной нейрохирургии и неврологии является наиболее острой? Даже не острая, а острейшая проблема – реабилитация больных, полагают директор Научно-исследовательского института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, академик РАН, лауреат Государственных премий РФ Александр ПОТАПОВ, главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Галина ИВАНОВА, директор Госпиталя для инкурабельных больных – научного лечебно-реабилитационного центра, доктор медицинских наук, профессор Андрей ГРЕЧКО. С этими видными учёными и практиками – сегодняшняя беседа.

– Александр Александрович, однажды вы самокритично признались, что проблема нейрореабилитации не решена даже в вашем институте.

– Дело в том, что настоящая реабилитация обходится значительно дороже, чем хирургическая операция. Она очень длительная. Больные, перенёвшие мозговую катастрофу, часто оказываются инвалидами, иногда на всю жизнь, как, например, генерал Романов, получивший тяжелейшую травму в Чечне. Медики вот уже почти 20 лет поддерживают его жизнь, но ему требуется постоянный уход.

У нас в институте есть реанимация на 40 коек. И бывают дни, когда она заполнена больными на аппаратном дыхании. Из них, к сожалению, многие станут тяжелейшими инвалидами. Для их восстановления понадобятся многие месяцы, а порой и годы. Всё это невероятно сложно. Больной на искусственной вентиляции лёгких. Отключить его от аппарата нельзя. У нас были и есть пациенты, которые лежат в институте год, два и больше. За них дышит аппарат и только так можно поддерживать жизнь.

В зарубежных странах иной подход: приобрести аппарат искусственного дыхания, пусть даже дорогой, и отправить больного домой, чтобы за ним ухаживали родственники или близкие, проще, чем держать его глазами в лечебном учреждении. У нас для таких больных решили создать нейрореабилитационный центр под Москвой. Удалось добиться выделения места для строительства и правительственного финансирования. Недалеко от Солнечногорска уже возведена первая очередь центра для самых тяжёлых больных на 96 коек. Это поможет разгрузить реанимацию нашего института и других учреждений.

– В некоторых странах Западной Европы безнадежных больных по настоянию родственников подвергают эвтаназии. Как вы смотрите на это?

– У нас пока не было подобных просьб. Врач должен делать всё, чтобы сохранить жизнь больному и не вправе советовать или принимать решения об эвтаназии.

– Можете ли вы сказать, где та граница, за которой больные с тяжёлыми повреждениями головного мозга безнадежны для восстановления? Может быть, для них следует создавать не реабилитационные центры, а учреждения медико-социальной направленности типа хосписа?

– Больные, перенёвшие тяжёлую черепно-мозговую травму, инсульт, опасную операцию на головном мозге, первоначально

нуждаются в лечении в условиях нейрореанимации. Значительная часть восстанавливается довольно быстро, и для продолжения лечения их переводят в клинические отделения. Ряд больных задерживается в отделении нейрореанимации на длительное время из-за грубых нарушений сознания и дыхания.

Авторитетное мнение

Нейрореабилитация: какой ей быть?

При правильной организации лечебного процесса многие больные имеют существенные шансы на восстановление



А.Потапов

Эти больные неоднородны как по тяжести повреждений головного мозга, так и по исходам. В реабилитационных центрах в Германии, например, у более 70% подобных больных удаётся восстановить самостоятельное дыхание и повысить уровень сознания настолько, что становится возможным их перевод на долечивание в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Только относительно небольшая часть из группы больных с низким уровнем сознания и длительной искусственной вентиляцией лёгких остаётся в состоянии, подлежащем паллиативной (медико-социальной) помощи. Создание центра нейрореабилитации позволит не только освободить нейрореанимационные отделения от длительно лежащих больных с низким уровнем сознания и длительной искусственной вентиляцией лёгких, но и существенно улучшить результаты их лечения.

– Галина Евгеньевна, в настоящее время одним из приоритетных направлений в нейрореабилитации является реабилитация больных, перенёвших инсульт. Каковы же правовые основы реабилитации пациентов после инсульта на сегодняшний день?

– С 2011 г. в нашей стране основным законом, регулирующим отношения в сфере здравоохранения, является Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 40 этого закона называется «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение». Впервые за всю историю развития здравоохранения в нашей стране вопросам реабилитации уделяется столь пристальное внимание. Законом на нас возложена обязанность обеспечивать гражданам доступность

получения помощи, связанной с медицинской реабилитацией и санаторно-курортным лечением. Медицинская реабилитация определяется в законе как комплекс мероприятий медицинского, психологического характера, направленных на восстановление функциональных резервов организма, улучшение

функций, то есть при наличии у больного реабилитационного потенциала. После выписки из сосудистого центра дальнейшее лечение и реабилитация пациента могут быть организованы несколькими способами. Часть больных, не более 15%, направляются для получения амбулаторной помощи в поли-

– Андрей Вячеславович, какие задачи поставлены перед создаваемым центром нейрореабилитации?

– Из комплекса задач главная – разработка принципов и методов реабилитационного лечения у пациентов с глубокими нарушениями сознания и длительной искусственной вен-

тиляцией лёгких. В настоящее время делаются лишь первые шаги в разработке вининга – отлучения больных от аппаратного дыхания. Отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи. Не разработаны критерии оценки реабилитационного потенциала и многие другие важнейшие вопросы научной и практической значимости. Пациенты с низким уровнем сознания и длительной вентиляцией лёгких представляют собой весьма неоднородную группу. При правильной организации научно-методического и лечебного процесса многие из них имеют существенные шансы на восстановление. В этом мы пока отстаём от ведущих клиник зарубежья.

– Каким образом определяется объём реабилитационных



Г.Иванова

мероприятий, необходимых тому или иному пациенту?

– Проведение медицинской реабилитации – процесс очень дорогостоящий. Реабилитационные мероприятия обходятся дороже, чем оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Именно по этой причине такие мероприятия должны в первую очередь проводиться в отношении тех пациентов, от которых можно ожидать положительного ответа на квалифицированную медицинскую помощь, то есть пациентов, обладающих высоким реабилитационным потенциалом.

– Как будет строиться дальнейший план реабилитации в отношении пациентов с разным реабилитационным потенциалом?

– Первым этапом медицинской реабилитации является оказание первой медицинской реабилитационной помощи в острый период инсульта в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных профильных клинических отделениях стационаров при наличии подтверждённой результатами обследования перспективы восстановления нарушенных

клинику. Не более 30% больных направляются для продолжения стационарного лечения в реабилитационные центры. Ещё 10-15% пациентов проходят реабилитацию в санаториях, примерно столько же долечиваются в домашних условиях. Эти цифры практически неизменны, в связи с чем можно заранее планировать потребность в медицинских учреждениях того или иного вида.

Второй этап медицинской реабилитации касается не всех пациентов, а только тяжёлых, но имеющих перспективу улучшения состояния, то есть обладающих определённым реабилитационным потенциалом. Это больные, которые после первого этапа – пребывания в специализированном отделении сосудистого центра – не могут себя обслуживать, самостоятельно перемещаться, общаться. По данным как отечественной, так и международной статистики, таких пациентов не более 30% от общего числа, и именно они будут продолжать лечение в центрах медицинской реабилитации, предназначенных для оказания стационарной помощи.

Третий этап медицинской



А.Гречко

реабилитации – это этап для пациентов, полностью самостоятельных в перемещении, которые могут себя обслуживать и свободно общаться. В отношении этой категории больных дальнейшие реабилитационные мероприятия осуществляются в учреждениях амбулаторного типа, санаториях, дневных стационарах и прочих учреждениях нестационарной формы. Министерство здравоохранения особо обращает внимание на привлечение инвестиций, то есть частного капитала, именно в развитие третьего этапа реабилитационных мероприятий.

тиляцией лёгких. В настоящее время делаются лишь первые шаги в разработке вининга – отлучения больных от аппаратного дыхания. Отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи. Не разработаны критерии оценки реабилитационного потенциала и многие другие важнейшие вопросы научной и практической значимости. Пациенты с низким уровнем сознания и длительной вентиляцией лёгких представляют собой весьма неоднородную группу. При правильной организации научно-методического и лечебного процесса многие из них имеют существенные шансы на восстановление. В этом мы пока отстаём от ведущих клиник зарубежья.

– А не проще ли было бы разработать стандарты, методы восстановительного лечения на базе какого-либо института и внедрить их в медицинскую практику, не прибегая к созданию специализированного центра?

– К сожалению, задачи, поставленные перед центром, не могут быть решены на базе какого-либо учреждения. Успешная деятельность любого нейрохирургического и неврологического стационара напрямую зависит от количества пролеченных профильных пациентов. Особенно, если применяются высокотехнологичные методы лечения. Появление длительно лежащих пациентов в отделении реанимации «блокирует» нейрореанимационную койку и не позволяет увеличить количество оперативных вмешательств. Длительное нахождение больного в реанимации неминуемо ведёт к росту больничной инфекции, что пагубно отражается на лечении всех пациентов. Кроме того, реаниматологи по специфике своей работы призваны осуществлять интенсивную терапию у пациентов с неустойчивыми витальными функциями и не владеют методами реабилитации в полном объёме. В то же время реабилитологи не в состоянии заниматься реанимационными больными. Получается, что эти пациенты находятся как бы между реанимацией и реабилитацией. Для полноценного лечения требуются особые специалисты.

Подчеркну, будущее медицины во многом за реабилитацией, определяющей в конечном итоге здоровье и социальное благополучие населения страны.

Беседа вел
Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Мы слишком много читаем?

«Близорукость – болезнь индустриальная», – заявляет Иэн Флиткрофт из Университетской детской больницы в Дублине, Ирландия. Гены, возможно, определяют предрасположенность к дефектам зрения, но проявляются эти дефекты начинают при переменах в среде обитания.

Одним из факторов могло стать распространение грамотности и образования: массовую близорукость нередко объясняют именно этим. На первый взгляд похоже на правду – стоит лишь взглянуть на поплёскивающие стёклами очков слушателей университетской лекции или научной конференции, и вывод кажется очевидным.

Однако исследования показывают, что эта зависимость куда менее выражена, чем считалось раньше. «Чем больше мы изучали этот вопрос, анализируя количество прочитанного нашими испытуемыми, тем меньше видели взаимосвязь», – замечает Флиткрофт. Масштабное исследование детей в американском штате Огайо вообще не показало зависимости близорукости от чтения, но, по словам Якобсена, полностью исключить этот фактор нельзя.

Айда на улицу

В последнее время многие учёные склоняются к мнению, что на остроте зрения негативно сказывается в первую очередь длительное пребывание в закрытых помещениях, а не чтение. Исследования, проведённые в Европе, Австралии и Азии, раз за разом указывали на то, что люди, часто бывающие на открытом воздухе, гораздо менее склонны к близорукости, чем домоседы.

В чём причина? Есть мнение, что на глаза благотворно воздействует солнечный свет. К примеру, Скотт Рид из Квинслендского технологического университета в Австралии выдал группе школьников наручные часы, которые в течение 2 недель каждые 30 секунд регистрировали их передвижения и интенсивность солнечного освещения.

Дети с хорошим зрением оказались не более активными, чем школьники, носившие очки, то есть,

Мифы и факты

Малышка и очки

Откуда берётся близорукость?

Миопия, или близорукость – один из самых распространённых дефектов зрения. Но хорошо ли мы себе представляем её причины и способы лечения?

Ответ на этот вопрос мог быть получен ещё полвека назад, по итогам исследований живущих на севере Канады эскимосов. В их старшем поколении близорукость практически не наблюдалась, но от 10 до 25% детей этого поколения уже нуждались в очках.

«Генетические факторы не способны дать такой результат», – комментирует Нина Якобсен из Университетской больницы Глоструп в датском Копенгагене. На стыке этих поколений эскимосы начали постепенно переходить от своего традиционного уклада охотников и рыболовов к западному стилю жизни. И это с куда большей долей вероятности могло вызвать массовое ухудшение зрения.



похоже, регулярные упражнения и хорошая физическая форма на остроту зрения не влияют. А вот между продолжительностью пребывания на солнце и здоровьем глаз была выявлена прямая зависимость. Яркий солнечный свет в тысячи раз более интенсивен, чем искусственный (хотя наши глаза довольно успешно сглаживают столь большую разницу), и чем больше времени дети проводили на солнце, тем меньше им нужны были очки.

Возможно, это связано с тем, что под воздействием солнечного света в организме вырабатывается витамин D, благотворно влияющий на иммунную и нервную системы и,

возможно, на зрение. Есть и более популярная теория: солнечный свет способствует выработке допамина непосредственно в глазах. Близорукость часто вызывается увеличением глазного яблока, в результате чего хрусталику становится сложнее фокусировать изображение на сетчатке. Допамин, похоже, замедляет этот процесс и поддерживает глаза в хорошей форме.

На голубом глазу

Ещё одно возможное объяснение связано с цветовым спектром. Зелёные и синие световые волны обычно фокусируются на передней

поверхности сетчатки, а красные – на задней. Искусственный свет по своей цветовой температуре, как правило, краснее солнечного, и это может сбивать глаза с толку. «Мозг сообщает глазам, что они фокусируются в неправильной точке, и для компенсации этого эффекта глазное яблоко растёт», – поясняет Чи Луу из Мельбурнского университета. Он опытным путём выяснил, что цыплята, выращенные при красном свете, более склонны к близорукости, чем те, которые росли при синем или зелёном освещении.

Флиткрофт же считает, что главная проблема кроется в обилии окружающих предметов, которые засоряют наше поле зрения. Оглянитесь вокруг, и вы поймёте, что он имеет в виду. «Когда вы смотрите на экран вашего ноутбука, то все предметы за экраном оказываются не в фокусе, – говорит учёный. – А когда вы переводите взгляд с компьютера на настенные часы, картина резко меняется: часы в фокусе, а вещи, которые находятся близко к вам, выглядят размытыми». Если вы останавливаете взгляд на каком-то одном предмете, вокруг него появляется размытая зона, и это нарушает процесс обратной связи между глазом и мозгом. Вне закрытых помещений предметы, как правило,

находятся на большем удалении от наблюдателя – за счёт этого размытых зон в поле зрения оказывается меньше и глаза развиваются более гармонично.

Будем надеяться, что подобные исследования представляют не только академический интерес и что в итоге помогут нам разработать новые методы лечения. К примеру, Луу пытается организовать клинический эксперимент, в ходе которого близоруким детям будут предоставляться лампы голубого цветового спектра. Специалист надеется, что при помощи этих ламп удастся не только замедлить ухудшение зрения, но и добиться улучшения: в ходе упомянутого выше эксперимента на цыплятах он установил, что несколько часов голубого света в день нейтрализуют причинённый красным светом вред и позволяют цыплятам избавиться от близорукости.

По словам Флиткрофта, сейчас проходят многообещающие испытания контактных линз, которые делают изображение на периферии поля зрения менее размытым. Он также верит в потенциал глазных капель с атропином. Это вещество, как уже давно известно, замедляет процессы, ведущие к увеличению глазного яблока и к близорукости. Но у него есть неприятные побочные эффекты: атропин вызывает сильное расширение зрачков, и под его воздействием пациент видит радужные ореолы вокруг источников света. По этой причине специалисты сначала отказались от его использования, но недавно совершенно случайно выяснилось, что лечебный эффект атропина не исчезает при его применении в стократно меньших дозах. При такой дозировке побочные эффекты должны быть минимальными, и в результате этого открытия медики вновь заинтересовались возможным клиническим применением атропина.

Но пока что Флиткрофт настоятельно советует не верить в «волшебные» методы лечения. К примеру, есть распространённое заблуждение, что ношение очков ухудшает зрение, однако на практике выясняется, что это домислы.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам сайта BBC Future.

Исследования

Нейроны любви и агрессии

Зигмунд Фрейд, в скромный музей которого в Вене тянется не очень густой, но всё же постоянный поток посетителей, прославился описанием девушки, подвергшейся сексуальной агрессии со стороны отца. Начало войны он приравнивал к торжеству своего либидо, а после неё выпустил книгу «Тотем и табу», в которой рассматривал сочетание Эроса и Танатоса, то есть любви и смерти. Учителя предвосхитил Карл Густав Юнг в книге 1911 г. «Метаморфозы и символы либидо», название которой говорит само за себя. В те времена авторы больше писали о богах и обычаях диких племён, чем о мозге, про который ничего не знали. Юнг писал о некоем бессознательном, его учитель – о подкорковых структурах.

Первые опыты в нарождающейся социальной психологии провёл ещё в 1889 г. Норман Триплет, обративший внимание на то, что мальчики быстрее крутят катушку спиннинга в присутствии другого «конкурента». Эксперименты подтвердили известное наблюдение относительно того, что «перформанс» человека улучшается в присутствии других. С той поры прошло более века, и на смену умозрительным спекуляциям пришли томографы, трактография, а самое главное – оптогенетика, позволяющая менять активность конкретных нейронов с помощью настраиваемого лазера с лучом низкой мощности. Учёные Калифорнийского технологического института (Лос-Анджелес) выявили в так называемой миндалине, расположенной в глубине височной доли, две группы нейронов, функция которых балансирует подобно качелям. Одни из них они назвали «социальными», а вторые – «асоциальными», первые являются тормозными, выделяя гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК – GABA,

используется для терапевтической комы), а вторые – возбуждающими другие нервные клетки с помощью глутамата, или глутаминовой аминокислоты (Glu).

При стимулировании ГАМК-нейронов с помощью лазерного луча мощностью 1-3 мВатт/см² генетически модифицированные самцы мышей агрессивно реагировали на других и кастрированных самцов, а также самок. Возбуждение глутаминовых нервных клеток подавляло агрессию и переводило поведение в режим ухаживания за собой «умыванием» мордочки и усиков-вибрисс.

Интересно, что обе группы нейронов «интерферируют» друг с другом, и мутации в их генах могут приводить к разного рода расстройствам поведения, а также аутизму, страдающие которым «асоциальны». Учёные полагают, что выявленный клеточный антагонизм позволит со временем предсказывать развитие состояния и осуществлять лечебную интервенцию.

Несколько ранее исследователи проследили ход нервных волокон, идущих от нейронов гипоталамуса, подкорковой структуры мозга, контролирующей наши основные инстинкты. Оказалось, что указанные нейроны синтезируют гормон эстроген, который необходим для роста и развития нервных стволовых клеток (а также проявляет себя не с лучшей стороны при раке молочной железы). К гипоталамусу с обеих сторон прилегают височные доли с их миндалинами, о которых шла речь выше. Интересно, что оптогенетическое раздражение нервных клеток, «воспринимающих» эстроген, инициировало атаку со стороны ГМ-самца.

Удивительно же то, что более слабый по мощности импульс гасил агрессию и подвигал самца обратить внимание на самку (MB – Mounting Behavior). Экспериментаторы показали, что повышение мощности лазерного луча заставляло самцов бросить самку и переключиться на самца-«интродера». Теперь необходимо понять связь между нейронами любви и агрессии, локализуемыми в миндалинах и гипоталамусе. Это позволит создавать лекарства, предупреждающие разного рода расстройства.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature.

Гипотезы

Американские учёные обнаружили, что люди с IV группой крови гораздо больше подвержены возникновению проблем с памятью в пожилом возрасте, чем люди с какой-либо другой группой крови.

Был изучен также уровень VIII фактора свёртывания в крови участников исследования. Как выяснилось, наиболее высоким данный показатель был у людей с IV группой крови. Высокий уровень этого белка оказался связан

Слабоумие – расплата за уникальность?

Как известно, группа крови определяется наличием определённых антигенов в мембране эритроцитов. Четвёртая же группа является наименее распространённой и встречается примерно у 4% населения мира. Как показали предыдущие исследования, у людей с I группой крови снижен риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые повышают вероятность возникновения проблем с памятью и развития деменции.

Итак, учёные из медицинского колледжа при Университете штата Вермонт (США) в течение 3,5 лет наблюдали состояние здоровья более 30 тыс. человек. Данные полусотни человек, у которых после начала исследования появились признаки нарушения памяти и когнитивного расстройства, сравнили с данными такого же количества людей, не имевших этих проблем.

Согласно проведённому анализу, люди с IV группой крови были на 82% больше склонны к развитию проблем с памятью и мышлением, чем люди с другими группами крови.

с повышенным риском возникновения когнитивных нарушений и расстройства интеллекта. Так, у людей с повышенным уровнем этого фактора склонность к развитию когнитивных нарушений оказалась на 24% больше по сравнению с теми, у кого уровень VIII фактора свёртывания крови был ниже.

«Известно, что такие факторы, как высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина и сахарный диабет 2-го типа, увеличивают риск развития когнитивных нарушений и деменции, – отметила главный автор работы Мэри Кушман. – Группа крови также связана с развитием сосудистых заболеваний, например с возникновением инсульта. Теперь необходимо провести дополнительные исследования, чтобы подтвердить полученные нами результаты», – резюмировала она.

Алина КРАУЗЕ.
По материалам журнала
Neurology.

Исследования

Развевайся, чубчик, на ветру!

Новая терапия выпадения волос

Богатая шевелюра до преклонного возраста – такое счастье достаётся не всем мужчинами. Американским исследователям удалось обнаружить виновника выпадения волос, что обещает разработку новых терапевтических лекарственных препаратов.

По оценкам экспертов, почти 80% мужчин страдают от андрогенетической алопеции, то есть облысения. Проблема обостряется ещё и тем, что происходит атрофия волосных фолликул, цикл роста волос сокращается от нескольких лет до нескольких недель, волосы становятся более тонкими и хрупкими. До сих пор эффективной терапии этой проблемы не найдено. Некоторые препараты обещают лишь незначительную помощь, а единственным средством борьбы на сегодня является трудоёмкая и затратная трансплантация волос.

Возможно, американским исследователям удалось сделать открытие, в перспективе обещающее дать миру новые методы терапии. Они обнаружили, что уровень концентрации продукта активности фермента синтазы простагландина D2 в мРНК участков облысения на коже головы мужчин выше, чем на участках с нормальным волосным покровом. В экспериментах на клеточных культурах и на мышах учёные команды Луиса Гарца из Пенсильванского университета в Филадельфии наблюдали сильное отрицательное воздействие этого нейромедиатора на функцию образования волосных фолликулов. При воздействии на нормальный жизненный цикл фолликулы у мышей стремительно начинают развиваться фаза регрессии уровня синтазы простагландина D2 и уровня простагландина D2, что даёт основание для предположения об ингибировании роста волос. Учёные показали, что у мышей местное применение простагландина D2 приводит к ингибированию роста волос на трансплантированных волосных фолликулах человека.

Простагландины образуют большую группу тканевых гормонов с очень разными задачами, к примеру, они участвуют в восприятии боли и играют определённую роль в свёртывании крови. В то время как простагландин D2, по-видимому, тормозит рост волос, похуже, синтезируемое в клетках вещество PGE2, наоборот, его стимулирует.

То, что мужской гормон тестостерон играет определённую роль в выпадении волос, – факт общеизвестный. И как считают исследователи, он вполне вписывается в картину, формируемую новым открытием. Фермент, синтезируемый в клетках простагландина

D2, сильно реагирует на половой гормон.

«Вполне вероятно, что наше открытие может напрямую привести к разработке нового метода терапии, направленного на профилактику наиболее частой причины выпадения волос у мужчин», – пи-

шут исследователи. Известно как минимум 10 субстанций, которые блокируют в клетках организма сайт связывания рецептора простагландина D2, некоторые из них уже стали предметом клинических исследований. Результаты исследования указывают на простагландин D2 как на ингибитор роста волос при андрогенетической алопеции и предлагают сделать потенциальной мишенью терапии маршрут связывания PGD2-GPR44. Такие препараты-блокаторы могут позволить предотвращать выпадение волос, говорят учёные.

Однако они отмечают, что существуют различные механизмы, способствующие прогрессирующему выпадению волос. Блокирование простагландина D2, таким образом, может предотвратить уменьшение объёма фолликулов и помочь мужчинам, у которых лысына только начинает формироваться. Но для уже состоявшихся владельцев лысины

это небольшое утешение, так как способа заставить волосы снова вырасти, новое открытие не обеспечит. Кроме того, ещё не изучен вопрос, как обстоит дело с концентрацией простагландина у женщин.

Открытие надёжной и эффективной профилактики выпадения волос – это возможность заработать большие деньги. Пенсильванский университет и компания Gillette уже являются патентообладателями на препараты, воздействующие на простагландин D2, которые должны тормозить выпадение или рост волос.

Многие участники проведённого исследования заявлены в этих патентах как изобретатели или соавторы изобретателей, как они заявляют в конце этой статьи. А наряду с американскими органами здравоохранения и другими американскими учреждениями это исследование спонсирует косметический концерн L'Oréal.

Кстати

Эволюция избавила нас от волос на лице?

Учёные всё ещё спорят по поводу того, почему с нашего тела исчез волосной покров. Некоторые считают, что мы пожертвовали шерстью, чтобы избавиться от паразитов, например вшей. Возможно, гладкая кожа как залог их отсутствия делала нас более привлекательными в глазах особой противоположного пола. Некоторые высказывают предположение о том, что потеря волос связана с необходимостью обеспечить охлаждение организма, которая возникла в результате переселения людей из тенистых лесов в жаркую саванну. А некоторые рассуждают о том, не является ли гладкая кожа одной из ряда ювенильных характеристик, которые человек сохраняет на протяжении всей своей жизни: ведь в некотором смысле человек – это ювенильная обезьяна, которая взрослеет медленнее и живёт дольше.

Но у нейробиолога Марка Чангизи из бостонской лаборатории 2Al Labs (США) есть своё интересное объяснение тому факту, что у нас на лице не растут волосы, по крайней мере так, как у других приматов. Всё это потому, что люди – словно ожившие «кольца-хамелеоны».

«Кольца-хамелеоны» были в моде в середине 1970-х годов. Смысл таких колец состоял в том, что они служили своего рода барометром эмоций, показывая самые сокровенные чувства своих владельцев каждому, кто ни взглянет на это украшение. На самом деле «кольца-хамелеоны» действовали просто по принципу термометра, меняя цвет в зависимости от температуры тела. Но сама идея о том, что цвет может быть проявлением эмоции, не так уж сильно притянута за уши – она проявляется во всей человеческой культуре. Так, тоску обычно называют «зелёной». От злости человек «чернеет», а от гнева или смущения «краснеет». Возможно, истина где-то рядом.

Некоторые мужчины носят бороду, но по сравнению с другими млекопитающими лица у нас совсем безволосые.

В процессе эволюции мы лишились растительности на лице. Впрочем, не все из нас...

Чангизи и его коллеги Цюн Чжан и Синсуэ Симодзэ утверждают, что в процессе эволюции мы лишились растительности на лице, чтобы дать другим членам нашего социума возможность распознавать наши эмоции. «Наиболее социальные животные, такие как большинство приматов, оттачивают свои навыки распознавания и различения в первую очередь на примере членов своей общины», – пишет американский учёный.

Большинство млекопитающих – собаки, лошади, медведи – способны видеть оттенки только двух цветов. Такой тип зрения называют дихроматическим, поскольку его обладатели, помимо способности воспринимать яркость, видят исключительно жёлтый и синий цвета, а также зелёный, получаемый при смешении синего и жёлтого. Это связано с тем, что помимо палочек, реагирующих на яркость, у них есть только два вида колбочек, чувствительных к коротким и длинным световым волнам.

Однако люди и некоторые другие приматы являются трихроматами – у нас есть третий вид колбочек, чувствительный к средним световым волнам, который позволяет нам также различать цвета красно-зелёного диапазона. (Некоторым людям посчастливилось родиться тетрахроматами – они способны воспринимать ещё больше оттенков.)

У трёх видов колбочек, которые встречаются у трихроматов, есть одна странность – они распределены неравномерно. Оказывается, благодаря такому странному набору колбочек наши глаза способны различать

свойства крови, циркулирующей по сосудам, расположенным близко к коже, а именно уровень насыщенности гемоглобина кислородом и уровень концентрации гемоглобина в крови. В зависимости от этих двух переменных цвет кожи, как логично можно предположить, меняется.

На самом деле оттенки человеческой кожи могут быть поразительно разнообразными. Мы привыкли к тому, что кожа бывает белой, чёрной или смуглой, но это лишь базовые цвета. Ещё Дарвин заметил, что и на тёмной коже может появляться румянец. При насыщении гемоглобина кислородом кожа краснеет. Сокращение количества кислорода в крови придаёт коже зеленоватый оттенок (именно такой цвет имеют вены, по которым кровь, лишённая кислорода, течёт обратно к сердцу). А при скоплении крови в одном участке кожа становится синеватой (отсюда и пошло слово «синяк»). И наоборот, изменение концентрации веществ в составе крови делает кожу жёлтой – именно этот оттенок мы называем «нездоровым цветом лица». «Цвет настолько чётко ассоциируется с эмоцией, – пишет Чангизи, – что художники-мультипликаторы часто раскрашивают лица персонажей в разные цвета для передачи их эмоционального состояния». И даже дети без труда понимают, о чём идёт речь.

У приматов лицо может менять свой цвет в зависимости от эмоций и состояния организма.

Другие приматы, чьи лица лишены волосного покрова, как правило, имеют такой же тип зрения, что и мы.

Животные с дихроматическим зрением – всякие собаки, зайцы и медведи, а также некоторые приматы – способны воспринимать изменения исключительно в сине-жёлтом диапазоне, поэтому они могут заметить только степень изменения концентрации веществ в составе крови. В некотором смысле это полезное умение: если у кого-то пожелтела кожа, пожалуй, лучше держаться от него подальше, чтобы не заразиться, да и потом, его того и глядя вырвет. А синяки свидетельствуют о наличии травмы – такого будет легче победить в борьбе за какие-нибудь ресурсы.

И наконец, самое интересное: если в процессе эволюции кожа у человека потеряла густой волосной покров для того, чтобы передавать информацию с помощью изменения её окраски, то и у других приматов, обладающих трихроматическим зрением, кожа тоже должна быть на виду. Чтобы проверить свою гипотезу, Чангизи изучил 97 различных видов приматов. И конечно же, оказалось, что приматы, обладающие монохроматическим и дихроматическим зрением, покрыты шерстью, а те, у кого есть три типа светочувствительных колбочек, как у нас, почти лишены волосного покрова на лице.

Чангизи убеждён, что даже если изначально гладкая кожа появилась по какой-то другой причине, а не для обмена информацией через изменение её цвета, видимо, в процессе эволюции сформировалась взаимосвязь между цветным зрением и сокращением волосного покрова, по крайней мере у приматов.

Так что если кто-нибудь будет интересоваться вашим самочувствием, пусть просто посмотрит на вашу кожу. Наверняка он всё поймёт – ведь у него за плечами миллионы лет эволюционного развития.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам журнала Science translation medicine, BBC Future.

Однако

Грустный праздник

Как показал анализ, проведённый учёными из Университета Чикаго (США), люди очень часто умирают в собственный день рождения.

В ходе анализа данных о смерти 25 млн человек в возрасте старше 14 лет учёные выявили, что более 70 тыс. человек скончались в свой день рождения. Такая цифра почти на 7% превышает вероятность умереть в любой другой день. По оценке авторов исследования, это связано с тем, что в свой день

рождения люди склонны изменять своему обычному режиму и вести себя иначе.

Таким образом было зафиксировано, что в дни рождения наблюдается повышенное количество несчастных случаев во время вечеринок по случаю празднования дня рождения, а также – самоубийств. В основном к несчастным случаям приводит злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, а к самоубийствам – депрессия.

Может, всё-таки, стоит задумать-

ся об отказе от празднования дня своего рождения? Ни к чему хорошему это не ведёт. Да и поводов для подарков и торжеств в году предостаточно. Однако и от этого, кстати говоря, тоже следует воздержаться, принимая во внимание, прежде всего, ментальность наших людей, состоящую в пристрастии к известным напиткам и отсутствию, как правило, чувства меры в этом вопросе.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам журнала
Social Science&Medicine.



70 лет минуло с той войны, которая расколола мир, раздвинула границы ужаса в человеческом понимании и явила этому расколотому миру облик «обыкновенного фашизма»...

Раненых не бросила

27 января, в канун 72-й годовщины освобождения Невинномысска от немецко-фашистских захватчиков, в историко-краеведческом музее открылась экспозиция «Подвиг хирурга Суховой Марии Иосифовны». Как пояснила директор музея Наталья Григоренко, эта экспозиция открывает цикл мероприятий, посвящённых 70-летию Победы. Здесь представлены личные вещи хирурга М.Суховой, медицинские инструменты, фотографии, архивные материалы об эвакогоспитале № 2444, которым она руководила в период оккупации Невинномысска. На торжественной церемонии открытия экспозиции присутствовал сын Марии Иосифовны – Юрий Сухов, который рассказал о жизненном пути и подвиге своей мамы – выдающегося врача и патриота.

М.Сухова (в девичестве – Полякова) родилась 30 марта 1897 г. в Рязанской губернии. В 1915 г. окончила с серебряной медалью Петроградскую Александровскую гимназию. В 1919 г. переехала на родину отца – в Рязанскую губернию, работала сельской учительницей. В 1920-м была командирована на учёбу на медфакультет Ленинградского университета, затем переведена в 1-й мединститут. По окончании мединститута с 1925 по 1930 г. работала врачом-ординатором хирургического отделения клинической областной больницы им. Г.И.Чудновского в Ленинграде. В 1930 г. приехала в Ленинград вместе с мужем на его родину – в казачью станицу Невинномысская, где и осталась.

Вот как рассказывает эту семейную историю Ю.Сухов: «Когда мои родители приехали в отпуск, соседи сразу узнали, что в станице появился врач, и люди пошли днём и ночью. Уже на второй день пребывания мама сделала операцию аппендицита. До этого всех жителей станицы врачевал ветеринар Казачьего войска, и другого врача просто не было. И когда отпуск кончился, и надо было уезжать, мама сказала, что не может бросить больных и должна остаться».

Все последующие годы были отданы врачеванию, но истоки подвига, рассказ о котором впереди, надо искать в этом ответе. 21 июля 1941 г. М.Сухова была назначена начальником медсанчасти эвакогоспиталя № 2444 в Невинномысске. В августе 1942 г., когда фронт подкатился к

Далёкое – близкое

Всё это нужно живущим сегодня...

Правду о войне не должно стереть время



Юрий Сухов и Наталья Григоренко на открытии экспозиции

Северному Кавказу, должна была состояться эвакуация госпиталя, но приказ об этом несколько раз переносили на поздние сроки. Кончилось тем, что, когда эшелон был уже сформирован и начал движение, авиация немцев разбомбила железнодорожный мост через Кубань и путь в тыл был отрезан. Мария Иосифовна руководила отправкой раненых красноармейцев обратно в госпиталь: все, кто мог самостоятельно передвигаться, добирались 6 км до госпиталя «своим ходом», для тяжелораненых нужен был транспорт. Врач пошла по дворам зажиточных станичников – просить подводы, к тому времени, за несколько предвоенных лет, у неё уже был огромный авторитет среди жителей Невинномысска, и ей не могли отказать. В итоге все раненые были доставлены в госпиталь.

А через три дня в город вошли немцы. За это время начальник

госпиталя сумела переписать все истории болезней, и красноармейцы чудесным образом «превратились» в местных жителей, получивших ранения при бомбёжке. Вся затея держалась, что называется, на волоске, но сработала, и все 5 месяцев оккупации Суховой приходилось ловчить, исхитряться. Конечно, в этом ей здорово помогало совершенное знание немецкого языка, полученное ещё в петроградской гимназии. Как бы то ни было, все 104 спасённых – рядовых и офицеров – обязаны жизнью Марии Иосифовне, а это, как ни крути, подвиг. Казалось бы, с приходом Красной армии и освобождением Невинномысска в январе 1943 г., все проблемы Марии Иосифовны должны были закончиться, но они как раз только начались: ею заинтересовались в НКВД. Почему осталась на оккупированной территории? А где ж ей ещё быть, если раненых нельзя было

бросить? Припомнили и знание немецкого языка... В общем, спасибо, что не посадили. Может быть, как раз по этой причине среди правительственных наград М.Суховой – всего лишь «юбилейные» медали «За победу над Германией», и «20 лет победы в Великой Отечественной войне». Конечно, жизнь человеческая бесценна, но, если уж говорить начистоту, так по мне спасённые жизни красноармейцев «тянут» не меньше, чем на орден Великой Отечественной войны I степени. Конечно, можно считать и так, что лучшей наградой для самой Марии Иосифовны были как раз спасённые жизни – и тех красноармейцев, и обычных больных в её врачебной практике. Марии Иосифовны не стало в 1969 г., главное дело её жизни – врачевание продолжила её дочь Мария Сухова (Косенко), снискавшая своей деятельностью почёт и уважение среди горожан.

Открыв рот...

Иногда приходится сталкиваться с таким явлением, что ветеранов Великой Отечественной войны 9 мая чуть ли не на руках носят, а остальные дни в году их просто не замечают. Может быть, это «обожание» как-то можно «растянуть» на весь год, это будет человечнее. Наверное, справедливым будет, если в Невинномысске появится улица им. Марии Суховой – человека, так много сделавшего для этого города и горожан. В конце концов, правда о той войне, и людях, которые выстояли в битве со вселенским злом, в большей степени нужна даже и не им – живым и мёртвым, а нам.

На открытии экспозиции в музее присутствовали школьники из средней общеобразовательной школы № 1 Невинномысска, ребята слушали, что называется, «открыв рот».

По окончании действия они поделились своими мнениями. Саша Чернов, 7 «А»: «Очень много интересной информации узнали о жизни врача Суховой, о том, как она совершила подвиг, и о родном городе». Данила Навольнов, 7 «Б»: «Мы узнали, что Мария Иосифовна была очень опытным врачом и смелым человеком – спасла от гибели много солдат и офицеров Красной Армии. Я не знал, что у нас в городе жили такие героические люди, и в школе, и дома я буду о них рассказывать».

С каждым днём, каждым годом война всё дальше удаляется от нас во времени, обрастает мифами и легендами, но жизнь показывает, что правда о войне нужна – нужна Саше Чернову, Даниле Навольнову и ещё миллионам людей. Как это ни банально звучит, правда о войне нужна, чтобы война не повторилась.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Невинномыссск.

Фото автора.

Искусство и медицина

В Кемерово состоялся премьерный показ спектакля «Даренная богом» театра-студии «Фламинго». Несколько лет назад этот любительский театр «вырос» из театральной студии реабилитационного центра Кемеровского областного клинического наркологического диспансера: специалисты медучреждения и по сей день рассматривают терапию творчеством в качестве мощного стимула для возвращения пациентов к трезвой жизни.

Спектакль приурочен к очередной, 12-й годовщине реабилитационного центра наркологического диспансера и заявлен как «интервенция»: в психиатрии так называют максимально открытые высказывания собеседников. Автор

Тандем наркологов и театралов

Такая интервенция – лучшее лекарство

сценария и исполнитель главной роли Максим Лобанов, бывший наркозависимый, а ныне профессиональный психолог, сотрудник (консультант) наркодиспансера, счастливый муж и отец. «Даренная богом» – его автобиографичный рассказ о том, как он был за-

хвачен в плен героином, сколько страданий перенёс сам и доставил близким и как сумел справиться с зависимостью. Очень важной темой спектакля является тема ВИЧ-инфекции.

Возглавляют самобытный любительский театр профессиональные

режиссёры, супруги Людмила Паршуковская и Ярослав Новосёлов. В репертуаре «Фламинго» уже более десятка постановок. Лишь некоторые из них имеют прямое отношение к прошлому актёров. Большинство же относится к ряду философского позитива.

Обычно первыми зрителями новых проектов становятся пациенты наркодиспансера и их родственники. Затем актёры выходят на молодёжную аудиторию города, играют спектакли в молодёжных клубах, на школьных площадках. Есть у них и опыт выступлений на сцене Кемеровского областного театра драмы.

Каждый спектакль «Фламинго» заканчивается обсуждением. (Ведь цель театра – профилактика наркомании в молодёжной среде в формате «равный – равному»). И ещё не было случая, чтобы из зала не прозвучало: «Так ярко и доходчиво донести мысль о вреде наркотиков не удавалось ни врачам, ни людям в погонах».

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Когда артисту исполняется 100 лет (как правило, со дня рождения), о его творчестве говорят исключительно в прошедшем времени, однако долготелые и неиссякаемая жизненная энергия нашего сегодняшнего собеседника дают самые веские основания говорить о нём не только в настоящем, но и в будущем времени, тем более что в день векового юбилея в Центральном академическом театре Российской армии, где юбиляр трудится семь десятилетий, состоится премьера спектакля «100 лет, или Танцы со временем» с его участием в главной роли.



– Владимир Михайлович, какие мысли посещают вас накануне такой знаменательной даты?

– Должен вам сказать, что последнее время я много размышляю о судьбе своего Отечества и роли человека на Земле. Моё поколение прошло Великую Отечественную войну, и задача всего человечества, на мой взгляд, состоит сегодня в том, чтобы уберечь мир на планете, который весьма и весьма зыбок. Величие человека зиждется на добре – это и вежливое отношение друг к другу, и бережное отношение к природе и окружающему миру, и забота о животных – братьях наших меньших. Человек – лучшее творение природы, и именно люди призваны стоять на её страже. Мы же, артисты, со своей стороны делаем всё, чтобы возвращать в человеке его величие. Да, в театре мы не выигрываем войн, не делаем революций, не строим городов. Не в нашей власти остановить беды человечества. Но каждый вечер зритель приходит в зал и ждёт наших слов – лучшего лекарства для души.

– Как обстоят ваши дела на профессиональном поприще?

– Я регулярно играю четыре спектакля: в моём родном Театре Российской армии это «Давным-давно», «Человек из Ламанчи» и «Танцы с Учителем»; кроме того, «Дядюшкин сон» по одноимённой пьесе Ф.М. Достоевского на сцене театра «Модерн» – там у меня роль князя. Всего же я выхожу на сцену 9-10 раз в месяц. Конечно, по сравнению с моей прошлой деятельностью это выглядит весьма скромным – в былые времена я играл по 20 и более спектаклей в месяц. Но полагаю, что в моём возрасте такая нагрузка весьма солидна, так что этого мне вполне достаточно.

Наряду с этим моей супругой Иветтой Капрановой был поставлен мой творческий вечер, где собраны отрывки из моих прежних ролей в театре и кино, где я читаю стихи, пою, рассказываю и даже немного танцую. Такие встречи со зрителем уже прошли во Франции, Италии, Нидерландах, а также в Москве и Санкт-Петербурге. Мой «концерт» проходит с большим успехом. Длится он в течение двух часов с антрактом.

На будущее я пока не загадываю. Всё-таки возраст (смеётся).

– Есть ли среди того множества ролей, сыгранных вами за 70 с лишним лет, самая любимая и дорогая?

– Однозначно ответить сложно. По большому счёту каждая работа – моя любимая, так как я жил и продолжаю жить каждой

Владимир ЗЕЛЬДИН: Величие человека зиждётся на добре

своей ролью. Но всё же, пожалуй, выделю работу в спектакле «Учитель танцев» по пьесе испанского драматурга Лопе де Вега, где я играл вдохновенного и пылкого Альдемаро. Премьера состоялась в далёком 1946 г. Это произведение, переведённое с испанского на русский, нигде и никогда не шло прежде.

Вы только представьте: совсем недавно закончилась война, люди истосковались по искусству, по прекрасному, высокому... Народу в то время явно не хватало красоты, любви, человечности... И вот вдруг на сцене тогдашнего Театра Красной армии зазвучала искромётная музыка замечательного композитора Александра Крейна, написавшего в своё время небезызвестный балет «Лауренсия». По тем временам это было чем-то невероятным! Благодаря этому, а также ярким костюмам артистов и красочным декорациям публика попадала в мир волшебства. И оно торжествовало в нашем театре на протяжении десятков лет. Постановка имела оистинне триумфальный успех.

Я играл этот спектакль более трёх десятилетий, а всего он шёл у нас на сцене 40 с лишним лет! История театров не знает таких примеров. Я очень горжусь главной ролью в этом спектакле. Более тысячи раз я выходил на сцену в образе Альдемаро!.. Это незабываемо. Кроме того, я вводил молодёжь в этот спектакль, чтобы он продолжал жить, брал на себя функции режиссёра. Это была визитная карточка нашего театра, как, например, «Принцесса Турандот» на сцене Театра имени Вахтангова, «Чайка» на сцене МХАТа или «Горе от ума» на сцене Малого театра.

Ещё мне бы хотелось отметить поставленный к моему 90-летию юбилею замечательным режиссёром Юлием Гусманом спектакль «Человек из Ламанчи», где я одновременно играю странствующего рыцаря Дона Кихота и писателя Мигеля Сервантеса, написавшего это величайшее произведение, которое не теряет своей актуальности и по сей день. Более того, возможно сейчас это произведение актуальнее, чем когда-либо.

В погоне за мнимыми ценностями мы забываем о красоте, любви, доброте и человечности. Должен вам сказать, что в этом спектакле, по большому счёту, я играю себя. Всё, что было мною пережито в течение многих лет, я тащу на сцену. Зритель сопереживает происходящим событиям в этом спектакле: он и плачет и смеётся, негодует и торжествует. Поэтому на поклонны мы выходим несколько раз. Нас не отпускают со сцены аплодисментами. Этот спектакль представляет собой мюзикл, и все артисты поют живьём. Никакой фонограммы. Это тоже подкупает зрителя. Донкихотство – моя вторая профессия.

– А в чём это выражается?

– Я всегда помогал людям. Пользуясь своим именем и авторитетом, я вхожу во многие «высокие» кабинеты, где, кстати сказать, никогда не просил за себя, но – за других. Молодёжь нашего театра всегда обращается ко мне с различными просьбами, и я помогаю своим коллегам по мере сил и возможностей. Должен заметить – получается (смеётся). Ну, а свои просьбы всё откладываю, что называется, на потом. За полвека это уже вошло в привычку.

– Жалеете ли вы о каких-либо несыгранных ролях?

– Разумеется. Это нормально в артистической среде. Даже за время моей – такой долгой – профессиональной деятельности нельзя было охватить всё. К тому же мы, артисты, очень зависимы от режиссёров и прочих обстоятельств. Быть может, вы удивитесь, но был период, когда у меня не было ролей на большой сцене нашего театра, а только на малой, и то совсем немного. И это продолжалось достаточно долго. Вы, зрители, видите лишь надводную часть айсберга. Профессия артиста имеет свои законы и постулаты. Всё не так просто, как, может быть, кажется извне.

– Вековой юбилей – что-то невероятное. Какую роль сыграли представители медицинского сообщества в достижении вами этого возраста?

– Конечно, без врачей не обошлось. Я регулярно контролирую

Я хочу обратиться к людям словами моего любимого героя – Дон Кихота:

«Не называйте своим ничем, кроме своей души!
Любите себя не за то, какие вы есть, а за то, какими хотите и можете стать!»

В. Зельдин

хотворение Ивана Алексеевича Бунина, послушайте:

О счастье мы всегда
лишь вспоминаем.

А счастье всюду.
Может быть, оно –
Вот этот сад осенний за сараем
И чистый воздух,
льющийся в окно.

В бездонном небе
лёгким белым краем
Встаёт, сияет облако.
Давно слежу за ним...
Мы мало видим, знаем,
А счастье только знающим дано.

Окно открыто.
Писнула и села
На подоконник птичка.
И от книг
Усталый взгляд я отвожу на миг.

День вечереет, небо опустело.
Гул молотилки слышен
на гумне...

Я вижу, слышу, счастлив.
Всё во мне.

В этом стихотворении всё сказано. Но мне бы хотелось добавить вот что: счастье – это внутреннее состояние человека. Оно никак не зависит от внешних обстоятельств. У меня нет ни вилл, ни яхт, ни личного самолёта, ни замкоподобных особняков, но я счастлив. Умение быть счастливым – великая мудрость человеческой жизни.

– Напоследок не могу не спросить о секрете вашего долголетия...

– Никаких секретов на этот счёт у меня нет. Специальных режимов в смысле питания, в смысле сна в моей жизни не существует. Я зачастую ложусь спать в третьем часу ночи. Так что секрет долголетия мне неведом. Однако не могу не отметить, что наша профессия не имеет возраста, и самое главное – оставаться молодым душой.

Да, я никогда не курил. Вообще, я страшно не переношу курения. Запрещаю дымить в моём присутствии всем без исключения. В своей жизни я ни разу не держал во рту папиросы.

Я никогда не употреблял спиртного. Всю жизнь занимался спортом, в особенности – водными лыжами, танцами и вообще был активен. И сейчас я уделяю пешим прогулкам по 40-45 минут ежедневно. На работу практически всегда хожу пешком.

И ещё. Я всегда был доброжелателен к людям. Даже негодяев стараюсь для себя оправдать. Стараюсь во всём находить хорошее и положительное. Поверьте столетнему старику: позитивные эмоции продлевают жизнь весьма и весьма эффективно.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю. БЛИЕВ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА, К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В. МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – В. КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, 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 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-01-00153
Тираж 31 185 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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