

Медицинская

24 мая 2017 г.
среда
№ 36 (7754)

Газета®

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

Праздники

Наш фестиваль шагает по России: вчера – Рязань, завтра – Ярославль



Как уже сообщала наша газета, в Рязани завершился XII Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников (с международным участием), организованный Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов страны, Профсоюзом медицинских работников и редакцией «Медицинской газеты».

Фестиваль в течение недели проходил на базе Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова – и именно во многом благодаря команде вуза (ректор – профессор Роман Калинин) форум искусств состоялся, что называется, по большому счёту: участники фестиваля – а их было более 900 из

Студенты Рязанского ГМУ ликуют: они – обладатели Кубка ректоров!

136 коллективов вузов, ссузов и ЛПУ России и Белоруссии – сумели показать свои таланты в многочисленных номинациях вокала и хореографии, театрального и циркового мастерства, искусства художественного слова и документального кино, оригинального жанра и инструментальных конкурсов...

Впрочем, вся конкретная информация о наиболее отличившихся фигурантах фестиваля сосредоточена в статистике протоколов, а вкус и динамика борьбы отражены в фотоколлажах, мы же начинаем итоговый обзор форума искусств с благодарности членам оргкомитета РязГМУ, первые роли в котором исполняли начальник отдела качества

и аудита, а на общественных началах – главный художественный руководитель фестиваля Татьяна Котова, председатель жюри, директор Рязанского государственного областного театра кукол, заслуженный деятель искусств РФ, почётный гражданин Рязанской области Валерий Шадский и сопредседатель жюри директор городского Дворца молодёжи, заслуженный работник культуры РФ, почётный гражданин Рязани Николай Плетнёв.

Активно и профессионально помогли рязанцам в проведении фестиваля иногородние члены жюри и руководители делегаций.

(Продолжение на стр. 4.)



Екатерина ТРОШИНА, заместитель директора Института клинической эндокринологии ЭНЦ, член-корреспондент РАН:
Основные трудности лечения ожирения связаны с тем, что такие пациенты требуют длительной терапии команды специалистов.

Стр. 10

Александр БОГАЧЁВ-ПРОКОФЬЕВ, руководитель центра новых хирургических технологий СФБМИЦ им. Е.Н.Мешалкина:

Особенностью России является то, что у нас больных с митральными пороками сердца, осложнёнными высокой лёгочной гипертензией, больше, чем в других странах.

Стр. 11



Иван АРТЮХОВ, ректор Красноярского ГМУ, профессор:

Чтобы Россия стала мировым интеллектуальным лидером, необходимо объединение потенциалов академической и вузовской наук.

Стр. 12

Тенденции

Грант на активное долголетие

На Ямале прошёл конкурс на предоставление субсидий для социально ориентированных некоммерческих структур, в котором приняли участие 74 проекта.

Региональное общественное объединение специалистов профилактической медицины получило грант на реализацию проекта, который направлен на сохранение здоровья и активности пожилых северян.

Его участникам предложат поучаствовать в специально организованных индивидуальных и групповых психологических тренингах.

Арт-терапия, гармонизирующая эмоциональное состояние человека, будет проходить в арт-клубе, открытие которого запланировано обще-

ственным на осень этого года. Пожилые люди смогут выбрать себе увлечение по душе.

О здоровье тела медики позаботятся, привлекая участников проекта к «прогулкам с врачом» в ходе массовых акций, а также к мастер-классам по скандинавской ходьбе и систематическим пробежкам по разработанным маршрутам.

Активное долголетие должно стать новым концептом в обществе, отмечают в Ямальском центре медицинской профилактики.

Мария ТОКАРЕВА, руководитель отдела межведомственных и внешних связей Центра медицинской профилактики, внешт. корр. «МГ».

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Профилактика

Готовь сани летом...

Иммунизация жителей Алтайского края против гриппа в этом году начнётся в августе, но уже сейчас специалисты проводят работу по подготовке к прививочной кампании.

– В нынешнем году мы планируем привить против гриппа 43% населения края. Заявка на соответствующее количество вакцины уже составлена и одобрена региональным Министер-

ством здравоохранения. Чуть более чем за 2 месяца нам нужно будет иммунизировать около миллиона человек, – отмечает главный инфекционист Алтайского края Валерий Шевченко.

Ещё несколько лет назад ориентир по прививке против гриппа в Алтайском крае был 25% жителей. Увеличение планового показателя – единственный способ контро-

лировать ситуацию с этой заболеваемостью, – уверены инфекционисты региона. Грипп не даёт расслабиться – каждый год появляются какие-то новые нюансы, меняется штамм, увеличивается вирулентность. Но опыт показывает, что вакцинопрофилактика даёт хорошие результаты, полагают они. Поэтому, как только в регион поступит актуализированная вакцина (а ожидается это в августе), начнётся бесплатная вакцинация населения.

Елена ЛЬВОВА, МИА Cito!

Барнаул.

Аренда УЗИ-сканера высокого класса
Logiq P5 Premium
производитель General Electric

МЕДИЦИНСКАЯ МЕТРОЛОГИЯ

Стоимость аренды на 1 месяц
58 333 руб

В комплекте 3 датчика: линейный, конвексный, секторный-фазированный

+7 495 609 66 89
info@medmetr.ru

Новости

В ногу с цивилизацией

Объём высокотехнологичной медицинской помощи в столичном регионе за последние 5 лет увеличился. Об этом сообщил мэр Москвы Сергей Собянин.

«Если взять пятилетний период, то, несмотря на расширение амбулаторной сети и сокращения стационаров, на 30% увеличился объём специализированных операций, и почти в 4 раза – объём высокотехнологичной помощи, – отметил С.Собянин. – Столичное здравоохранение по уровню оснащения диагностическим оборудованием находится на довольно высоком уровне. По количеству установок МРТ, КТ и других высоких отраслевых технологий как в диагностическом, так и в лечебном плане мы находимся на уровне Лондона, Парижа и Мадрида».

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Запись на диагностику –
дистанционно

Количество талонов на диагностические исследования для медицинских организаций Барнаула остаётся стабильным. Практически 90% имеющихся квот диагностический центр Алтайского края передаёт медицинским организациям (ЦРБ, городские поликлиники, больницы) на дистанционную запись, а пациенты получают их по месту жительства в поликлиниках по средствам удалённой регистратуры.

«Сейчас расписание открыто полностью, каждый день есть свободные талоны и возможность пройти по полису ОМС необходимые исследования. Ежедневно в диагностическом центре проходит мониторинг загруженности расписания, мы ведём статистику по каждой медицинской организации», – говорит главный врач центра Владимир Захаров.

Приоритетом работы центра является обеспечение качественной диагностикой как сельского, так и городского населения. Диагностический центр не только не сократил количество квот на исследования для медицинских организаций Барнаула, но и активизировал деятельность по вовлечению населения в профилактические акции, в рамках которых за последние несколько месяцев были обследованы более 1,5 тыс. жителей из сельских территорий и более 7 тыс. барнаульцев.

Елена ОСИПОВА.

Барнаул.

Юбилей
отметили велопробегом

Велопробег сотрудников Ставропольской психиатрической больницы № 1, посвящённый 110-летию этого ЛПУ, состоялся за несколько дней до юбилея. Акцию без преувеличения можно назвать массовой, в ней приняли участие более 40 медицинских работников, а возглавил колонну велосипедистов, как и положено, главный врач Олег Боев, которому помогал 6-летний сын Игорь.

Участники выдвинулись с территории больницы в 10 часов утра. Через 10 км, к полудню, коллега встречала группа поддержки с флагами и музыкой. После этого состоялась памятная фотосессия, короткий отдых, и команда полным составом выдвинулась в обратный путь. Завершился велопробег дружеским чаепитием.

Хотя все изрядно устали от гонки, долго расслабляться у участников велопробега не получится: в начале июня запланирован пеший поход в горы.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Субботняя
диспансеризация

В минувшую субботу в Челябинской области состоялась «день открытых дверей» для прохождения диспансеризации. Порядка 2,5 тыс. южноуральцев обратились в медицинские организации, чтобы проверить здоровье.

Особое внимание на необходимость прохождения медицинского осмотра обратили дачники, поскольку повышенные физические нагрузки и жара могут стать причиной ухудшения самочувствия.

«Мы понимаем, что с наступлением тепла жителей станет трудно собрать в поликлиниках, поэтому постарались провести «день открытых дверей» заранее, следующая акция в выходной день планируется на начало осени», – рассказала Ольга Агеева, главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Челябинской области.

И хотя диспансеризацию можно пройти в любой день, возможность обследоваться в выходной южноуральцы очень ценят.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

Здоровая жизнь

Голы не в счёт,
главное – дружба!

Это доказывают студенты-медики

Странно, но один из самых популярных в нашей стране видов спорта – футбол – никогда не был включён в программу Фестиваля студентов медицинских и фармацевтических вузов России «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача». Вот и в программе нынешнего VI Фестиваля межвузовские соревнования по футболу изначально не были предусмотрены.

Всё изменилось буквально в последний момент. Совет ректоров принял решение провести футбольный матч между сборной командой «Запад», сформированной из студентов трёх московских медицинских университетов, и сборной «Восток», в состав которой вошли лучшие игроки футбольных команд сибирских мединуз.

Идею восстановить студенческий футбол в правах настойчиво продвигал ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, доктор медицинских наук, профессор Иван Артюхов. Как человек спортивный, ректор КрасГМУ считает, что занятия физкультурой и спортом для будущих пропагандистов здорового образа жизни не просто желательны, а необходимы. Именно поэтому спортивная база университета за последние годы серьёзно возмужала: построен бассейн, реконструированы стадион и лыжная база.

Что касается футбольных турниров, именно КрасГМУ показал пример, два года назад впервые организовал на своей площадке Кубок Сибири по мини-футболу среди команд медицинских вузов. Опыт подхватили, и в прошлом году впервые проводилось первенство уже среди медицинских и фармацевтических вузов России. И вот, наконец, любимая игра миллионов – в программе фестиваля!

Матчевая встреча состоялась в начале мая в Москве и была посвящена празднику Победы в Великой Отечественной войне. Вот что рассказал об этом событии один из игроков сибирской сборной Евгений Лаптев, студент 5-го курса лечебного факультета КрасГМУ:



Любимый город может нами гордиться

«В состав нашей объединённой команды вошли студенты Красноярского, Алтайского и Читинского медицинских университетов. В столице нас встретили гостеприимно. Поселили в общежитии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, которое можно назвать образцовым. А матч проходил на красивейшем стадионе «Буревестник». Перед началом игры была отличная концертная программа, подготовленная студентами Сеченовского медуниверситета.

Коль скоро встреча между сборными командами «Запад» и «Восток» проходила в канун Дня Победы, открывали её два офицера – проректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова по общественным связям и воспитательной работе, генерал-полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Иван Чиж и заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Первого МГМУ, генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Владимир Решетников. Они напомнили игрокам и зрителям, событию какой важности посвящена эта игра. И что особенно приятно – отметили, какую огромную роль в организации этой матчевой встречи сыграл ректор Красноярского медуниверситета И.Артюхов.

Когда прозвучал судейский свисток и игра началась, хозяева сразу

завладели мячом и, очень грамотно отыгрываясь, начали затяжные позиционные атаки. Высокорослые защитники и центральные полузащитники, быстрые техничные края создавали опаснейшие моменты у ворот сборной «Восток». Оборона сибиряков допустила ошибку, и сборная москвичей, среди которых были ребята из Марокко и Намибии, открыла счёт в матче. «Думаю, нас ждёт только с победой», – подумал каждый из нас, и уже через 10 минут мы забили первый гол в ворота противника.

Второй тайм прошёл напряжённо, но с преимуществом нашей команды. Итоговый счёт матча 3 : 1 в пользу сборной «Восток». Но важнее не то, что матч завершился победой сибиряков, а что он стал началом дружбы между студентами-медиками из разных российских регионов.

Нас заверили, что соревнования по футболу отныне всегда будут входить в программу Фестиваля студентов медицинских и фармацевтических вузов России «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача». Однако, не дожидаясь следующего года, мы уже пригласили наших московских соперников-друзей в Красноярск на матч-реванш».

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Акции

Правнуки Победы

Участники волонтерского движения Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова пробежали спортивную эстафету в честь памяти павших героев Великой Отечественной войны. Их маршрут из столицы до базы отдыха «Конаково» составил 147 км. Всего в забеге приняли участие 10 спортсменов, которые, сменяя друг друга, бежали по 2 этапа, каждый в 7 км. Привалы делали только в местах боевой славы, возлагая к памятникам цветы и проводя минуты молчания.

– Командный дух наших волонтеров – это одна из основных задач для меня, – отметила руководитель волонтерского движения РНИМУ им. Н.И.Пирогова Владислава Белякова. – Когда мы дружны, едины, любая задача под силу. Именно для этого больше года назад мы создали «Беговой клуб»: вместе тренировались, общались, придумывали что-то

новое. Первое «боевое крещение» нашего клуба состоялось в мае 2016 г. Мы устроили забег в Тропарёвском парке, который приурочили ко Дню Победы. Дистанция на тот момент была совсем небольшой – чуть больше 4 км. А осенью 2016 г. я предложила существенно увеличить дистанцию! Тренировки всю зиму, весну в любую погоду... И вот результат – мы смогли!

Покорить 147 км решили ребята из актива волонтерского движения. Маршрут забега специально проложили так, чтобы посетить как можно больше мест памяти, при этом не сильно увеличивая километраж. Таким образом, студентам удалось возложить цветы и провести минуты молчания на пяти мемориалах от Москвы до Тверской области.

Первая участница забега стартовала от стен университета в 6:30, а финишировала команда в 19:00 на территории университетской базы отдыха «Конаково».

– Самым сложным оказалась вовсе не организационная часть

забега. Больше всего я волновалась за отдельные участки маршрута, в частности за трассу. Большой поток машин, загазованный воздух, отсутствие обочин – всё это усложняло нашу задачу. Но мы всегда были рядом с бегущим, подбадривая и подстраховывая его, – рассказывает В.Белякова.

Успех спортивной эстафеты не только придал сил участникам волонтерского движения, но и привлёк к их работе новых студентов. Так что в следующем году организаторы планируют осуществить ещё один забег, который объединит студентов четырёх медицинских вузов, входящих в образовательный кластер «Восточно-Европейский».

Мария ГУСЕВА,
сотрудник Российского
национального исследовательского
медицинского университета им.
Н.И.Пирогова,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

В Правительстве РФ

Поддерживая новые технологии

Комиссия по законопроекту деятельности Правительства РФ одобрила с учётом состоявшегося обсуждения законопроект об использовании информационно-телекоммуникационных технологий в здравоохранении.

Законопроект направлен на создание правовых основ использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан. Как подчёркивается в документе, он необходим для повышения эффективности управления в здравоохранении и качества оказания медицинской помощи. В частности, предусматривается возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий путём проведения консультаций и консилиумов, обеспечивающих дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента или его законного представителя, а также дистан-

ционный мониторинг состояния здоровья пациента.

Проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения» внесён Минздравом России. Этот документ разработан в рамках приоритетного проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» («Электронное здравоохранение»). Предусматривается создание Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – Единая система).

Единая система позволит осуществлять взаимодействие информационных систем медицинских организаций и органов государственной власти в сфере здравоохранения, обеспечит формирование медицинских карт

пациентов в электронном виде и ведение существующих федеральных регистров лиц, больных отдельными заболеваниями. Единая система ускорит оборот необходимых сведений для различных медицинских организаций при оказании медицинской помощи пациенту. Она сделает более эффективным процесс определения потребности в лекарственном обеспечении.

Кроме того, вводится возможность выдачи рецептов на лекарственные препараты, справки и рецептов на медицинские изделия в форме электронного документа. При этом право выбора пациентом формы рецепта не будет ограничиваться – рецепт можно будет получить как по-прежнему в бумажной, так и в электронной форме.

Законопроект будет ещё рассмотрен на заседании Правительства РФ.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Назначения

Указом губернатора Оренбургской области Галина Зольникова назначена министром здравоохранения региона.

Зольникова Галина Петровна окончила в 1982 г. Оренбургский государственный медицинский институт. Работала – в городской больнице № 3 Орска акушером-гинекологом, затем заведующей отделением; в областной клинической больнице предприятия «Оренбурггазпром» – акушером-гинекологом отделения патологии родильного дома.

С 2001 по 2012 г. – заместитель главного врача по лечебной работе городской клинической больницы № 2 Оренбурга.

С 2012 г. – заместитель министра здравоохранения Оренбургской области по организации медицинской помощи детям и родовспоможению.

С 17 марта 2017 г. исполняла обязанности министра здравоохранения Оренбургской области.

Соб. инф.

Санитарная зона

Птичий грипп в Марий Эл



В Звениговском районе Республики Марий Эл на территории посёлка Суслонгер объявлен карантин в связи с выявлением высокопатогенного гриппа птиц. Соответствующий указ подписал временно исполняющий обязанности главы республики Александр Евстифеев.

Эпизоотическим очагом определён 29-й квартал Суслонгерского лесного участка Звениговского лесничества. В наблюдаемую зону – в пределах радиуса 10 км от очага – попали 8 населённых пунктов. На указанных территориях введены ограничения на оборот птицы, продуктов птицеводства, кормов и кормовых добавок. Комитету ветеринарии Марий Эл

поручено разработать и утвердить план мероприятий по ликвидации очага гриппа птиц и предотвращению распространения возбудителя болезни. Протокол мероприятий в рамках карантина определён на внеочередном заседании правительства Марий Эл.

Ранее карантин по птичьему гриппу был объявлен в Татарии. Заболевание птиц выявили на птицекомплексе «Лаишевский». На птицефабрике был официально установлен карантин, сожжено более 15 тыс. голов. Всего на предприятии из 400 тыс. голов за первую неделю мая пали около 5 тыс.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сити!

Йошкар-Ола.

Решения

Вместе на борьбу с эпидемией

Управление Роспотребнадзора по Москве запустило горячую линию по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

«По инициативе Всемирной организации здравоохранения ежегодно в третье воскресенье мая во всём мире проходит День памяти людей, умерших от СПИДа. Это делается в том числе и для того, чтобы привлечь внимание мировой общественности к проблемам больных СПИДом и носителей ВИЧ-инфекции, а также выразить солидарность с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, информировать и мобилизовать общество, заставить задуматься о том, что эпидемия СПИДа может коснуться каждого из нас. Управлением Роспотребнадзора по Москве организована работа

горячей линии по консультированию граждан по профилактике ВИЧ-инфекции», – говорится в сообщении пресс-службы ведомства.

Уточняется, что цель данного мероприятия – объединение усилий органов государственной власти и общественных организаций для повышения информированности учащихся, студентов, родителей и педагогов о проблемах распространения ВИЧ-инфекции в подростковой и молодёжной среде, формирования навыков безопасного поведения, ценностного отношения к своему здоровью, развития социальной активности молодёжи в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции.

Отмечается, что Фондом социально-культурных инициатив при поддержке Федеральной службы

по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека дважды в год проводится акция «Стоп ВИЧ/СПИД», приуроченная к Международному дню памяти жертв СПИДа и Всемирному дню борьбы со СПИДом.

Ранее, что характерно, заместителем председателя федерального правительства Ольга Голодец на заседании Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере сообщила, что, по данным на начало нынешнего, года более 870 тыс. россиян являются носителями ВИЧ. Она также добавила, что в этом году на борьбу с ВИЧ в федеральном бюджете заложено почти 20 млрд руб.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Сити!

Сто строк на размышление

Когда руководителей нашего здравоохранения всех рангов спрашивают о состоянии дел в отрасли, то, как правило, узнаешь, сколько закуплено современных томографов и другого медицинского оборудования, сколько больных получили высокотехнологичную медицинскую помощь, сколько приобрели автомобилей для «скорой» или как обстоят дела со статистическими показателями разного рода, характеризующими здоровье населения.

Когда приходится слышать от конкретных больных о качестве медицинского обслуживания в больницах или поликлиниках, картина рисуется не столь радужная. Я врач, и мне часто приходится слышать от знакомых, близких, случайных собеседников о том, как обстоят дела с оказанием медицинских услуг в повседневной жизни.

Женщине за 80 лет, прооперировали по поводу катаракты, в тот же день (!) выписали домой. Сам в прошлом пережил подобную операцию. После неё мне ещё

Как можем, а не как надо

несколько дней закапывали в глаз лекарства. Правда, делали это не как предписывала наука: каждый препарат, а их было несколько, должен закапываться с интервалом в 5 минут. Медицинская же сестра усаживала нас, больных, в ряд и каждому закапывала всё сразу. Здесь я почувствовал всю разницу между наукой и здравоохранением: наука говорит – как надо, а здравоохранение – как можем, так и делаем. Как 80-летняя женщина доберётся до дома, как будет закапывать себе лекарства, которые ещё надо купить, можно только догадываться.

У детского психиатра на диспансерном приёме скопилось большая очередь перед кабинетом. Родители высказывают неудовольствие. Руководство диспансера в претензии к врачу. На вопрос «сколько времени врач тратит на приём одного ребёнка?» следует ответ: «Четыре минуты». «Хватит и двух», – следует распоряжение. Это психиатру?!

Что можно узнать за столь короткое время общения с ребёнком о его психическом здоровье? Может быть, поэтому в стране растёт число правонарушений, убийств и самоубийств среди детей? Винават психиатр?

Работу больницы оценивают по весьма спорным показателям – оборот койки, койко-день... Чем эти показатели лучше – оборот койки выше, койко-день меньше – тем лучше работает больница. Так ли это?

По целому ряду заболеваний, чем более короткий срок пребывания в больнице, тем больше риск для больного быть выписанным недоленным, и выше частота обострения или хронизация болезни. Таких болезней много. Много и у детей – геморрагический васкулит, гастродуоденит, гломерулонефрит...

Больного ребёнка с геморрагическим васкулитом следует поместить в отдельную палату вместе с мамой (отцом, бабуш-

кой), чтобы строго соблюдался постельный режим, диета, эпидрежим (контакт с инфекцией вызовет обострение). Не будет этого из-за экономии койко-мест, будет волнообразное течение болезни, высокий риск тяжёлых осложнений. Однажды был свидетелем, как «линейный контроль» (есть такой надзорный орган) нагрянул ночью в отделение и сделал персоналу замечание – почему ребёнок один лежит в отдельной палате. Потому что у него был геморрагический васкулит. Кому захочется иметь замечания, получить финансовые санкции больнице и персоналу?

Здравоохранение (не путать с медициной) – одно из самых социально чувствительных видов деятельности властей. Дорогостоящая аппаратура, информация о достижениях в области ВМП, открытие новых медицинских учреждений (и закрытие старых) не должны заслонять повседневную работу органов

здравоохранения, врачей. Она трудна в условиях постоянно реформируемого здравоохранения. Руководство отраслью далеко, а врач – вот тут, у постели больного, и он несёт на себе всю тяжесть проблем здравоохранения, часто именно на него ложится ответственность за все её промахи.

Безусловно радует, что медицина оснащается современным оборудованием, но не следует забывать о больном человеке.

Может быть, здесь одна из причин недовольства медиками, грубое отношение к ним, а иногда и насильственные действия, свидетелями чего мы являемся в последнее время. Работа медиков не должна утрачивать гуманного отношения к больному человеку, какие бы реформы ни совершались.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

(Продолжение. Начало на стр. 1.)

Даём талантам зелёный свет!

Фестиваль в Рязани проходил уже во второй раз (первый раз – в 2009 г.), и опыт проведения, тогда нарабатанный, конечно же, тоже помог хозяевам развить успех восьмилетней давности. Среди тех, кто в 2009 г. выступал в столице Есенинского края, был врач из Самарской областной клинической больницы Игорь Юрин. Он с нетерпением ждал второй встречи с Рязанью и фестивалем, о чём свидетельствует фрагмент его стихотворения:

*Холодный ветер за ворот.
Вокзал – и такая рань.
Смотрю я на утренний город:
– Так, здравствуй, моя Рязань!
Какая-то ностальгия...*

*Что ли в купе плохо спал...
Но ждёт фестиваля стихия!*

«Фестиваля стихия» – поэтический образ. Соглашаясь с ним, мы в то же время подчеркнём, что форум проходил на хорошем организационном уровне, и это при том, что количество его участников по сравнению с предыдущим фестивалем в Воронеже возросло более чем в два раза, что появились новые направления и виды творческого соперничества, а представителям практического здравоохранения впервые было предоставлено право состязаться между собой, а не с артистами студенческих студий и театров. Фестиваль имел громадную зрительскую и болельщицкую геоаудиторию, поскольку всю конкурсную неделю на официальном сайте РязГМУ трансляция творческого соперничества шла в режиме реального времени.

Сошёлсь и на заведующего студенческим клубом Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета Эдуарда Шалютину, ежегодно работающего в дирекции знаменитого на всю Европу «Славянского базара». В беседе с корреспондентами «МГ» он восхищённо сказал: «И размах, и качественная насыщенность программы многочисленными видами творчества искусств студентов-медиков и медицинских работников не уступает Витебскому форуму ни на йоту!»

«Расскажи, газета, покажи, кино!»

Главным же итогом фестиваля следует считать стремление творческих представителей медицинского сообщества показать на федеральной арене, каковой и является фестивальная сцена, многообразие увлечений студентов и врачей, помогающих им учиться и работать, а также продемонстрировать насыщенную событиями и исканиями жизнь коллективов вузов, колледжей и ЛПУ.

А что может рассказать о коллективе лучше, чем вузовская газета или документальный фильм, сделанный собственными силами? К сожалению, редакции не всех университетов, академий и институтов прислали на впервые проводившийся конкурс «Журналистика» в рамках фестиваля свои издания на бумажных носителях, зато те, кто не побоялся показать своё СМИ, могут быть довольными. Каждая из редакций отмечена наградой. Самое высокое место – первое – у редакции газеты «Медик» Башкирского ГМУ. Информационная насыщенность, многожанровость, использование широкого авторского актива, который редакция готовит на общественном факультете журналистики, позволяет «Медику» (шеф-редактор Азамат Рахимкулов) держать читателя в курсе всех общественно значимых событий в вузе. В Воронежском университете издаются две газеты:

«взрослую» – «Медицинские кадры» – и «Студенческую медицинскую газету», и обе востребованы, так как по новостной и образной составляющим соответствуют запросам своих аудиторий.

Характерной чертой многотиражных газет «Доктор» (Киров), «Здравствуйте» (Рязань), «Медик» (Красноярск), «Вести» (Курск), «Сеченовские вести» (Москва), «Студенческая газета ЯГМА» (Ярославль) является обилие фототочётов, что, с одной стороны,

жизнь (для студий ЛПУ). По сравнению с прошлым годом уровень представленных киноработ значительно возрос, и, что обрадовало, в состязание включились – и не без успеха – творческие группы средних медицинских учебных заведений. Однако наиболее профессионально сделанным оказался фильм «Искусство возвращать зрение», выполненный представителями практического здравоохранения Еленой и Алексеем Винокуровыми из Калужского филиала

Редакция «МГ» благодарит...

А говоря в целом об итогах фестиваля-2017, подчеркнём культурологическую значимость форума: за 11 лет его существования найдено органичное сочетание реальной демонстрации представителями медицинского сообщества болельшинства своих творческих увлечений, демонстрирующих высокую духовную основу качества врачей как представителей одного из

занской области Андрей Прилуцкий, руководитель регионального Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Лариса Сараева, ответственные работники министерств и ведомств региона.

Во многом фестивальный движение держится на ректорском корпусе, поэтому не случайно на основании персонального письменного опроса членов судейской коллегии и оргкомитета жюри приняло решение: «За выдающийся вклад в организацию и проведение фестивалей искусств студентов-медиков и медицинских работников, воспитание лауреатов фестиваля, развитие творческого потенциала студентов, укрепление дружественных связей между медицинскими и фармацевтическими вузами России внести в фестивальный Зал Славы медиков, который существует при Тверском ГМУ, ректора Самарского ГМУ академика РАН Геннадия Котельникова и президента Смоленского ГМУ профессора Владимира Плешкова».

А главный редактор «МГ» Андрей Полтораки направил всем руководителям вузов и ссузов, принявших участие в XII фестивале, Благодарственные письма, в которых, в частности, говорится: «Редакция «Медицинской газеты» благодарит творческую команду вашего вуза (колледжа или училища. – В.К.) за активное участие во Всероссийском фестивале студентов-медиков и медицинских работников в Рязани, высокохудожественное мастерство, которое продемонстрировали в различных номинациях нашего форума ваши воспитанники, и непредвзятое соперничество в борьбе за лидерство.

Мы уверены, что и в следующем году коллектив вашего учебного заведения своим выступлением украсит форум талантов, инициатором проведения которого ещё в 2006 г. выступила «Медицинская газета».

«Медицинская газета» – старейшее врачебное издание России, которое в 2018 г. отметит своё 125-летие. Готовясь к юбилею газеты, мы намерены заметно повысить уровень интенсивности освещения многоплановой работы учебных заведений страны по подготовке медицинских кадров. Ваш вуз (колледж, училище. – В.К.) нам интересен не только своей историей и традициями, но и новациями XXI века, яркими представителями профессорско-преподавательского состава, собственно вашим взглядом на развитие медицинского образования и науки.

Выражаем уверенность в нашем дальнейшем плодотворном сотрудничестве, результаты которого будут учтены при проведении Фестиваля студентов-медиков и медицинских работников уже 2018 г.»

В следующем году фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников пройдёт в Ярославле. Приглашая друзей-соперников в древний русский город, начальник Управления по воспитательной работе и молодёжной политике, редактор «Студенческой газеты», доцент ЯГМУ Наталья Хмаро завершила коллег, что коллектив медицинского университета постарается провести фестиваль в Ярославле «и яро, и ярко!».

«Медицинская газета», у которой в следующем году знаменательный юбилей, как титульный информационный спонсор теперь уже XIII фестиваля, конечно же, будет активно помогать ярославцам в реализации столь ответственного заверения. Так что новым талантам, новым творческим открытиям – быть!

**Владимир КОРОЛЁВ,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные корреспонденты «МГ».**

**Коллажи выполнены студенткой
отделения журналистики
Юлией Карпылёвой
(Смоленский государственный
университет).**

Рязань.

Праздники

Наш фестиваль шагает по России



Мгновения вокала

радует глаз, с другой – несколько ущемляет собственноразговорную, газетную информационность, аналитичность и репортажность.

Фотографический жанр стремится вырваться на первые места в журналистике, ведь сегодня снимают почти все (обилие мобильных телефонов позволяет), однако, как показал фотоконкурс, который тоже, как и «Журналистика», впервые проводился в рамках фестиваля, и судить его тоже было предложено представителям «Медицинской газеты» под руководством главного редактора Андрея Полтораки, доступность и массовость не есть мастеритость. Большинство представленных на суд жюри снимков оказались не выстроенными композиционно и далёкими от решения двух заданных смотром тем («2017 год – Год экологии в России» и «2017 год – Год XIX Всемирного фестиваля молодёжи и студентов в Сочи»), которым, кстати, был посвящён не только фотоконкурс, но и XII Фестиваль студентов-медиков и медицинских работников в Рязани. Поэтому наши призы и дипломы достались тем, кто подходит к фотоискусству со всей серьёзностью, как это делают в фотостудии «Мгновение» Тверского ГМУ (руководитель – Г.Шлемская), получившей гран-при фестиваля.

Темами видеоконкурса, который на фестивале проводился во второй раз, были «Волонтерская деятельность» (для вузовских киностудий) и «Медицина – моя

МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова. Авторам удалось и представить коллектив и его новаторские разработки в лечении ретинопатии недоношенных, и рассказать о том, как офтальмологи проводят досуг. «Искусство возвращать зрение» и достался гран-при фестиваля. Кстати, калужане уже 8 апреля разместили на сайте филиала обстоятельный видеотчёт из Рязани под заголовком «Фестиваль талантливых медиков».

А достоинством фильмов вузовских киногрупп следует считать показ конструктивного подхода ректоров к волонтерскому движению как эффективной форме воспитания будущих врачей. Наиболее успешно такой показ осуществили самодеятельные сценаристы, операторы и режиссёры из Перми, Воронежа, Курска, Рязани и медицинских колледжей Иванова и Брянска.

У большинства медицинских учебных заведений страны многолетняя биография, насыщенные уникальными экспонатами музеи, традиции, которые приумножаются и сегодня, поэтому организаторы фестиваля уже готовы предложить тему киноконкурса – 2018: «Мой вуз: моя история – моё будущее». Впрочем, и тему добровольчества тоже необходимо развивать, делая фильмы под индексом «2». Ну, а окончательное решение по тематике кино – и фотоконкурса – 2018 оргкомитетом фестиваля будет принято уже в начале следующего учебного года.

основных отрядов русской интеллигенции. Фестивальное движение стало массовым, а проведение главного для медиков творческого мероприятия года – федеральным праздником, который во многом определяет дальнейший трудовой, научный и учебный настрой всех, кто неравнодушен к настоящему искусству и готов ему служить так же преданно, как и исполнять свои профессиональные обязанности. Не случайно заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Артём Тарасенко, зачитывая на церемонии подведения итогов в областной филармонии приветствие участникам фестиваля первого заместителя министра И.Каграманяна, подчеркнул: «Это большой праздник и для Рязанского государственного медицинского университета, и для медиков России. Такие мероприятия формируют нравственный облик будущих врачей. Медицинские работники всегда славятся своей эрудицией и высокими моральными качествами. А формировать их, воспитывать у нынешних студентов безупречный эстетический вкус и призваны мероприятия, образцом среди которых является фестиваль студентов-медиков и медицинских работников».

На гала-концерте присутствовали и другие VIP-персоны: депутат Государственной Думы РФ Елена Митина, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Геннадий Щербаков, министр здравоохранения Ря-

Победители фестиваля – 2017

Инструментальные ансамбли

1-е место

Ансамбль классической музыки – Первый МГМУ им. И.М.Сеченова;
Оркестр «Pizzicato» – Рязанский ГМУ.

2-е место

Оркестр МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

3-е место

Ансамбль «Вятка – Диксилэнд» – Кировский ГМУ;

Камерный оркестр РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Вокально-инструментальные ансамбли

1-е и 2-е места не присуждались.

3-е место

Лиле Коцелидзе, Фуад Сейфуллаев, Нурлан Фатуллаев – Первый МГМУ;
ВИА «Разряд» – Рязанский ГМУ.

Специальный приз

ВИА «Грани» – Рязанский ГМУ.

Инструментальный конкурс (соло, дуэт)

Гран-при

Валерия Белесикова – Воронежский ГМУ.

1-е место

Самир Ризаев – Кубанский ГМУ.

2-е место

Александра и Юлия Синкевич – Витебский ГМУ;

Дуэт «Эксклюзив» – Рязанский ГМУ.

3-е место

Нурсултан Зарипов – Пермский ГМУ;

Анна Сычёва – Красноярский ГМУ;

Иван Минаев – Рязанский ГМУ.

Специальный приз

Рустам Аминев и Рамиль Тагиров – Башкирский ГМУ;

Никита Борискин – Воронежский ГМУ.

Театр малых форм

1-е место

Валерия Козырева – Смоленский ГМУ.

2-е место

Театральная студия Уральского ГМУ;

Студенческий театр «Антракт» – Воронежский ГМУ.

Театр пластики

1-е место

Молодёжный камерный театр «На Пироговке» – Первый МГМУ.

Театр моды

1-е место

Молодёжный камерный театр «На Пироговке» – Первый МГМУ.

Театр моды

1-е место

Театр моды РязГМУ – Рязанский ГМУ.

2-е место

Театр моды факультета по обучению иностранных студентов Рязанского ГМУ.

3-е место

Театр моды Воронежского ГМУ.

Художественное слово

1-е место

Айпери Абдырахманова – Уральский ГМУ;

Карина Ефремова – Первый МГМУ.

2-е место

Проект «Станция» – Рязанский ГМУ.

3-е место

Ирина Щербакова – Красноярский ГМУ;

Дмитрий Зубарев – Смоленский ГМУ.

Специальный приз

Татьяна Щегрова – Первый МГМУ – приз от ректора Красноярского ГМУ И.Артюхова;

Юлия Феоктистова – Первый МГМУ;

Алексей Васнев – Воронежский ГМУ – диплом от ректора Уральского ГМУ С.Кутепова.

Оригинальный жанр

1-е место

Илона Борисова – Смоленский ГМУ.

2-е место

FireShow – Рязанский ГМУ;

Екатерина Агеева и Алина Селезнёва – Рязанский ГМУ.

3-е место

Павел Соколов – Ивановская ГМА.

Специальный приз

Полина Москалёва, Вероника Никитенко – Красноярский ГМУ – диплом от ректора Уральского ГМУ С.Кутепова;

Алина Селезнёва – Рязанский ГМУ;

Елена Гладышева – Воронежский ГМУ.

Бальный танец (ансамбль)

Гран-при

Ансамбль спортивного бального танца «Квикстеп» – Витебский ГМУ.

1-е место

«Па-Де-Де» – Самарский ГМУ.

2-е место

Танцевальный коллектив «Фаворит» – Смоленский ГМУ.

3-е место

Народный ансамбль бального танца «Молодость» – Ефремовский филиал Рязанского ГМУ.

Специальный приз

Анастасия Шевцова – Самарский ГМУ.



Лики и мгновения хореографии

Бальный танец (дуэт)

1-е место

Оксана и Дмитрий Веремчук – Витебский ГМУ;

Андрей Диканов и Диана Баковецкая – Рязанский ГМУ.

2-е место

Анастасия Жукова и Роман Усачёв – Смоленский ГМУ;

Евгений Губанов и Дарья Новичкова – Рязанский ГМУ.

3-е место

Вероника Никитенко и Евгений Вакулenco – Красноярский ГМУ.

Специальный приз

Даниил Самсонов и Надежда Грива – Первый Санкт-Петербургский ГМУ;

Оксана и Дмитрий Веремчук – Витебский ГМУ;

Евгений Вакулenco – Красноярский ГМУ;

Ирина Еремцова – Владимирский базовый колледж.

Народный танец (не менее 3 участников)

1-е место

Ансамбль народного танца «КУПЕ» – Ярославский ГМУ.

2-е место

Народный коллектив «Яблонька» – Курский ГМУ;

Ансамбль народного танца «Молодость Лезгинки» – Красноярский ГМУ.

3-е место

Коллектив «Девчата» – Рязанский ГМУ;

Танцевальный коллектив «Фаворит» – Смоленский ГМУ.

Специальный приз

Роман Усачёв – Смоленский ГМУ;

Хореографический ансамбль «Prima» – Первый МГМУ.

Народный танец (малая форма, до 3 участников)

1-е место

Ансамбль народного танца «Славяночка» – Ярославский ГМУ.

2-е место

Александр Антонов и Анастасия Данилова – Рязанский ГМУ;

Сумайя Сайед, Кунтал Викаш – Рязанский ГМУ.

Народный танец (соло)

1-е место

Дарья Копнёноква – РНИМУ им. Н.И.Пирогова.



Грани театра

2-е место

Хилен Винсальд – Рязанский ГМУ.

3-е место

Тина Гаурава – Владимирский базовый медицинский колледж.

Современный танец (ансамбль)

1-е место

Театр танца «NEW VISION» – Пермский ГМУ;

Ансамбль современного танца «Эллайт» – Липецкий медицинский колледж.

2-е место

Ансамбль танца «Торнадо» – Воронежский ГМУ.

3-е место

«X-FLASH» – Ивановская ГМА;

«Amble» – Первый МГМУ.

Танцевальный коллектив «Astra» – Казанский ГМУ.

Специальный приз

«Amble» – Первый МГМУ – приз от ректора Самарского ГМУ Г.Котельникова.

Современный танец (соло)

1-е место

Дмитрий Абдрашитов – Первый МГМУ.

(Окончание на стр. 6-7)

(Окончание. Начало на стр. 1.)

2-е место

Максим Юдин – Ростовский ГМУ.

3-е место

Полина Москалёва – Красноярский ГМУ.

Современный танец (малая форма)

1-е место

Андрей и Сергей Дикановы, Евгения Егорова – Рязанский ГМУ.

2-е место

Михаил Казанцев и Кристина Журавская – Пермский ГМУ;

Ансамбль современного танца «Soul Mates» – Ярославский ГМУ.

3-е место

Максим Семериков и Эмира Наджафова – Пермский ГМУ;

Алёна Нескорородева и Игорь Тормышов – Первый МГМУ.

Танцы современной улицы

1-е место

«GBF» – Рязанский ГМУ;
Танцевальный коллектив «Проект 17+» – Рязанский ГМУ.

2-е место

Танцевальный коллектив «Mix crew» – МГМСУ.

3-е место

«LG Group» – Рязанский ГМУ;
Танцевальный коллектив «Infinity dance group» – Витебский ГМУ.

Специальный приз

Константин Бурлаков – Тверской ГМУ.

Классический танец

1-е место

Ольга Шульга – Рязанский ГМУ.

2-е место

Любовь Безнослова – Первый МГМУ.

Эстрадный вокал (соло)

1-е место

Александр Богомолов – Алтайский ГМУ.

2-е место

Алия Гаянова – Башкирский ГМУ;

Екатерина Сози – Рязанский ГМУ.

3-е место

Александр Чучунов – Рязанский ГМУ;

Александра Бессуднова – Тверской ГМУ;

Анна Козлова – Тверской ГМУ.

Специальный приз:

Дарья Волкова – Красноярский ГМУ – специальный приз от ректора Рязанского ГМУ Р.Калинина;

Елизавета Садонцева – Красноярский ГМУ – специальный приз от ректора Уральского ГМУ С.Кутепова;

Карина Клопова – Витебский ГМУ;

Анна Кузнецова – Рязанский ГМУ;

Виктория Афонина – Ивановская ГМА;

Илья Михайцев – Первый МГМУ;

Евгений Никитин – Первый МГМУ.

Народный вокал (соло)

1-е место

Валентин Иващенко – Красноярский ГМУ.

2-е место

Виктория Юхно – Красноярский ГМУ.

3-е место

Валерия Садовая – Кубанский ГМУ.

Специальный приз

Анастасия Гамазенкова – Кубанский ГМУ;

Надежда Бакулева – Воронежский ГМУ.

Народный вокал (ансамбль)

Гран-при:

1-е место

Народный хоровой коллектив «Вдохновение» – Смоленский ГМУ.

2-е место

Хор «Мадиба» – Рязанский ГМУ.

3-е место

Хор «Калина» – Рязанский ГМУ.

Народный вокал (малая форма)

1-е место

Валерия Садовая и Анастасия Гамазенкова, Милана Лоова – Кубанский ГМУ.

2-е место

Виктория Юхно и Валентин Иващенко – Красноярский ГМУ.

Академический вокал (хор)

1-е место

Академический хор МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

2-е место

Академический хор Первого МГМУ им. Сеченова.

3-е место

Академический хор РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Эстрадный вокал (малая форма)

1-е место

Трио «Атриум Джаз» – Рязанский ГМУ.

2-е место

Коллектив «F3» – Рязанский ГМУ.

3-е место

Алисия Чинзахр и Мамуан Харкар – Рязанский ГМУ.



Мотор фестиваля: оргкомитет и жюри

Специальный приз

Карина Клопова и Денис Маркевич – Витебский ГМУ.

Академический вокал (соло)

1-е место

Мария Клоцман – Уральский ГМУ.

2-е место

Милена Семёнова – МГМСУ;

Максим Андреев – Смоленский ГМУ.

3-е место

Софья Орешенкова – Тверской ГМУ.

Эстрадный вокал (ансамбль)

1-е место

Вокальный ансамбль «Кантус» – Воронежский ГМУ.

2-е место

Вокальная студия V3S – Первый МГМУ.

3-е место

Ансамбль ВГМУ – Витебский ГМУ;

Вокальный ансамбль «Media Voice» – Ставропольский ГМУ.

Авторская, бардовская песня

1-е место

Юрий Мещеряков – Алтайский ГМУ – и приз от ректора Красноярского ГМУ И.Артюхова.

2-е место

Вокальный ансамбль «Media Voice» – Ставропольский ГМУ.

3-е место

Виталий Карнаухов – Рязанский ГМУ.

Академический вокал (малая форма)

Специальный приз

Пётр и Олег Кульчицкие – Рязанский ГМУ.

Вокал (практическое здравоохранение)

1-е место

Трио «Калина красная» – Идринская РБ, Красноярский край.

2-е место

Дуэт «Врачебная тайна» (Игорь Юрин и Александра Мазнова) – Самарская ОКБ.

3-е место

Евгений Сапфилов – Рязанский ГМУ;
Ансамбль медицинских работников Россошанской РБ, Воронежская область.

Специальный приз

Александр Иванов – Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдоровой;

Сергей Баранов – Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань;
Инесса Аракелова – Липецкий медицинский колледж.

Инструментальный конкурс (практическое здравоохранение)

1-е место

Ансамбль «Альянс» – Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена.

2-е место

Александр Костенко – Рязанский ГМУ.

3-е место

Сергей Жуков – Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдоровой.

Видеоконкурс

Гран-при – фильму «Искусство возвращать зрение» (Творческая группа Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдоровой, директор филиала – А.Терещенко).

1-е место – «Время твоего добра» (Творческая группа Пермского ГМУ);

2-е место – фильмам:

«Мы – дети Галактики» (Творческая группа Воронежского ГМУ);

«Медицинские отряды Рязанского ГМУ» (Творческая группа РязГМУ);

«Время волонтеров» (Творческая группа Курского ГМУ).

3-е место – фильмам:

«Наши добровольческие проекты» (Творческая группа Тверского ГМУ);

«Память храним...» (Творческая группа Смоленского ГМУ);

«Наследники Гиппократы» (Творческая группа Брянского медицинского колледжа);

«Больничный клоун и К» (Творческая группа Ивановского медицинского колледжа).

Специальные дипломы – фильмам:

«Стиль жизни – добровольческий» (Творческая группа Красноярского ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого);

«Праздничный рэп» (Творческая группа Санкт-Петербургского научно-практического онкологического центра);

Творческой группе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (фильм без названия).

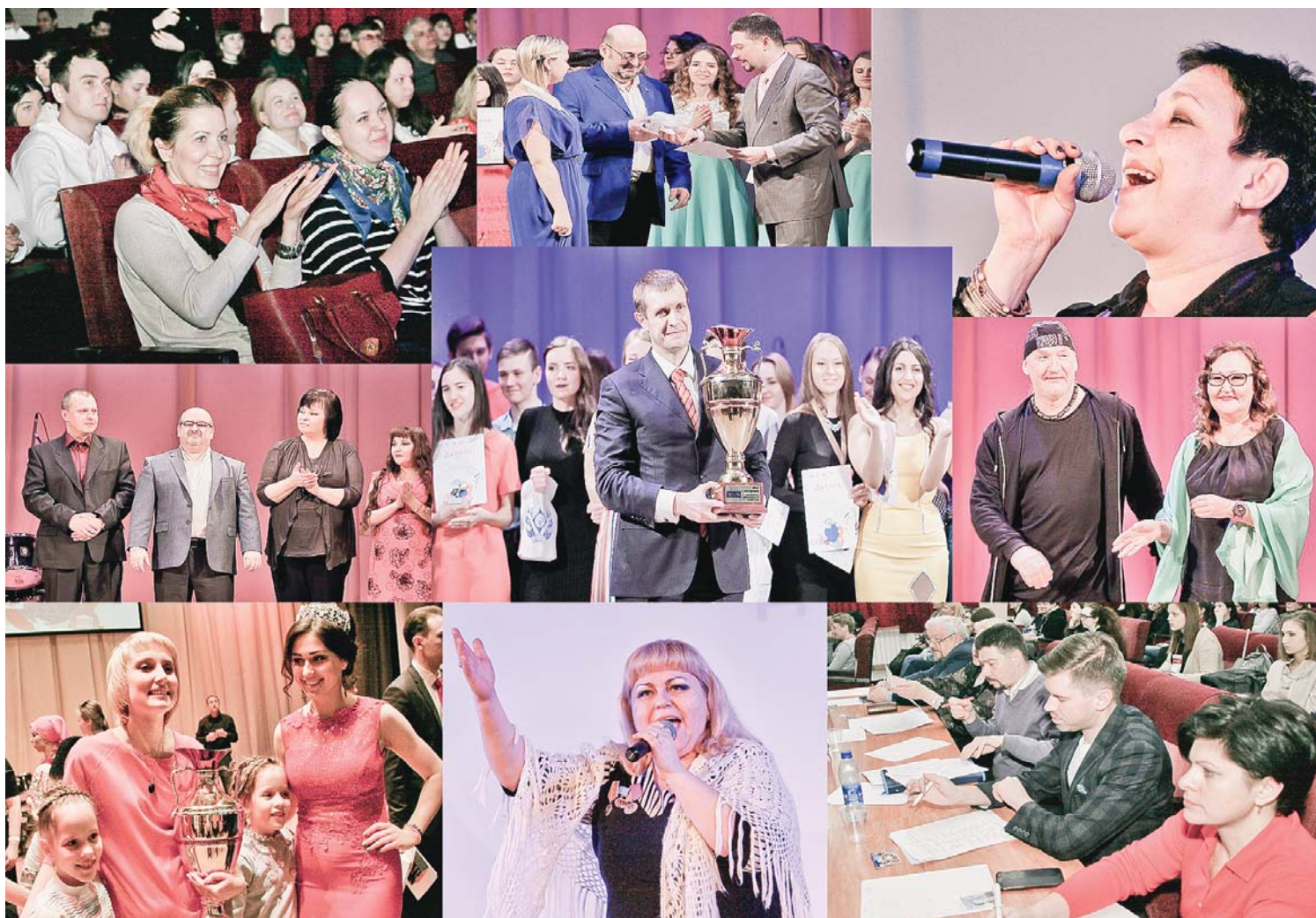
Специальные призы – «Бюст Святослава Фёдоровой», подаренный для награждения делегаций фестиваля Калужским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдоровой (директор филиала – А.Терещенко), присуждён:

Курскому ГМУ, кафедра глазных болезней которого активно развивает офтальмологическую науку и поддерживает практическую медицину;

Башкирскому ГМУ, кафедра офтальмологии которого отметила своё 80-летие.

Журналистика, раздел СМИ

1-е место – многотиражной газете «Медик» Башкирского ГМУ.



Мотор фестиваля: оргкомитет и жюри



Ими любовался фестиваль...

2-е место – газетам «Медицинские кадры» и «Студенческая медицинская газета» Воронежского ГМУ.

3-е место: газете «Здравствуйте» Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова;

газете «Доктор» Кировского ГМУ.

Специальные дипломы: газете «Медик» Красноярского ГМУ; «Студенческой газете ЯГМА» Ярославского ГМУ; газете «Вести Курского медуниверситета», Курск.

Журналистика, авторские работы
Звание «Золотое перо фестиваля – 2017» присвоено:

Олегу Полехину, начальнику пресс-центра Воронежского ГМУ;

Евгению Горловой, редактору газет «Медицинские кадры» и «Студенческая медицинская газета»;

Виталию Пырху, главному редактору газеты «Медик» Красноярского ГМУ;

Азамату Рахимкулову, шеф-редактору многотиражной газеты «Медик» Башкирского ГМУ;

Екатерине Ивкиной, многотиражная газета «Здравствуйте» РязГМУ им. И.П.Павлова;

Елене Клейменовой – пресс-секретарю Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова;

Наталье Хмаро – главному редактору «Студенческой газеты ЯГМА» (Ярославль)

Анне Стефаненковой – редактору газеты «Доктор» Кировского ГМУ.

Звание «Серебряное перо фестиваля – 2017» присвоено:

Алине Седуновой – Рязанский ГМУ;

Екатерине Кулешовой – Рязанский ГМУ;

Ибрагиму Кяримову – Рязанский ГМУ;

Веронике Зиновьевой – Рязанский ГМУ;

Гульназ Хабибуллиной – Башкирский ГМУ;

Эльвине Нурмухаметовой – Башкирский ГМУ;

Марии Папичевой – Первый СПбГМУ;

Диане Керимхановой – Ярославский ГМУ;

Мариам Каграманян – Ярославский ГМУ;

Елене Соколовой – Ярославский ГМУ.

Фотоконкурс
Гран-при – Фотостудии «Мгновение» Тверского ГМУ (руководитель – Г.Шлемская).

1-е место – Ульяне Поповой, Рязанский ГМУ – за триптих «Жизнь – это серьезно!».

2-е место – Софье Ларионовой, Ивановской ГМА – за фотоплакат «Мне это не нравится!».

3-е место – Елене Федосеевой, Ивановской ГМА – за снимки «Куда уходит детство» и «Эйва».

Специальные дипломы:
Екатерине Медведевой, больница № 8, Рязань – за фотопроjekt «Счастье есть!»;



...Ими – восхищался

Елене Черток, Воронежский ГМУ – за серию «Заповедное»;

Марии Селищевой, Тверской ГМУ – за снимок «На всех крыльях в Сочи, на фестиваль!»;

Андрею Черемных, Пермский ГМУ – за серию «Босоногое счастье моё»;

Сергею Жукову, Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова – за серию «Дом в городе»;

Николаю Рыбалко, Красноярский ГМУ – за серию «Мы – за здоровый образ жизни!»;

Артёму Дякиву, Ярославский ГМУ – за серию «Мир, ты прекрасен!».

Почётные грамоты Совета ректоров:
Елене Головенко – Духовщинская центральная районная больница;

Анастасии Ивановой – ООО «Медицина»;

Даяне Окуневой – Ставропольский ГМУ;

Хору Рязанского ГМУ;

Дарье Кузьминой – Тверской ГМУ;

Юлиане Борейша – Первый СПб ГМУ;

Анастасии Поповой – Пермский ГМУ;

Никите Воробьёву – Тверской ГМУ;

Ануш Оганян – Воронежский ГМУ;

Йолдыз Беляевой – Казанский ГМУ;

Ольге Андреевой – Рязанский ГМУ;

Евгений Шумской – Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань.

Призы Минздрава России:
Денису Маркевичу – Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет;

Александре Бессудновой – Тверской ГМУ;

Веронике Гомельской – Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет;

Анне Кузнецовой – Рязанский ГМУ;

Сергею Баранову – Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань;

Евгении Егоровой – Рязанский ГМУ;

Евгении Шумской – городская клиническая больница № 10, Рязань;

Галине Салковой – Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань;

Самиру Ризаеву – Курский ГМУ.

Специальные дипломы «МГ»
Татьяне Котовой – начальнику отдела качества и аудита, художественному руководителю центра культуры и досуга Рязанского ГМУ;

Светлане Бодровой – директору центра культуры и досуга Рязанского ГМУ;

Роману Усачёву и Анастасии Жуковой (бальные танцы), студентам Смоленского ГМУ;

Наталии Щербаковой – режиссёру центра культуры и досуга Рязанского ГМУ;

Елене Наяновой – ведущему инженеру отдела качества и аудита Рязанского ГМУ;

Александру Дорофееву – студенту 1-го курса лечебного факультета Рязанского ГМУ;

Антону Минаеву – студенту 2-го курса лечебного факультета Рязанского ГМУ;

Ирине Качмазовой – студентке 4-го курса лечебного факультета Рязанского ГМУ;

Даниле Кулюкину – студенту медико-профилактического факультета Рязанского ГМУ;

Наталье Волковой – студентке лечебного факультета Рязанского ГМУ;

Елене Головенко – заместителю главного врача Духовщинской ЦРБ Смоленской области;

Александру Иванову – врачу-офтальмологу Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова;

Якобу Ахмедову – студенту педиатрического факультета Рязанского ГМУ;

Александру Терещенко – директору Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктору медицинских наук, заслуженному врачу РФ;

Коллективу вокального ансамбля Россошанской РБ Воронежской области.

Общеконандный зачёт
Рязанский ГМУ – 71 балл.

Первый МГМУ – 30 баллов.

Смоленский ГМУ – 25 баллов.

Воронежский ГМУ – 19 баллов.

Красноярский ГМУ – 19 баллов.

Пермский ГМУ – 16 баллов.

Ярославский ГМУ – 12 баллов.

Кубанский ГМУ – 12 баллов.

Ивановская ГМА – 9 баллов.

Тверской ГМУ – 9 баллов.

С показателями коллективов других вузов можно ознакомиться на сайте Рязанского ГМУ.

Среди средних медицинских учебных заведений 1-е место – у Липецкого медицинского колледжа, 2-е место – у Владимирского, 3-и места – у творческих коллективов Брянского и Ивановского медицинских колледжей.

Среди коллективов, представляющих практическое здравоохранение, победителем фестиваля признана команда Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 34 (2064)

(Продолжение. Начало в № 35 от 19.05.2017.)

Классификация врождённых системно-лёгочных пороков сердца:

1. Тип.

– Простой:

- дефект межпредсердной перегородки
 - дефект межжелудочковой перегородки
 - открытый артериальный проток
 - аномалия лёгочных вен.
- Комбинированный:
- единственный желудочек
 - дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок.

2. Размеры.

– Малый (при дефекте межпредсердной перегородки менее 2 см и дефекте межжелудочковой перегородки менее 1 см).

– Большой (при дефекте межпредсердной перегородки более 2 см и дефекте межжелудочковой перегородки более 1 см).

3. Ассоциированные экстракардиальные аномалии.

4. Статус коррекции порока сердца:

- неоперированный порок;
- частично скорректированный порок (дата)
- спонтанно или оперативно скорректированный порок (дата).

Лёгочная веноокклюзионная болезнь и лёгочный капиллярный гемангиоматоз имеют сходную с ИЛГ морфологическую картину, подобные клинические проявления и гемодинамические характеристики, а также факторы риска, что позволяет причислить их к группе 1.

Группа 2. ЛГ вследствие патологии левых отделов сердца

Поражения левого желудочка или клапанного аппарата левых отделов сердца приводят к повышению давления в левом предсердии, пассивное повышение ДЛА является следствием обратной передачи давления.

Группа 3. ЛГ вследствие заболеваний лёгких и/или гипоксии

Основной причиной развития этой формы ЛГ является альвеолярная гипоксия вследствие хронических болезней лёгких, наличия нарушения дыхания во время сна, пребывания в высокогорье.

Группа 4. Хроническая тромбоэмболическая лёгочная гипертензия

Ранее в эту группу включались различные формы обструкции лёгочных сосудов: эмболы, опухоли, инородные тела.

Группа 5. Лёгочная гипертензия неизвестного или смешанного генеза включает 4 рубрики:

5.1. Гематологические заболевания (миелопролиферативные заболевания, гемолитическая анемия, спленэктомия).

5.2. Системные нарушения (васкулиты, саркоидоз, гистиоцитоз, лимфангиолейомиоматоз, нейрофиброматоз).

5.3. Метаболические нарушения (болезнь Гоше, патология щитовидной железы).

5.3. Другие состояния с сочетанным генезом ЛГ (шистомоз, компрессия лёгочных сосудов, фиброзирующий медиастит, хроническая почечная недостаточность с проведением гемодиализа).

Факторы риска и ассоциированные клинические состояния при ЛГ

Фактор риска (ФР) ЛГ – это любой экзогенный либо эндогенный фактор, состояние или заболевание, которое может играть предрасполагающую роль или способствовать развитию ЛГ. Факторами риска могут быть

фенотипические признаки (возраст, пол), лекарственные препараты, химические вещества, инфекционные агенты и т.д. Термин «ассоциированные состояния» используется для обозначения таких клинических состояний, наличие которых связано со статически достоверным увеличением вероятности развития ЛГ.

Абсолютный риск развития ЛГ при наличии известных ФР достаточно низкий, поэтому индивидуальная чувствительность или генетическая предрасположенность, по-видимому, играет приоритетную роль. Все ФР и ассоциированные состояния можно классифицировать в соответствии со степенью ассоциации с ЛГ и наличия установленной причинной связи (см. табл. 1).

Различают «определённые» ФР ЛГ и ассоциированные состояния, что означает наличие взаимосвязей, подтверждённых несколькими независимыми наблюдениями, включая контролируемые исследования и доказанные эпидемии; «вероятные», о которых свидетельствует ряд не противоречащих друг другу наблюдений, в том числе серии случаев, однако им не приписывается роль установленной причины; «возможные», когда причинно-следственная связь предполагается на основании серии клинических наблюдений, регистров, мнения экспертов; «маловероятные», с наличием которых связывались случаи ЛГ, но в контролируемых исследованиях причинно-следственная связь не была доказана.

Эпидемиология лёгочной гипертензии

Эпидемиологические данные о распространённости ЛГ как в нашей стране, так и в мире в настоящее время отсутствуют. По данным зарубежных наблюдений, при эхокардиографическом скрининге из 4579 больных признали ЛГ (систолическое ДЛА выше 40 мм рт.ст.) выявлялись у 10,5% больных. Из них только 4,2% пациентов имели ЛАГ, 78,7% – ЛГ вследствие патологии левых отделов сердца, 9,7% – ЛГ на фоне патологии лёгких, 0,6% – хроническую тромбоэмболическую ЛГ (ХТЭЛГ), в 6,8% случаев установить диагноз не представлялось возможным.

Группа 1. ЛАГ относится к числу орфанных заболеваний. По эпидемиологическим данным, в общей популяции распространённость ЛАГ составляет 15 случаев заболевания на миллион населения, ИЛГ – 6 случаев заболевания на миллион населе-

ного морфогенеза (bone morphogenic protein receptor-2 (BMPR2)), который принадлежит к семейству трансформирующих факторов роста (transforming growth factor – TGF) и наследуется по аутосомно-доминантному типу с неполной пенетрацией (20%). У больных с ЛАГ на фоне болезни Ослера выявляются мутации генов, кодирующих рецепторы активин-подобной киназы – ALK1 или эндоглина.

Среди ассоциированных форм преобладают случаи ЛАГ вследствие СЗСТ (15,3%), у 11,3% – на фоне врождённых пороков сердца (ВПС), 10,4% – портальной гипертензии, 9,5% – приёма лекарственных препаратов/токсиков, 6,2% – ВИЧ.

Группа 2. У больных с ЛГ на фоне заболеваний левых отделов сердца не обнаруживается генетического субстрата заболевания. Распространённость ЛГ при хронической сердечной недостаточности (ХСН) возрастает по мере нарастания функционального класса (ФК). Признаки ЛГ выявляются у 60% больных с ХСН вследствие систолической дисфункции левого желудочка и до 70%

Диагностика и лечение лёгочной гипертензии

Клинические рекомендации

ния, а заболеваемость ИЛГ – не более 1-2 случаев на миллион населения в год. ИЛГ может возникнуть в любом возрасте независимо от пола и расы. Наиболее часто дебют заболевания отмечается в 20-30 лет у женщин, в 30-40 лет – у мужчин. Согласно данным регистра NIH (Национальные институты здоровья, США), включавшем в 1981-1985 гг. 187 больных в среднем возрасте 36 лет, соотношение женщины/мужчины составило 1,7 : 1,9% пациентов были старше 60 лет, 8% – моложе 20. Средний период от дебюта заболевания до момента установления диагноза составлял около 2 лет. Регистры, выполненные в последние годы, указывают на изменение демографических характеристик. Так, в европейских странах средний возраст больных ИЛГ на момент установления диагноза составил 52 года, соотношение женщины/мужчины – 1,6 : 1. По российским данным, за последнее 10-летие отмечается возрастание соотношения женщины/мужчины до 6,5 : 1. Возраст на момент установления диагноза составляет у больных ИЛГ 31,2 года. Период от дебюта заболевания до момента установления диагноза по-прежнему сохраняется около 2 лет.

В структуре ЛАГ, по данным регистров, на долю пациентов с ИЛГ приходится 39,2% больных, у 3,9% больных имеется семейный анамнез заболевания. При семейных формах ЛАГ в 70% случаев выявляются мутации гена, кодирующего рецептора типа 2 белка кост-

пациентов, имеющих изолированную диастолическую дисфункцию левого желудочка. Распространённость ЛГ при наличии клапанных пороков левых отделов сердца зависит от выраженности дефектов и клинической симптоматики. ЛГ развивается практически во всех случаях поражений митрального клапана и до 65% случаев при стенозе устья аорты.

Группа 3. При ЛГ вследствие патологии лёгких и/или гипоксемии только в одном исследовании у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) описан полиморфизм гена серотонина. Распространённость ЛГ при ХОБЛ при наличии по меньшей мере одной госпитализации вследствие усугубления дыхательной недостаточности составляет до 20% случаев. В развёрнутой стадии ХОБЛ частота ЛГ возрастает (> 50%), однако степень повышения ДЛА обычно небольшая. При интерстициальных заболеваниях лёгких распространённость ЛГ составляет 32-39%. Сочетание лёгочного фиброза и эмфиземы лёгких способствует более частому возникновению ЛГ.

Группа 4. При ХТЭЛГ не обнаруживается генетического субстрата заболевания. Частота развития ХТЭОГ после перенесённой острой тромбоэмболии лёгочной артерии варьируется от 0,5 до 3,8%. Считается, что 50% больных с этой формой ЛГ могут не иметь в анамнезе острой тромбоэмболии лёгочной артерии или тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Группа 5. В эту группу включаются различные формы ЛГ неизвестного или смешанного генеза. Учитывая её гетерогенность, не представляется возможным оценить распространённость и наличие генетического субстрата болезни.

Патогенез ЛГ

В патогенезе заболевания следует выделить 4 основных патофизиологических феномена:

- 1) вазоконстрикция;
- 2) редукция лёгочного сосудистого русла;
- 3) снижение эластичности лёгочных сосудов;
- 4) облитерация лёгочных сосудов (тромбоз in situ, пролиферация гладкомышечных клеток).

До настоящего времени точно не установлены процессы, играющие пусковую роль в развитии патологических изменений в лёгочных сосудах при ЛГ. Современные теории патогенеза ЛГ фокусируются на дисфункции или повреждении эндотелия, приводящей к нарушению баланса между вазоконстриктивными и вазодилатирующими веществами и развитию вазоконстрикции. Освобождение неидентифицированных хемотаксических агентов из повреждённых клеток эндотелия вызывает миграцию гладкомышечных клеток в интиму лёгочных артериол. Секретция локально активных медиаторов с выраженным вазоконстрикторным действием способствует развитию тромбоза in situ, трансформируя состояние лёгочного сосудистого русла

Таблица 1. Факторы риска ЛГ и ассоциированные клинические состояния

| Определённые | Вероятные | Возможные | Маловероятные |
|---|--|--|---|
| Лекарственные препараты и токсины | | | |
| Аминорекс Фенфлурамин Дексфенфлурамин Рапсовое масло | Амфетамин L-триптофан | Метамфетамины Кокаин Химиотерапевтические препараты | Антидепрессанты Оральные контрацептивы Эстрогены Табакокурение |
| Демографические и медицинские условия | | | |
| Пол | Беременность Артериальная гипертензия | - | Ожирение |
| Заболевания | | | |
| Определённые | Вероятные | Возможные | Возможные |
| ВИЧ-инфекция | Портальные гипертензии Заболевания печени Системные заболевания соединительной ткани Врождённые системно-лёгочные шунты | Заболевания щитовидной железы Заболевания крови Состояние после спленэктомии Серповидно-клеточная анемия β-талассемия Хронические миелопролиферативные заболевания Редкие генетические заболевания или болезни обмена Болезнь Гоше Болезнь Фон Гьерка Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Ослера – Вебера) | - |

из обычного антикоагулянтного состояния (вследствие освобождения простаглицина и ингибитора тканевого активатора плазминогена) в прокоагулянтное. В результате образуется порочный круг: повреждение эндотелия неуклонно прогрессирует и приводит к ремоделированию лёгочных сосудов, нарастанию сосудистой обструкции и облитерации. При этом патологические процессы затрагивают все слои сосудистой стенки, различные типы клеток – эндотелиальные, гладкомышечные, фибробласты. В адвентиции отмечается повышенная продукция экстрацеллюлярного матрикса, включая коллаген, эластин, фибронектин и тенасцин. Воспалительные клетки и тромбоциты также играют существенную роль в развитии ЛГ. В плазме крови больных с ЛГ повышены уровни провоспалительных цитокинов, в тромбоцитах нарушается метаболизм серотонина.

При исследовании вазоактивных субстанций была показана повышенная продукция тромбосана и мощного вазоконстрикторного пептида эндотелиального происхождения с митогенными свойствами в отношении гладкомышечных клеток – эндотелина-1, дефицит вазодилатора простаглицина и оксида азота.

У большинства больных с семейной ЛГ, а также у ряда больных со спорадическими случаями ЛГ – ИЛГ выявляется ассоциация с мутациями гена, локализуемого на 2-й хромосоме и кодирующего рецептор типа II к протеину костного морфогенеза. Однако до сих пор не установлена патобиологическая взаимосвязь между генетическими нарушениями и развитием ЛГ. Обращает на себя внимание высокая частота ИЛГ и низкая пенетрация при семейной ЛГ (примерно 20% мутаций приводит к манифестации заболевания), которые указывают на то, что для развития заболевания необходимы дополнительные триггеры.

Это может быть полиморфизм генов, кодирующих NO-синтазу, карбимил-фосфат-синтазу, синтез переносчиков серотонина, или другие стимулы, ответственные за контроль роста лёгочных сосудистых клеток. У отдельных пациентов, а также в семьях с наследственной геморрагической телеангиэктазией (болезнь Осслера – Вебера – Рандю) описаны мутации генов рецепторов фактора некроза опухоли b, активин-подобной киназы 1, эндоглина.

Таким образом, отдельные патобиологические процессы в клетках и тканях больных ЛГ установлены, однако взаимодействия этих механизмов в развитии и прогрессировании заболевания точно неизвестно. Теоретически можно предположить, что наследственная предрасположенность реализуется под воздействием факторов риска, что приводит к изменениям различных типов клеток (тромбоциты, гладкомышечные, эндотелиальные, воспалительные клетки), а также в экстрацеллюлярном матриксе микроциркуляторного русла лёгких.

Дисбаланс между тромботическими, митогенными, провоспалительными, вазоконстриктивными факторами и механизмами обратного действия – антикоагулянтными, антимитогенными, вазодилатирующими, способствует вазоконстрикции и тромбозам, пролиферативному и воспалительным изменениям в лёгочном микроциркуляторном русле. Именно эти механизмы ответственны за развитие и прогрессирование патологических обструктивных процессов в лёгочных сосудах при ЛГ, которые приводят к увеличению лёгочного сосудистого сопротивления, перегрузке и декомпенсации правого желудочка, гибели больных.

Диагностика ЛГ

Стратегия диагностики при ЛГ предполагает проведение комплексного обследования с целью установления диагноза, оценки клинического класса и типа ЛГ, а также оценки функционального и гемодинамического статуса пациентов. Целесообразно выделить следующие этапы диагностического и дифференциально-диагностического процесса (схема 1):

I. Подозрение у больного наличия ЛГ (ЛГ – предварительный диагноз).

II. Верификация диагноза ЛГ.

III. Установление клинического класса ЛГ.

IV. Оценка ЛАГ (тип, функциональная способность).

Схема 1. Этапы диагностики ЛГ.

- I. Подозрение у больного наличия ЛГ
 - клинические симптомы
 - физикальное обследование
 - процедуры скрининга
 - случайные находки.
- II. Верификация диагноза ЛГ
 - ЭКГ
 - рентгенография органов грудной клетки
 - трансторакальная эхокардиография
 - катетеризация правых отделов сердца, тесты на вазореактивность.

III. Установление клинического класса ЛГ

- ФВД
- анализ газового состава артериальной крови

● вентилиционно-перфузионная скinti-графия лёгких

- компьютерная томография
- пульмоангиография.

IV. Оценка ЛАГ:

- тип – анализы крови, иммунология, тест на ВИЧ, УЗИ внутренних органов

● функциональная способность больных – тест 6-минутной ходьбы, кардиопульмональный тест (пиковое потребление кислорода, анаэробный порог).

Этап I. Подозрение на наличие ЛГ (ЛГ – предварительный диагноз)

Клинические признаки и симптомы, указывающие на наличие ЛГ

Все клинические симптомы ЛГ, выявляемые при расспросе и осмотре больных, не являются патогномоничными, что часто затрудняет раннюю диагностику. Спектр клинических симптомов – одышка, слабость, повышенная утомляемость, боли в области сердца, головокружения и синкопальные состояния – обусловлен, главным образом, двумя основными причинами – это нарушенный транспорт кислорода и снижение сердечного выброса. Кроме того, характерными симптомами ЛГ являются кашель и кровохарканье.

На начальном этапе заболевание может протекать бессимптомно, тем не менее одышка при физических нагрузках является наиболее частым симптомом дебюта заболевания.

Одышка инспираторного характера выражена в различной степени: от минимальной, возникающей лишь при значительной нагрузке, до имеющей место даже в покое и при незначительных усилиях. Как правило, с течением болезни одышка прогрессивно нарастает. При этом приступов удушья обычно не наблюдается.

Боли в груди у пациентов ЛГ обычно имеют неопределённый характер: давящие, ноющие, колющие, сжимающие; без чёткого начала, продолжительностью от нескольких минут до суток, усиливаются при физических нагрузках, обычно не купируются приёмом нитроглицерина. У ряда пациентов с ЛГ отмечают типичные приступы стенокардии – интенсивные приступообразные боли сжимающего характера, локализующиеся за грудиной, иногда иррадиирующие в левую лопатку и левую руку, что может маскировать ишемическую болезнь сердца и даже острый инфаркт миокарда.

Боле чем у половины больных ЛГ отмечаются головокружения и обмороки, провоцируемые физической нагрузкой. Обычная продолжительность обмороков – до 2-5 минут, иногда до 20-25. Большинство больных жалуется на сердцебиения и перебои в работе сердца (при этом на ЭКГ злокачественные нарушения ритма, как правило, не регистрируются, чаще – синусовая тахикардия).

Кашель отмечается у трети больных с ЛГ, связан, по-видимому, с застойными явлениями и присоединением воспалительных изменений в лёгких и бронхах. Кровохарканье (до 10% больных с ЛГ) обычно возникает однократно, но может продолжаться несколько дней, связано как с тромбозами в мелкие ветви лёгочной артерии, так и вследствие разрыва мелких лёгочных сосудов в связи с высокой ЛГ.

При физикальном осмотре пациентов с ЛГ наиболее часто выявляется акроцианоз, при длительном течении болезни – изменение фаланг пальцев по типу «барабанные палочки» и ногтей в виде «часовых стёкол», изменение формы грудной клетки у больных с эмфиземой лёгких («бочкообразная» грудная клетка). При развитии правожелудочковой сердечной недостаточности у больных отмечаются набухшие шейные вены, гепатомегалия, периферические отёки, асцит. При аускультации с большой долей вероятности можно установить наличие патологии лёгких и сердца, а также выраженность ЛГ. Характерными аускультативными признаками ЛГ являются акцент II тона над лёгочной артерией, пансистолический систолический шум трикуспидальной недостаточности, шум Грехема – Стилла.

Симптомы, связанные с сопутствующими заболеваниями

Ортопноэ и пароксизмальное нарастание одышки в ночные часы указывает на повышение венозного давления и застойные явления в малом круге кровообращения вследствие поражения левых отделов сердца. Артралгии, кожные проявления, лихорадка и другие симптомы заболеваний соединительной ткани указывают на связь одышки с системными заболеваниями соединительной ткани. Храп и ночное апноэ, связь одышки с нарушениями дыхания во время сна требует проведения полисомнографического исследования.

Симптомы прогрессирования заболевания

Отёки нижних конечностей, асцит, снижение аппетита, выраженная слабость свидетельствуют о дисфункции правого желудочка, нарастании степени трикуспидальной недостаточности. Для оценки динамики течения заболевания и эффективности проводимой терапии необходимо количественно оценивать толерантность к физическим нагрузкам (функциональный класс, тест 6-минутной ходьбы).

Анамнестические сведения

Учитывая установленный генетический аспект ЛАГ, необходимо исключить наличие характерной клинической симптоматики у родственников больного. Следует учитывать потенциальный риск развития ЛАГ при применении лекарственных препаратов, токсинов (аноректики, рапсовое масло), химиотерапии (циклофосфан, блеомицин и др.). Диагноз высоко вероятен у больных с симптомами ЛАГ, возникающими на фоне системных заболеваний соединительной ткани, портальной гипертензии, ВИЧ-инфекции, врождённых пороков сердца со сбросом крови слева направо, венозных тромбозов.

Этап II. Верификация диагноза ЛГ

При обнаружении тех или иных патологических изменений, указывающих на наличие ЛГ, необходимо провести ряд инструментальных методов обследования.

Электрокардиография (ЭКГ) выявляет признаки гипертрофии и перегрузки правого желудочка, дилатации и гипертрофии правого предсердия (p-pulmonale), отклонение электрической оси сердца вправо. Гипертрофия правого желудочка выявляется у 87%, отклонение электрической оси сердца вправо – у 79% больных с ИЛГ. Учитывая, что чувствительность ЭКГ при ЛАГ составляет лишь 55%, а специфичность – 70%, ЭКГ не всегда является методом скрининга в диагностике ЛАГ. У больных с тяжёлой ЛАГ может обнаруживаться неизменённая ЭКГ.

Если изменения на ЭКГ возникают лишь при наличии достаточно выраженной гипертрофии правых отделов сердца, то с помощью векторкардиографии можно диагностировать эти изменения в более ранних стадиях. Фонокардиографическое исследование позволяет не только диагностировать гипертензию или гиперволемию в малом круге кровообращения, но и относительную недостаточность трикуспидального клапана и клапана лёгочной артерии, но и обнаруживать приобретённые и врождённые пороки сердца, вызывающие ЛГ.

Рентгенография органов грудной клетки позволяет уточнить этиологию ЛГ: выявить интерстициальные заболевания лёгких, приобретённые и врождённые пороки сердца, а также судить о тяжести ЛГ. Основными рентгенологическими признаками ЛГ являются выбухание ствола и левой ветви лёгочной артерии, которые формируют в прямой проекции II дугу по левому контуру сердца, расширение корневой лёгких, увеличение правых отделов сердца. У 90% больных ИЛГ на момент установления диагноза, у больных с мягкой ЛГ вследствие заболевания левых отделов, при ЛВОБ рентгенологическая картина лёгких и сердца может быть не изменена. У большинства больных ИЛГ отмечается повышение прозрачности лёгочных полей на периферии за счёт обеднения лёгочного рисунка.

Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) считается наиболее ценным неинвазивным методом диагностики ЛГ, так как не только позволяет оценить уровень ДЛА, но и даёт важную информацию о причине и осложнениях ЛГ. С помощью этого метода можно исключить поражения митрального, аортального клапанов, болезни миокарда, ВПС с шунтированием крови слева направо, приводящие к развитию ЛГ.

У пациентов с ЛГ выявляется расширение полости правого предсердия и правого желудочка (ПЖ), утолщение передней стенки ПЖ, изменяется характер движения межжелудочковой перегородки: в систолу она смещается «парадоксально» в сторону правого желудочка.

Доплерография позволяет измерить скорость кровотока в сердце, что, в свою очередь, даёт возможность неинвазивно определить ДЛА. Наиболее тесная корреляция между расчётным и «прямым» измерением систолического давления в лёгочной артерии была получена при определении величины систолического давления в лёгочной артерии по степени трикуспидальной регургитации с помощью непрерывно-волнового метода. При отсутствии обструкции выносящего тракта правого желудочка по степени трикуспидальной регургитации можно расчётным путём определить величину систолического давления в лёгочной артерии (СДЛА) с помощью модифицированного уравнения Бернулли: $\Delta P = 4V^2$, где ΔP – градиент давления через трёхстворчатый клапан, V – скорость трикуспидальной регургитации в м/с.

Для подсчёта СДЛА методом определения градиента давления через трикуспидальный клапан к градиенту должно быть добавлено давление в правом предсердии (ДПП). По современным рекомендациям СДЛА определяют с учётом давления в нижней полой вене (НПВ) и её коллабироваия на вдохе. Исследование НПВ позволяет объективизировать явления застоя крови в большом круге кровообращения, а также косвенно оценить уровень систолического давления в правом предсердии, то есть центрального венозного давления (ЦВД).

Исследование проводят из субкостального доступа, датчик устанавливают под мечевидным отростком и ориентируют в позиции длинной оси НПВ. Диаметр НПВ уменьшается на глубоком вдохе, когда отрицательное давление в грудной клетке ведёт к увеличению наполнения ПЖ из системных вен. Диаметр НПВ и процент уменьшения диаметра во время вдоха коррелируют с ДПП. У здорового человека при нормальном ДПП, равном обычно 5 мм рт.ст., диаметр НПВ меньше 1,7 см, и он спадается после глубокого вдоха более чем на 50%.

При наличии правожелудочковой недостаточности, повышении конечно-диастолического давления в ПЖ и ДПП, наблюдается затруднение притока крови к сердцу. Поэтому коллабироваия НПВ во время вдоха существенно уменьшается, что является показателем застоя крови в венах большого круга кровообращения и свидетельствует о повышении ДПП (ЦВД). Дилатация НПВ более 1,7 см при нормальном респираторном коллапсе более 50% предполагает среднее увеличение давления в ПП (6-10 мм рт.ст.). Если респираторный коллапс менее 50%, давление в ПП составляет от 10 до 15 мм рт.ст. Наконец, дилатация НПВ без коллапса на вдохе предполагает значительное увеличение давления в ПП более 15 мм рт.ст. Напротив, уменьшение диаметра НПВ (обычно менее 1,2 см) со спонтанным коллабироваием часто наблюдается при уменьшении ОЦК.

При определении воспроизводимости следует обратить внимание на достаточно значимую ошибку при расчёте СДЛА (4,9-8 мм рт.ст.) методом определения градиента давления через трикуспидальный клапан. Такие погрешности могут только отчасти приписываться неодновременности инвазивных и доплеровских исследований или субъективности скоростных измерений. Воспроизводимость измерения СДЛА через трикуспидальный клапан зависит в основном от качества записи доплеровского спектра.

Систолическое давление в правом желудочке у здоровых людей в возрасте 1-89 лет составляет 28 ± 5 мм рт.ст. (15-57 мм рт.ст.) и увеличивается с возрастом и повышением индекса массы тела. Трикуспидальная регургитация определяется у большинства больных с ЛГ (74%). В исследованиях установлена корреляционная связь (0,57-0,93) между давлением, измеренным при ЭхоКГ и во время катетеризации правых отделов сердца и лёгочной артерии.

Внутривенное введение физиологического раствора позволяет определить открытое овальное окно, ДМПП типа венозного синуса. Для подтверждения наличия открытого овального окна или небольшого ДМПП, оценки его точного размера требуется проведение чреспищеводной ЭхоКГ.

Оценка гемодинамики

Катетеризация правых отделов сердца (КПОС) должна проводиться всем больным ЛАГ для подтверждения диагноза, оценки тяжести, решения вопроса о выборе патогенетической терапии и оценки её эффективности. Рекомендуется повторять КПОС для подтверждения клинического ухудшения, для решения вопроса о необходимости назначения комбинированной терапии.

На этапе верификации диагноза КПОС проводится для оценки тяжести гемодинамических нарушений и проведения тестов на вазореактивность. Необходимо оценивать следующие параметры: давление в правом предсердии, давление в лёгочной артерии (систолическое, диастолическое, среднее), давление заклинивания в лёгочной артерии (ДЗЛА), сердечный выброс (методом термодилуции или методом по Фику в случаях наличия системно-лёгочных шунтов), АД, лёгочное и системное сосудистое сопротивление, насыщение кислородом артериальной и венозной крови (а также крови из верхней полой вены при системно-лёгочных шунтах). ЛАГ определяется при среднем давлении в лёгочной артерии более 25 мм рт.ст. в покое и более 30 при нагрузке, давлении ДЗЛА менее 15 мм рт.ст., ЛСС более 3 мм рт.ст./л/мин. (единицы Вуда). Катетеризация левых отделов сердца необходима в редких случаях, когда не удаётся измерить ДЗЛА.

(Продолжение следует.)

Ожирение представляет собой одну из важнейших проблем современной медицины и здравоохранения. Эта проблема актуальна независимо от социальной и профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола. И если в средние века ожирение считалось признаком высокого социального статуса, то сегодня ситуация изменилась в корне и ожирение рассматривается как серьёзное хроническое заболевание, требующее серьёзного комплексного лечения.

Современные аспекты фармакотерапии ожирения стали основной темой заседания Национального совета экспертов, состоявшегося в апреле в Москве. Собственным опытом и анализом полученных данных терапии избыточной массы тела и ожирения мы попросили поделиться участника этого мероприятия, заместителя директора Института клинической эндокринологии Эндокринологического научного центра Минздрава России, доктора медицинских наук, члена-корреспондента РАН Екатерину ТРОШИНУ.

– Ожирение называют эпидемией нашего столетия. Это глобальная, многогранная проблема, которая наряду со здоровьем и эстетикой включает вопросы экономического, социального, демографического характера. Экономический ущерб мировой экономике, обусловленный ожирением, огромен, он обусловлен прямыми и косвенными расходами в области лечения, реабилитации, профилактики заболеваний.

В бытовом понимании ожирение прежде всего связано с эстетическими проблемами. Но по мере развития этого состояния человек начинает задумываться о своём здоровье. С позиции врача эта проблема в первую очередь медицинская, поскольку ожирение приводит к массе метаболически ассоциированных нарушений в жизнь конкретного пациента и является хроническим заболеванием.

Согласно последним данным Всемирной организации здравоохранения, которые согласуются с отечественной статистикой, 30% женщин, проживающих на территории нашей страны, имеют избыточный вес или ожирение. Мужчины не сильно отстают в этом плане от слабого пола: каждый пятый из них (20%) также имеет проблемы с лишним весом. С каждым годом ситуация всё более ухудшается, ожирение «молодеет»: по данным ЭНЦ, около 13% подростков в РФ имеют избыточный вес.

Сегодня в отношении ожирения существует масса предрассудков. Очень многие люди считают, что полнота передаётся по наследству. На самом деле генетически обусловленное ожирение встречается только в 6-8% случаев, а в остальном оно связано с низким уровнем физической активности и неправильным питанием, либо развитием патологических состояний, таких как эндокринопатии.

Ещё один распространённый предрассудок – ожирение нельзя побороть, любые попытки похудеть обязательно потерпят фиаско. В этой связи люди не настроены на длительные, системные действия, направленные на снижение массы тела. Они не понимают, что ожирение – серьёзное хроническое заболевание, с которым придётся долго и упорно бороться. Но проявить настойчивость не так-то просто, многие уповают на некую чудодейственную таблетку, которая поможет им раз и навсегда избавиться от лишних килограммов. Но ни один из ныне существующих лекарственных препаратов не решит этой проблемы без изменения образа жизни и диеты. Лекарство может помочь, сдвинуть с мёртвой точки ряд физиологических процессов, но если при этом человек будет по-прежнему проводить свой досуг на диване, объедаясь плюшками, он никогда не похудеет.

Другой распространённый аргумент – отсутствие достаточных средств на ведение здорового образа жизни. Мол, это мне не по

Авторитетное мнение

Болезнь нашего времени

Эксперты обсудили современные подходы к терапии ожирения

карману, денег хватает только на самые недорогие продукты – макароны, картошку и хлеб. Но когда мы вместе с пациентом начинаем анализировать дневник питания, выясняется, что возможность разнообразить свой рацион можно найти всегда, независимо от уровня доходов.

Определяющими в этом плане являются пищевые пристрастия, которые сложились в семье. Известно, что все наши привычки формируются в детстве. К примеру, если родители курят – ребёнок, когда станет взрослым, вероятнее всего, тоже будет курить. Понятно, что дети не могут сами себе выбирать и покупать еду, за них это делают родители. Таким образом, формируется пищевое поведение, которое передаётся из поколения в поколение.

Если смотреть на ожирение с медицинской точки зрения, то это болезнь эндокринной системы.

медицинскую помощь в амбулаторном звене, ведь такой больной должен регулярно посещать врача и быть с ним в постоянном контакте. В идеале такую функцию мог бы взять на себя семейный врач.

Другой важный момент – мотивация к лечению. К сожалению, в большинстве ситуаций людям сложно себя заставить изменить привычный образ жизни, отказаться от любимых привычек. Вкусно поесть – это самый простой способ получить удовольствие. И именно эта «радость» остаётся с человеком до конца его жизни, в отличие от других, которые с возрастом и в силу физиологических причин становятся недоступными.

Как правило, в жизни человека должно что-то произойти, чтобы он задумался о своём здоровье. У всех эти мотивации могут быть разные: кто-то влюбился и хочет стать более привлекательным и красивым, кто-то заболел диабетом

звать у данной категории больных. Один из них – центрального типа действия, действующее вещество препарата – сибутрамин. Другой оказывает влияние на желудочно-кишечный тракт, блокируя фермент липазу, в его основе действующее вещество орлистат. И, наконец, третий препарат, который недавно был зарегистрирован в РФ, – лираглутид 3 мг (Саксенда), представляющий собой аналог глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1). Он является инновационным лекарственным средством и сегодня доступен нашим пациентам.

Саксенда оказывает влияние сразу на несколько механизмов. Как известно, ГПП-1 является физиологическим регулятором аппетита и потребления пищи. Лираглутид имеет рецепторы во многих органах и системах человека, но самое главное, что он имеет их в головном мозге, то есть препарат может оказывать центральное

действие года пациентам, получавшим препарат Саксенда, удалось снизить вес на 9,2%, что, безусловно, является клинически значимым и более выраженным по сравнению с пациентами, получавшими плацебо и находящимися на диете. Кроме того, результаты применения лираглутида 3 мг позволяют сказать о том, что препарат эффективен как в плане снижения веса, так и риска осложнений ожирения, прежде всего развития сахарного диабета 2-го типа. На фоне приёма лираглутида 3 мг происходит перераспределение жировой ткани, у людей меняется фигура, появляется талия, что является дополнительным психологическим стимулом к продолжению лечения и закреплению полученного результата.

Что очень важно, данный препарат обладает высокой степенью безопасности и незначительным спектром побочных эффектов. На начальных стадиях его применения человек может испытывать лёгкую тошноту, головокружение, но это транзиторные побочные эффекты, которые проходят достаточно быстро.

Для лечения ожирения лираглутид применяется в дозе 3 мг в день. Препарат Саксенда вводится ежедневно в виде подкожных инъекций. Начальная доза составляет 0,6 мг/сутки с постепенным увеличением до терапевтической дозы 3 мг/сутки. Сегодня опубликованы данные о безопасности и эффективности длительной терапии ожирения лираглутидом.

Но ещё раз повторюсь – чтобы был эффект от терапии, пациент должен стать активным участником процесса лечения. Самое главное, должно прийти осознание, что ожирение – это болезнь, и её надо лечить. И не стоит искать чудодейственных рецептов по знакомым, соседям, перерывать горы литературы и заниматься самолечением, а стоит просто взять и записаться на приём к терапевту. В зависимости от ситуации врач может направить такого пациента к профильным специалистам.

Обязательно надо проконсультироваться у эндокринолога, и такую квалифицированную помощь можно получить в специализированных центрах, в том числе в Эндокринологическом научном центре Минздрава России, который является головным учреждением страны в данной области. В рамках центра создан и функционирует отдел терапевтической эндокринологии, в который входит группа по лечению ожирения, действует школа для пациентов с ожирением. Кроме того, немало частных медицинских клиник имеют в своём штате эндокринолога, диетолога и психолога, а иногда и комплексные программы по снижению веса.

Остаётся добавить, что фармакотерапия лекарственными средствами для лечения ожирения, в частности Саксенда, является важнейшим компонентом оптимального подхода к снижению и длительному поддержанию массы тела. К настоящему времени разработаны Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. В процессе обновления находятся Национальные клинические рекомендации по ведению больных с ожирением, и мы уверены, что лираглутид 3 мг (Саксенда) займёт достойное место в алгоритме лечения этой сложной мультидисциплинарной проблемы.

Записала
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Статья подготовлена при поддержке Ново Нордиск – глобальной фармацевтической компании в области лечения сахарного диабета и ожирения.



Перед началом заседания – фото на память

Как мы знаем, жировая ткань является уникальным эндокринным органом, это акцептор и продуцент очень многих биологически активных веществ и гормонов. В силу большой распространённости проблемы, такими пациентами должна заниматься полипрофессиональная команда. Главная роль в ней отводится эндокринологу, но рядом с ним должны быть другие специалисты: диетолог, психолог, а иногда и психиатр, врач общей практики, гастроэнтеролог, бариатрический хирург.

Тем не менее во врачебном сообществе отношение к проблеме ожирения порой бывает достаточно поверхностным. Зачастую пациенты с избыточным весом получают рекомендации общего характера: меньше есть и больше двигаться. То есть и сами врачи не всегда относятся к ожирению как к болезни и, к сожалению, оставляют без внимания осложнения, возникающие у тучных пациентов. Прежде всего это артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет 2-го типа, болезни желудочно-кишечного тракта и суставов, нарушения репродуктивного здоровья, некоторые виды злокачественных опухолей, то есть целый каскад проблем, который тянет за собой эта ситуация.

Основные трудности лечения ожирения связаны с тем, что такие пациенты требуют длительной терапии и наблюдения со стороны команды специалистов. Но в современных условиях достаточно сложно организовать подобную

и наконец решил собой заняться, кого-то из-за внешнего вида не взяли на работу и т.д. И основная роль врача в данной ситуации – найти тот самый «ключик», который заставит человека отнестись к себе серьёзно.

Одним из наиболее распространённых показателей для оценки степени ожирения является индекс массы тела. В случае если у пациента этот показатель 27 кг/м² и более, а также имеется хотя бы одно из связанных с ожирением осложнений, то ему наряду с изменением образа жизни и коррекцией питания показано медикаментозное лечение.

В настоящее время на российском фармацевтическом рынке имеется три лекарственных препарата, которые мы можем исполь-

действие, модифицируя пищевое поведение.

Кроме того, лираглутид стимулирует секрецию инсулина и уменьшает неоправданно высокую секрецию глюкагона глюкозозависимым образом, а также улучшает функцию бета-клеток поджелудочной железы, что приводит к снижению концентрации глюкозы натощак и после приёма пищи. Этот механизм важен в первую очередь для пациентов с нарушением углеводного обмена, например с предиабетом.

В общемировой практике клинический опыт применения лираглутида 3 мг составляет 3-4 года, в России препарат применяется в течение 1,5 лет – сначала в ходе клинических исследований, а затем в реальной клинической практике. Согласно имеющимся данным, в те-

Цифры и факты

По данным Всемирной организации здравоохранения, ожирение достигло масштабов пандемии: порядка 1,9 млрд взрослых (18 лет и старше) имеют избыточный вес. Из них примерно 600 млн имеют ожирение (индекс массы тела больше 30).

* * *

При ожирении необходима длительная долгосрочная терапия, оно связано со множеством сопутствующих заболеваний, таких как: сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа, синдром ночного апноэ, болезни ЖКТ и суставов, некоторые виды рака.

* * *

Снижение массы тела на 5-10% может обеспечить улучшение состояния пациентов с сопутствующими заболеваниями, связанными с ожирением, а именно: нормализацию углеводного обмена, улучшение профиля липидов крови, снижение артериального давления, уменьшение выраженности синдрома апноэ во сне.

Деловые встречи

Сибирский опыт ценнее заокеанского

Это не вызвало сомнений у видных хирургов

На прошедшем в Нью-Йорке и Бостоне конгрессе Американской ассоциации торакальных хирургов «AATS Week 2017» российские специалисты представили собственный опыт лечения пациентов с тяжёлыми формами сердечной патологии.

Одним из ключевых событий конгресса был форум, посвящённый проблемам патологии митрального клапана и собравший ведущих мировых экспертов в данной теме. Руководитель центра новых хирургических технологий Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина доктор медицинских наук Александр Богачёв-Прокофьев представил зарубежным коллегам новую технологию лечения пациентов с пороками митрального клапана и абляции ганглионарных сплетений лёгочной артерии.

Особенностью России является то, что у нас больных с митральными пороками сердца, осложнёнными высокой лёгочной гипертензией, больше, чем в других странах мира. Из их числа около 70% страдают ревматическими пороками сердца, и только 30% – пациенты с дисплазией соединительной ткани, что позволило нам накопить достаточно



В операционной Сибирского биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина

большой опыт выполнения операций с использованием данной технологии, – говорит А.Богачёв-Прокофьев.

Выступая на другом форуме конгресса, где обсуждались современные достижения в области кардиоторакальной хирургии, представитель биомедицинского исследовательского центра рассказал о достигнутых здесь результатах лечения пациентов с фибрилляцией предсердий при одномоментных кардиохирургических вмешательствах. В центре им. Е.Н.Мешалкина начали заниматься проблемой фибрилляции

предсердий с 2004 г., но толчок развитию данного направления произошёл в 2007 г. с появлением технологий радиочастотной абляции и криодеструкции.

– К настоящему времени нам удалось выйти на уровень 200 операций в год. Здесь накоплен опыт лечения уже более 900 пациентов с положительными отдалёнными результатами. Мы оказываем хирургическую помощь 90% пациентов, страдающих такими формами нарушения ритма, при которых требуется открытая операция на сердце. Противопоказанием является

только самый преклонный возраст. Между тем, в США только 60% пациентов с фибрилляцией предсердий, которым требуется открытое кардиохирургическое вмешательство, выполняют одномоментное восстановление ритма, – комментирует А.Богачёв-Прокофьев.

По словам кардиохирурга, результаты работы новосибирского биомедицинского центра вызвали большой интерес и оживлённую дискуссию зарубежных коллег.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Сотрудничество

Гибридные технологии становятся ближе

Наши кардиохирурги подружились в Китае

Недавно делегация врачей из Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского в составе руководителя отдела хирургии сердца и сосудов профессора Александра Осиева, ведущего научного сотрудника отделения кардиохирургии доктора медицинских наук Михаила Мартакова, детского кардиолога Альфии Дроздовой посетила госпиталь города Ченгджоу Китайской Народной Республики.

Целью визита явилось ознакомление с новой методикой в лечении врождённых пороков сердца – гибридные технологии. Эти методики позволяют объединить в себе достоинство эндоваскулярных методов лечения врождённых пороков сердца с применением миниинвазивных



Слева – А.Осиев, справа – М.Мартаков, в центре – их коллега, профессор Пенг из Китая, детский кардиохирург

доступов, что позволяет оперировать детей, начиная с грудного возраста, с дефектом межжелудочковой перегородки как любой локализации, так и любого размера дефекта.

В программу визита вошла совместная научно-практическая конференция в госпитале Ченгджоу, где с докладами выступили руководитель отделения детской кардиохирургии профессор Пенг и профессор А.Осиев. Практическая часть состояла в изучении методики проведения гибридных вмешательств, причём М.Мартаков принял участие в нескольких операциях по коррекции дефектов межжелудочковой перегородки, а А.Дроздова – в ведении эхокардиографического мониторинга и протокола анестезиологического пособия.

В заключительный день посещения госпиталя на совместной конференции профессор А.Осиев выразил глубокую признательность китайским коллегам и уверенность, что данная методика займёт своё достойное место в арсенале кардиохирургов МОНИКИ и значительно оптимизирует помощь детям с врождёнными пороками сердца.

Наиля САФИНА,
спец. корр. «МГ».

Москва – Ченгджоу.

Новые подходы

Тепловой шок против сепсиса

Учёные выдвигают смелую гипотезу

Исследователи сразу нескольких российских академических научных институтов работают над созданием препарата для лечения больных сепсисом. Речь идёт о принципиально новом подходе к терапии этого жизнеугрожающего заболевания: одновременно разрабатываются не просто уникальный противовоспалительный препарат на основе белка теплового шока человека, но и особый способ его адресной доставки. В реализации проекта принимают участие сотрудники Института биофизики клетки, Института молекулярной биологии, Института теоретической и экспериментальной биофизики и больницы Пущинского научного центра.

Как поясняют авторы исследования, роль скоро причиной смерти при грамотрицательном сепсисе является эндотоксинальный шок, при котором грамотрицательные бактерии взаимодействуют с фагоцитами крови и вызывают воспалительный ответ, появилась идея противопоставить данной цепочке процессов «природные» способности белка теплового шока (БТШ70). Основной стрессовый высококонсервативный белок теплового шока БТШ70 играет важную роль как при воспалительных процессах, тепловом стрессе, ишемии, травмах, высокой физической нагрузке, ультрафиолетовом облучении, бактериальной инфекции, так и в организме здорового человека. БТШ70 необходим для поддержания клеточных функций и помогает вновь синтезированным в клетке белкам правильно сворачиваться.

Российские учёные выдвинули гипотезу, что БТШ70 может быть использован в качестве агента, который защищает отдельные клетки и организм в целом от действия бактериальных патогенов. Результаты совместных экспериментов Института молекулярной биологии РАН и Института биофизики клетки РАН показали состоятельность данного предположения: человеческий белок теплового шока снижает продукцию активных форм кислорода, фактора некроза опухоли, фагоцитов крови и макрофагов, вызванную действием бактериальных эндотоксинов. А в Институте молекулярной биологии им. В.А.Энгельгардта уже разработан метод получения высокоочищенного БТШ70.

Вторым этапом исследований стал поиск возможности адресной доставки лекарства. Для эффективной «транспортировки» белков и других биологически активных соединений в клетки наиболее перспективным вариантом учёные считают использование биodeградируемых капсул, оболочка которых постепенно распадается в клетках благодаря действию внутриклеточных ферментов. Авторы проекта уже доказали возможность доставки БТШ70 в клетки врождённого иммунитета с помощью полиэлектролитных микрокапсул. По словам старшего научного сотрудника лаборатории цитотехнологии Института теоретической и экспериментальной биофизики РАН Людмилы Шабарчиной, инкапсулированный белок обладает рядом преимуществ перед неинкапсулированным: это и возможность доставить биологически активные вещества строго по указанному адресу, и пролонгированный выход из микрокапсул, а также защита белка от разрушения и сорбции в биологических жидкостях организма «по пути» к клеткам. Всё это обеспечивает высокую точность попадания защитного стрессового белка в цель и эффективность терапии сепсиса.

Елена СИБИРЦЕВА.

Осмелимся перефразировать знаменитое высказывание Михаила Ломоносова применительно к теме данной статьи: «Российское могущество прирастает будет интеллектом». Судя по названиям и тематике докладов, которые прозвучали на Фестивале молодёжной науки-2017 в Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, наша страна преодолела не только экономический, но и интеллектуальный кризис. Нынешнее поколение студентов-медиков делает заявку на серьёзное место в российской и мировой науке.

Это заключение отнюдь не умозрительное. На Московском международном салоне «Образование-2017» директор наукометрического центра Высшей школы экономики Иван Стерлигов сообщил, что за последние 5 лет отечественные университеты обогнали Российскую академию наук по числу публикаций в ведущих мировых журналах. Старт Проекта 5-100, направленного на повышение конкурентоспособности российских высших учебных заведений, оказался для них действительно серьёзным стимулом. Настолько серьёзным, что, по выражению представителя ВШЭ, произошёл «сдвиг фокуса исследований с академических институтов на вузы».

«Врождённая» тяга к науке

Красноярский медуниверситет из числа тех высших учебных заведений, которые не просто показывают растущую публикационную активность, но в принципе являются центром медицинской науки в своём регионе.

– Так сложилось исторически, что в Красноярском крае всего один академический институт медицинского профиля, и у того довольно узкий спектр научных тематик. Поэтому, по сути, вся исследовательская деятельность в области фундаментальной и прикладной медицины традиционно велась и ведётся именно в нашем университете. Понимая столь важную роль вуза, его руководство всегда прилагало немало усилий к тому, чтобы центральная научно-исследовательская лаборатория университета была оснащена именно так, как надлежит быть оснащённой хорошей лаборатории академического НИИ для проведения серьёзных исследований и получения высоких результатов, – говорит проректор КрасГМУ по научной работе, доктор медицинских наук, профессор Марина Петрова.

Итог этих усилий очевиден: количество статей, подготовленных профессорами, научными сотрудниками и аспирантами КрасГМУ и опубликованных в высокорейтинговых отечественных и зарубежных журналах, учитываемых поисковыми платформами Web of Science и Scopus, значительно выросло и в совокупности за последние 5 лет составило 440. Отличный результат к 75-летию юбилею, который Красноярский медуниверситет отмечает в 2017 г.

По словам ректора КрасГМУ, доктора медицинских наук, профессора Ивана Артюхова, для стимулирования публикационной активности в равной степени важны как моральные, так и материальные мотиваторы. А объективизировать оценку персональной деятельности каждого сотрудника и его вклад в общее реноме университета позволяет рейтинговая система, в которой, конечно же, учитываются количество и периодичность научных публикаций, а также индекс Хирша.

Традиционные для КрасГМУ направления исследований – нейронаука, кардиоваскулярная патология, пульмонология, стоматология, хирургия. По каждому из этих направлений создан научно-образовательный центр (НОЦ). На стыке фундаментальной и прикладной наук рождаются новые медицинские технологии, оборудование и лекарственные препараты, внедрением которых в практику занимается НОЦ трансляционной медицины.

– Поистине прорывные современные технологии для здравоохранения рождаются на пересечении разных наук. Поэтому надо быть объективными: в сотрудничестве с академическими институтами вузы смогут показывать ещё более высокие результаты научной работы. Что касается Красноярского медуниверситета, у нас ведутся совместные проекты с Институтом биофизики СО РАН, Институтом физики им. Л.В.Киренского СО РАН, Институтом химии и химической технологии СО РАН. Нам не

Ориентиры

Прирастать интеллектом

В идеале заниматься наукой полезно всем студентам-медикам



Студенты КрасГМУ выполняют исследования в области экспериментальной нейробиологии и нейрохимии

хотелось бы противопоставлять университет Российской академии наук – напротив, мы очень заинтересованы в сотрудничестве. Убеждён: мерить рейтингами, показателями публикационной активности и прочими наукометрическими индикаторами, чтобы доказать преимущества той или иной формы организации научной деятельности, – непродуктивный путь. Для того, чтобы Россия стала мировым интеллектуальным лидером и закрепила за собой этот статус, необходимо объединение потенциалов академической и вузовской наук, – считает И.Артюхов.

СНО как путёвка в жизнь

Какое место в вузовской науке занимает «студенческая» наука? Можно ли в принципе всерьёз воспринимать исследовательскую деятельность студентов, или это просто «игра в учёных» для разнообразия учебного процесса?

– Однозначно это не игра. Более того, отделять студенческую науку от вузовской с каждым годом становится сложнее, поскольку каждое следующее поколение студентов нашего университета выполняет всё более сложные исследования как по тематике, так и по набору используемых технологий. Даже если ему поручен лишь фрагмент какого-то большого научного проекта, студент выполняет его на реальном клиническом материале либо в условиях реальных экспериментов, и по готовому материалу вы не увидите грани

между наукой «студенческой» и наукой «настоящей». Именно поэтому работы красноярских студентов-медиков неизменно оказываются в числе лучших на межвузовских конкурсах научных работ. С начала этого года представители Красноярского медуниверситета уже 15 раз становились победителями или призёрами таких конкурсов, – вступает в разговор руководитель НОЦ «Молодёжная наука» КрасГМУ, доктор медицинских наук, профессор Надежда Маркелова.

Понятно, что все студенты заниматься наукой не могут, это объективно: по-настоящему увлечённых научным поиском и к тому же одарённых всего процентов 20

и являются создателями ведущих научных школ: конкурс лучших гуманитарных студенческих работ имени профессора А.Н.Орлова, конкурс студентов и молодых учёных «Молодой организатор здравоохранения» имени профессора В.К.Сологуба, конкурс лучших студенческих работ в области неврологии, нейрофизиологии и нейрорегенетики «Лучшая научная идея» имени профессора В.А.Руднева, конкурс лучших хирургических студенческих работ имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, конкурс лучших терапевтических студенческих работ имени профессора В.А.Опалёвой-Стёганцевой, «Лучший молодой учёный Крас-

проходил на кафедрах, при этом каждая кафедра имела право подать на секцию не более 5 докладов. В результате студенческие научные работы, которые были представлены на секциях, а затем как лучшие в своих направлениях участвовали в именных конкурсах, выполнены на высоком уровне.

– Об огромном интересе наших студентов к занятиям наукой говорит хотя бы тот факт, что в этом году в программе фестиваля была 231 статья, и это уже после жёсткого кафедрального отбора. А изначально количество поданных заявок по всем тематикам от фундаментальных наук до организации здравоохранения было в 5-6 раз

больше, – продолжает профессор Н.Маркелова.

Ещё одной новацией фестиваля науки в КрасГМУ стали конкурс сложных клинических случаев и конкурс популяризаторов науки. По словам организаторов, конкурс сложных клинических случаев впервые провели здесь 3 года назад, и он сразу оказался едва ли не самым популярным у студентов. Участники представляют на суд жюри реальные случаи из их собственной медицинской практики. Конечно, студенты вели сложных пациентов не самостоятельно, а вместе с кураторами, но они принимали активное участие и в постановке диагноза, и в выборе лечебной тактики, а затем описывали ситуацию в своих научных исследованиях.

Второй новый конкурс фестиваля – Science Slam, то есть рассказ о науке доступным языком.

– Мы готовим студентов к тому, что науку можно и нужно популяризировать, то есть уметь рассказать о сложных явлениях простым и понятным всем языком. Сыпать умными словами в аудитории, которая не имеет соответствующего образования, не считать нужным объяснять людям суть твоей исследовательской работы, – это дурной тон и снобизм, а вовсе не доблесть учёного. Точно так же это умение необходимо врачу: нельзя пренебрегать желанием пациента понять природу его болезни, а также содержание и смысл назначенного ему лечения. Мы абсолютно уверены, что популяризация не унижает науку и учёного, медицину и врача, а напротив, укрепляет их авторитет в глазах общества. Кроме того, для будущих клиницистов умение общаться с любой аудиторией – важнейший навык, поэтому конкурс Science Slam поднимает и вторую задачу: он даёт нашим студентам опыт коммуникации, так как свои научные лекции они читают при полном зале зрителей, – подчёркивает ректор КрасГМУ Иван Артюхов.

На вопрос, имеет ли интерес молодёжи к занятиям наукой параболическую форму, то есть следует ли за всплеском ожидать его снижения, мои собеседники ответили: на протяжении последних 20 лет никаких признаков угасания интереса студентов к науке не заметно. Вот они – будущие выдающиеся учёные, преподаватели вузов и лидеры российской медицины – сидят в студенческих аудиториях. Их просто нужно заметить, заинтересовать и создать им условия для реализации исследовательского потенциала.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

от общего числа. Но именно эти молодые исследователи затем становятся элитой российской медицины, идут в большую науку и являются основным резервом профессорско-преподавательского состава университетов. А потому любые усилия по организации всех процессов в «студенческой» науке не могут считаться напрасными.

Во всяком случае, в КрасГМУ это – абсолютная истина. Студенческие научные общества существуют здесь с 1943 г., то есть они появились уже через год после образования самого университета (тогда он был институтом. – авт.). В самый разгар войны, когда не то что до победы, но даже до перелома было ещё далеко, здесь уже думали о будущем российской медицинской науки и готовили молодых исследователей.

Быть умником, но не снобом

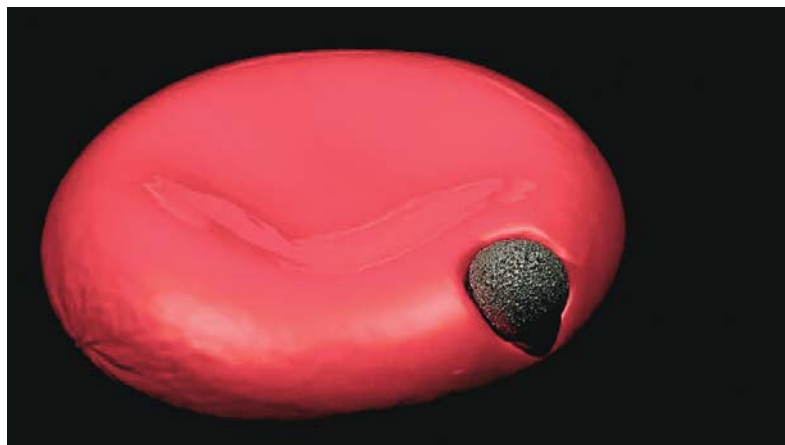
Традиция ежегодного Фестиваля молодёжной науки существует в российских медицинских вузах давно, но у каждого учебного заведения это мероприятие имеет особенности. Какие они у КрасГМУ?

– Нашим фирменным знаком являются именные конкурсы на лучшую научную студенческую работу по определённому направлению медицинской науки. В рамках фестиваля вузовской науки проводятся 9 таких конкурсов, названных в честь выдающихся учёных, которые работали в университете

Выводы

Малярия и эритроцит

О валиновой замене, приводящей к саркоме у крыс (Rat sarcoma), поэтому мутантный протеин назвали сокращённо Ras), стали говорить в начале 80-х годов. Позже выяснилось, что ген Ras мутирован чуть ли не в половине опухолей человека. Интерес к данной замене был связан и с тем, что замену на валин в одной из двух цепей гемоглобина открыли ещё в начале 50-х. Она, как известно, приводит к серповидно-клеточной анемии (СКА), при которой появляются клетки, имеющие форму лунного серпа.



Чёрный плазмодий и красный эритроцит

Валиновая замена в гемоглобине является природным генетическим механизмом защиты от тропической малярии (у африканцев с одним мутантным геном число эритроцитов в малярийными плазмодиями внутри оказывается раз в 10 меньше). В полном соответствии со школьными законами Менделя четверть людей с двумя мутантными генами, доставшимися от отца и матери, погибают от СКА, но зато 50% оказываются защищёнными от малярии, развитие которой постепенно приводит к поражению мозга и иммунодефициту (обо всём этом уже писала «МГ»). Однако оставался непонятным механизм защиты красных кровяных клеток от проникновения в них плазмодия. Можно добавить, что гены Ras и цепи гемоглобина локализованы в коротком плече 11-й хромосомы по соседству друг с другом.

В эритроците есть множество других протеинов, поддерживающих его уникальную форму двояковогнутого диска. Это прежде всего актин – основной белок так называемого цитоскелета, образованного подмембранным переплетением самых разных протеиновых фибрилл. Актин образует комплекс с тропомиозином, напоминающая актомиозин наших мышц. К комплексу «подшит» также белок аддуцин, от которого к другим комплексам тянутся двуцепочные спирали протеина под названием спектри. Набор будет неполным без анкирина, с помощью которого в мембране удерживаются различные функциональные протеины с ионными каналами, через которые также идёт выделение CO₂. Мембранные протеины определяют многочисленные группы крови, а белок резус-фактора задействован в газообмене.

Интересно, что сходное строение имеет цитоскелет из тех же нейронов. Известно, что нервные волокна для увеличения скорости проведения сигналов покрываются жироподобным миелином, «рас-

творение» которого ведёт к рассеянному склерозу. Миелиновая оболочка отростков прерывается перехватами Ранвье, в которых выявляется белок спектрин, участвующий в реорганизации, или ремоделинге цитоскелета, который должен «расслабиться», давая возможность клетке поделиться и распределить хромосомы к полюсам. Известно, что белок Ras необходим для передачи сигнала к делению и для ремоделинга подмембранного комплекса, поддерживающего клеточную форму. Мутантный Ras нарушает функцию митохондрий и тем самым способствует увеличению производства ими агрессивных кислородных радикалов, «рвущих» ДНК, что только усугубляет ситуацию.

Сотрудники Сиднейского университета и Института медицинских исследований с помощью лекарства фасидил (Fasidil) блокировали белок под названием ROCK, в результате чего смогли остановить прогресс опухоли поджелудочной железы. Интересно, что фасидил применяется для расширения сосудов и купирования гипертонических кризов. В ходе других испытаний блокатор способствовал улучшению памяти, что можно связать с нормализацией капиллярного кровообращения в мозгу. На молекулярном же уровне оказалось, что блокада ROCK'a способствует ослаблению связи миозина с актином и, как следствие, увеличению деления клеток эндотелия, выстилающих сосуды изнутри.

В той же Австралии в Университете Квинсленда выяснили динамику изменений цитоскелета T- и B-лимфоцитов, мутации в которых приводят к различным формам лимфом. Факторы его ремоделинга регулируют исходную и окончательную дифференцировку клеток белой крови, что приводит к активизации противоопухолевого

иммунного ответа. Но вернёмся к болезнетворным паразитам, к коим может относиться и полезная во всех отношениях кишечная палочка, одним из механизмов обретения патогенности которой является нарушение подмембранного цитоскелета с его актином, тропомионом и миозином.

Что же до малярийного плазмодия, то, как выяснили в Имперском колледже Лондона, он перед входом в эритроцит «размягчает» его стенку, о чём его сотрудники написали в журнале PNAS. «Прочность» эритроцитарной оболочки увеличивается с возрастом, повышением содержания в ней холестерина и по другим причинам. Связывание поверхностных белков плазмодия с протеинами оболочки красной кровяной клетки запускает механизм опорожнения особых роптрий, позволяя тем самым изменение механических свойств клеточного цитоскелета. Вполне возможно, что паразит «выбирает» для проникновения наиболее деформированные эритроциты. Авторы ссылаются на работу своих коллег из Дрезденского университета, где учёные снимали на видео более тысячи клеток, проходящих по стеклянному капилляру в секунду. Деформацию клеток сканировали и оценивали по удлинению их формы при прохождении капилляра. Статья лондонцев называется «Антиген плазмодия, связывающийся с эритроцитом, запускает биофизические изменения в клетке, способствующие инвазии паразита». Будем надеяться, что всеобъемлющее изучение подмембранного протеинового комплекса поможет решить многие проблемы самых разных патологий, донимающих человека.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Clinical Cancer Research,
Science Translational Medicine.

Дословно

Загадки фиброза

Исследователи Клиники Мэйо (США) заявили, что нашли доказательство влияния процесса клеточного старения на развитие идиопатического лёгочного фиброза, ухудшающего работу лёгких, вызывающего одышку, усталость и в итоге приводящего к смерти.

По словам автора исследования, директора отдела здорового старения Клиники Мэйо Натана Ле Бассера, последствия разрушительного для человека идиопатического лёгочного фиброза не изучены до сих пор. «Люди с фиброзом не могут выполнять самые обычные действия, средняя продолжительность жизни после постановки диагноза колеблется

от 3 до 5 лет, однако до сих пор никакого эффективного лечения не существует», – заявил учёный.

В своих исследованиях команда клиники подвергла анализу лёгочную ткань здоровых людей, пациентов с лёгкой, средней и тяжёлой формами фиброза. В результате тестирования маркеров клеточного старения учёные обнаружили, что повреждение клеток, связанных со старением, возрастали у лиц с идиопатическим лёгочным фиброзом, причём нагрузка на стареющие клетки напрямую коррелировала с прогрессом заболевания. Как показали дальнейшие исследования, токсичные вещества, выделяемые стареющими клетками, приводили к воспалению лёгочной ткани, что в конце концов и вызывало фиброз.

Эти выводы были проверены в экспериментах на мышах, у которых особенности клинического течения идиопатического лёгочного фиброза также оказались напрямую связанными с увеличением количества стареющих клеток. С помощью сочетанной химиотерапии учёные запрограммировали стареющие клетки на самоуничтожение, после чего показатели работы лёгких и общего физического здоровья мышей заметно улучшились.

Хотя для создания доказательной клинической базы необходимы дальнейшие исследования, учёные надеются, что воздействие на стареющие клетки станет эффективным вариантом лечения идиопатического лёгочного фиброза, который до сих пор остаётся неизлечимым смертельным заболеванием.

Герман АКОДИС.
По сообщению CNN.

Исследования

В ритме жизни

Мозг людей, занимающихся бегом, имеет большую функциональную связь между различными своими участками, чем у людей, ведущих сидячий образ жизни. Причём в эту связь включена и лобная доля, отвечающая за мыслительные функции, планирование, принятие решений, переключение внимания между задачами.

К такому выводу пришли исследователи Университета Аризоны (США), сравнив результаты сканирования мозга бегунов и людей, которые не занимаются регулярной физической активностью.

Хотя, по словам учёных, необходимы дополнительные исследования, которые определяют, влияют ли эти различия непосредственно на умственную деятельность человека. Уже существующие текущие результаты могут стать стартом глобальных исследований влияния физкультуры на мозг, особенно у молодых людей. Работы по изучению активности

мозга у спортсменов ведутся уже на протяжении последних 15 лет, однако до сих пор исследования проводились на людях старшего возраста.

В нынешнем исследовании участвовали молодые люди 18-25 лет с сопоставимым индексом массы тела и уровнем образования. Кроме того, предыдущие наблюдения показали, что виды деятельности, требующие мелкой моторики (такие, как игра на музыкальных инструментах) или высоких уровней зрительно-моторной координации (игра в гольф), могут изменять структуру и функцию мозга.

Вместе с тем исследований, которые бы оценивали последствия спортивных мероприятий, не требующих точного управления – например бега, – не проводилось. По мнению учёных, результаты этой работы будут иметь важное значение для профилактики возрастных нарушений умственной деятельности.

Алиша КРАУЗЕ.
По сообщению Reuters.

Эксперименты

Грибы отвлекают от болезни

Псилоцибин, выделяемый из галлюциногенных грибов, помогает больным раком людям избавиться от тревоги и депрессии. Это выяснили учёные из Нью-Йоркского университета и медицинской школы Университета Джона Хопкинса в США.

В исследовании Нью-Йоркского университета приняли участие 29 человек с прогрессирующим раком. Пациентов разделили на две группы. Одна получала дозу, содержащую 0,3 мг психоделика псилоцибина на килограмм тела, другой давали никотиновую кислоту. Спустя 7 недель группы менялись местами. Результаты эксперимента показали, что психоделик смог уменьшить тяжесть симптомов депрессии и тревогу на период до 8 месяцев, что, в

свою очередь, снижает риск самоубийства.

В другом исследовании учёные обследовали 51 пациента. Участники эксперимента также разделили на две группы. В первой в течение 5 недель принимали действующие дозы псилоцибина, во второй – очень низкие. Результаты были аналогичны тем, что получили учёные из Нью-Йоркского университета.

Псилоцибин содержится в грибах рода Psilocybe. Он имеет структуру, сходную с серотонином – одним из нейромедиаторов, с помощью которых происходит передача импульса между нейронами. Это вещество способно вызвать у принимающих его людей ощущение связи с потусторонними силами.

Генрих ВЕРНЕР.
По сообщению Bloomberg.

Почему бы и нет?

Рак — социуму враг!

Исследователи одной из крупнейших в США страховых медицинских компаний заявили, что выживаемость женщин, страдающих раком молочной железы, напрямую зависит от их общественной активности и количества социальных связей. То есть женщины, которые более активно общаются с друзьями и родственниками, реже умирают от рака молочной железы. Кроме того, они менее подвержены рецидиву заболевания, чем социально изолированные пациентки, сообщил журнал американского онкологического общества.

на 69% чаще социально адаптированных.

Пожилые женщины без супруга или партнёра на 37% чаще умирали от рака молочной железы, чем женщины старшего возраста, имеющие одного партнёра. Однако такое соотношение наблюдалось только у европеоидной расы и не обнаруживалось в других демографических группах. Для выживания женщин других рас, как выяснилось, одного-двух друзей мало. Те, кто имел мало друзей, на 40% чаще умирали от рака молочной железы, чем женщины с многочисленными дружескими связями.

Азиатские женщины с многочисленными родственниками на 33% чаще умирали от рака, чем женщины, окружённые толпой родных и близких, но у европеоидных женщин такая корреляция не наблюдалась. По словам автора исследования Кэндис Кренке, типы социальных связей, имеющие значение для женщин с раком молочной железы, отличаются по социально-демографическим факторам, по расовой и этнической принадлежности, по возрасту и стране происхождения.

«Таким образом, наше исследование поможет врачам адаптировать клинические мероприятия по социальной поддержке женщин, больных раком молочной железы, на основе их конкретных потребностей в различных социально-демографических группах», – заключила эксперт.

Григорий КОЛЧИНСКИЙ.
По сообщению ВВС.

В исследовании, которое финансировалось Национальным институтом рака, были включены 9267 женщин с диагнозом «инвазивный рак молочной железы» 1-4-й степени. Исследователи изучали самые разные факторы образа жизни этих женщин: физические упражнения, диету, вес, социальные контакты. В течение 2 лет после того, как пациенткам ставился диагноз, женщины отвечали на вопросы о своих личных отношениях, в том числе о своих супругах или партнёрах, о социальных коммуникациях, религиозных, общественных и дружеских связях. Опросы проводились постоянно в течение 20 лет.

Как показало исследование, социально изолированные женщины на 43% чаще получают рецидивы рака молочной железы и на 64% чаще умирают от этой онкологии. Впрочем, замкнутые женщины, как выяснилось, вообще умирают

Гипотезы

«Эффект выходных»

В США состоялась ежегодная встреча Общества медицины матери и плода – профессионального объединения врачей и учёных, занимающихся усовершенствованиями процессов ведения беременности и родов. Несколько научных групп выступили на этом отраслевом мероприятии с докладами и отчётами о новых исследованиях, посвящённых беременности и её последствиям, в том числе отдалённым.

В Бэйлорском медицинском колледже (США) специалисты нашли зависимость между днём недели, когда ребёнок появляется на свет, и количеством осложнений, возникающих в ходе родов и после них. Материнская смертность в США составляет 21-22 случая на 100 тыс. рождённых живыми детей, и достаточно большую роль, заявили учёные, в этой ситуации играет «эффект выходных».

Сотрудники колледжа изучили информацию по 45 млн беременностей, наступивших в 2004-2014 гг. Они хотели выяснить, есть ли значительные различия в показателях материнской и детской смертности, во-первых, в зависимости от дня недели, когда происходят роды, а во-вторых, в зависимости от месяца, когда ребёнок появляется на свет. Обнаружилось, что и дети, и их матери чаще всего умирают в выходные.

Кроме того, в субботу и воскресенье проводится гораздо больше переливаний крови, чаще используются антибиотики, выше потребность в аппаратах искусственной вентиляции лёгких, чаще регистрируются случаи судорог у новорождённых – и в целом заболеваемость среди новорождённых детей и их матерей намного выше именно по выходным.

Авторы научной работы отметили, что им не удалось выявить конкретных проблем, которые можно было бы назвать причинами «эффекта выходных». Однако сотрудники колледжа настоятельно рекомендовали обратить внимание на функционирование учреждений здравоохранения в выходные, подчёркнув, что каче-

ство работы медицинских служб в эти дни необходимо улучшить.

Ещё одно связанное с беременностью исследование было посвящено связи гипертонии беременных и последующих проблем со здоровьем. В Университете Юты (США) заинтересовались гипотезой о том, что стресс, которому подвергается организм во время беременности, выявляет предрасположенность к тем или иным заболеваниям. Если женщина не совсем здорова и не подозревает об этом – беременность может принести ей новые не слишком приятные открытия.

Чтобы проверить своё предположение, учёные проанализировали базу данных с 1939 по 2012 г., взяв информацию о беременных (в том числе с гипертонией) из родовых сертификатов, а сведения о заболеваниях, которые позже развились у этих женщин – из документов об их смертях. Оказалось, что у тех пациенток, кто жаловался на высокое кровяное давление во время двух и более беременностей, вероятность наступления преждевременной смерти была выше, чем у тех, у кого была только одна осложнённая беременность или же процесс вынашивания протекал без жалоб на давление. Научная работа будет продолжаться, и, возможно, по её итогам будут выпущены новые рекомендации – например по своевременному прохождению скринингов.

Наряду с этим в Северо-Западном университете (США) специалисты выяснили, что вмешательство диетолога не снижает процент жалоб на самочувствие у будущих мам, имеющих излишний вес или страдающих от ожирения. В исследовании участвовали две группы женщин – участницы первой на протяжении всей беременности были физически активны, регулярно консультировались с врачом и следили за весом, а вторая группа была контрольной. В среднем в первой группе женщины ожидаемо набирали вес не так быстро, но последствия беременностей в плане здоровья были приблизительно одинаковыми у дам из обеих групп.

Идеи

Ценой сифилиса

Лекарства, которые используются для лечения ВИЧ-инфекции, могут снизить сопротивляемость организма к сифилису, поэтому в дальнейшем следует ожидать вспышку этого венерического заболевания. Об этом сообщили сотрудники Университета Британской Колумбии (Канада).

Как отмечают эксперты, в последние годы в ряде стран резко возросло количество случаев сифилиса, который поражает в основном мужчин, имеющих гомосексуальные половые контакты. Сначала эксперты предположили, что вспышка заболевания может быть результатом более рискованного сексуального поведения, например секса без презерватива, в надежде на низкий риск инфицирования ВИЧ после появления высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

Тем не менее результаты исследования показали, что люди с ВИЧ, как правило, ведут осторожный образ жизни. Более того, новые случаи сифилиса обычно наблюдаются у людей, к которым

применялась ВААРТ. Это говорит о том, что препараты, используемые в ВААРТ, возможно, снижают иммунный ответ организма на некоторые заболевания, включая сифилис.

Учёные создали математическую модель распространения сифилиса, основываясь на предположении, что рискованное сексуальное поведение является единственной причиной эпидемии. Темпы роста заболеваний оказались ниже, чем в реальности. Тогда они рассмотрели проблему с точки зрения возможных последствий ВААРТ для иммунитета. В этом случае их модель практически совпала с уровнем фактической заболеваемости сифилисом.

По мнению ведущего автора исследования профессора Майкла Рекарта, вирусологам необходимо более внимательно изучить последствия антиретровирусной терапии. Впрочем, пациентам не менее важно использовать презервативы и сократить число сексуальных партнёров. «Препараты ВААРТ спасают жизнь, а сифилис можно вылечить», – отметил он.

Мнения

Американская коллегия врачей и Американская академия семейных врачей разработали клинические рекомендации лечения пациентов старше 60 лет с артериальной гипертензией.

Не так строго

Ассоциации представили доказательства пользы более высоких целевых значений систолического артериального давления (САД) (ниже 150 мм рт.ст.) по сравнению с более низкими значениями (140 мм рт.ст. и ниже) при лечении пожилых пациентов.

Анализ данных показал, что лечение артериальной гипертензии у пожилых пациентов до умеренных целей (ниже 150 мм рт.ст.) приводит к снижению абсолютного риска инсульта, сердечно-сосудистых событий и смертности независимо от наличия диабета. При более агрессивном контроле артериального давления наблюдаются противоречивые результаты исходов, говорится в документе.

Для снижения риска инсульта и сердечно-сосудистых событий пациентам 60 лет и старше рекомендуют начинать лечение при устойчивом САД 150 мм рт.ст. и выше для достижения целевого значения – снижения САД ниже 150 мм рт.ст.

У пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе для снижения риска повторного инсульта, у пациентов с высоким индивидуальным риском сердечно-сосудистых событий необходимо придерживаться целевого значения ниже 140 мм рт.ст.

Ранее, что характерно, целевыми значениями артериального давления среди людей пожилого и старческого возраста считалось 120/60-70 мм рт.ст. Примечательно также, что специалисты Американской ассоциации болезней сердца выяснили, что женское население мало осведомлено о том, когда нужно начинать профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

Ситуация

В поисках лучшей жизни

В ближайшем будущем балканские страны могут остаться без квалифицированного персонала. Тысячи врачей и медсестёр со всего Балканского полуострова ищут работу в Западной Европе, что вызывает серьёзные опасения местных органов здравоохранения.

По словам 25-летнего врача-физиотерапевта, которая не смогла найти работу по специальности в Боснии и Герцеговине, государство само подталкивает молодых специалистов к переезду. «У нас нет ни работы, ни будущего, ни, самое главное, уверенности в завтрашнем дне», – сказала она.

В прошлом году, по данным Агентства труда и занятости, выступающим посредником между боснийскими соискателями работы и немецкими работодателями с 2013 г., 10 тыс. боснийцев подали заявки на получение разрешения для работы в Германии. С тех пор около 2,7 тыс. медсестёр покинули страну, из них 1,1 тыс. – только в прошлом году. Что касается врачей, то в 2016 г. 400 человек уехали из Боснии и Герцеговины. В этом году ожидается такое же число эмигрантов.

«До сих пор отъезды из Боснии и Герцеговины были постепенными, но как только они достигнут своего апогея и будут происходить массово, система здравоохранения может потерпеть крах», – заявил

Ну и ну!

Избавляя от страха

Не исключено, что в скором времени фобии будут лечить не с помощью поведенческой терапии, а с применением другой методики, помогающей просто «удалить» страхи из головного мозга пациентов.

В настоящее время те, кто столкнулся со страхом, либо страдает от последствий посттравматического стрессового расстройства, предлагают терапию, в ходе которой пациентам необходимо вновь испытывать пугающие их эмоции – одновременно им внушают, что эти страхи неопасны. Такая терапия подходит не для всех пациентов – многие из них отказываются переживать тревожащие их события.

Учёные из Университета Кембриджа (Великобритания) провели эксперимент на 17 здоровых добровольцах. Каждый из них получал слабый удар током при рассматривании на экране компьютера изображений. В дальнейшем эти иллюстрации вызывали у испытуемых подсознательный страх – они ожидали новых ударов током.

После этого каждый участник прошёл процедуру фМРТ – учёные

смогли идентифицировать, как меняется активность головного мозга в момент, когда человек вспоминает об изображениях, связанных со страхом.

В дальнейшем они могли распознать эту активность в тот момент, когда участники эксперимента вспоминали об этих картинках и связанных с ними страхах. При её обнаружении авторы давали добровольцам вознаграждение – небольшую сумму денег. В результате изображения перестали ассоциироваться с неприятными эмоциями, и при их рассмотрении страх не возникал.

Последующие исследования подтвердили, что участникам действительно удалось избавиться от фобий. Авторы считают, что такая методика (после того, как её испытают на более крупной выборке) с успехом сможет применяться в клинической практике.

Однако

Законность и толерантность

В Германии фельдшер скорой помощи был уволен с должности после издевательства над пациентом-мигрантом. Он пририсовал мужчине, находящемуся в коматозном состоянии, усы как у Адольфа Гитлера.

Инцидент, случившийся во Франкфурте ещё в декабре 2016 г., предала огласке только сейчас. Сообщается, что фельдшер скорой помощи Томас Вагнер синей ручкой пририсовал усы мужчине, который находился в состоянии сильного наркотического опьянения.

В дальнейшем он поделился снимком с коллегами в групповом чате в WhatsApp, подписав его «Жертва номер один. Сегодня: модные бородки». Также в соцсети имелось несколько видео некорректного общения медработника с пациентами.

После случившегося Вагнер попросил удалить разосланный контент из сети. Однако фотографии попали к руководству медицинской организации, где работал фельдшер, и в полицию. Медика сразу же уволили с записью в досье о недопустимости продолжения работы в медицинской сфере.



43-летний хирург-ортопед, работающий в центральной части страны городе Зеница.

Аналогичная ситуация наблюдается и в других странах Западных Балкан.

По данным немецкой Ассоциации медицинских работников, в прошлом году в Германии были зарегистрированы 2365 врачей-иммигрантов из 7 стран, входящих в состав бывшей Югославии, среди них 864 человека – из Сербии.

«Мы теряем лучших специалистов», – заявил президент Проф-

союза медицинских работников Сербии Зоран Савич. – Молодые специалисты получают рабочие места, но для достижения профессионального уровня им требуется минимум 10 лет».

Основными жалобами медиков являются неоплачиваемая сверхурочная работа и низкая заработная плата в целом. В Боснии и Герцеговине так же, как и в Сербии, медсестры получают 250-400 евро в месяц по сравнению с минимальной зарплатой в приблизительно 1500 евро в Германии.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Annals of Internal Medicine, Eurek Alert, CNN, NDTV, Reuters, Daily Mail.

Мигрень – неврологическая патология, но многие её признаки позволяют увидеть в ней и психиатрическую составляющую, встречающуюся достаточно часто для того, чтобы квалифицировать это заболевание как расстройство, лежащее на грани медицинских дисциплин.

Метафизическая живопись

Чаще прочих обманов восприятия при мигрени встречаются зрительные. Как правило, они имеют вид простой галлюцинации – фосфенов: звёздочки, пятна, мерцания... Обычно они белого цвета, но иногда спектрально переливаются радугой; им свойственна динамика: движущийся фосфен может иметь вид ряби, колыхания структур, их дробления; калейдоскопически трансформироваться, перемещаться, оставляя за собой трассирующий след. Как правило, фосфены локализованы в одной половине зрительного поля, но они могут и пересекать срединную линию.

Мигрень – весьма распространённое заболевание (10-15% всей популяции), немудрено, что среди известных художников оказалось немало людей, знакомых с этой патологией. Некоторые картины – в том числе известных мастеров – демонстрируют многие из оптических феноменов, присущих мигрени. Распространённой оптической особенностью этой болезни является, например, мозаичное зрение, иллюстрацией которого может быть «Портрет Амбруаза Воллара», написанный П.Пикассо в 1910 г. О мигрени автора может говорить и фреска Э.Мунка «Солнце», в которой нестерпимое солнечное сияние, исходящее от белого пятна, расположенного в центре композиции, заставляет вспомнить о белых фосфенах, вокруг которых сияют-переливаются спектральные лучи, мерцают и дробятся, отражаясь и множась. И загоняя в глаз раскалённую спицу боли.

Но, возможно, ни один из мастеров живописи не иллюстрировал мигрень так подробно, как итальянский художник Джорджо де Кирико. Работы его раннего – «метафизического» – периода творчества выглядят в контексте этого диагноза весьма показательными.

Художник родился в Греции в итальянской семье. Его отец, сицилийский аристократ, служил здесь строителем железных дорог. Де Кирико учился живописи в Афинах и Флоренции. В 1906 г. переехал в Мюнхен. Интересовался философией А.Шопенгауэра и Ф.Ницше, символистской живописью М.Клингера и А.Бёклена. В 1910 г. де Кирико приехал в Париж, сблизившись с П.Пикассо и Г.Аполлинером. С началом Первой мировой войны живописец вернулся в Италию.

В 1917 г. вместе с художником К.Карра он основал направление метафизической живописи, хотя первые работы в этом стиле были написаны де Кирико ещё раньше: он начал в 1909 г. («Красная башня», «Меланхолия и тайна улицы», «Неопределённость поэта», «Ариадна» и пр.) Картины мастера изображали полупустынные городские пейзажи. В них классическая итальянская архитектура и античная скульптура объединялись автором каким-то странным образом: полотно исподволь генерировало атмосферу зыбкой тревоги и мерцающей таинственности, многозначительных недомолвок и молчаливых иносказаний. Почти физически ощущается безвоздушность этих пространств; освещение, создающее на картинах резкие зловещие тени предметов и зданий, кажется нарочитым, редкие персонажи выглядят куклами или манекенами. Объединение в одном полотне прямой и обратной линейных перспектив и перспективы аксонометрической даёт эффект потустороннего присутствия, ирреальности бытия, искривлённости изображённых пространств.

В статье «Зловещее», опубликованной в венском журнале «Imago»

(1919), З.Фрейд написал: «Один из наиболее надёжных способов вызвать ощущение тревожащей странности – это создать неуверенность насчёт того, является ли предстоящий нашим глазам персонаж живым существом или же автоматом». Де Кирико сформулировал это раньше – языком живописи. Человек, похожий на манекен (или являющийся таковым), в театральной декорации – лейтмотив многих метафизических картин мастера, напоминающих постановочный

стью... повсюду проступали белые буквы, торжественные, как надгробная надпись; они колыхались и образовывали в воздухе рисунок...» (курсив де Кирико).

За теньями, отбрасываемыми зданиями и статуями, на картинах мастера ещё можно рассмотреть фигуры и предметы, но более тонкие детали скрывают мрак или полутьма, контрастирующие с площадями, добела раскалёнными полдневным итальянским солнцем. В некоторых случаях скотомы

варяющих мигренозный приступ, религиозный человек видел сияние нимбов, а фортификационные скотомы представлялись ему зубцами крепости Града Божьего. В душе прихожанина церкви царили мир и покой.

Де Кирико тоже наблюдал лучи, но он не знал, куда они ведут; что за фортификационное сооружение находится вдали и что скрывают от взора статуя, стена или башня. Художник не соотносил круги со светом нимбов. Он видел пример-

которой сказал Кант? И что за этой тайной: nihil или что-то иное, во что можно верить и на что следует надеяться?

Вместо версий ответов де Кирико громоздит свои искусственные препятствия, закрывающие горизонт. Русское слово «окоём», являющееся синонимом слова «горизонт», вскрывает ограничение взгляда художника-метафизика: его «око» не объёмлет важных деталей, оставшихся вне поля его зрения: они попали в тёмную зону

Тайны болезни

Мигрень: мистика и метафизика

Картину этого заболевания отразил итальянский художник



Картина Джорджо де Кирико «Красная башня»

театральный макет – так называемую сцену-коробку. Метафора для де Кирико – повод для выхода мысли за рамки картины и пределы логики, в метафизическое пространство; где не действуют законы евклидовой геометрии и физики Аристотеля. Контраст между реалистически изображёнными объектами и странной атмосферой, в которую они помещены, усиливает ирреальный эффект.

Под тонкой мембраной видимого мира, выглядывшего в его картинах почти реальным, работы де Кирико таили мир бессознательного: мистику сновидческих символов, превращая её в мистику неразгаданных призраков, ненадолго выходящих на авансцену его полотен и тут же исчезающих с неё, оставив по себе лишь чёрные тени-отпечатки, подобно силуэту, оставшемуся на ступенях после жителя Хиросимы, испарившегося в атомном огне. Символы художника возникали не как итог его логического мышления, но в силу нарочитого и декларируемого им отрыва от реальности. Для де Кирико главным свойством картины было её соприкосновение с тайной сна. Он утверждал, что все эти миры являются ему в видениях. «Тайна», «тревога», «театр» – важные слова в его творчестве.

В метафизической живописи мастера можно увидеть многие признаки оптических феноменов, свойственных мигрени. Скотомы, почти неизменно располагающиеся в правой части картин де Кирико, воспроизведены на его полотнах как глубокие, тёмные тени, отбрасываемые странными зданиями, построенными художником вопреки канонам Витрувия. Внешний вид, динамику и метаморфозы этих скотом он описал достаточно наглядно в своём сюрреалистическом романе «Гедомерос» (1925): «...очертания его тени мало-помалу заняли в пейзаже доминирующее положение, и в жизни этого тихого и скромного местечка тень стала играть роль наваждения; ни это положение, ни эту её роль нельзя было предвидеть заранее; вот сейчас тень спустилась, тут же поползла вверх, одним своим краем действуя как коррозия, разъела колыбельно; другим же краем вошла в небо и распространилась там с вялой, необъяснимой размеренно-

принимают вид резко очерченных чёрных пятен, отдалённо напоминающих человеческую фигуру или странное чёрное солнце, иногда сместившиеся в левый край картины (динамичность скотом при мигрени известна). Часто в картинах художника и феномен фортификационного скотом. У де Кирико они трансформировались в регулярно повторяющийся архитектурный мотив: колоннады, пустые дверные и оконные проёмы, аркады, балюсы мостов и балконов, хотя порой выглядят вполне хрестоматийной филателистической перфорацией зубцов крепостной башни.

Крестики и нолики

Мигрень известна не с XX века. Её описания встречаются в самые разные эпохи: от античных времён – до Средневековья и далее.

Монахиня Хильдегарда фон Бинген (1098-1180) регулярно переживала религиозные видения, описав их в рассказах и рисунках (рукописи Scivias и Liber divinatorum oreum simplicis hominis). Главный элемент её рисунков – светящиеся точки. Часто один из источников света крупнее прочих и изображён в виде концентрических окружностей. Фортификационные скотомы лучами сходятся к ярко светящейся центральной точке. Хильдегарда называла своё видение «Крепость Града Божьего». Переживанию этих феноменов – аур – сопутствовал религиозный экстаз.

Универсальный клинический признак оказался способом выражения персональной философской – метафизической – проблемы бытия, оснащённой контекстом социального апгрейда и психологического контрапункта личности де Кирико. То, что от метафизического любопытства художника скрывала сторожевая башня, создавая интригу и генерируя тревогу неопределённости, для средневековой мистики никакой загадки не составляла. Хильдегарда фон Бинген, не ведаящая сомнений, увидела то, что для неё было безусловным, ибо любая тайна человеком Средних веков объяснялась и комментировалась им с точки зрения веры. Если перед глазами возникал свет, сиявший «ярче Солнца», то для монахини его происхождение было очевидным. По той же причине в концентрических кругах аур, пред-

но то же самое, что и Хильдегарда, но сходные феномены не несли ему покоя (не говоря уже о религиозном экстазе), а генерировали тревогу. Ту самую экзистенциальную тревогу, о которой несколько раньше сказал С.Кьеркегор, а спустя 100 лет после него (и 20-30 лет после появления картин де Кирико) снова заговорили Камю и Сартр. Ту тревогу, которая стала лейтмотивом и уделом целого века. Человек отныне эгоистически искал ответы на главные вопросы в себе, а не в Боге. «...гвоздь у меня в сапоге кошмарней, чем фантазия у Гёте!», – решили люди XX века, и эта этическая конструкция стала их концепцией.

У де Кирико были вопросы, на которые он не мог дать ответов. Его метафизика оказалась несостоятельной. Возможно, ответа для художника не существовало в принципе; и награждения строений и иных фигур в его пейзажах скрывали пустоту – как в театре, где уже закончилась пьеса: занавес опущен, актёры разошлись, остались только декорация сценической коробки, которую пока не стали разбирать в связи с завтрашним спектаклем, да манекены, отбрасывающие зловещие тени благодаря невключенному софиту, стоящему за правой кулисы. Может быть, эта страшная догадка о пустоте, nihil, которую де Кирико подсудно ощущал вокруг себя (возможно, и в себе), заставляла его возводить на пути поисков ответа разнообразные, часто – светливо многословные препятствия-нагромождения: стены, башни, составы поездов и пр. Только бы не упереться взглядом в это ничто, замаскированное задником декорации – очагом, нарисованным на холсте в каморке папы Карло, ибо там – лишь пыль и паутина (и «банка с пауками»). И тогда: ради чего – всё?

Подспудное ожидание неизбежной пустоты гарантирует тревогу. Тайна же, даже искусственно сконструированная, сохраняя тревогу, всё же дарит отсрочку, суля иллюзию возможности и надежды на призрачный шанс: а вдруг?!..

Вероятно, такая же тайна существовала и для Кафки, написавшего роман «Замок», в котором цель выглядеть почти доступной, но оказывается недостижимой. Роман не окончен: ответа нет, но иллюзия надежды не окончательно мертва. Можно строить гипотезы о том, что находится в Замке и что лежит за ним.

Г.Стайн назвала литераторов эпохи, разместившейся между двумя мировыми войнами, «потерянным поколением». Это выражение может быть отнесено не только к писателям и поэтам. У всей этой генерации были поводы для тревоги, но не было способа её разрешить. В стремительно меняющемся мире у людей не оказалось того, к чему можно было бы прислониться, чтобы отдышаться, присмотревшись к происходящему. Время требовало моментального ответа – насколько человеку «потерянного поколения» важна непостижимость тайны «звёздного неба над головой», о

присутствуют скотомы, причём он сам же и конструирует их. Стремление постижения остаётся для него важным посылом, ему, быть может, необязательно узнать, тогда как хотеть узнать – необходимо; но тоннель мировоззрения метафизика обретает форму сходящегося конуса.

...У «потерянного поколения» не было надежды на то, что ответом на его вопросы не станет nihil, ибо оно само же и допустило удивительную гипотезу о том, что «звёздное небо над головой», – «плевочки», а не «жемчужины» (метаморфоза поэзии и судьбы Маяковского, автора этой метафоры-антитезы, лишь подтверждает данное обстоятельство). А плевки и есть ничто: просто тьфу и ничего более. Мастера этой эпохи уже не «врывались к Богу, боясь, что опоздали», ища ответы в другом месте, но там не было взываемых ими цветов.

Метафизическая живопись довольно быстро сошла со сцены, которую для себя же и нарисовала. Последнюю картину в этом стиле де Кирико написал в 1918 г. Некоторые идеи метафизиков развили сюрреалисты. В мемуарах «Воспоминания о моей жизни» (1945) де Кирико раздаёт очень многим «сёстрам по серьгам»: В.Ван Гог, П.Гоген, П.Сезанн, по его мнению, – «псевдомастера», и их авторитет раздут маршанами и нечестными критиками; Сезанн вообще «...писал исключительно уродливые манерные и ребяческие пейзажи, которые на самом деле любой мастер, считающий себя достойным этого звания, постеснялся бы писать даже в восьмилетнем возрасте»; Ж.Брак и А.Матисс – авторы «псевдошедевров»; А.Бретон, Ж.Кокто и С.Дали – «мрачные феномены унылого времени»...

Для того чтобы так написать, надо быть глубоко убеждённым в том, что твоя-то живопись куда как лучше той, которую порицаешь. Между тем к этому времени де Кирико пришёл к странному для XX века академизму, довольно скучному и невыразительному, порой напоминающему гобеленные коврики с ярмарки в экзотическом стиле «шаурма-пахлава» или шаблоны для усидчивых домохозяек, вышивающих по канве. Но в истории живописи Джорджо де Кирико останется именно как живописец-метафизик, а не автор помпезных и масштабных (порой вульгарных) композиций, запоздавших на века. Ну, да ладно: зато его мигрень, видимо, прошла, о чём свидетельствует манера художника, изменившаяся весьма радикально и показательно. Тени исчезли с его картин. Оказалось, что они принадлежат актёрам, то есть ряженым – маскам, не имеющим собственных лиц и использующим чужие слова и идеи. С какого-то момента персонажами де Кирико стали нолики, вышитые крестиком.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

На литературный конкурс

Рубен КАЗАРЯН

Московское время

Юмореска

В нашей стране кому-то в голову пришло объявить, что часы на зимнее время будут переводить ночью, в три часа. Многие, в том числе и я, поняли буквально: переводить именно в это время, то есть ночью. Чтобы не проспать, я завёл будильник на 2:55. До полуночи, как заведённые, мы смотрели телевизор. Три часа от полуночи прошли в какой-то полудрёме: несколько раз вставал, чтобы не проспать. Как и положено, в 2:55 зазвонил будильник.

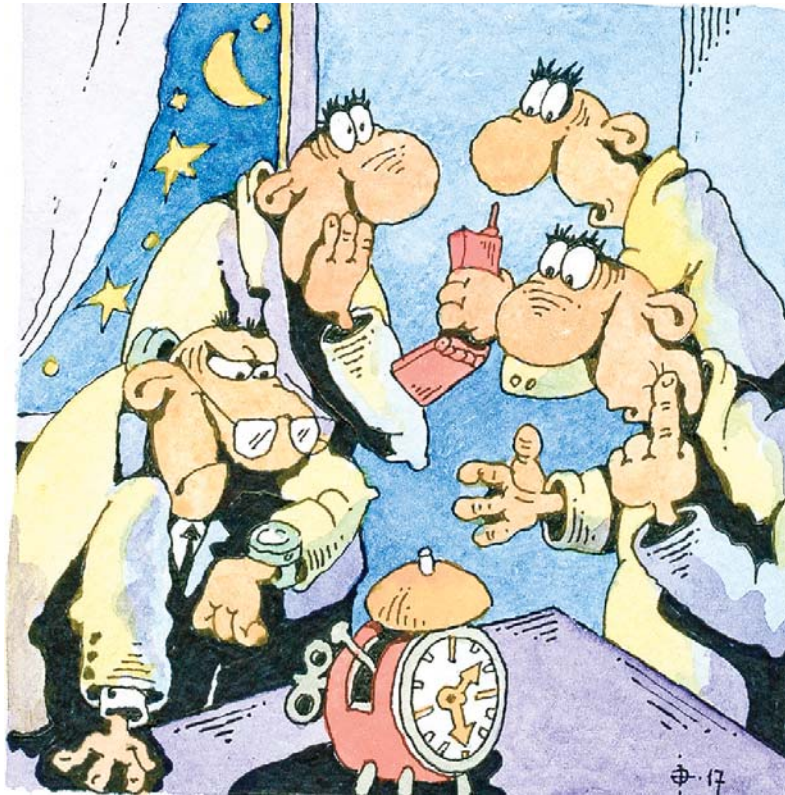
Я встал, включил свет, пошёл на кухню, чтобы перевести часы, в окно увидел, как стал зажигаться свет в окна нашего дома.

Я начал звонить теще, чтобы напомнить ей про перевод часов... В это время меня отвлекла жена, и, как выяснилось позже, я неправильно набрал последнюю цифру. На другом конце провода сняли трубку, возникло молчание. Я спросил:

- Это мама?

Мужской голос с нескрываемым раздражением ответил: - Я тебе покажу твою маму, будешь в три часа ночи звонить...

Я ничего не понял: теща ведь жила одна, и положил трубку. Затем нажал кнопку автонабора последнего но-



мера, когда сняли трубку, тот же мужской голос сказал «Да». Я, ничего не понимая, снова сказал:

- Позови маму.

Разъярённый мужик прокричал: - Твою маму, знаешь, что? Про маму, не мою, а вообще, я, конечно, слышал, кстати, совершенно недавно, причём от сантехника, который приходил к нам прочищать канализацию.

В общем, судя по всему, в эту ночь не спали не только соседи и родственники, которых я успел обзвонить, чтобы не проспали, не спали ещё и случайные люди, вроде того раздражённого мужика. В общем, не спал весь город, а может и вся страна.

Я перевёл часы и позвонил во Владивосток двоюродному брату-моряку спросить, как они переводили часы. Брат был в рейсе, трубку взя-

ла его жена Света и сказала, что она уже пришла с работы и что у них был короткий день, потому что переводили часы.

«Была на работе»... Меня ударило в холодный пот, неужели утром идти на работу после такой весёлой ночи, ведь завтра, вернее, уже сегодня - воскресенье. Снова стал звонить во Владивосток, Света рассказала, что работает как раз в выходные дни. Часам к четырём, уже по новому времени, перевозбуждённый от всех этих приключений, я еле уснул.

Под утро пришёл из ночного клуба сын-оболтус и, чтобы его не ругали за то, что пришёл так поздно, точнее - так рано, перевёл время на пять часов назад.

К утру мы окончательно запутались, сколько времени и когда просыпаться. Включили телевизор, чтобы узнать московское время. Диктор, какой-то хмурый, наверное, тоже не выспавшийся, сказал, прокашлявшись:

«Московское время - 9 часов. Для тех, кто ещё не успел перевести часы, московское время - 10 часов». И всё запуталось окончательно.

Невинномысск. Ставропольский край.

Мимоходом

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Медицинские перипетии

Хирург у операционного стола отдаёт распоряжения: - Маска! Перчатки! Скальпель! Анестезия! Больной, как себя чувствуете?

Больной:

- Как перед воротами рая. - Нормально! Засыпаем!

* * *

Мужчина приходит на приём к психиатру.

- Доктор, меня заказали.

- Это не ко мне. Обратитесь в полицию.

- Я уже обращался, но в полиции меня отправили к вам.

- Ага, начинаю понимать.

Но почему вы решили, что вас заказали?

- Я слышал своими ушами, как вчера вечером жена позвонила по телефону и заказала пиццу с ветчиной.

- Но причём тут вы?

- Так я же и есть пицца с ветчиной.

- Она! Значит, вы по адресу.

У нас вовремя койка в палате освободилась...

* * *

Приём в платной стоматологической клинике.

- Скажите, пожалуйста, сколько стоит удаление одного зуба?

- Около 1,5 тыс. руб.

- А двух зубов?

- Соответственно около 3 тыс.

- А трёх зубов?

- Около четырёх с половиной.

- Ну а если я захочу удалить все зубы?

- Вы получите хорошую скидку.

- А я шамкать не буду?

Москва.

СКАНВОРД grid with clues and a word search section.

Ответы на сканворд, опубликованный в № 34 от 17.05.2017.

Full page of contact information, subscriptions, and legal notices.