

Медицинская

15 марта 2017 г.
среда
№ 17 (7735)

Газета®

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

Тенденции

Спасибо за кровь!

Эти слова часто слышат жители Южного Урала от трансфузиологов



В Челябинской областной станции переливания крови с начала 2017 г. почти 4,5 тыс. доноров пополнили резервный запас крови на 2,4 тыс. литров.

В этом году прошло уже 49 выездов медицинских бригад СПК для вовлечения южноуральцев в донорское движение. Впервые донорами стали более ста человек. В результате банк крови увеличился на 667 л.

А недавно по инициативе ректората Южно-Уральского государственного университета состоялась донорская акция «АвтоМотоДонор». Преподаватели, студенты и другие неравнодушные жители Урала, сдавая кровь, смогли привлечь внимание к проблеме безопасности дорожного движения в регионе и оказать помощь всем пострадавшим в дорожно-транспортных

Во время забора крови очень важно хорошее настроение...

происшествиях. Акция проходила в университете и в областной станции переливания крови. В ней приняли участие почти 200 жителей областного центра, банк крови пополнился на 86 л.

В ближайшее время выездные медицинские бригады будут принимать всех желающих стать донорами в Златоусте, Копейске, а также в других городах и некоторых районах. Кроме того, пройдут акции «Корпоративное донорство» в областной клинической больнице № 3, ряде предприятий и учреждений, в Челябинском государственном университете.

– Мы уже ведём подготовку к национальному дню донора 20 апреля, – отмечает главный трансфузиолог Минздрава Челябинской области,

главный врач Челябинской областной станции переливания крови Галина Рудакова. – Так, в нашем магнитогорском отделении мы в торжественной обстановке недавно вручили нагрудные знаки «Почётный донор России»...

На днях участниками акции «Спасибо, добрые сердца!» стали жители Кунашакского района. Задачей мероприятия было пополнение южноуральского банка крови, особенно реузус-отрицательными группами, а также поиск доноров стволовой клетки.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Олег РОГАЧЕВСКИЙ,
ведущий научный сотрудник
отделения гравитационной хирургии
крови НЦАГиП им. В.И.Кулакова,
доктор медицинских наук:

Международная концепция индивидуального подхода к рациональной гемотрансфузии предполагает персонализированное лечение.

Стр. 5



Сергей ХОРОШКОВ,
профессор кафедры травматологии и
ортопедии МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук:

Использование закрытой аппаратной репозиции отломков несомненно имеет больше преимуществ перед ручным их вправлением.

Стр. 7

Александр РАЗУМОВ,
заведующий кафедрой восстановительной
медицины, реабилитации
и курортологии Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова, академик РАН:

Периодически врач должен менять место работы: поликлиника, стационар, санаторий. Только в этом случае он сможет поддерживать высокий уровень знаний и навыков.

Стр. 10



Современные технологии

За лекарством — в космос

Руководитель Федерального медико-биологического агентства России Владимир Уйба заявил на пресс-конференции, что специалисты ведомства смогли создать несколько новых препаратов, которые помогут медицине в борьбе со злокачественными опухолями.

Один из них – генно-инженерный препарат, которому предстоит пройти в ближайшие 2-3 года клинические испытания. Для проведения исследований нужен был идеально чистый белок. Вырастили его российские и японские учёные в космосе. Из «засланного» кристалла в ФМБА с по-

мощью специалистов РАН был получен чистый белок. Испытания препарата на мышах и крысах прошли успешно – саркома и меланома даже в IV стадии были излечены. Если клинические испытания покажут его эффективность и отсутствие осложнений, то через 3 года начнётся серийное производство нового многообещающего препарата.

«Предложены новые программы лечения больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кровяной и родственных тканей», – подчеркнул Владимир Уйба.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Перспективы

Новая больница объединит врачей

В Свердловской области начато создание областной наркологической больницы. Соответствующее постановление подписал губернатор Евгений Куйвашев. Учреждение планируется ввести в строй к июлю этого года.

Сегодня в регионе функционируют два учреждения данного профиля – реабилитационный центр «Урал без наркотиков» и «Областной наркологический диспансер». Сейчас они оказывают разные виды услуг, которые взаимно дополняют друг друга, а вскоре войдут в состав новой больницы.

По мнению медиков, появление но-

вого учреждения позволит снизить большинство административных барьеров при маршрутизации пациента в рамках оказания ему медицинской помощи, избежать утери необходимой информации и её дублирования. Также оно позволит объединить высококвалифицированных специалистов и создать центр по подготовке кадров соответствующего профиля, развить на своей базе современные технологии.

«Строительство этой больницы у нас – большой шаг к открытию в регионе передового медицинского учреждения, оказывающего комплексную наркологическую помощь

нуждающимся в ней людям, – подчёркивает главный нарколог Свердловской области Олег Забродин. – В ближайшее время будет объявлено назначение главного врача учреждения, представлен его логотип, фирменный стиль».

«При этом сохранится и известный свердловчанам бренд, – отмечает главный врач центра «Урал без наркотиков» Антон Поддубный. – Наш реабилитационный центр станет филиалом новой больницы».

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.



Аксессуары и запчасти
для оборудования



- Для электрокардиографов (ЭКГ кабели, электроды)
- Для мониторов пациента (манжеты, датчики, кабели)
- Для электрокоагуляторов (электроды, инструментарий)

+7(495) 956-05-57
www.stormoff.com

Новости

Опираясь на международный авторитет СГМУ

Елена Сидорова, официальный представитель межрегионального центра международного образования, который уже более 10 лет проводит отбор абитуриентов из других государств для обучения в вузах различного профиля 8 субъектов Российской Федерации, удовлетворена надёжными деловыми контактами, установившимися с коллективом Смоленского государственного медицинского университета. Об этом она заявила на брифинге для смоленских журналистов, выразив благодарность профессорско-преподавательскому составу, в котором более 80 докторов наук, и ректору Игорю Отвагину – за обеспечение высокого качества подготовки врачей.

Елена Сергеевна подчеркнула, что у молодых специалистов иностранных государств, получивших диплом в СГМУ, не возникает никаких трудностей при сдаче квалификационных экзаменов по возвращению на родину, поэтому с 2015 г. центр, отбирая на конкурсной основе абитуриентов, сотрудничает со смоленским вузом.

Сейчас на факультете иностранных студентов, который эффективно функционирует в университете более 20 лет, по направлению центра международных связей занимаются 176 студентов из Индии.

В ближайшее время центр намерен привлечь инвестиции для приобретения новейшего медицинского оборудования в лаборатории и кафедры СГМУ и активно расширять круг профессоров-медиков, имеющих европейскую и мировую известность, приглашая их читать лекции в Смоленске.

Владимир ЦАРЁВ.

Смоленск.

«Умный» костыль

В московские центры лечения инсультов поступили экзоскелеты. Одной из первых в Москве эту технологию реабилитации освоили в государственной клинической больнице им. Н.И.Пирогова Департамента здравоохранения Москвы.

Заместитель главного врача ГКБ им. Н.И.Пирогова, заведующий сосудистым центром Михаил Гиляров сообщил, что наряду с привычными тренажёрами и мячами в отделении есть лёгкий экзоскелет. Это – отечественная разработка, робот, помогающий колясочнику встать, начать двигать руками, делать первые шаги.

Пациентов, примеряющих экзоскелет, здесь называют пилотами. «Пилота, вставшего на ноги с помощью аппарата, страхуют сзади, – рассказал инструктор-методист Павел Гонюков. – Обычно в передвижении по комнате помогают простые костыли, но есть и так называемые умные, ими управляют пилоты».

Костыль через специальную связь даёт экзоскелету команды: сесть, встать, двигать ногой. С каждым разом занятия становятся интенсивнее, пока не достигается желаемый результат.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Будут готовить «своих» врачей

В Псковском государственном университете в 2018 г. будет открыт факультет «лечебное дело». Договорённости об этом были достигнуты руководством региона в Москве на совещании помощника Президента РФ Андрея Фурсенко по вопросу обеспечения Псковской области медицинскими кадрами.

«В течение марта нынешнего года регион отправит заявку на лицензирование этой образовательной программы», – заявили в администрации Псковской области. Губернатор региона Андрей Турчак заручился поддержкой министра образования и науки РФ Ольги Васильевой в приобретении для факультета необходимого учебного оборудования, а также подписал заявку на получение контрольных цифр приёма абитуриентов в Псковский госуниверситет на будущий год по программе «лечебное дело».

В настоящее время в университете ведётся подготовка специалистов по направлениям «медицинская биохимия» и «медицинская кибернетика» — на факультете естественных наук, медицинского и психологического образования. Этот факультет был открыт в 2013 г. А в позапрошлом году Псковской областной больнице был присвоен статус клинической, что даёт возможность медучреждению стать базой для подготовки специалистов сферы здравоохранения.

Ян РИЦКИЙ.

Псковская область.

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

События

В сельской глубинке Ингушетии

Здесь происходят благодатные перемены

Начало весны ознаменовалось в Республике Ингушетия открытием отделения пульмонологии на базе Республиканского центра фтизиопульмонологии в сельском поселении Плиево Назрановского района.

Присутствующая на торжественной церемонии открытия центра министр здравоохранения Республики Ингушетия Марем Арапханова сказала буквально следующее: «Это отправная точка, это начало, хотя уже есть результаты работы, и они очень хорошие. Я проверила, как всё подготовлено, должна сказать, что осталась очень довольна тем, как здесь оказывают медицинскую помощь. В отделении пульмонологии будут сосредоточены больные с лёгочной патологией любой этиологии, на втором этаже центра – отделение торакальной хирургии с разделением потоков больных как до операции, так и после. В отделении две отдельные операционные».

Уже есть более 200 высокотехнологичных вмешательств в грудной полости, это для нас внушительная цифра. Наши медики смогли это сделать под руководством главного врача Лидии Ахильговой. Хочу ещё отметить людей, на которых мы возлагаем надежды: хирурги Якуб Имагожев и Ибрагим Мургустов



Красную ленточку перерезают (слева направо) М.Арапханова, Д.Гиллер, заслуженный врач республики И.Костоев

– врачи, непосредственно вокруг которых будет сконцентрирована вся эта движущая сила. Это золотые ребята, благодаря их труду, их работе у нас уже есть положительные результаты».

В торжественной церемонии открытия центра приняли участие почётные гости: Дмитрий Гиллер, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии им. М.И.Перельмана Первого Московского государствен-

ного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Зураб Маршан, помощник-советник главы Республики Ингушетия и другие официальные лица.

В ближайшее время на базе Республиканской клинической больницы будут открыты перинатальный центр и онкодиспансер.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Республика Ингушетия.

Акции

Просто будьте здоровы!

Диагностический центр Алтайского края славится не только высоким уровнем своей работы, но и проводимыми социальными акциями, участниками которых становятся, как говорится, и стар и млад.

Так, акции «Стопдиабет», «Откажись от курения», «День матери», «День инвалида», «Профилактика рака молочной железы», «Профилактика рака предстательной железы», «Профилактика рака лёгких» направлены прежде всего на выявление опасных патологий, предупреждение болезней на ранней стадии.

«Во время таких акций мы не требуем от пациентов талончиков или направлений, поддерживая их стремление быть внимательными к собственному здоровью, вовремя посещать специалистов, даже если ничего, на первый взгляд, не беспокоит», – говорит главный врач

Диагностического центра Владимир Захаров.

В дни проведения социальных мероприятий специалисты центра предлагают пройти комплекс высокоспециализированной диагностики: исследование лёгких с помощью современной компьютерной дыхательной лаборатории, УЗИ предстательной железы, УЗИ молочных желёз, маммографию, сложные нейрофизиологические методики, комплекс лабораторной диагностики.

Осмотр пациентов проходит не только в самом центре, но и на выезде в крупных учреждениях.

Например, в рамках акции, приуроченной к декаде инвалидов, специалисты-неврологи побывали в Центральном доме-интернате для престарелых и инвалидов Барнаула, а также в общеобразовательной школе-интернате для детей с нарушением слуха в селе Озёрки Тальменского района. Только в

школе-интернате осмотрено около 50 детей, выполнено почти 160 методик.

Высокоспециализированная диагностика помогает на месте выявлять нарушения, корректировать диагноз и лечение.

– Акции не просто востребованы, а приносят конкретный результат, – подчёркивает главный врач. – За три последних месяца специалистами центра было обследовано почти 9 тыс. человек: около 1300 жителей сельских территорий и более 7 тыс. барнаульцев. Пациенты, у которых заболевания выявляются на ранних стадиях, не остаются один на один с проблемой, всем выдаются направления на консультацию в краевой онкодиспансер. Сегодня мы ведём работу по созданию специального реестра таких больных.

Елена ОСИПОВА.

Барнаул.

Начало

На базе клиники Амурской государственной медицинской академии заработал первый и единственный в регионе кабинет врача-подиатра. Доктор медицинских наук Иван Борозда, который принимает пациентов с болезнями стоп, уверен, что многие проблемы со здоровьем можно решить правильными стельками и обувью.

Подиатрия (хироподия, подология) – раздел медицины, занимающийся лечением заболеваний стопы и голени. Как отдельную дисциплину её впервые начали изучать в Великобритании, США, Канаде, Австралии и Новой Зеландии. В других странах она является до-

В Приамурье появился подиатр

статочно молодой наукой. Первое в России руководство по подиатрии было издано в 2006 г.

Подиатрия сформировалась на стыке различных медицинских дисциплин и опирается на последние достижения клинической биомеханики, ортопедии, неврологии, остеопатии, спортивной медицины, прикладной кинезиологии, постурологии, терапии и хирургии опорно-двигательной системы человека.

Специалисты бьют тревогу: сегодня почти у каждого человека

есть заболевания стоп, им подвержены люди всех возрастов. Современные люди недополучают физической нагрузки – они привыкли передвигаться на машинах, ходить по ровному асфальту, носить тесную и неудобную обувь, туфли на каблуках. Это приводит к нарушению биомеханики всего опорно-двигательного аппарата. Боли в спине, позвоночнике и в шее, головные боли и усталость напрямую могут быть связаны с болезнями стоп, отмечают врачи.

Заведующий кафедрой травматологии АГМА Иван Борозда получил специализацию по подиатрии в Санкт-Петербургском научно-практическом центре медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта. Врач уверен, что во многих случаях стойкие болевые синдромы скелетно-мышечной системы бесследно исчезают после грамотной коррекции функций стоп специальными мануальными приёмами, упражнениями и продвинутыми ортопедическими стельками.

Главная задача, стоящая перед современной подиатрией, как отметил доктор, заключается в раннем выявлении и коррекции различных девиаций стоп и нижних конечностей. Среди актуальнейших направлений этой науки на сегодняшний день особо стоит выделить и проблему, связанную с синдромом диабетической стопы.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Официально

Приказ не нарушает закон

Федеральная антимонопольная служба (ФАС) возбудила дело в отношении Минздрава России в связи с невыполнением предупреждения, сообщает ведомство.

В связи с заявлением ФАС России относительно возбуждения дела в связи с оспариванием правомочности принятия приказа Минздрава России № 121н от 11.03.2013 пресс-служба Минздрава России обращает внимание на следующее: приказ Минздрава России № 121н был принят министерством в строгом соответствии с действующим законодательством и был зарегистрирован Министерством юстиции РФ.

Данный приказ вместе с порядками оказания медицинской помощи по профилям медицинской помощи и положениями об отдельных её видах составляет основу для обеспечения единства требований к качеству оказываемой медпомощи в рамках лицензирования.

Напомним, что, согласно данному документу, работы (услуги) при оказании медицинской помощи группируются с учётом её видов и условий оказания. Если бы такая группировка отсутствовала, то к кабинету амбулаторного хирурга в поликлинике и к хирургическому отделению, оказывающему высокотехнологическую медицинскую помощь в федеральном специализированном центре, должны

были бы предъявляться одинаковые требования, и указанный кабинет получил бы возможность проводить высокотехнологичные операции без наличия необходимого оборудования и соответствующего персонала, что ставило бы под угрозу жизнь и здоровье пациентов.

Соответствующая информация была ранее направлена в ФАС России, а также будет дополнительно озвучена в ходе соответствующих слушаний в антимонопольном ведомстве.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

Продолжаем разговор

Обвинения в бездоказательности должны быть доказательными

Российские фтизиатры откликнулись на статью «Бездоказательная медицина»

Опубликованная на правах рекламы статья «Бездоказательная медицина» (см. «МГ» № 10 от 10.02.2017), в которой критиковалась защищённая в диссертационном совете Первого МГМУ им. И.М.Сеченова диссертация фтизиатра Ставропольского краевого клинического противотуберкулёзного центра Натальи Моисеевой, вызвала предсказуемую реакцию ведущих российских специалистов из многих регионов страны.

Попытка воздействовать на членов ВАК через средства массовой информации названа некорректной, а подозрения в том, что он «проштампуем формально решение диссертационного совета» – ничем не обоснованными. По мнению этих фтизиатров, даже если статья публикуется «на правах рекламы», она не должна противоречить приказу Минздрава России, касающемуся скринингового метода обследования на

туберкулёз, который внедрён более чем в 65 регионах Российской Федерации и показывает положительные результаты. Например, при использовании новой технологии скрининга в группы риска заболевания туберкулёзом в Самаре отбирается 2,1% детского населения, то есть в 1,6 раза больше, чем в условиях традиционного скрининга при помощи туберкулина. В Ростовской области при обследовании очага туберкулёзной инфекции (более 200 подростков, которым были проведены пробы Манту с двумя туберкулиновыми единицами, АТР и флюорографическое обследование), активные формы туберкулёза были выявлены только с помощью АТР, названный «препаратом надежды». Редакция «МГ» не может устранить от возникшей дискуссии и публикует мнение одного из экспертов.

– Ранее выявление туберкулёзной инфекции у детей остаётся весьма актуальной проблемой. До недавнего времени одним из основных методов диагностики туберкулёзной инфекции являлась проба Манту с двумя туберкулиновыми единицами. Однако в условиях массовой иммунизации детей против туберкулёза туберкулинодиагностика становится малоэффективной в выявлении истинного инфицирования за счёт перекрёстного иммунного ответа. С появлением генно-инженерных рекомбинантных диагностических препаратов возникла уникальная возможность выявления и диагностики инфицирования организма именно *M.tuberculosis*. К таким препаратам относится отечественный аллерген туберкулёзный рекомбинантный (АТР). Применение этого теста может повысить эффективность раннего выявления туберкулёзной инфекции у детей и подростков.

В Центральном НИИ туберкулёза (ЦНИИТ) в 2006-2007 гг. проводились доклинические исследования специфической активности препарата Диаскинтест, в результате которых было установлено, что он эффективен для диагностики инфицирования вирулентными штаммами *M.tuberculosis* и при аналогичной чувствительности является существенно более специфичным по сравнению со стандартным туберкулиновым тестом, используемым в настоящее время.

Начиная с 2007 г., в ЦНИИТ проводились клинические исследования данного препарата. В результате было получено обоснование применения кожной пробы с препаратом Диаскинтест для диагностики туберкулёза и оценки активности процесса, дифференциальной диагностики туберкулёза и поствакцинальной аллергии (гиперчувствительности замедленного типа), наблюдения за эффективностью лечения в комплексе с другими методами. Эти результаты отражены в монографии «Кожная проба с препаратом Диаскинтест – новые возможности идентификации туберкулёзной инфекции» (Москва, 2010) и других публикациях в научно-практических рецензируемых журналах.

В ЦНИИТ с 2011 по 2014 г. выполнялась тема НИР «Диаскинтест в диагностике, дифференциальной диагностике и оценке эффективности лечения у детей и подростков». В результате исследований была доказана высокая чувствительность (98,1%) теста. Установлена возможность использования Диаскинтеста в качестве дополнительного критерия оценки эффективности химиотерапии некоторых форм туберкулёза. Доказана его информативность в определении

активности специфического процесса у пациентов с впервые выявленными очаговыми изменениями. В результате проведенных исследований разработаны методические рекомендации:

1. Применение кожной пробы с препаратом «Аллерген туберкулёзный рекомбинантный» для выявления туберкулёзной инфекции у детей и подростков на основе интеграции противотуберкулёзных учреждений и учреждений здравоохранения первичной медико-санитарной помощи.
2. Рекомендации по применению кожной пробы с препаратом «Аллерген туберкулёзный рекомбинантный» 0,2 мкг в 0,1 мл раствора для внутрикожного введения (Диаскинтест) для идентификации туберкулёзной инфекции у детей и диспансерного наблюдения в противотуберкулёзных учреждениях.

В связи с вышесказанным считаю важным и целесообразным использовать пробу с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным, руководствуясь Приказом Минздрава России № 951 от 29.12.2014, и продолжать исследования Диаскинтеста для диагностики латентной туберкулёзной инфекции у взрослых.

Атаджан ЭРГЕШОВ,
директор Центрального
НИИ туберкулёза,
профессор.

Отклик

Безобидные шарики?

Меморандум Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований «О лженаучности гомеопатии» вызвал отклик в зарубежных СМИ. Крупнейшее немецкое издание Frankfurter Allgemeine Zeitung опубликовало комментарий Мартини Ленцен-Шульт, который, возможно, представит интерес для читателей «МГ» (перевод с немецкого Марии Лихтерман).

В своём меморандуме Российская академия наук клеймит гомеопатию псевдонаукой и призывает ограничить её применение. Текст был подписан 30 учёными и врачами, которые просят Минздрав России отказаться от применения гомеопатических средств в больницах и указывать на недостаточные доказательства их эффективности при продаже в аптеках.

Это действительно важный документ. Российская система здравоохранения находится не в лучшей форме, больные и традиционной медициной плохо обеспечены. В таких условиях акция, которая отнимает у больных ещё одну надежду, гораздо приметнее, чем когда-либо. К тому же эта атака вредит и экономике. В прошлом году в России было продано гомеопатических препаратов больше чем на 100 млн евро, причём 70% из них изготовлены в России. Могут ли русские послужить примером?

В европейских государствах на словах давно признаётся «доказательная медицина», но у нас никто из ответственных лиц не смеет так открыто нападать на гомеопатию. Несколько месяцев назад Би-Би-Си задала вопрос, с какой стати Национальная служба здоровья Великобритании (NHS) до сих пор её финансирует, хотя доказательство эффективности отсутствуют. В СМИ поднимается шум, гомеопатию называют «исторической аномалией», но деньги на неё продолжают выделять, в том числе немецкие страховые компании.

Однако рекомендация Российской академии наук не так уж необычна, как кажется на первый взгляд, что показывает история рождения Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований. Она была учреждена в 1998 г. и первоначально работала на общественных началах. Но недавно комиссия выделила полмиллиона евро «на структурирование профессиональной рекламно-информационной деятельности». Меморандум по гомеопатии был поэтому также и желанным случаем оправдать собственную работу и наконец-то привлечь к себе внимание. По крайней мере, это случилось: отзывы в России были громкими. Пытаясь разворошить «осиное гнездо» гомеопатии, везде проваливаешься в бездны, и не только научные.

Санитарная зона

Как циркулирует вирус бешенства



В специальной научной литературе опубликованы результаты многолетних исследований Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора и Омского НИИ природно-очаговых инфекций, посвящённые изучению генетического разнообразия штаммов вируса бешенства, циркулирующих на территории Российской Федерации и в других странах. Проведённые исследования стали первыми по масштабу изучения разнообразия вируса бешенства.

Учёными ЦНИИЭ было проведено полногеномное секвенирование 82 штаммов, собранных на территории России в период с 2008 по 2016 г. Данные сиквенсы (последовательности геномов) были проанализированы совместно с выборкой из 108 полногеномных последовательностей штаммов вируса бешенства, представленных в международной базе данных GenBank Национального центра биотехнологической информации (NCBI) методом Байесовского анализа с целью определения их происхождения.

Большинство изученных штаммов отнесено к так называемой степной группе вирусов бешенства, циркулирующих в Европейской части России вплоть до границ с Монголией. Также один штамм из этой группы был обнаружен в Приморском крае, что, вероятно, стало результатом антропогенного заноса.

Кроме того, на Земле Франца-Иосифа впервые был обнаружен штамм вируса бешенства полярной группы, циркуляция которой ранее выявлена только на Аляске.

Результаты исследований позволили выявить закономерности распространения и циркуляции вируса бешенства на территории Российской Федерации и представлять не только научный, но и прикладной интерес, а именно будут использоваться для совершенствования надзора за этой смертельно опасной вирусной инфекцией на территории России.

Андрей ДЫМОВ.

Москва.

Общеизвестно, что портрет здравоохранения завтрашнего дня в значительной мере зависит от «свежего дыхания», формирования генерации врачей нового типа. Именно молодым специалистам предстоит реализовывать программы преобразований отрасли. В среде молодых врачей происходит процесс формирования единой саморегулируемой профессиональной медицинской организации, призванной защищать, помогать, способствовать профессиональному росту каждого. В подавляющем большинстве молодые неравнодушны, энергичны, более открыты ко всему новому и прогрессивному. Хотя при этом они в большей степени, чем их старшие коллеги, уязвимы при столкновении с объективными профессиональными и жизненными трудностями.

Около 10 лет в стране функционирует Содружество молодых врачей. Всё это время его возглавлял Илья ИЛЬИНЦЕВ, а недавно новым генеральным директором содружества стал Дмитрий БУЛЕТОВ. О том, что нынче волнует медицинскую молодёжь, мы решили узнать из первых уст.

– Как вы охарактеризуете нынешнюю врачебную молодёжь?

Илья Ильинцев: Как гласит известное выражение, «за молодёжью – будущее». С этим невозможно не согласиться, это очевидный факт. И здесь встаёт крайне важный вопрос преемственности поколений. Если общими усилиями удастся сохранить такую преемственность, если старшие коллеги будут делиться опытом, а молодые – с глубоким уважением и пониманием его перенимать, тогда мы можем быть спокойны как за наше здравоохранение, так и за страну в целом.

Проработав в Содружестве молодых врачей с самого его основания, могу заверить читателей: у нас есть энергичные, ответственные, нестандартно мыслящие, действительно профессионально относящиеся к своему делу и при этом неравнодушные молодые коллеги, которым под силу поднять нашу медицину и систему здравоохранения на новый уровень.

– Сегодня в отрасли множество молодёжных врачебных формирований в виде советов и ассоциаций молодых врачей, учёных и т.д. Создаётся, по моему, обманчивое впечатление, будто у нас очень много активных молодых докторов. Однако на проверку получается, что все они, как правило, не сами решают свои проблемы, а лишь выполняют указания свыше. Начинаям свой путь в профессии нужно, чтобы их не задеивствовали в тех или иных «молодёжных акциях», а помогали. Ведь так?

И.И.: Молодые врачи, как и любая другая социальная группа, объединяющая многотысячную армию самых разных людей, неоднородна. Как показывает практика, активных людей в любой такой группе не более 5, максимум 10%. Молодые врачи – не исключение. И эти 5% проявляют себя на самых разных площадках, что очень здорово.

Что же касается самих площадок – действительно, зачастую они создаются решениями «сверху», привлекая молодых врачей под свои конкретные цели. С одной стороны, это может показаться не совсем правильным, однако далеко не все молодые врачи могут самостоятельно «с ходу» создать эффективно функционирующую организацию, целью которой является работа для молодых врачей.

Справедливости ради должен отметить, что, перед тем как я со своими коллегами – Иннокентием Поповым и Владимиром Михеевым – создали Содружество молодых врачей, нам всем довелось поработать в молодёжных организациях при органах государственной и муниципальной власти. Это большой опыт, за что я до сих пор благодарен чиновникам, с которыми я «входил» в общественную жизнь.

На мой взгляд, несправедливо умалять важность любой из созданных медицинских молодёжных организаций, при этом каждый должен понимать, что цели и задачи таких организаций, как правило, достаточно чётко прописаны в уставах или положениях. В этих документах всегда указывается,

действительно активен, становятся членами нашей команды. Но особенность-то работы и заключается в том, что наши проекты открыты для каждого, и каждый может пользоваться ими без ограничений. Благодаря такому подходу количество «сочувствующих» – тех коллег, которые так или иначе периодически участвуют в нашей деятельности, – превышает 15 тыс. человек, однако активно работающих значительно меньше.

Исходя из нашей идеологии, мы не открывали официальных филиалов, однако представители содружества есть практически во всех субъектах Федерации.

жества молодых врачей выпала честь быть членом Общественного совета первого созыва при Минздраве России. Общественный совет (как на федеральном, так и на региональном уровне) – это отличное начинание в рамках «открытого Правительства». Это эффективный инструмент взаимодействия разных референтных групп с управленцами здравоохранения. Причём вне зависимости от членства в совете, это действенный инструмент «обратной связи» – рекомендую всем коллегам и пациентам знать о нём.

– У вас «в рюкзаках» – активное участие в Форуме молодых

готовые решения, облегчающие коммуникацию.

– В медицине всегда, в том числе и нынче, остро стоит вопрос этики и деонтологии. Как ваша организация относится к этическому кодексу врача?

И.И.: Сама идея этического кодекса, а точнее высокоэтического отношения друг к другу – великолепна. Однако принятие какого-либо документа не изменит ситуацию вмиг. Это длительная работа, к этому нужно быть готовым. На мой взгляд, с чего-то нужно начинать – и я не вижу ничего плохого, если мы хотя бы задекларируем наши этические цели в кодексе, поэтому идею поддерживаю. А вот у Дмитрия отношение к кодексу несколько отличается.

Д.Б.: Мы уже много раз выступали на мероприятиях с критикой этого кодекса. Он плохо проработан. Нет конкретики. Пока статьи кодекса – это набор общих положений, которые и так очевидны. Например, «врач должен с уважением относиться к пациентам и к коллегам»... Непонятно, что будут делать с теми, кто нарушил кодекс. И с теми, кто его не принял. Ведь данный кодекс – не закон. Какую юридическую силу он будет нести, как будет соотноситься с другими кодексами врачей? Вопросов очень много, а ответов нет. Пока мне кажется, что это плохая идея. В данном виде кодекс работать не будет, а станет лишней бумагой, которой пациенты будут «тыкать» во врача.

– Считаете ли необходимым возрождение (не формальное, а фактическое) наставничества?

И.И.: Безусловно, да. Наставничество, передача опыта – это залог развития отрасли, развития общества. Мы совместно с Ассоциацией заслуженных врачей России уже на протяжении 2 лет активно работаем в этом направлении. Очень приятно, что к вопросу поддержки наставничества оказались неравнодушными не только профессиональное сообщество, но и чиновники самого разного уровня. В ряде регионов программы поддержки наставничества приняты на уровне губернаторов и уже внедрены в практическое здравоохранение. Это отдельная большая тема, которую, считаю, необходимо осветить с участием Ассоциации заслуженных врачей России.

– Илья, какое напутствие вы дадите своему преемнику?

И.И.: С Дмитрием бок о бок мы работаем уже свыше 4 лет. Это человек, который, будучи членом правления содружества, принимал самое активное участие практически во всех проектах, являясь моей «правой рукой» в организации. Именно поэтому мне теперь очень просто сформулировать своё напутствие: «не сбавляй оборотов!».

– Дмитрий, какую программу действий по развитию содружества вы наметили для себя? Верите, что молодёжь по силам реально менять ситуацию?

Д.Б.: Частично я уже озвучил планы на ближайший период в предыдущих ответах: наметена сложная, насыщенная, но по-настоящему увлекательная работа.

Что же касается возможности изменить ситуацию к лучшему: да, безусловно, что-то изменить мы сможем. Если мы поможем что-то новое узнать хоть одному молодому врачу, значит, уже не зря работали.

Если сможем сделать так, чтобы молодые врачи понимали, что проблемы, с которыми они сталкиваются, – не уникальны и их можно решить, это будет хорошо. Я по жизни оптимист и, конечно, верю, что мы работаем не зря.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Наши интервью

Свежее дыхание

Отрасль остро нуждается в энергии молодых врачей



Илья Ильинцев

для чего создана та или иная организация. И если она создана для поддержки развития института донорства, а её члены – молодые врачи – участвуют в её жизни, значит, она полезна для общества, а опыт, полученный в организации, важен для начинающих специалистов. С другой стороны, если говорить об организациях, целью которых является помощь молодым в период их профессионального становления, – таких действительно немного. Более того, до создания Содружества молодых врачей в России не было организаций федерального масштаба – только небольшие локальные объединения. В этом, пожалуй, и заключается особенность содружества – наша деятельность направлена на всех молодых коллег, вне зависимости от специальности, места работы и жительности.

– Сколько человек входит в ваше профессиональное медицинское объединение, имеет ли оно филиалы в регионах? Ставите ли вы перед собой цель сплотить всех молодых врачей России?

И.И.: Как я уже говорил, в любой социальной группе всего лишь 5-10% людей с активной жизненной позицией. При этом эта цифра совсем не относится к профессионализму и человеческим качествам оставшихся 90% – это в основном замечательные люди, хорошие профессионалы. Но только 5 – максимум 10% можно реально сплотить в рамках организаций, подобной нашей. Точнее, даже не сплотить – создать условия, а сплотятся уж они сами. К этому выводу мы пришли не сразу – это опыт немалых лет работы с коллегами.

Мы не ставим нереальных и ненужных задач «сплотить всех», «записать в свои члены 90% молодых врачей России» и т.д. Мы работаем для всех, а уж те, кому это действительно интересно и кто

Если же возникнет такой запрос, думаю, новое руководство содружества откроет необходимое количество филиалов. Но пока такой необходимости не было.

– Какой смысл вы, руководители содружества, вкладываете в понятие «поддержка молодых врачей»? Что уже сделано? Удаётся при этом максимально широко использовать свежие идеи и энергию молодых коллег?

И.И.: С самого образования содружества мы придерживаемся простого принципа – наша деятельность должна приносить практическую пользу молодым врачам.

Дмитрий Булетов: Для нас главное – помочь молодым, активным людям себя реализовать, поддержать их в период профессионального становления. Многие идеи, которые приходят в голову молодым, не новы. Это может быть и проведение конференций, и какие-то нестандартные варианты коммуникации, и многое другое. Как правило, большинство из идей нами уже реализованы, и накоплен определённый опыт. Используя его, мы стараемся помочь молодому врачу воплотить такую «новую» идею в жизнь.

Также мы стремимся помочь молодым в получении новых знаний, не выпав из быстроменяющегося мира медицины и, безусловно, расширить их кругозор. Медицинский мир огромен и не ограничен одной больницей или вузом. В плане примеров: множество конференций, проводимых на различные темы, наш сайт, statusmedicus.ru, который открыт для новых авторов из числа не только опытных, но и молодых специалистов.

Однако стоит признать, что из множества молодых людей, которые к нам приходят, с нами остаются немногие. Кому-то мешает рутина, кто-то уходит из отрасли, кто-то на этапе реализации своей идеи понимает, что это не его. Ведь идея сама по себе – это лишь мысли или, в лучшем случае, буквы на бумаге. За идеей стоит огромный труд в её реализации. Не каждый готов к долгой работе, да и сама идея во время работы может измениться.

– Слышат ли власти голос содружества, считаются с ним? Удаётся вести диалог «на равных»?

И.И.: Для диалога «на равных» нужны участники с примерно равным уровнем знаний и умений, поэтому правильно говорить о том, «прислушиваются» ли представители органов управления здравоохранением к содружеству или нет. И на этот вопрос могу ответить однозначно: «Да, прислушиваются!» И помогают».

Мне как представителю Содру-



Дмитрий Булетов

врачей России, съезде молодых врачей из стран СНГ. Что в проекте?

Д.Б.: На этот год у нас намечено несколько проектов. Первый – создание международного журнала. Совместно с нашими зарубежными партнёрами мы хотим издавать медицинский журнал для молодых врачей. Своё участие в проекте уже подтвердили молодые коллеги из Армении, Белоруссии, Грузии, Киргизии. Журнал только для врачей до 35 лет и на несколько стран. Затем мы планируем провести II съезд молодых врачей стран СНГ. Сейчас решаем организационные вопросы: возможно, он пройдёт в Ереване или Минске. Также мы развиваем совместный проект с Российской академией образования, направленный на медицинское просвещение не врачей. Главное – чтобы на всё хватили сил.

– Молодые очень восприимчивы ко всему новому, в том числе к новым формам общения. Планируете для этих целей использовать интеграционную интернет-площадку объединения молодых врачей в виде коммуникационной сети?

Д.Б.: Действительно, новые информационные технологии появляются каждый месяц, меняя при этом нашу жизнь. У нас был опыт создания интеграционной площадки, которая позволила молодым коллегам проще находить друг друга с учётом своих профессиональных запросов, налаживать связи. Мы и дальше продолжим идти в ногу со временем, развивая каналы в социальных сетях и мессенджерах, используя новые разработки в цифровой сфере. Однако хочется отметить, что Содружество молодых врачей – это организация поддержки молодых врачей, а не IT-разработчик, поэтому, не отдаляясь от своих уставных целей, мы будем использовать уже

В Новосибирске прошёл очередной ежегодный семинар для трансфузиологов, хирургов, акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов «Современные методы терапии критических состояний, связанных с острой потерей крови и инфекционными осложнениями».

Это уникальный образовательный проект, организаторами которого стали Координационный центр по организации, развитию и пропаганде донорства крови при Общественной палате РФ и Новосибирский клинический центр крови. Особенность данного семинара в том, что в качестве преподавателей приглашаются учёные и клиницисты из крупнейших российских медуниверситетов и федеральных медицинских центров, а в зале собираются новосибирские врачи разных специальностей, в практике которых встречаются кровотечения.

– Информация, представленная в докладах, основана на последних научных данных, опубликованных в зарубежных журналах, а также на российских и зарубежных клинических рекомендациях. Она в равной степени актуальна для всех участников семинара. Подобный формат обучения полезен тем, что врачи разных профилей не только получают одинаковый объём новых знаний, но и тем самым обучаются командному взаимодействию в критических ситуациях, в том числе угрожающих жизни больного. Благодаря тому, что все они – и хирурги, и анестезиологи, и трансфузиологи, и акушеры – вместе прошли теоретическую подготовку, их действия при остром кровотечении у пациента будут правильными, согласованными и более успешными, – говорит главный врач Новосибирского центра крови Константин Хальзов.

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Сергей Свиридов рассказал о базисной инфузионной терапии при массивной кровопотере. Предваряя данные современных научных исследований, профессор С.Свиридов напомнил новосибирским коллегам слова великого русского врача XIX века Матвея Мудрова: «Не должно лечить бо-

Проблемы и решения

Обобщённые знания — быстрые действия

Совместное обучение врачей разных специальностей имеет явные преимущества



лезнь по одному только её имени, а должно лечить самого больного, его состав, его органы, его силы».

– Корректирующая инфузионная терапия как способ коррекции изменений водного, электролитного, белкового баланса путём восполнения недостающих компонентов крови, нормализации ионного состава водно-солевого обмена и др. с момента своего первоначального описания в 1832 г. стала краеугольным камнем интенсивного лечения тяжёлого сепсиса и септического шока. Тем не менее остаются вопросы об оптимальном составе жидкости, дозы и скорости введения инфузионных средств больным в критическом состоянии. Необходимо выбрать правильную ИТ для пациента и провести её в нужное время, – подчеркнул докладчик и подробно остановился на характеристиках разных препаратов, используемых для корректирующей инфузионной терапии.

Сообщение ведущего научного сотрудника отделения гравитационной хирургии крови Научного центра акушерства, гинекологии

и перинатологии им. В.И.Кулакова доктора медицинских наук Олега Рогачевского было посвящено современным принципам трансфузионного обеспечения периперационного периода. Актуальность темы подтверждают следующие приведённые им данные: в 25% всех случаев материнской смертности в мире их причиной является кровотечение. Всемирная организация здравоохранения ежегодно регистрирует 14 млн послеродовых кровотечений.

– Международная концепция индивидуального подхода к рациональной гемотрансфузии предполагает персонализированное лечение. Оно связано с максимальной активацией гемоглобина до операции, снижением кровопотери, включая забор аутокрови во время операции и в послеоперационном периоде, а также использование альтернативных препаратов для гемотрансфузии в случаях, когда это возможно и целесообразно, – подчеркнул О.Рогачевский.

Он подробно остановился на тактике трансфузиологической

помощи и вопросах безопасности трансфузии, ссылаясь в том числе на данные мировой научной литературы.

Что касается переливания донорской крови, некоторые зарубежные специалисты, в частности немецкие, высказывают сомнения в том, что это рациональный и экономически выгодный способ коррекции послеоперационной анемии. Причина такого вывода – большая разница между потребностью и обеспечением компонентами крови. В исследовании, проведённом в Германии, предсказывается, что к 2020 г. дефицит медицинских учреждений этой страны в донорской крови составит 47%. Благодаря активной пропаганде добровольного донорства крови в России нашим клиникам эта проблема, к счастью, пока не угрожает.

О.Рогачевский также подробно остановился на теме «анемия у беременных», напомнил о том, что разработаны российские клинические рекомендации по кровесберегающим технологиям в акушерской практике и в гинекологии, а также в качестве дополнения привёл рекомендации по лечению анемии во время беременности и послеродовой анемии в Швейцарии, Германии, странах Азиатско-Тихоокеанского бассейна.

«Подходы к коррекции кровопотери и показателей центральной гемодинамики» – такой была тема лекции доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Елены Халиковой. Она, в частности, сделала акцент на лечении пациентов с сепсисом.

– Задача врачей в этой ситуации – своевременная и адекватная

санация очага инфекции. Оптимальный срок – первые 6 часов. Через каждый час задержки начала антибактериальной терапии выживаемость больных снижается на 7,7%, – подчеркнула специалист.

Говоря о рациональной антибиотикотерапии при сепсисе, Е.Халикова сочла необходимым напомнить участникам семинара причины антибиотикорезистентности. Это применение антибиотиков в сельском хозяйстве; эволюция микроорганизмов, в ходе которой бактерии вырабатывают механизмы устойчивости к лекарствам быстрее, чем учёные создают новые препараты; необоснованное использование антибиотиков в медицинской практике, а именно при вирусных инфекциях, во время и после «чистых» операций и т.д.

Преподаватель Первого МГМУ им. И.М.Сеченова также дала некоторые рекомендации по проведению инфузионной терапии при сепсисе с учётом современных мировых подходов. Так, для большинства клинических ситуаций в качестве препаратов инфузионной терапии могут быть назначены изотонические сбалансированные солевые растворы. Рекомендовано раннее применение вазопресоров для достижения целевых гемодинамических показателей. А контроль показателя сердечного выброса позволяет персонализировать инфузионную терапию.

На семинаре об оказании медицинской помощи больным с кровотечениями нельзя было обойти стороной вопросы обеспечения безопасности донорской крови и её компонентов. Обращаясь к аудитории специалистов, доцент кафедры трансфузиологии и проблем переливания крови Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова доктор медицинских наук Сергей Маджаев обратил их внимание на технологию инактивации патогенных биологических агентов. Вирусная инактивация – мера, обеспечивающая дополнительную безопасность переливания донорской крови реципиенту, она может и должна использоваться наряду с отбором доноров и проведением традиционных многократных лабораторных исследований каждой дозы забранной крови.

Елена ЮРИНА.

МИА Сито!

Новосибирск.

ОМС: реальность и перспективы

В Совете Федерации состоялся «круглый стол» на тему: «Совершенствование системы уплаты страховых взносов за неработающее население: проблемы и законодательные пути их решения».

Участники мероприятия обсудили проблемы организации персонализированного учёта и информационного обмена в системе обязательного медицинского страхования, методики уплаты страховых взносов самозанятыми категориями граждан, а также вопросы, связанные с выявлением и исключением из системы ОМС лиц, не подлежащих страхованию согласно действующему законодательству.

Открывая «круглый стол», председатель Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам Сергей Рябухин указал на необходимость введения персонализированного учёта. Он напомнил, что без такой методики происходят «разночтения, когда на число застрахованных неработающих граждан попали военнослужащие, не подлежащие учёту в системе ОМС».

Заместитель председателя Федерального фонда ОМС Юрий Нечепоренко представил основные положения подготовленного Минздравом и ФОМС законопроекта «О внесении изменений в отдель-

Легализация самозанятых

Кто работающий и неработающий?

ные законодательные акты РФ по вопросам персонализированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования». Как пояснил Ю.Нечепоренко, подготовленный законопроект нацелен на исключение возможности страхования в системе ОМС военнослужащих и приравненных к ним лиц. Он обратил внимание на ключевую норму документа – актуализацию базы единого регистра застрахованных лиц за счёт вводимого информационного взаимодействия между ФОМС и различными силовыми ведомствами.

«С учётом замечаний Счётной палаты и обращений Совета Федерации в Правительство РФ. Эта методика будет учитывать среднегодовую численность застрахованных лиц за год, предшествующий году формирования бюджета», – рассказал

ещё об одной новелле документа Ю.Нечепоренко.

Заместитель главы ФОМС выразил уверенность, что предложенные законопроектными новеллы будут способствовать снижению нагрузки на бюджеты субъектов Федерации по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Выступавший в рамках «круглого стола» директор Воронежского территориального ФОМС Александр Данилов подчеркнул, что в регионе очень ждут принятия законодательных новаций в части полномочий в сфере информационного взаимодействия с военными ведомствами и другими структурами, в которых служат приравненные к военнослужащим категории лиц. «Сейчас мы в этих сферах погрязли: с кем только не сверяемся – и официально, и неофициально, в том числе используя административный ресурс региона, – обозначил остроту проблемы глава воронежского фонда ОМС. – Год назад самостоятельно

начали эту работу. Под эгидой правительства Воронежской области провели совещание, определили параметры, как мы говорим, «капитуляции» – добровольной сдачи военнослужащими полисов».

Особо острые споры в рамках «круглого стола» вызвал вопрос уплаты социальных взносов за самозанятое население. На сегодняшний день эта часть платежей – дополнительное бремя для региональных бюджетов.

Председатель бюджетного комитета Совета Федерации Сергей Рябухин обратил внимание представителей Министерства труда и социальной защиты РФ на необходимость определения статуса этой категории населения, а также определения перечня всех видов деятельности самозанятых. Со своей стороны член Комитета Совета Федерации по науке, образованию и культуре Олег Казаковцев указал на важность легализации доходов самозанятых граждан и появления у них обязанностей по уплате страховых взносов. Он также высказал

мнение о том, что личные соплатежи населения помогут сделать ОМС действительно страховой системой.

Первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Кононова озвучила новый подход к разделению населения на работающее и неработающее: «Есть предложение по-другому определить эти категории – трудоспособные и нетрудоспособные. Если мы будем рассматривать именно эти категории и разобьём их на группы, то там вырисовывается совершенно иная картина, которая может качественно изменить ситуацию».

Сенатор призвала в дальнейшем обсудить это предложение с участием ФОМС и Счётной палаты, чтобы выработать совместный конструктивный подход по учёту самозанятых и порядке уплаты социальных взносов этой категорией граждан.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Москва.

Есть люди, которых можно назвать великими тружениками. Один из них – главный врач Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Минздрава Республики Марий Эл, доктор медицинских наук Виктор Севастьянов. Когда знакомишься с ним, то сначала удивляешься нестандартностью его суждений, взглядов. А потом понимаешь, что судьба свела тебя с незаурядным человеком, на счету которого, оказывается, не одно авторское изобретение и метод, запатентованные в США, Германии, Дании, Швеции и Франции, Великобритании, Голландии, Японии. Но больше поражает его неуёмная энергетика.

Он – постоянный участник различных научных форумов, в том числе и международных. Соглашается принять и проконсультировать пациентов в своей клинике, в том числе и из других стран мира. А ещё Виктор Викторович преподаёт, он – профессор кафедры радиотехнических и медико-биологических систем Поволжского государственного технологического университета, с удовольствием помогает студентам заниматься научными исследованиями, сам разработал несколько медицинских приборов. Как научный руководитель диссертаций молодых коллег-клиницистов он помогает им интерпретировать полученные результаты. При этом профессора В. Севастьянова уже третий раз выбирают депутатом Государственного собрания Республики Марий Эл. Ему доверяют люди. Секрет этого прост: он встречается со своими избирателями, старается помочь им, если это возможно, так как не считает, что его дело только голосовать за предложенные законопроекты.

Этого у него не отнять

В Центре патологии речи и нейрореабилитации лечат детей, страдающих тяжёлыми заболеваниями. Но профессор Севастьянов иногда, по согласованию с Минздравом Республики Марий Эл, делает и исключения.

– Мне очень помог Виктор Викторович, – рассказывает педагог с 45-летним стажем Н. – Работа в школе – тяжёлая нагрузка на здоровье. Когда вышла на пенсию, стала замечать, что слух начал ухудшаться. Особенно это чувствовалось, когда летом ходила за грибами.

Для поклонницы «тихой охоты» ухудшение слуха стало настоящей трагедией. Ей кричат в лесу, что пора возвращаться, а она ничего не слышит. Смерть матери окончательно подкосила её здоровье. В результате слух ещё больше ослаб. Узнав, что профессор Севастьянов будет проводить лечение и пожилых, она сразу решила записаться на приём. Номер очереди выпал 8-й, но сначала принимали ветеранов войны, которые шли без очереди. Поэтому пригласили в центр не сразу, а спустя несколько месяцев. Врачи и медсёстры оказались очень внимательными, а лечение – эффективным. Курсы проводились два раза в год: делались инъекции, применялся терапевтический лазер, массаж. Слух улучшился, а это дало настоящий заряд бодрости. Качество жизни стало другим!

Н. жалеет, что профессор Севастьянов не принимает пожилых больных в каком-то отдельном лечебном учреждении, так как в центре его главные пациенты – дети. И это правильно. Но и пожилые люди хотели бы, чтобы их консультировал профессор.

Ещё одну историю об отношении к работе рассказывает дочь Валентины Быковой – известной в Йошкар-Оле долгожительницы. Ещё бы, она прожила более 108 лет! О ней не раз писали местные газеты. На пороге столетнего юбилея женщина потеряла зрение и слух. Что и говорить, возрастные изменения неизбежны, остановить их крайне трудно. Когда Валентина Ивановна праздновала своё 100-летие, пришло много известных людей, в том числе и профессор Севастьянов.

И тогда она посетовала, что офтальмологи отказались оперировать катаракту из-за возраста. Да и слух уже не позволяет общаться с людьми.

– Давайте вас полечим консервативными методами, подберём

И столетняя бабушка стала лучше слышать и видеть, смогла смотреть телевизионные передачи, разговаривать по телефону, общаться с гостями.

Ирина Юмашева приходила и осматривала бабушку, а назначения согласовывала с Виктором Севастьяновым. К несчастью, долгожительница умерла в возрасте 108 лет. Но до последнего дня её жизни йошкар-олинские врачи заботились о ней, как о близком родственнике. Они так сдружились с её семьёй, что, когда у мужа Галины Быковой (дочери) случился инсульт, не остались в стороне. Сами провели реабилитацию, сумели также



Виктор Севастьянов

Наша коллега

Достояние республики

Доктор Севастьянов по-настоящему борется за здоровье каждого пациента



Ольга Заболотских проводит очередную аудиотренировку

слуховой аппарат, – предложил профессор.

В тот момент дочери казалось, что разговор шёл больше из вежливости, несерьёзно. Но на следующий день раздался звонок в дверь. В Севастьянов приехал ещё с одним неврологом Ириной Юмашевой. Вместе осмотрели пожилую женщину. Обследовали. И поняли, что шанс всё-таки есть.

Валентина Быкова прожила нелёгкую жизнь. Родилась в Москве. Военный завод, на котором она трудилась всю жизнь, был эвакуирован в Йошкар-Олу. Здесь и осталась. Всю жизнь проработала на сложном производстве. И всегда была человеком с характером. В 97 лет В. Быкова сломала ногу в области бедра. С таким переломом старики часто уже не поправляются и до конца жизни остаются «лежачими». Но наследственность и характер у Быковой позволили ей выздороветь. Кости достаточно быстро срослись. И старушка встала на ноги. Верилось, что не сдастся она и в этот раз. Жизнелюбие и лекарства победят. Профессором было назначено лечение. Вскоре был подарен и слуховой аппарат.

поставить его на ноги. Хотя прогноз при выписке из больницы был не совсем благоприятный. За это им очень благодарны все члены семьи Быковых.

Технологии и новые результаты

Центр патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Минздрава республики – клиника давно известная за пределами региона. «Медицинская газета» уже рассказывала о её работе. Надо отметить, что врачи центра постоянно внедряют новые методы. Хотя, казалось бы, авторитет у них такой, что можно спокойно ближайšie годы почивать, что называется, на лаврах. Очередь на госпитализацию больных из других регионов расписана на 3 года вперёд. Но стоило по федеральным программам бесплатно начать консультировать больных на дорогостоящем оборудовании, уточняя сложные диагнозы, на это сразу обратили внимание в Марий Эл. И если есть основания посчитать, что какие-то

синдромы являются врождёнными, а на базе генетической консультации республиканского перинатального центра нельзя уточнить диагноз, поскольку речь идёт об орфанном заболевании, то такие дети вместе с родителями стали направляться на стационарное лечение в генетическое отделение детской республиканской больницы Москвы.

Невролог, кандидат медицинских наук Наталия Глазунова принимает участие в большинстве конгрессов по неврологии. В июне 2016 г. участвовала

в работе VI Балтийского конгресса по детской неврологии в Санкт-Петербурге. Поэтому о новых возможностях федеральных центров по диагностике наследственных заболеваний она прекрасно осведомлена.

– Часто коллегам кажется, что наличие такого заболевания – это приговор для ребёнка, – говорит она. – Но наш опыт показывает: их всё равно надо лечить. Да, полностью вернуть им здоровье невозможно. Однако мы имеем хорошие результаты, когда такие дети после лечения проявляют больше понимания, приобретают важные навыки самообслуживания. Им легче становилось общаться со сверстниками, родителями, просто жить в социуме. А есть и такие, кто показывают способности к обучению, несмотря на интеллектуальную недостаточность, пусть и по программе вспомогательной, коррекционной школы. Мы наблюдаем много маленьких пациентов с синдромом Дауна, с другими хромосомными заболеваниями и генетическими синдромами, которые на фоне курсов ноо-

тропной, метаболической терапии, применении других методов адекватного лечения показывали явное улучшение. Кроме того, используется биоакустическая коррекция, транскраниальная микрополяризация – это те методы, которые используются в столичных неврологических центрах. Всего в нашем центре ежегодно пролечиваются 1500 детей, и около 10% из них страдают генетической патологией. Конечно, не всем из них можно назначать весь набор препаратов. Часть страдает судорожным синдромом, а это становится абсолютным противопоказанием для назначения сильнодействующих лекарств. Но мы задействуем все возможные методы для лечения конкретного больного.

Клинический психолог, кандидат педагогических наук Ольга Заболотских проводит занятия с больными детьми с использованием аудиокоррекции, которая обучает слуховой анализатор правильно обрабатывать поступающую информацию. Технологическая новинка позволяет применять частоту от 500 до 9000 Гц для усиления пробуждения коры головного мозга и улучшения обработки звуков речи. Эта методика назначается после консультации ребёнка психиатром и неврологом, чтобы исключить эпилепсию и эпи-готовность, являющиеся абсолютными противопоказаниями к такому лечению. Понятно, что «громкость звука» устанавливается в зависимости от заболевания. И результаты аудиотренировок очень неплохие. Например, аудиокоррекция маленьким пациентам с задержкой речи улучшает анализ звуковых сигналов. Она помогает ускоренному развитию речи, правильному произношению звуков, увеличению эффективности занятий с логопедом. Как говорят врачи центра, когда эти методики используются во время комплексного лечения пациентов с синдромом Дауна, отмечается улучшение слуховых и речевых навыков (дети лучше слушают, используют больше слов, более красивой выглядит речь), меньше проблем наблюдается с координацией движений, сном. Дети становятся более сговорчивы, лучше следуют инструкциям наставников. Если применяется для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, то процедура отражается на развитии вестибулярного аппарата. Улучшается энергетический потенциал мозга, как следствие – снижается его активность. Дети справляются с заданиями, которые требуют избирательного внимания и контроля.

А недавно в адрес центра пришло официальное письмо от советника Посольства Польши Кинги Бандэска. Она выражала благодарность за передачу в полицию этого государства материалов о продаже в России фальсифицированного препарата, поступившего в аптеки из Польши. Дело в том, что все медикаменты, которые приобретаются Центром патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений, проверяются в лабораториях Казани и Италии для исключения применения фальсифицированных медикаментов.

Рассказывать о клинике, которая многими называется по фамилии создателя – центр Севастьянова, – можно ещё очень долго. За 20 лет своей работы, несмотря на не очень большую коечную мощность, он стал известен за пределами маленького региона Среднего Поволжья. Его по праву можно назвать достойным Республики Марий Эл.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Йошкар-Ола.

Активное внедрение открытой репозиции и внутреннего остеосинтеза при лечении пациентов с переломами лодыжек в арсенал технических средств российских травматологов сопровождается тем, что в настоящее время наблюдается общая тенденция предпочтения оперативных методов консервативным. Одним из весомых аргументов в пользу оперативного лечения является улучшение качества жизни пациента в послеоперационном периоде, поскольку ему не будут накладываться гипсовую повязку. Этот аргумент порой возводится в ранг абсолютного показания. Больному не разъясняют, что закрытый перелом во время операции переводят в открытый и любое инфекционное осложнение может закончиться остеомиелитом. Кроме того, пациенту не избежать повторного вмешательства для удаления фиксирующих металлоконструкций.

Экономика диктует...

Выбор наиболее дорогостоящего оперативного метода лечения пациентов даже в тех случаях, когда существует возможность выбора, продиктован также экономическими механизмами, диктуемыми страховыми компаниями, которые являются важными компонентами развития метода.

Однако и в век развития и внедрения в клиническую практику высоких технологий проведения остеосинтеза переломов без гипсовых или полимерных повязок невозможно представить ни один травматологический или ортопедический отдел. Консервативный метод лечения переломов лодыжек гипсовой или полимерной повязкой является нередко единственно приемлемым способом лечения у некоторых пациентов с учётом имеющихся у них противопоказаний к оперативному лечению и ряда других обстоятельств.

Как свидетельствует клинический опыт зарубежных травматологов, показания к проведению того или иного метода лечения пациентов с переломами лодыжек в каждом конкретном случае следует определять индивидуально. Это во многом зависит от возраста, медицинского и социального статуса пациента, от тяжести костно-связочных повреждений в голеностопном суставе, от выраженности посттравматического отёка, от состояния кожных покровов сегмента «голень-стопа», от времени, прошедшего после травмы, от пожелания больного и многого другого.

У части пациентов с переломами лодыжек точная репозиция и стабильная фиксация перелома могут быть достигнуты наиболее эффективно с применением оперативного метода, у других больных не менее качественно может быть использован консервативный метод с применением закрытой ручной или аппаратной репозиции, с наложением гипсовых или полимерных повязок.

Отсюда следует сделать вывод, что известные методы лечения не являются конкурирующими, как это пытаются представить некоторые специалисты, а дополняют друг друга, позволяют врачу выбрать оптимальный способ лечения для конкретного пациента с учётом всех особенностей больного и тяжести его повреждений в области голеностопного сустава.

Именем биомеханики

Следовательно, существует научная и практическая необходимость совершенствования наряду с оперативным и консервативным методами лечения пациентов с переломами лодыжек методики проведения закрытой репозиции отломков и стабилизации переломов лодыжек гипсовыми и полимерными повязками.

При традиционном консервативном лечении переломов лодыжек

Современные технологии

Новое вырастает на старом

Так рождается оптимальный метод при лечении переломов лодыжек



после наложения гипсовой или полимерной повязки вначале добиваются консолидации перелома лодыжек, а затем восстанавливают опорную и двигательную функции повреждённого голеностопного сустава, утраченные в результате проведённой иммобилизации.

Длительное отсутствие опорной и двигательной нагрузок на повреждённый сегмент конечности «голень – стопа» ведёт к изменениям тканевых структур повреждённого голеностопного сустава: дистрофии суставного хряща, сморщиванию суставной капсулы, гипотрофии и тугоподвижности мышц иммобилизированной конечности, ослаблению связок и сухожилий, деминерализации костной массы, образованию деформирующего остеоартроза.

В решении проблем консервативного лечения пациентов с переломами лодыжек мы исходили из следующего биомеханического положения: сколько возможно нормальных поступательных и вращательных движений таранной кости в неповреждённом голеностопном суставе, столько будет таких же по направлению её травматических смещений отломков при повреждении.

Взаимное воздействие отломков относительно друг друга в области перелома зависит в большей степени от биомеханической характеристики отломков, составляющих тот или иной перелом, а не только от анатомических особенностей повреждённого сегмента, от варианта накладываемых повязок, их длины, формы, весовых и прочностных характеристик материалов, из которых они изготовлены. То есть взаимное воздействие отломков зависит от длины «рычага» и других размеров каждого отломка, от направления репозиционных стабилизирующих сил и отрицательно действующих ретракционных сил, ведущих к вторичному смещению отломков.

Знание основ биомеханической концепции фиксации отломков позволяет оптимизировать рычаговое воздействие на отломки для достижения их сопоставления и разработать условия нейтральной фиксации рычаговых свойств отломков средствами стабилизации. Наложённая на повреждённый сегмент конечности «голень – стопа» гипсовая или полимерная повязка с био-

механической точки зрения подразумевает создание «точек» (площадок) фиксации в ней, которые опосредованно через окружающие их мягкие ткани нейтрализуют рычаговые свойства длинных отломков, тем самым препятствуя их смещению.

По разработанной новой технологии проведения стабилизации переломов лодыжек гипсовыми и полимерными повязками врач должен планировать уровни фиксации каждого «отломка» повреждённого сегмента конечности, расположение «точек» (площадок) фиксации как на выбранных уровнях, так и между ними, уметь правильно их сформировать в зависимости от направления смещения отломков и биомеханической характеристики перелома.

Из вышеизложенного следует, что в каждом конкретном случае при проведении консервативного лечения пациента с переломом лодыжек врач должен применять индивидуальную тактику лечения: направление выполнения закрытой репозиции отломков, варианты проведения внешней фиксации перелома лодыжек гипсовыми и полимерными повязками.

С помощью оборудования

На наш взгляд, использование закрытой аппаратной репозиции отломков несомненно имеет больше преимуществ перед ручным их вправлением. Во-первых, аппаратом легче удерживать повреждённый сегмент конечности в функционально выгодном для репозиции положении. Во-вторых, репозирующие «щёчки» аппарата позволяют располагать на нескольких выбранных уровнях фиксации с разных сторон.

В-третьих, давление под репозирующими «щёчками» аппарата распределяется одновременно на каждом выбранном уровне фиксации в течение необходимого времени до затвердевания наложенной гипсовой или полимерной повязки, что технически значительно сложнее сделать при ручной репозиции. Иными словами, аппарат позволяет на более высоком технологическом уровне, чем при ручном вправлении, выполнить закрытую репозицию отломков и стабилизацию перелома накладываемыми гипсовыми или полимерными повязками повреждённого сегмента конечности.

После проведённой закрытой репозиции перелома лодыжек врач, глядя на наложенную им гипсовую или полимерную повязку на повреждённый сегмент конечности «голень – стопа», может с уверенностью сказать, какие «точки» (площадки) фиксации, с какой стороны, на каком уровне удерживают отломки лодыжек от их вторичного смещения, с конкретным по направлению подвывихом или вывихом стопы.

В период проведения стабилизации перелома лодыжек врач может реконструировать наложенные им гипсовые и полимерные повязки на повреждённый сегмент конечности и не бояться вторичного смещения отломков, так как достижение стабильной фиксации в них не носит уже интуитивно-эмпирического характера.

Выработанные биомеханические условия проведения точной закрытой репозиции отломков и стабилизации переломов лодыжек гипсовыми и полимерными повязками внедрены в клиническую практику на примере разработанного функционального консервативного метода лечения пациентов с переломами лодыжек. У пациентов с различными по типу переломами лодыжек восстановление опорной и двигательной функций повреждённого сегмента конечности «голень-стопа» происходит одновременно. Пациентам разрешают ходить без костылей или палочки с полной нагрузкой на травмированную конечность и не бояться вторичного смещения отломков. В наложенной гипсовой или полимерной повязке «сапожок» вначале блокируют движения ближайших от зоны перелома суставов – голеностопного и суставов стопы, а затем поэтапно разблокируют.

А что на практике?

Ходьба благотворно влияет на повреждённый голеностопный сустав и параартикулярные ткани и, улучшая лимфо- и кровообращение, является лучшим средством предупреждения тугоподвижности и других вторичных расстройств. Наложённая гипсовая или полимерная повязка «сапожок» на повреждённый сегмент конечности «голень – стопа» при переломах лодыжек позволяет ношение обычной обуви, облегчает самообслуживание больных, особенно пожилого и старческого возраста.

Из общего числа лечившихся больных с нестабильными переломами лодыжек по разработанной методике функционального консервативного метода 47,4% пациентов в период проведения лечения приступили к труду до снятия гипсовой и полимерной повязки.

При отсутствии развитой системы реабилитации пациентов в системе «село – район – город» функциональный консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек даёт возможность самостоятельно и довольно быстро восстанавливать достаточную функцию повреждённого голеностопного сустава. Потенциально снижает вероятность возникновения постиммобилизационных осложнений от использования гипсовых и полимерных повязок.

Опорная и двигательная функции повреждённого сегмента конечности «голень – стопа» при переломах лодыжек у наблюдаемых нами пациентов ко времени снятия гипсовой или полимерной повязки восстанавливается практически полностью.

Разработанный функциональный консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек гипсовыми или полимерными повязками, при котором восстановление опорной и двигательной

функции повреждённого сегмента конечности «голень – стопа» происходит одновременно, полностью соответствует современной концепции лечения переломов. Основным условием которого являются ранние и безболезненные движения в ближайших к месту перелома суставах, что можно считать оптимальным с биологической точки зрения. Мы не вмешиваемся в естественный процесс регенерации переломов, мы просто убрали с дороги воссоздания костной ткани те патологические влияния и препятствия, которые задерживали нормальное образование костной мозоли при традиционном консервативном методе лечения переломов лодыжек гипсовыми и полимерными повязками. На данный метод лечения пациентов с переломами лодыжек получен 21 патент РФ на изобретения.

Системный подход к биомеханическому обеспечению качества проводимого лечения пациентов с переломами лодыжек позволяет повысить качество жизни пациентов в период проводимого лечения, увеличивает количественные показатели эффективности его использования в клинической практике.

Использование аппаратов при проведении закрытой репозиции отломков лодыжек и их стабилизации гипсовыми или полимерными повязками унифицирует физические возможности практикующих травматологов, работающих в травматологических отделениях, в разы облегчает их физический труд.

Надеемся, что всё изложенное позволит переосмыслить некоторые положения общепринятых, устоявшихся взглядов на консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек и побудит других к реализации и разработке нового в этом направлении.

Качественный скачок, но...

Разработанный функциональный консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек способен значительно повысить экономическую эффективность проводимого консервативного лечения данной категории больных. Экономия затрат достигается за счёт:

- сокращения сроков стационарного или амбулаторного лечения (во многих случаях возможна замена стационарного лечения амбулаторным);
- уменьшения расходов на операцию, перевязочные материалы, антибиотики; снижается потребность в других методах лечения;
- снижения риска осложнений;
- уменьшения не прямых расходов.

Подытоживая вышесказанное, можно сделать вывод, что, развивая и усовершенствуя консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек, мы увидели нечто новое, незаметное для других в старых, как будто бы устоявшихся положениях и изменили старое, осуществив, на наш взгляд, качественный скачок в развитии метода.

Однако следует отметить, что соответствие более сложным лечебным задачам отнюдь не делает разработанный функциональный консервативный метод лечения переломов лодыжек универсальным. В случае, когда обеспечить точность репозиции и условия стабильной внешней фиксации отломков лодыжек гипсовыми или полимерными повязками не удаётся, следует ставить показания к другим методам лечения. Практическая необходимость диктует применение всех методов по оптимальным показаниям и в наиболее развитой их форме.

Сергей ХОРОШКОВ,
профессор кафедры травматологии и ортопедии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 17 (2047)

Представленные рекомендации составлены с учётом данных крупных рандомизированных и ретроспективных исследований и основаны на их непосредственных и отдалённых результатах. Ниже представлена классификация уровней достоверности рекомендаций в соответствии с характером и качеством исследования, в котором были получены соответствующие результаты.

Рак предстательной железы представляет собой злокачественное новообразование, развивающееся из эпителиальных клеток предстательной железы.
МКБ-10: • С 61 Злокачественное новообразование предстательной железы.

Эпидемиология

Рак предстательной железы (РПЖ) – наиболее часто встречаемая опухоль мочеполовой системы у мужчин. В структуре общей онкологической заболеваемости в России находится на пятом месте. Среди мужского населения РПЖ занимает второе место после рака лёгкого.

У лиц моложе 40 лет РПЖ отмечается крайне редко; наибольшее число заболевших имеют возраст 50-70 лет. В 80 лет и старше при морфологическом исследовании ткани предстательной железы у большинства мужчин могут быть выявлены элементы аденокарциномы, однако часто такие находки носят характер «латентного рака» и не имеют клинического значения. По данным аутопсий, около трети мужчин старше 50 лет и около 2/3 старше 70 лет имеют асимптоматический и клинически незначимый рак простаты. Раковая опухоль растёт медленно, и заболевание может никак не проявляться в течение многих лет. Но даже опухоль небольших размеров может расти за пределы простаты, поражая другие органы (наиболее частыми локализациями метастазов являются кости, лёгкие, печень, головной мозг и другие органы). Отличительной чертой этого заболевания является то, что практически отсутствуют ранние симптомы болезни. На данный момент полное излечение от распространённого рака предстательной железы не представляется возможным.

Ежегодно в мире регистрируется около 400 тыс. случаев заболевания. В России ежегодно заболевают около 15 тыс. мужчин, в странах Европейского союза – 85 тыс. По темпу ежегодного прироста заболеваемости (8,73%) РПЖ занимает первое место.

По структуре смертность от рака простаты у мужчин составляет 7,1% от всех раковых заболеваний.

В последние годы чётко прослеживается тенденция роста заболеваемости РПЖ. Ежегодно число заболевших увеличивается примерно на 3%, и таким образом к 2030 г. заболеваемость может вырасти вдвое по сравнению с сегодняшним днём.

Несмотря на улучшение методов диагностики данной патологии и внедрение в ряде клиник ПСА-мониторинга, заболеваемость запущенными формами и смертность от РПЖ в России остаются высокими. Так, в 2011 г. от РПЖ в РФ умерли 10 555 больных. В 2012 г. в стране были зарегистрированы 29 082 новых больных РПЖ. Прирост абсолютного числа заболевших с 2007 по 2012 г. составил 43,8% (1-е место по величине прироста). В структуре онкологической заболеваемости мужского населения РПЖ занимал 2-е ранговое место (12,1%). В структуре заболевших доля РПЖ в России составляла 11,5% в возрастной группе 55-69 лет, 18,1% – в возрастной группе 70-84 года и 15,9% – в 85 лет и старше. Средний возраст заболевших колебался в диапазоне 71-74 лет. Выше, чем в среднем по России (32,6 на 100 тыс. мужчин), стандартизованные показатели заболеваемости РПЖ в Москве (46,2), Самарской (47,4), Томской (52,2), Омской (58,3), Мурманской (46,8) и Сахалинской (67,8) областях; значительно ниже – Чеченской Республике и Республике Тыва (5-12). По величине прироста стандартизованных показателей заболеваемости с 2007 по 2012 г. в России РПЖ занимал первое ранговое место (35,8%).

Факторы риска рака предстательной железы

Наследственные:

– Семейный анамнез (риск возрастает в 2-3 раза при наличии одного родственника

первой линии, у которого диагностирован РПЖ, и в 5-11 раз при наличии двух и более родственников).

– Расовая принадлежность (чаще болеют мужчины негроидной расы).

Другие факторы (приобретённые):

– Возраст (риск развития заболевания повышается с возрастом). Микроскопические очаги РПЖ в возрасте 50-60 лет встречаются в 30% случаев, в то время как в возрасте 80 лет и старше – в 70%.

– Чрезмерное употребление животных жиров, жареного мяса и продуктов с избыточным содержанием гетероциклических аминов.

– Диета с низким содержанием лейкопинов, антиоксидантов, фитоэстрогенов, витамина Е и селена.

Скрининг, диагностика, лечение и профилактика рака предстательной железы. Клинические рекомендации

Уровни достоверности рекомендаций

Уровень достоверности	Характеристика
1a	Уровень достоверности, основанный на результатах метаанализа крупных рандомизированных исследований
1b	Уровень достоверности, основанный на результатах, по крайней мере, одного крупного рандомизированного исследования
2a	Уровень достоверности, основанный на результатах одного нерандомизированного контролируемого исследования
2b	Уровень достоверности, основанный на результатах, по крайней мере, одного экспериментального исследования
3	Уровень достоверности, основанный на результатах сравнительного исследования или описания клинического случая
4	Уровень достоверности, основанный на результатах мнения эксперта или экспертного комитета

– Профессиональные вредности (работа с кадмием, в резиновой промышленности).

Скрининг

Цель скрининга – раннее активное выявление и лечение бессимптомных, локализованных форм рака. Успех скрининга зависит от таких факторов, как биологические особенности и клиническое течение опухолевого процесса, методов исследования, их чувствительности, специфичности и правильного выбора критериев эффективности. Несмотря на то, что у скрининга РПЖ много сторонников, результаты большинства научных работ показывают, что нецелесообразно подвергать скринингу всё мужское население старше 50 лет, так как недостаточно данных, что это ведёт к увеличению продолжительности и качества жизни. Необходимо чётко отличать скрининг от ранней диагностики, то есть выявления заболевания у больных, которые сами обратились за медицинской помощью и чаще всего имеют те или иные жалобы и симптомы. В настоящее время доказана эффективность скрининга РПЖ путём проведения теста на простатспецифический антиген (ПСА).

В связи с тем, что уровень ПСА зависит от ряда сопутствующих заболеваний железы (аденома, простатит) и степени дифференцировки опухоли, его необходимо оценивать в комплексе с другими показателями. Клиническое значение имеет определение коэффициента соотношения свободного и связанного ПСА. Если подобное соотношение не превышает 10%, речь идёт преимущественно о раке. Когда коэффициент достигает 25%, можно с уверенностью говорить об аденоме предстательной железы.

Одним из наиболее перспективных новых биомаркёров считают ПСА3. Экспрессия этого вещества в ткани аденокарциномы

предстательной железы – высокоспецифичный показатель, который можно определить в моче после пальцевого ректального исследования простаты. При различных видах патологии железы отмечают превышение его нормального содержания до 34 раз. Чувствительность и специфичность этого метода составляет 74 и 91% соответственно.

Установлено, что наиболее целесообразно проведение скрининга у мужчин из группы среднего риска в возрасте 50-70 лет и у мужчин старше 45 лет из группы высокого риска. Целесообразность проведения скрининга в очень пожилом возрасте и при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний с прогнозируемой продолжительностью предстоящей жизни менее 10 лет сомнительна.

Врачу общей практики следует информировать всех мужчин старше 50 лет и мужчин старше 40 лет с отягощённым семейным анамнезом в отношении РПЖ о целесообразности регулярного скринингового обследования (ПСА крови, трансректального ультразвукового исследования предстательной железы – ТРУЗИ).

У мужчин, не относящихся к группе риска,

ТХ – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

Т0 – первичная опухоль не определяется.

Т1 – опухоль клинически не проявляется, не пальпируется и не визуализируется специальными методами.

Т1a – опухоль случайно обнаруживается при гистологическом исследовании и составляет менее 5% резецированной ткани.

Т1b – опухоль случайно обнаруживается при гистологическом исследовании и составляет более 5% резецированной ткани.

Т1c – опухоль диагностируется с помощью игольной биопсии (производимой в связи с высоким уровнем ПСА).

Т2 – опухоль ограничена предстательной железой или распространяется в капсулу.

Т2a – опухоль поражает половину одной доли или меньше.

Т2b – опухоль поражает более половины одной доли, но не обе доли.

Т2c – опухоль поражает обе доли.

Т3 – опухоль распространяется за пределы капсулы предстательной железы.

Т3a – опухоль распространяется за пределы капсулы (одно- или двустороннее).

Т3b – опухоль распространяется на семенной пузырёк.

Т4 – несмещаемая опухоль или опухоль, распространяющаяся на соседние структуры (но не на семенные пузырьки): шейку мочевого пузыря, наружный сфинктер, прямую кишку, мышцу, поднимающую задний проход, и/или тазовую стенку.

N – распространение опухоли на регионарные лимфатические узлы.

Регионарными лимфатическими узлами для предстательной железы являются лимфатические узлы малого таза, расположенные ниже бифуркации общих подвздошных артерий. Категория N не зависит от стороны локализации регионарных метастазов.

NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 – метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют.

N1 – имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

M – отдалённые метастазы.

MX – определить наличие отдалённых метастазов не представляется возможным.

M0 – признаки отдалённых метастазов отсутствуют.

M1 – отдалённые метастазы.

M1a – поражение неререгионарных лимфоузлов.

M1b – поражение костей.

M1c – другие локализации отдалённых метастазов.

С учётом ПСА крови, степени рака по шкале Глисона и стадии заболевания определяется группа низкого, среднего и высокого риска в отношении течения и прогноза заболевания (что позволяет прогнозировать дальнейшую прогрессию заболевания).

Группа низкого риска – уровень ПСА крови менее или равно 10 нг/мл, шкала Глисона до 6, стадия T1 – 2a.

Группа среднего риска – уровень ПСА крови 10-20, Глисон 7, стадия T2b.

Группа высокого риска – уровень ПСА крови более 20, Глисон более 8, стадия T2c – 3a.

Клиническое стадирование при оценке местной распространённости процесса (категории T) следует осуществлять на основании результатов МРТ. Дополнительную информацию могут предоставить данные биопсии, а также уровень ПСА (уровень достоверности 3). Состояние регионарных лимфатических узлов (категории N) следует оценивать только в случае планирования потенциально радикального метода терапии. У больных РПЖ низкого риска (клиническая стадия ≤ T2b, уровень ПСА < 10, сумма Глисона ≤ 6) риск метастатического поражения регионарных лимфатических узлов не превышает 5%, поэтому в данной группе пациентов возможно отказаться от оценки категории N (уровень достоверности 2a).

(Окончание следует.)

Классификация

По клеточному строению опухоли:

- аденокарцинома
- переходно-клеточный рак
- плоскоклеточный рак.

По классификации Глисона (Gleason) степень дифференцировки опухоли разделяется на 5 градаций:

– градация 1: опухоль состоит из небольших однородных желёз с минимальными изменениями ядер

– градация 2: опухоль состоит из скопленных желёз, всё ещё разделённых стромой, но расположенных ближе друг к другу

– градация 3: опухоль состоит из желёз различного размера и строения и, как правило, инфильтрирует строму и окружающие ткани

– градация 4: опухоль состоит из явно атипичных клеток и инфильтрирует окружающие ткани

– градация 5: опухоль представляет собой сплошной недифференцированный атипичный клеточный слой.

Высокодифференцированные варианты рака предстательной железы отличаются более медленным темпом роста и метастазирования. Недифференцированные формы, наоборот, растут более быстро и агрессивно, раньше метастазируют и отличаются худшим прогнозом.

TNM – классификация

В переводе с английского TNM (Tumour, Node, Metastasis) обозначает «опухоль», «узел», «метастаз».

T – характеристика первичной опухоли.

(Окончание. Начало в № 15 от 03.03.2017.)

Для питания недоношенных младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, используют адаптированные молочные смеси, содержание кальция и фосфора в которых находится в оптимальном соотношении 2-1,5:2,0. Недоношенные младенцы, получающие грудное молоко, должны дополнительно получать фортификаторы грудного молока, либо минералы из расчёта 60 мг/кг по кальцию и 30 мг/кг по фосфору. Снижение фосфора в сыворотке крови у недоношенного ребёнка ниже 1,5 ммоль/л и повышенное выделение с мочой кальция более 6 мг/кг или соотношении Са:Р в моче более 1 является показанием к дополнительному назначению фосфора. Применение одного Са может усилить кальциурию и риск развития нефрокальциноза.

Противопоказаниями к назначению профилактической дозы витамина D могут быть идиопатическая кальциурия (болезнь Уильямса – Бурне), гипофосфатазия, микроцефалия, краниостеноз.

Малые размеры или раннее закрытие большого родничка не являются противопоказанием для проведения специфической постнатальной профилактики рахита при условии сохранения возрастных темпов прироста окружности головы.

Лечение

Состоит из немедикаментозного и медикаментозного разделов терапии.

К немедикаментозному относятся:

- режим,
- рациональное питание,
- массаж, лечебная физкультура,
- бальнеотерапия.

К медикаментозному:

- лечение витамином D,
- коррекция нарушений обмена кальция и фосфора, гиперпаратиреоза,
- терапия, направленная на улучшение всасывания кальция в кишечнике и улучшение минерализации костной ткани.

Режим. При организации режима дня младенцев и детей раннего возраста необходимо предусмотреть прогулки на свежем воздухе не менее 2-3 часов в день. Соблюдение периодов бодрствования и сна в течение дня, организация глубокого сна в ночное время.

Рациональное питание

У младенцев, больных рахитом, оптимальным является естественное вскармливание, так как грудное молоко содержит кальций и фосфор в соотношении, оптимальном для всасывания в кишечнике. Если грудничок находится на смешанном или искусственном вскармливании, то альтернативой грудному молоку являются адаптированные молочные смеси, в состав которых входит витамин D в профилактической дозе (400 МЕ в 1 л), комплекс других витаминов и микроэлементов. Важно своевременное введение в рацион фруктовых и овощных соков, пюре. В качестве первого прикорма настоятельно рекомендуют овощное пюре из овощей с высоким содержанием кальция и фосфора, которое вводится с 4-5 месяцев. Второй прикорм 5-6 месяцев – каша на овощном отваре или с добавлением овощей и фруктов, с 6-6,5 месяцев – мясной фарш.

Контроль рациона ребёнка осуществляют с помощью регулярных (1-2 раза в год) расчётов питания с последующей его коррекцией. При грудном вскармливании питание матери должно быть разнообразным и содержать продукты с высоким содержанием кальция и витамина D. Содержание Са в различных продуктах представлено в приложении 1.

Массаж и лечебная физкультура

Через 2 недели после начала медикаментозной терапии в комплексное лечение включают ЛФК и массаж в течение 1,5-2 месяцев. Массаж усиливает кровообращение в мышцах, способствует восстановлению мышечного тонуса. ЛФК усиливает моторную активность и механическое воздействие на кости, что предупреждает развитие нарушения осанки и плоскостопия.

Бальнеотерапия

Применяют лечебные ванны, которые назначают после окончания медикаментозного лечения.

Ванны, обладающие седативным действием, назначают легко возбудимым детям (используют 1 чайную ложку жидкого хвойного концентрата или 1 столовую ложку сухого на 10 л воды, температурой 45°C) ежедневно. Курс из 10-15 процедур длительностью по 8-10 минут.

Вялым, малоподвижным детям с мышечной гипотонией рекомендуют солёные ванны (берут 2 столовые ложки морской или поваренной соли на 10 л воды, курс из 8-10 процедур по 3-5 минут). После ванны ребёнка ополаскивают тёплой пресной водой. Отмечают улучшение обменных процессов, повышение потребления кислорода и выделения углекислого газа.

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

Приложение 1

Содержание кальция в продуктах питания

Продукт, 100 г	Содержание кальция, мг	Продукт, 100 г	Содержание кальция, мг
Молоко	120	Капуста	60
Сметана	100	Салат	83
Йогурт	120	Лук зелёный	60
Творог	150	Фасоль зелёная	40
Сыр (твёрдый)	600	Оливки зелёные	77
Сыр (плавленый)	300	Апельсины	35
Яйцо	55	Сушёные яблоки	45
Хлеб белый	30	Инжир	57
Хлеб чёрный	60	Курага	170
Рыба отварная	30	Изюм	56
Говядина	30	Миндаль	254
Рыба вяленая (с костями)	3000	Арахис	70
–	–	Кунжут	1150

Приложение 2

Препараты витамина D

Препарат	Действующее вещество	Форма выпуска и дозировка
Водный раствор витамина D ₃	холекальциферол	Водный раствор, 1 капля – 500 МЕ
Масляный раствор витамина D ₃	холекальциферол	Масляный раствор, 1 капля – 500 МЕ
Масляный раствор витамина D ₂	эргокальциферол	Масляный раствор 0,0625% (1 капля – 625 МЕ) 0,125% (1 капля – 1250 МЕ)

Приложение 3

Содержание кальция в различных препаратах

Препараты кальция	Содержание кальция, мг/г соли
Карбонат кальция	400
Фосфат кальция трёхосновной	400
Фосфат кальция двухосновной ангидрат	290
Хлорид кальция	270
Фосфат кальция двухосновной дигидрат	230
Цитрат кальция	211
Глицефосфат кальция	191
Лактат кальция	130
Глюконат кальция	90

Приложение 4

Суточные потребности в кальции у младенцев в зависимости от возраста

Возраст детей	Суточная потребность в кальции (мг/сутки)
0-3 месяца	400
4-6 месяцев	500
7-9 месяцев	600
10-12 месяцев	600
1-3 года	800

Курсы бальнеотерапии проводят 2-3 раза в год.

Медикаментозная терапия Лечение витамином D

Для лечения используют препараты витамина D в виде водного и масляного растворов. Целесообразно использовать водный раствор, он быстрее начинает действовать, длительнее эффект. Назначают водный раствор витамина D₃ (в одной капле 500 МЕ) или масляные растворы витамина D₃ (в одной капле 500 МЕ) и витамина D₂ (в одной капле 625, 1250 МЕ) в дозе 2000-5000 МЕ курсами 30-45 дней. Препараты витамина D указаны в приложении 2.

Целесообразно для подбора дозы витамина D исследование сыворотки крови на кальцидиол (25-OH-D₃) в сыворотке крови. Снижение уровня 25-(OH)-D₃ до 10 нг/мл свидетельствует о дефиците витамина D, а содержание ниже 5 нг/мл – об авитаминозе.

На время лихорадки при острых заболеваниях у больных рахитом (ОРВИ, пневмонии,

кишечной инфекции, отите и др.) приём витамина D следует прекратить на 2-3 дня. После нормализации температуры продолжить лечение.

По окончании лечения назначают приём витамина D₃ в профилактической дозе 400-500 МЕ с октября по апрель в течение 2-2,5 лет.

Коррекция фосфорно-кальциевого обмена, вторичного гиперпаратиреоза

Витамин D назначают в сочетании с витаминами группы В (В₁, В₂, В₆), С, А, Е. Особенно важна комбинация с витаминами В₂ и С, так как при их дефиците эффект от лечения витамином D может и не быть.

С целью снижения выработки паратгормона в паращитовидных железах и уменьшения выраженности вегетативных симптомов в комплекс медикаментозного лечения при II и III степени рахита включают препараты калия и магния из расчёта 10 мг/кг массы тела в сутки в течение 3-4 недель.

Для устранения мышечной гипотонии и улучшения метаболических процессов назна-

чают карнитин гидрохлорид по 2-3 капли 1 раз в день в течение 1-3 месяцев. Недоношенным младенцам и доношенным, находящимся на естественном вскармливании в течение 2-3 недель, рекомендуют приём препаратов кальция, доза которых зависит от возраста, тяжести костных нарушений. В приложении 3 представлено содержание кальция в различных препаратах, в приложении 4 – потребность в кальции в зависимости от возраста. Для коррекции обмена фосфора используют кальций глицефосфат в течение 3-4 недель.

Улучшает всасывание солей кальция и фосфора в кишечнике цитратная смесь (кислота лимонная 2,1 г; натрия цитрат 3,5 г; вода дистиллированная 100 мл) в течение 10-12 дней по 1 ч.л. 3 раза в день. Лимонная кислота способствует поддержанию кислой реакции в кишечнике, образует растворимый и легкоусвояемый комплекс цитрата кальция.

Для своевременного выявления гиперкальциемии при применении повышенных доз витамина D проводят пробу по Сулковичу (качественная реакция, определяющая выделение кальция с мочой) 1 раз в неделю, оценивают содержание кальция в плазме крови 1 раз в месяц.

Показания для госпитализации

Госпитализации подлежат:

- дети, имеющие активный рахит II-III степени тяжести, сочетающийся с неблагоприятными фоновыми состояниями (недоношенность, соматические заболевания в стадии декомпенсации);
- дети старше года с активным рахитом при неэффективности стандартных лечебных мероприятий для проведения углублённого обследования.

Диспансеризация

Дети, перенёвшие рахит I степени, наблюдаются врачом общей врачебной практики (семейным врачом) до 2 лет, а перенёвшие рахит II-III степени – в течение 3 лет. Осмотры проводят 1 раз в 3 месяца.

По показаниям врач общей практики (семейный врач) может назначить биохимическое исследование крови (определение содержания кальция общего и ионизированного, фосфора и щелочной фосфатазы), денситометрию или рентгенографию костей, проконсультировать ребёнка у ортопеда, хирурга.

Специфическая профилактика проводится в течение 2-го года жизни в осенне-зимне-весенний периоды, а на 3-м году жизни только зимой.

Рахит не является противопоказанием для проведения профилактических прививок. После окончания лечения витамином D ребёнок может быть вакцинирован.

Прогноз

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный при нетяжёлых формах рахита (начальный период, I степень тяжести) при условии своевременной диагностики и начатого лечения.

Прогноз относительно благоприятный при тяжёлом рахите II-III степени и рецидивирующем течении. У таких детей может в последующие годы развиваться плоскостопие, сужение тазового кольца, уплощение и деформация тазовых костей, зубной кариес, близорукость.

Младенцы, страдающие рахитом, подвержены частым респираторным заболеваниям, пневмониям, а воспалительный процесс у них, как правило, имеет затяжное и более тяжёлое течение.

Под редакцией главного специалиста Минздрава России по семейной медицине (общей врачебной практике) академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений:

- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- КОС – кислотно-основное состояние
- ЛФК – лечебная физкультура
- Р – фосфор
- Са – кальций
- ПКА – почечный канальцевый ацидоз
- ТЗ – триодотиронин
- Т4 – тироксин
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- цАМФ – циклический аденозин монофосфат
- цГМФ – циклический гуанидин монофосфат

– Александр Николаевич, как правильно должна звучать фраза врача, обращённая к пациенту: «Поезжайте в санаторий полечиться» или «Поезжайте в санаторий отдохнуть»?

– Правильно – полечиться или оздоровиться, но уж точно не отдохнуть. Очень жаль, что мы забыли советский опыт, когда санаторно-курортная отрасль на 70% занималась оздоровлением и долечиванием и на 30% – лечением, то есть были специализированные клинические санатории кардиологического профиля, туберкулёзного, для лечения заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата.

– Лечение в том смысле, который мы вкладываем в это понятие, говоря о законченном случае: приехал в санаторий больным, а уехал здоровым?

– Конечно. В советское время санаторно-курортный этап был включён в общий лечебный процесс как обязательный. Что происходит сегодня? Руководители медицинской отрасли на словах утверждают, что санатории по-прежнему являются неотъемлемой частью системы здравоохранения. В то же время в Федеральном законе № 395-ФЗ от 28.12.2010 статья 284 пункт 1 гласит: «...деятельность, связанная с санаторно-курортным лечением, не относится к медицинской деятельности». Вот такой законодательный парадокс.

Далее, в Государственной программе развития здравоохранения есть раздел «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям», при этом стандартов для него не существует. Более того, здравоохранение перешло на одноканальную систему финансирования, а документы, которые регламентируют деятельность санаторно-курортных медицинских организаций, соответствуют системе бюджетного финансирования. Санатории испытывают серьёзный дефицит средств. Обобщая всё это, начинаешь сомневаться в том, что фраза «поехать в санаторий полечиться» имеет право на существование.

Теперь что касается варианта «поехать в санаторий оздоровиться». На заседании Госсовета, которое прошло в августе 2016 г. на Алтае и было посвящено развитию санаторно-курортного комплекса Российской Федерации, Президент РФ В.Путин задал совершенно справедливый вопрос: «У нас что, курорты и санатории только для больных?». Исходя из всего, что было сказано на Госсовете, мне представляется необходимым грамотно, с учётом современных подходов – есть такое понятие «управляемое оздоровление» – разработать порядки и стандарты для санаторно-курортного этапа медицинской помощи. Если мы хотим создать не декларативную, а эффективную систему профилактики, то санатории – это тот компенсаторный механизм, который при недостаточном высоком финансировании здравоохранения, при недостаточно высокой эффективности работы центров медпрофилактики и центров здоровья в регионах может с успехом выполнять задачу оздоровления населения.

Со всех трибун политики законодатели и чиновники заявляют, что социальные гарантии для россиян останутся неизменными. Но если это так, то почему же каждый день телеканалы проводят сбор денег в помощь тяжелобольным детям? При этом мы говорим, что у нас в здравоохранении хватает лекарств, что мы наращиваем объёмы высокотехнологичной помощи, строим новые медицинские центры. По отдельности всего в достатке, но взаимосвязи между развитием здравоохране-

Петру I наша страна обязана очень многим, в том числе развитием курортного дела. Неоднократно посещавший многие европейские курорты, император в 1717 г. издал указ, предписывающий разведать в границах России источники «минеральных вод, которыми возможно пользоваться от различных болезней». А ещё через 2 года другим высочайшим указом были опубликованы «Правила дохтурские, как при оных водах поступать».

В течение трёх столетий лечебные природные факторы, к числу которых помимо минеральных вод относятся радон, геотермальные газы, лечебные грязи, горные рассолы, термальные источники и терренкуры, служили нам доброй оздоравливающей службой. Параллельно проводились исследования о благотворном воздействии лечебных природных факторов на организм человека, и даже строгие апологеты доказательной

Острая тема

Курортология в России: всё в прошлом?

Санаторное лечение не должно дублировать работу поликлиник



ния и динамикой здоровья населения страны пока нет.

По данным некоторых аналитиков, в России в настоящее время 20% населения относится к категории здоровых. У меня есть сомнения в достоверности этих цифр. Я оперирую результатами иных исследований, которые, по моей оценке, более объективны: здоровы лишь 5-8% жителей страны. При таком положении дел со здоровьем россиян, да при существующих демографических проблемах – на одного работающего человека в РФ приходится три пенсионера – идея оздоровления нации должна стать для государства генеральной, потому что только так можно увеличить трудовые ресурсы и армию налогоплательщиков.

– Но может ли кратковременное пребывание в санатории не то что вылечить, а даже просто оздоровить человека?

– Если это будет курс продолжительностью 12 дней, то сомнительно. И 18 дней сомнительно. Оптимум – 24 дня. В то же время курс санаторно-курортного лечения повсеместно сокращается. Параллельно с целью экономии затрат санатории начинают сокращать количество отпускаемых процедур: вместо 10 ванн – 8, а то и 6. Мы хотим добиться лечебного эффекта или создать видимость лечения?

В России сегодня 1840 санаторно-курортных учреждений

разных форм собственности. Нам необходимо как можно скорее разработать стратегию развития санаторно-курортной службы со стандартами лечения и едиными правилами для всех учреждений, а также сформировать законодательную базу отрасли. Минздрав подготовил стратегию развития санаторно-курортного дела, ориентируясь почему-то только на го-

сударственный сектор, хотя у нас не больше 20% санаториев, принадлежащих государству. Примерно столько же ведомственных и у профсоюзов их 472. В остальных случаях 80% акций санаториев принадлежат частным компаниям или отдельным людям.

Но я по-прежнему уверен, что государству необходима единая система управления санаторно-курортным комплексом. Как можно говорить об эффективности санкурлечения, если у нас нет централизованной системы отчётности и анализа деятельности этой составляющей медицинской отрасли?

– Как можно управлять тем, что тебе не принадлежит, а находится в частных руках или руках профсоюзов? И что, по-вашему, сегодня не пишется в понимании правильности работы санаторно-курортной службы?

– На первый вопрос отвечу так: Россия обладает самыми большими в мире запасами лечебных минеральных вод, и государство должно создать нормативно-правовую базу использования этих ресурсов. Второе – сохранение границ лечебных, оздоровительных и горно-оздоровительных местностей. Где можно и нужно строить санатории, а где нельзя.

Дальше – экологический мониторинг. Человек, который приехал на питьевой курорт, должен быть уверен в том, что эта минеральная вода полезна, а не вредна,

медицины не берутся опровергать то, что доказано если не научно, то эмпирически – точно.

К большому сожалению, в последнее время идея санаторно-курортного лечения теряет изначальный смысл: в санатории мы едем исключительно по собственной инициативе, нередко и за свой счёт. При этом потоки отдыхающих даже на самых некогда знаменитых курортах России год от года сокращаются. Отчего это происходит? Какие учреждения имеют право называться санаториями, а каким лучше сменить вывеску? Почему уровень профессионализма врачей, работающих в системе санкурлечения, нередко вызывает сожаление? Об этом в интервью заведующего кафедрой восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академика РАН Александра РАЗУМОВА.

что в ней правильное и безопасное соотношение фтора, железа, йода и т.д. Идеология, которая 300 лет назад была заложена Петром I при создании первого в России курорта на источниках минеральных вод в Карелии, – использовать на курортах только природные лечебные факторы.

– Между тем санатории создаются даже в тех местах, где нет никаких лечебных природных факторов. По сути, эти учреждения просто-напросто дублируют работу поликлиник, и набор услуг здесь стандартный: физиотерапия во всём многообразии её методов, массаж, лечебная физкультура, соляная пещера, психотерапия. Какое отношение всё это имеет к курортологии?..

– Если вас интересует моё мнение, такие учреждения следует называть не санаториями, а профилакториями или домами отдыха. И не надо лицензировать их как санатории, потому что к классическому санаторно-курортному лечению деятельность таких организаций не имеет никакого отношения.

Теперь продолжу отвечать на вопрос, что сегодня в санаторно-курортном деле не вписывается в представление о том, как должно быть. Мне очень жаль, что в последние 20 лет не проводились рандомизированные исследования о взаимодействии природных лечебных факторов и современных фармакологических препаратов. Как ведут себя лекарства: ухудшают или усиливают действие природных факторов, могут ли они применяться в комплексе? Появились новые методы физиотерапии в сочетании с природными факторами, которые также нужно оценивать и внедрять в практику. Одним словом, необходим новый научный взгляд на курортологию в современных условиях, ведь главная задача использования природных лечебных факторов в дополнении к современным методам лечения – сократить применение дорогостоящих фармпрепаратов, достигая при этом хорошего клинического результата. Увы, сегодня серьёзных исследований по данной тематике нет.

Ещё одна проблема, которую я бы выделил – это соотношение санаториев по профилю. Необходимы клинические профилированные санатории, где бы действительно лечили на основании анамнеза, с которым человек приехал. И путёвки в такие санатории должны быть бесплатными. А остальные учреждения должны

заниматься управляемым оздоровлением. Только в этом случае мы сформируем потоки пациентов для лечения и реабилитации, благодаря чему станут понятны объёмы финансовых средств, которые государству нужно планировать на эти цели.

– По моим наблюдениям, врачи, которые в течение многих лет работают в санатории, скучают. Когда перед тобой за год проходят сотни людей, вникнуть в клиническую историю пациента нет ни времени, ни желания. Поэтому задача курортного врача – формально назначить набор процедур, учитывая противопоказания. И этот формализм очень чувствуется и обижает. Думаю, что со временем врачи санаториев теряют квалификацию.

– Я могу привести много примеров, когда врачи, работающие в санаториях, выполняют научные исследования, пишут хорошие диссертационные работы. Но это пока исключения. А в целом квалификация специалистов в этой системе, согласен, недостаточная. Кстати, вы знаете, что в вузах подготовка врачей по курортологии предполагает всего 5 часов обучения?

Чтобы медработники санаториев профессионально не деградировали, нужно организовать систему их переподготовки, хотя бы 20-дневный цикл по всем разделам: новое в управлении здравоохранением, в экономике отрасли, новое в медицинской науке, новые медицинские технологии.

И второе, что, на мой взгляд, необходимо сделать, – проводить ротацию кадров внутри системы здравоохранения региона. То есть периодически врач должен менять место работы: поликлиника, стационар, санаторий. Только в этом случае он сможет поддерживать высокий уровень знаний и навыков, а в самой системе здравоохранения появится преемственность: врач санатория будет не в теории, а на практике знать, куда он направляет пациента после санкурлечения с эпикризом, в котором написана прогнозная ремиссия. А врач поликлиники будет иметь представление о возможностях санаторной терапии.

Высокотехнологичная медицина не вытеснит курортологию, это очевидно. Но и само санаторно-курортное лечение должно быть честным, а не имитированным.

Беседу вел
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Слухи о кончине российской науки сильно преувеличены. Очередные убедительные подтверждения этому – итоги деятельности научно-исследовательских институтов медицинского профиля за 2016 г., которые на днях подвели в Отделении медицинских наук РАН.

Наукометрия

Прежде чем говорить собственноручно о достижениях учёных-медиков, академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН Виктор Тутельян представил общую статистическую информацию.

В 2016 г. в 40 институтах бывшей РАМН в рамках государственного задания проводились фундаментальные исследования по 717 темам. Учёные-медики опубликовали в ведущих российских и международных журналах 4143 статьи, ещё 1502 статьи размещены в зарубежных научных журналах, индексируемых в Web of Science. За минувший год российские исследователи зарегистрировали 227 патентов на изобретения в России и 7 патентов – за рубежом. Ими разработаны 534 новые технологии профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Это достаточно активная работа, учитывая явно недостаточное финансирование российской науки. Но больше, чем количественные результаты работы, вызывает уважение качество отечественных научных исследований – то, что кроется за сухими цифрами наукометрических показателей.

Серьёзный прорыв

Вот лишь некоторые из очень большого списка ярких идей и готовых медицинских технологий, которые рождены в минувшем году в научных институтах, подведомственных ФАНО, Минздраву и ФМБА России.

Коллективом учёных **Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Научного центра неврологии и Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН** впервые в мире разработана прорывная технология: мозг – компьютер – интерфейс с экзоскелетом руки для больных, перенёсших инсульт. Результаты клинических испытаний показали, что использование данного подхода на 30% увеличивает долю пациентов с клинически значимым восстановлением двигательной функции верхней конечности.

Ещё один коллектив – **НИИ молекулярной биологии и биофизики (Новосибирск)** – также работает над созданием нового поколения интерактивной нейротерапии для реабилитации пациентов после инсультов. Здесь создана единственная в мире система для самостоятельного целенаправленного когнитивного online управления состоянием двигательных областей в теменной доле мозга.

В **Научном центре неврологии** разработана ДНК-панель для ранней диагностики социально значимых дегенеративных заболеваний мозга – болезней Паркинсона, Альцгеймера и др. Её применение позволяет ускорить диагностику в 8-10 раз и существенно снизить расходы. Разработчики говорят

Итоги и прогнозы

Открытия не делаются по расписанию

Повлияет ли новая система оценки труда учёных на результаты их работы?

о соответствии отечественной ДНК-панели лучшим зарубежным аналогам.

Специалисты **Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского** продемонстрировали очередное достижение в области гибридной хирургии при патологии аорты. В ходе одной операции хирург проводит замену части аорты и сосудов мозга синтетическим протезом, а рентгенохирург выполняет эндопротезирование аорты металлопротезом. Результат – уменьшение хирургической летальности с 12 до 4%, снижение частоты послеоперационных неврологических расстройств с 10 до 3%, улучшение отдалённой выживаемости до 98%.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово) предложил способ решения одной из самых сложных проблем кардиохирургии, которая возникает при повторных операциях на клапанах сердца. Здесь разработана малоинвазивная система репротезирования без удаления ранее имплантированного биопротеза.

Учёные **Института биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича** создали высокоэффективный и при этом недорогой метод ранней диагностики острого инфаркта миокарда – электрохимические сенсорные системы на основе полимеров с молекулярными отпечатками для анализа белков-кардиокаркеров. Говоря проще, здесь научились получать искусственные антитела, которые служат для анализа кардиомиоглобина в плазме крови пациента, а сывороточный кардиомиоглобин – один из наиболее ранних биомаркеров ОИМ.

Медико-генетический научный центр озаменовал минувший год разработкой метода геномного редактирования мутации в гене CFTR при муковисцидозе. Мутацию можно исправить, если добавить фрагмент нормальной ДНК. Клетка может использовать добавленную «здоровую» ДНК в качестве матрицы для восстановления, что приведёт к исчезновению мутации и полному излечению от заболевания.

Совместный проект трёх научных организаций – **НИИ медицинской приматологии (Сочи), Казанского (Приволжского) федерального университета и Национального исследовательского центра «Курчатовский институт»** – по созданию тканеинженерной конструкции пищевода завершился успехом. Трансплантат для замены повреждённого пищевода представляет собой синтетический каркас, заселённый мезенхимальными стволовыми клетками. В эксперименте на приматах отечественный

биопротез пищевода показал высокую приживаемость, послеоперационных осложнений не наблюдалось.

В **НИИ общей патологии и патофизиологии** идентифицированы 16 новых генов микроРНК, гиперметилируемых при раке яичников. На основе полученных данных разработаны две системы маркеров: для диагностики рака яичников и прогноза его метастазирования.

Сотрудники **НИИ нормальной физиологии им. П.К.Анохина** стали авторами нового метода оценки иммунных механизмов атеросклероза, в основе которого качественное и количественное определение в сыворотке крови человека множества липопротеинов низкой плотности. Предложенный российскими физиологами подход позволяет диагностировать атеросклеротический процесс на доклинической стадии, а также прогнозировать характер его течения и эффективность терапии.

Впервые в мире в **НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова** получены аттенуированные штаммы вируса Varicella zoster для создания живых культуральных вакцин для профилактики ветряной оспы у детей и опоясывающего лишая у взрослых. Также разработана инновационная технология создания новой отечественной 4-компонентной вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы. Новизна подхода в том, что учёные смогли вырастить вакцинные вирусы на едином клеточном субстрате – диплоидных клетках лёгких эмбриона человека – и таким образом получить внеклеточный вирус. Это обеспечивает высокую иммуногенность препарата и рентабельность производства вакцины.

Федеральным исследовательским центром питания, биотехнологии и безопасности пищи в 2016 г. подготовлена «Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 г.». Документ утверждён Правительством РФ. Другой важный документ, предложенный учёными центра и утверждённый Минздравом России – «Рекомендации по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания». Здесь же разработана методология оценки питания и здоровья населения в субъектах РФ.

Специалисты **Научного центра психического здоровья** составили прогноз эффективности терапии приступообразной шизофрении по комплексу нейробиологических показателей. Применение этой технологии впервые даёт врачам возможность с высокой точностью

прогнозировать успешность лечения ещё до его начала, по результатам однократного ЭЭГ и иммунологического исследования. Кроме того, учёные центра разработали метод дифференциальной диагностики болезни Альцгеймера и других деменций позднего возраста по иммунологическим показателям. В качестве потенциального дифференциально-диагностического маркера болезни Альцгеймера используется лейкоцитарная эластаза.

В **Центральном научно-исследовательском институте туберкулёза** провели исследование, в результате которого обнаружено: феномен приобретения соматическими клетками макроорганизма устойчивости к противотуберкулёзным препаратам обусловлен наличием белков, которые препятствуют накоплению этих лекарств в клетках организма. Данный факт следует учитывать при подборе адекватной химиотерапии и её своевременной коррекции.

Эндоваскулярный метод лечения тяжёлых форм артериальной гипертензии – дистальная ренальная денервация в зоне максимальной концентрации нервных волокон – разработан и внедрён учёными **Томского национального исследовательского медицинского центра**. Данный метод является новым направлением, не имеющим российских или зарубежных аналогов. Также впервые в мире сибирские кардиологи получили подтверждения безопасности самой ренальной денервации для мозгового кровотока и эффектов восстановления нарушений регуляции мозгового кровотока у пациентов с АГ.

Вкладом **Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова** в развитие не только российской, но и мировой науки и медицины стало создание биоискусственной печени. Для получения этой биоинженерной конструкции авторы идеи соединили биоактивные и биodeградируемые 3D-матрицы и культуру клеток печени. Трансплантат предназначен для лечения пациентов с тяжёлой печёночной недостаточностью. Проведённые доклинические исследования показали хорошие результаты.

В **Научно-исследовательском детском ортопедическом институте им. Г.И.Турнера (Санкт-Петербург)** впервые в России разработан и применён биомеханический протез предплечья и кисти с автономным движением пальцев. Управление протезом происходит благодаря сокращению сохранных мышц руки.

Впервые в мире

Сотрудники **Государственного научного центра коло-**

проктологии им. А.Н.Рыжих впервые в мире описали 42 наследственные мутации колоректального рака. Здесь сформирована стратегия комплексного молекулярно-генетического и клинического исследования наследственного колоректального рака, а также установлены объективные критерии для проведения своевременного оперативного лечения больного. Работа учёных имеет самое что ни на есть прикладное значение, результаты исследования предназначены для применения в практике медицинских учреждений.

И снова о скучном, но важном

Завершая обзор достижений российской медицинской науки за прошлый год, вернёмся к тому, с чего начали. При всей своей творческой активности российским учёным теперь не следует забывать и о вещах приземлённых, но ставших ныне очень важными. Конкретно – о как можно более частом размещении своих статей в мировой научной литературе. Желательно в высокорейтинговых журналах. Причём делать это необходимо не только для того, чтобы мир своевременно узнавал о работах и победах российских исследователей: гораздо больше публикации наших учёных интересуют чиновников ФАНО.

– Ведётся мониторинг деятельности научных организаций, и уже в ближайшее время финансирование институтов, оплата труда учёных будут напрямую соотноситься с оценками результативности их работы. Публикационная активность – именно этот показатель становится основным, – напомнил коллегам академик Виктор Тутельян.

Наукометрический подход к оценке исследовательской деятельности вызывает массу споров в самой научной среде. Его сторонники считают, что публикационная активность действительно отражает степень «полезности» того или иного учёного. Противники возражают: слишком большое количество публикаций нередко коррелирует с низкопробностью статей.

Что же, наверное, в условиях дефицита бюджета формализованный подход – единственная возможность «легитимно» сократить финансирование отечественной науки. Но можно ли таким странным способом стимулировать научную мысль, заставить учёных с определённой периодичностью выдавать «на-гора» открытия и прорывные медицинские технологии? Вопрос риторический...

Законодательные аспекты поддержки российских фармпроизводителей стали основной темой обсуждения первого в этом году заседания Экспертного совета по развитию биотехнологий, фармацевтической и медицинской промышленности при Комитете Государственной Думы РФ по экономической политике, промышленности, инновационному развитию и предпринимательству.

Основной гарант

Открывая заседание, первый заместитель председателя комитета Владимир Гутенёв отметил позитивные сдвиги в плане изменения нормативно-правовой базы, регулирующей отрасль. «Внешняя политика и экономика диктуют свои условия, и наша промышленность на эти вызовы должна давать адекватный ответ, – подчеркнул депутат. – Ещё несколько лет назад мы не могли отвечать за соблюдение стандартов GMP на собственных производствах, а сегодня уже обсуждается инициатива об инспектировании зарубежных производственных площадок».

По его словам, фармотрасль имеет свою специфику, и в её развитии определяющей является роль государства – основного гаранта качества, безопасности и эффективности разрабатываемых производителями продуктов. Очевидно, что темпы роста российской фармацевтической и медицинской промышленности, которые она демонстрирует последние годы, связаны в большей степени с государственной политикой, которая ставит своей целью поддержку отечественных предприятий и привлечение новых инвестиций в отрасль.

Одна из последних инициатив – внедрение трёхступенчатой конструкции госзакупок лекарств. Минпромторгом России разрабатывается соответствующий законопроект, которым вносятся изменения в Постановление Правительства РФ № 1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включённых в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов...», так называемый Третий лишний.

Документ направлен на создание условий, стимулирующих развитие российского производства фармацевтических субстанций полного цикла, включая синтез молекулы. Об этом сообщила директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга РФ Ольга Колотилова.

По данным ведомства, в 2016 г. рост российской фармацевтической промышленности составил более 20%. В общем объёме рынка доля лекарств отечественного производства в денежном выражении выросла и составила 31% (в 2015 г. – 25%). В Перечне ЖНВЛП доля отечественных препаратов по итогам предыдущего года составила 76,8%.

В рамках госпрограммы развития фармацевтической и медицинской промышленности проводится субсидирование проектов, в том числе по организации производства фарм субстанций, клинических исследований, разработке так называемых следующих в классе лекарственных препаратов.

– В 2016 г. мы начали применять этот механизм в полной мере, и те предприятия, которые реализуют подобные проекты, могут рассчитывать на возмещение своих затрат, – уточнила представитель Минпромторга.

Ориентиры

Три важнейшие ступени

Российские фармпроизводители получают новые меры поддержки от государства



Кроме того, в период 2015–2016 гг. Фондом развития промышленности были предоставлены займы на реализацию 12 проектов в области фарминдустрии (из них – 6 проектов на создание предприятий по производству фарм субстанций) на общую сумму 4 млрд руб.

Сделано в России

К настоящему времени, по данным Минпромторга, из 646 международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных средств, входящих в Перечень ЖНВЛП, для 241 МНН фармацевтические субстанции производятся в России. Как рассказала О. Колотилова, законопроект, подготовленный Минпромторгом, предусматривает расширение преференций для углублённого производства лекарственных средств на территории страны.

В частности, предполагает

ся разбить госторги на 3 этапа. В первую очередь к участию к ним допустят лекарственные средства, произведённые из российских фарм субстанций, а также других стран-участниц ЕАЭС. На втором этапе торги будут проводиться по правилу «Третий лишний» (лекарственные средства иностранного происхождения не смогут участвовать в закупках при наличии двух и более заявок о поставке препаратов происхождения из стран ЕАЭС). Если таких предложений не поступит на третьем этапе, торги будут проводиться на общих основаниях.

ции заседания, при его решении крайне важно соблюсти баланс интересов отечественных и уже локализовавшихся иностранных производителей, вложивших средства в производство и обеспечивших трансфер технологий по критически важным для безопасности страны лекарственным средствам.

Перейти границы

Ещё одно приоритетное направление – разработка мер поддержки экспортного потенциала отрасли. Правительством были приняты Постановления № 1268 и

№ 1388, предоставляющие субсидии российским производителям на финансирование части затрат, связанных с регистрацией на внешних рынках и сертификацией продукции.

Сегодня существуют различные меры господдержки и в других отраслях экономики. Например, государство компенсирует часть логистических затрат для автопроизводителей, в частности при использовании морского пути возмещение может составить до 70%. По мнению генерального директора АО «ПОЗИС» Радика Хасанова такая поддержка для производителей медицинской техники была бы очень кстати, поскольку стоимость доставки делает товар дороже чуть ли не вдвое.

В свою очередь, глава Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев предложил также проработать вопрос субсидирования проведения клинических исследований за рубежом. «Это наиболее дорогостоящая процедура», – отметил он.

Среди других последних инициатив Минпромторга – разработка законопроекта, предусматривающего устранение ограничений на производство на одной контрактной площадке лекарственных препаратов с одним МНН различных держателей регистрационных удостоверений. Как пояснила О. Колотилова, в настоящее время документ находится на рассмотрении в федеральных органах исполнительной власти.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Решения

Играем по правилам

С 1 марта российские аптеки начали работать по новым стандартам – вступили в силу Правила надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов и их хранения и перевозки, утверждённые приказами Минздрава России.

Надлежащими практиками определяются требования, предъявляемые к перевозке и хранению лекарственных средств, а также к работе аптечных организаций всех форм собственности.

Особое внимание в этих документах уделяется созданию и функционированию системы менеджмента качества в организациях, осу-

ществляющих фармацевтическую деятельность, которая позволит повысить качество услуг, предоставляемых аптеками, поясняют в Росздравнадзоре.

В частности, правила содержат требования к руководству, персоналу и инфраструктуре аптек, а также к реализации товаров аптечного ассортимента (включая продажу, отпуск, фармацевтическое консультирование) и порядок проведения оценки деятельности.

В соответствии с новыми правилами, фармацевтам запрещено скрывать информацию о наличии аналогов лекарства (с одинаковым МНН) и о ценах на них. Работники аптек также не имеют права отка-

зать покупателям в ознакомлении с сопроводительной документацией (сертификаты и декларации соответствия) на препараты и медицинские изделия.

За несоблюдение надлежащих практик предусмотрена административная ответственность в соответствии с КоАП РФ (максимальный штраф – до 1 млн руб. либо приостановление деятельности учреждения до 90 суток).

Как пояснила в СМИ исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей Нелли Игнатъева, международная практика регулирования фармдеятельности тоже основывается на нормах, закрепляемых в стандартах.

Все эти стандарты поэтапно запускаются в России, и вступающий в силу стандарт надлежащей аптечной практики – один из них. «По сути, этот нормативный акт объединяет все уже действующие нормы, закреплённые в ряде российских документов. Приказы эти долгожданные», – говорит Н. Игнатъева. Их внедрение не предполагает каких-либо радикальных изменений для клиентов аптек, но в качестве обслуживания они в конце концов выиграют. «Новые стандарты нужны для ужесточения входа на аптечный рынок всех желающих и присутствия на нём только порядочных представителей профессионального сообщества», – добавила эксперт.

Ирина АНДРЕЕВА,
МИА Сити!

Статистика

Упор на диагностику

В 2016 г. наиболее востребованными у покупателей аптек в денежном выражении стали тест-полоски для глюкометра (41,6%), тонометры (33,3%) и тесты на беременность (11,9%). В упаковках на первом месте тесты на беременность (55%), на втором – тест-полоски для глюкометра (17,3%), замыкают тройку лидеров термометры (15,7%). Такие данные содержатся в обзоре аптечных продаж диагностических приборов, подготовленном компанией DSM Group.

Диагностические приборы – одна из наиболее популярных групп аптечного ассортимента изделий медицинского назначения (ИМН). Всего в данную категорию включено 38 различных типов товаров.

В последние годы аналитики отмечают неравномерный рост данной группы. Наибольшее увеличение стоимостного объёма (объёмы приведены в закупочных ценах аптек с НДС) наблюдалось в 2013 (+27,4% к прошлому году) и в 2015 гг. (+18,2%). В 2016 г. аптеки закупили «диагностических приборов и средств» на сумму 14 569,7 млн руб. В натуральном выражении с 2014 г. происходило снижение объёма реализации данной категории с 53,6 млн упаковок до 45,4 млн в 2016 г.

– В 2016 г. по сравнению с предыдущим годом все наиболее популярные типы диагностических приборов и средств демонстрировали снижение объёмов закупок в упаковках. Максимальное сокращение показали бренды, входящие в группу «тест-полоски для глюкозы», минимальное – «ланцеты». В стоимостном выражении ситуация более позитивная: 3 типа приборов из ТОП-10 наиболее популярных увеличили свой объём закупок. Тесты на беременность продемонстрировали рост на 8,5% к цифрам 2015 г., ланцеты (+4,9%), тест-полоски для глюкометра (+4,6%). Наибольшее падение в стоимостном выражении также, как и в натуральном, наблюдалось у тест-полосок для глюкозы (-24,1%), – приводит данные генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

Наиболее популярный тип приборов, реализуемых в аптеках, – глюкометры и тест-полоски для глюкометра. В 2016 г. они заняли 46% от объёма «диагностических приборов и средств». Основными игроками на данном рынке являются две крупные зарубежные компании, которые совокупно занимают 82,4% рынка.

В 2016 г. на российский рынок продавалось более 230 различных вариантов тонометров, которые производятся 32 компаниями. Лидерами рынка уже несколько лет остаются две крупнейшие японские компании, которые занимают по 40% аптечного рынка тонометров.

Из 45 брендов тестов на беременность, продаваемых в 2016 г. в российских аптеках, наиболее популярным у потребителей стал бренд немецкой фармацевтической компании (53,1% стоимостного объёма). На втором месте с долей рынка 21,8% расположился продукт американской компании.

Анна КРАСАВКИНА.

Исследования

Мигрень у детей — малоизученная проблема

Мигреноподобная головная боль часто имеет место у детей, подростков и взрослых. У детей мигрень оказывает значительное влияние на развитие, является причиной пропуска школьных занятий, снижения успеваемости и социализации. Хотя сотни рандомизированных клинических испытаний по профилактическому лечению мигрени проводятся у взрослых, очень мало контролируемых исследований осуществляется в отношении детей. У взрослых значительный эффект получен от трициклических антидепрессантов при лечении мигренозной головной боли, но уменьшение боли незначительное (не более 30% по сравнению с плацебо), оставляя значительную тяжесть головной боли. Как оказалось, ни один предложенный режим профилактики не уменьшает головную боль ни по её продолжительности, ни по тяжести.

Ни одного исследования не было проведено по оценке эффективности трициклических препаратов у детей и только два исследовали эффективность топирамата (topiramate). Исследование, выполненное S.W.Powers и соавторами, показало положительный эффект. В общем, предыдущие исследования по оценке профилактики головной боли (у взрослых и детей) имели низкое качество — были слишком малы и слишком коротки, чтобы дать определённый результат. Эти исследования, к сожалению, также страдали от недостаточной определённости результатов, что делало их трудными в практическом применении в клинике. Для того, чтобы адресовать их к применению, Международное общество по головной боли (International Headache Society) опубликовало всестороннее руководство по проведению клинических испытаний, касающихся головной боли. Это руководство рекомендует, чтобы первичным результатом в оценке эффективности была частота головной боли в месяц. В тех исследованиях, в которых эффект оценивался именно таким образом, применение у детей topiramate (два исследования) и trazodone (одно исследование) показали слабый результат относительно

периодичности мигрени: всего на один эпизод мигрени меньше в основной группе по сравнению с группой плацебо.

В исследовании, выполненном S.W.Powers и соавторами, конечные результаты составили 50%, в указанном проценте дней головная боль уменьшилась. IHS полагает, что это относительно показательный результат, который позволяет выделить подгруппу для дальнейшего изучения, но не является окончательным итогом. Тем не менее исследование в этом случае показало, что ни amitriptyline, ни topiramate не являются более эффективными, чем плацебо, в уменьшении приведённого выше процента дней без головной боли. Сходные результаты получены у детей при применении топирамата и вальпроата: процент дней без боли составил 50%.

Исследование, проведённое Powers и коллегами, включало оценку и двух отсроченных (более поздних) результатов, которое показало такой же результат обоим препаратам, что и плацебо. Этот результат такой же, как и в многочисленных других исследованиях. К сожалению, это наиболее распространённый дизайн в педиатрической практике по исследованию мигрени у детей.

Что следует делать клиници-

стам, которые оказывают медицинскую помощь детям, страдающим мигренозной головной болью? Даже у взрослых наиболее доказанный профилактический эффект от медикаментозного лечения по минимуму превышает эффект плацебо. Потому что пациенты часто ждут, пока головная боль станет сильной, прежде чем обратиться к врачу: поэтому компонент регрессии боли меньше; не имеет значения, что лечение, которое они получают, оказывает действие через некоторое время. Кроме того, в исследованиях, проведённых Powers и коллегами, дети, получавшие плацебо, имели не сильную головную боль. Есть клинические доказательства, что провайдер старается убедить больного, что, в свою очередь, может уменьшить тяжесть симптомов и улучшить многочисленные соматические состояния. Как подчёркивают исследователи, следует прислушаться к старым медицинским традициям и потратить время на беседу с больным, проявить эмпатию не только к больному, но и к его семье. Как ацетаминофен, так и ибупрофен, как было показано, эффективны при лечении острой педиатрической мигрени; применение их с профилактической целью представляется оправданным подходом. Биологическая обратная связь и терапия релаксации имеют ограниченное доказательство пользы для педиатрических больных с мигренью, хотя улучшение может отражать эффект плацебо. Необходимо проведение большего количества исследований по нефармакологическим подходам у детей.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Эксперименты

Собственность не отторгается

В конце февраля 2016 г. сотрудники Университета Северной Каролины в городе Чепл-Хилл показали миру успешную атаку перепрограммированных стволовых клеток на глиобластому, являющуюся самой «злой» опухолью мозга. И вот менее года спустя они продемонстрировали эффективность предложенного метода на разных мышиных моделях этой опухоли. Подобный подход получил название Skin flipping, или «переворота» (подобно переворачиванию блина на сковороде), в ходе которого собирается «урожай» кожных фибробластов. С помощью соответствующих протенинов геном кожных клеток «омолаживается», в результате чего их состояние приближается к таковому эмбриональных стволовых клеток с их неограниченным потенциалом давать примерно 200 типов клеток нашего организма.

Три года назад в Гарварде индуцированные стволовые клетки «оснастили» токсином, позволяющим таргетно убивать клеточные мишени. В Чепл-Хилле полученные из фибробластов нервные стволовые клетки (НСК, которые могут мигрировать в направлении химических сигналов опухолевых клеток) снабдили двумя терапевтическими агентами, в результате чего НСК обрели способность атаковать клетки глиобластомы в мозгу. Одним из агентов стал белок, активирующий в опухолевых клетках пролекарство, вводимое предварительно пациенту. Авторы статьи пола-

гают, что они находятся всего лишь в году, максимум двух от начала клинических испытаний своего подхода. Их уверенность базируется на том, что время получения НСК из фибробластов сократилось всего до 4 дней!

Преимущество аутопересадки перед терапевтическими вирусами в том, что цитотоксические НСК не вызывают воспаления и отторжения. Переносимый ими белок, некротизирующий опухоль (TNF — Tumor-Necrosis Factor), стимулирует апоптоз, то есть запрограммированную смерть опухолевых клеток. Его использование уменьшило объём трансплантата в 250 раз уже через 3 недели,

увеличив выживание мышей с 46 до 60 дней. Во втором случае НСК переносили фермент, который «активировал» ганцикловир, что привело к 20-кратному уменьшению опухоли и увеличению выживания с 32 до 60 дней. Нацеленную атаку цитотоксических клеток на опухоль учёные назвали хоуминг, поскольку ген-модифицированные НСК находят опухоль подобно тому, как птицы находят гнездо. Авторы полагают, что их клеточная терапия поможет максимизировать продолжительность лечебного эффекта при клинических испытаниях.

С.Аманак из Киотского университета опубликовал свою первую статью об индукции клеток кожи (фибробластов, синтезирующих нити-фибриллы коллагена) в 2006 г. и уже через 6 лет ему вручили Нобелевскую премию, одну из «самых быстрых» по медицине. Долгие 10 лет многочисленные попытки «приспособить» метод репрограммирования взрослых клеток для терапевтических нужд были малоуспешными, поскольку получать стволовые клетки данной ткани у пациента долго и дорого, а чужие (аллотрансплантаты) могут вызывать нежелательные иммунные реакции.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Science Translational Medicine.

**МОЛЕКУЛЯРНАЯ
ДИАГНОСТИКА
2017**
18-20 апреля, ГК "КОСМОС"
г. Москва, пр. Мира, 150

IX ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Молекулярная диагностика вирусных гепатитов
- Современные подходы к молекулярной диагностике инфекций органов репродуктивной системы
- Новые направления молекулярной диагностики ВИЧ-инфекции
- Методы молекулярного анализа в онкологии
- Молекулярная диагностика инфекций беременных и новорожденных
- Современные методы в диагностике туберкулеза
- Технологии молекулярного анализа в криминалистике и судебной медицине
- Молекулярная эпидемиология
- Технология выявления инфекционных и наследственных болезней животных
- ... и другие темы

Организаторы:
Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов»,
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

www.md2017.ru

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская районная больница» (местность, приравненная к районам Крайнего Севера)

требуются врачи следующих специальностей:

ФТИЗИАТР, ТЕРАПЕВТ, АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ, НЕОНАТОЛОГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, НЕВРОЛОГ, РЕНТГЕНОЛОГ, ПЕДИАТР, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ, СТОМАТОЛОГ.

Заработная плата от 30 тыс. руб., служебная квартира, соцпакет. Молодым специалистам выплата подъемных в размере 200 тыс. руб.

ПСИХИАТР для работы в посёлке Верхнемарково по программе «Земский доктор» (выплата подъемных согласно программе), заработная плата от 40 тыс. руб.

Главный врач (39565) 5-77-35.
Отдел кадров тел. (39565) 5-79-02.

Иген

Спасительная обёртка

Один из радикальных способов борьбы с сахарным диабетом 1-го типа — пересадка островков Лангерганса, содержащих продуцирующие инсулин бета-клетки. Помочь в этом может и межвидовая трансплантация, при которой людям пересадят клетки свиней.

Для того чтобы отторжения трансплантата не происходило, учёные из Университета Алабамы (США) предлагают «оборачивать» пересаживаемые ткани специальной защитной оболочкой. Учёные во главе с Хубертом Це уже показали на мышах с диабетом, что тонкий полимерный двуслойный материал действительно способен предотвратить отторжение.

Исследователи наблюдали за состоянием мышей, которым были пересажены покрытые оболочкой островковые клетки поджелудочной железы, взятые у мышей и свиней. Такой слой действительно защищал их, и бета-клетки нормально функционировали.

Ранее другие исследовательские группы уже пытались использовать защитные покрытия, используя для их создания толстый гелевый слой либо оболочку, которые ковалентно связывались с самими бета-клетками. Это не всегда приводило к желаемым результатам.

В этом же случае учёные смогли создать бислой толщиной всего в 30 нм и покрыть пятью такими оболочками пересаживаемые клетки. Между собой слои соединены с помощью водородных связей, а одним из компонентов защитной оболочки является таннин.

Такое покрытие не мешало проникновению кислорода и питательных веществ к бета-клеткам, но защищало трансплантат от губительного влияния реактивных форм кислорода и препятствовало развитию реакции отторжения.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

По информации
medicalxpress.com.

Начало

Фармацевтика по-узбекски

В нынешнем году в Республике Узбекистан начнут работу 33 новых крупных фармацевтических предприятия. Об этом заявил руководитель крупного государственного фармацевтического концерна Мирзанозим Дусмуратов. По его словам, сейчас в республике работает около 140 предприятий, которые производят более 2 тыс. наименований лекарственных препаратов.

«Понятно, что это недостаточный уровень, и в целях обеспечения реального импортозамещения отрасли должна получить интенсивное развитие. С этой целью президентом за короткий срок издан

ряд документов, предоставляющих конкретные льготы фармпроизводителем. Эти условия позволят уже в этом году ввести в строй ещё 33 крупных фармацевтических предприятия», – сказал М.Дусмуратов в рамках форума «Открытый диалог».

Он отметил, что доля отечественной продукции на внутреннем рынке Узбекистана до конца нынешнего года должна приблизиться к 70%, на сегодняшний день этот показатель составляет 50%. Кроме того, за счёт локализации производства ожидается расширение перечня препаратов, отпускаемых по фиксированным ценам.

По словам М.Дусмуратова, у фармацевтической отрасли Узбе-

кистана хорошие перспективы, и стоимость препаратов местного производства будет только снижаться. В подтверждение этого он привёл статистические данные, согласно которым в минувшем году предприятия республики выпустили продукции на сумму 340 млн долл., благодаря чему удалось сэкономить порядка 700 млн долл., закупая препараты местного производства, а не импортные. По его прогнозам, в 2017 г. эти показатели будут «гораздо выше».

Недавно, что характерно, президент Республики Узбекистан Шавкат Мирзиёев поручил создать телефон доверия при Генеральной прокуратуре страны. Номер будет работать для приёма жалоб на завышенные цены на лекарства. Дело в том, что в январе позапрошлого года в республике наблюдалась нехватка ряда препаратов, которую связывали с сокращением импорта и ослаблением курса рубля.

Борис БЕРКУТ.

По информации puz.uz.

Опрос

Наверное, почти каждому ребёнку, посещавшему детский сад, знакома фраза «Пока всё не съешь – из-за стола не выйдешь» с различными вариациями («гулять не пойдёшь», «играть не будешь»). «Общество чистых тарелок» насчитывает тысячи участников – воспитатели детских садов и групп кратковременного пребывания, няни, бабушек, которые беспокоятся о том, что если ребёнок не доест свою порцию, то недополучит чего-то важного. Учёные из Университета Небраски (США) заявляют: заставлять ребёнка обязательно доедать – вредно.

Дипти Дев, ведущий автор небольшого исследования, проведённого в США, рассказала, что многие работники групп неполного дня опасались негатива со стороны родителей, связанного с плохим аппетитом их ребёнка. Воспитатели применяли контролирующие пищевые практики – следили за тем, чтобы дети полностью очи-

Доедай! Не буду!

щали свои тарелки, убеждали их попробовать всё, что было подано. Кроме того, в некоторых случаях еда использовалась в качестве награды: например, за удачный поход в туалет ребёнка могли поощрить конфеткой.

Всего было опрошено 18 воспитателей групп кратковременного пребывания для детей 2-5 лет. Это были женщины в среднем 42 лет, работавшие с дошкольниками в среднем по 12 лет. Некоторые из них рассказали, что действительно использовали контролирующие пищевые практики, особенно с капризными едоками и упрямыми детьми. Другие заявили, что не делают ничего такого, но при дальнейшем разговоре выяснилось, что и они агитируют за чистые тарелки. Несколько человек, впрочем, отметили, что не заставляют детей доедать, так как ранее слышали об исследованиях, доказавших

связь между такими действиями и риском развития ожирения в будущем.

Из-за небольшого размера выборки, по словам авторов исследования, их работа не доказывает однозначно, что политика кормления в дошкольных образовательных учреждениях провоцирует проблемы с лишним весом или развитие неправильных пищевых привычек. Однако, сообщили учёные, контролирующие пищевые практики всё же могут приводить к ожирению у бывших воспитанников таких учреждений – так как дети могут научиться контролировать собственное чувство голода самостоятельно. Они могут иметь склонность к фастфуду и другим перекусам, дающим кратковременное чувство насыщения.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

Дословно

Простой анализ крови может определить риск смерти в ближайшие 5 лет – таковы результаты исследований, опубликованные в журнале Канадской медицинской ассоциации.

Гадание на крови

В своей работе учёные из международной научной группы исследовали связь между 3 типами воспалительных биомаркеров и смертностью более чем 6545 мужчин и женщин в возрасте от 45 до 69 лет. Все три биомаркера – интерлейкин-6 (ИЛ-6), С-реактивный белок (СРБ) и альфа1-кислотный гликопротеин (АГП) – являются сигналами воспалительных процессов в организме, а их уровень можно определить с помощью анализа крови.

В ходе исследования учёные обработали данные тестов крови 6,5 тыс. пациентов, собранные в период с 1997 по 1999 г., после чего проследили их судьбу до 2015 г. Как выяснилось, смертность в течение первых 5 лет резко преобладала в группе респондентов, анализы которых показали повышенный уровень

всех 3 биомаркеров в крови. Кроме того, авторы исследования напомнили о недавних работах, которые показали связь между наличием воспалительных биомаркеров и смертностью пациентов с такими хроническими

заболеваниями, как сахарный диабет 2-го типа и сердечно-сосудистые катастрофы.

По словам одного из авторов данной гипотезы доктора Марлы Шапиро, исследование биомаркеров воспаления уверенно перемещается из сектора теоретических изысканий в сектор профилактического здравоохранения. «Для того чтобы анализы крови на выявление воспалений стали рутинными процедурами, необходимы длительные исследования», – сказала она. Однако данное направление медицины представляется столь перспективным, что тестирование крови на риск возможной смерти станет обычной процедурой в самое ближайшее время.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

По информации smaj.ca.

Мнения

С помощью голоса

Колыбельные, которые мамы поют своим детям перед сном, являются таким же эффективным методом удерживать внимание ребёнка и ощутить с ним внутреннюю связь, как игры и чтение книг, сообщили исследователи Университета Майами (США).

В ходе эксперимента, в котором приняли участие 70 молодых мам, учёные наблюдали за реакцией детей на 6 различных типов раздражений.

Как выяснилось, внимание ребёнка при пении колыбельных было столь же активным и продолжительным, как если бы он играл с мамой в любимые игрушки. Причём если дети всё-таки ослабляли своё внимание, женщинам достаточно было изменить высоту голоса или темп песни, чтобы младенец снова сконцентрировался на маме.

Кроме того, оказалось, что у женщин, поющих колыбельные, обострялся материнский инстинкт и повышалась эмпатическая связь с ребёнком.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению Reuters.

Почему бы и нет?

Учёные во Флоридском Атлантическом университете (США) заявляют, что основательная чистка зубов может помочь предотвратить развитие острых сердечно-сосудистых заболеваний. Научная группа во главе с профессором Чарльзом Хеннекенсом на примере небольшой выборки (более 60 человек) обнаружила, что удаление зубного налёта с помощью специальной пасты снижает общий уровень воспаления в организме. Отметим, что более 20 лет назад именно Чарльз Хеннекенс и его коллеги предложили использовать аспирин в качестве лекарственного средства при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, что, по оценкам экспертов, уже спасло около миллиона жизней.

Здоровые зубы – здоровый организм?

На этот раз профессор решил исследовать, какой эффект имеет удаление зубного налёта, может ли чистка зубов снизить риск наступления инфаркта или инсульта. Для этого он и его группа разделили участников в количестве 61 человека на 2 группы, одна из которых (контрольная) чистила зубы обычной зубной пастой, а другая – специализированной, предупреждающей формирование зубного камня.

До и после эксперимента, продолжавшегося 60 дней, учёные замерили уровень воспаления в организмах участников, а также количество зубного налёта на их зубах. Обнаружилось, что те люди, которые использовали специализированную пасту, в два раза успешнее удаляли налёт, таким образом, бляшек на их зубах было существенно меньше. Уровень С-реактивного белка (биомаркера воспаления) в крови у этой группы снизился на 29%. Для сравнения – статины снижают этот уровень на 37%. А вот у контрольной группы показатель возрос на 24%. Профессор Хеннекенс подчеркнул, что простейшая доступная всем процедура помогает не только поддерживать здоровье поло-

сти рта, но и может уменьшить шанс развития сердечно-сосудистой патологии, ассоциированной с уровнем воспаления в организме.

Некоторые другие учёные сомневаются в результатах исследования сотрудников Флоридского Атлантического университета, утверждая, что следует всё же сконцентрироваться на питании, снижении потребления сахара и других более очевидных способах предотвращения инфарктов и инсультов, а также – что сам по себе С-реактивный белок является всего лишь маркером воспаления, не играя никакой роли в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Однако Хеннекенс и его коллеги планируют повторить исследование на большой выборке – в 6 тыс. пациентов кардиологических клиник, – чтобы выявить, имеет ли удаление зубного налёта и предотвращение формирования зубного камня долгосрочный противовоспалительный эффект. Новый проект будет длиться несколько лет.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению The Telegraph.

Выводы

Не будь занудой



Уверенность в том, что в будущем не ожидается ничего хорошего, повышает уровень сахара в крови и артериальное давление. Поэтому специалисты из Финляндии советуют позитивно смотреть на вещи. В исследовании участвовали 2267 мужчин и женщин в возрасте от 52 до 76 лет. За участниками следили больше 11 лет.

Исследователи проанализировали данные о социально-экономическом статусе, психосоциальном фоне, образе жизни, уровне сахара в крови, артериальном давлении, принимаемых лекарствах и болезнях добровольцев. Также учёные

оценили уровни оптимизма и пессимизма участников с помощью специального опросника. За время исследования 121 человек умер от болезни сердца.

Исследование показало: у людей, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, уровни пессимизма оказались существенно выше по сравнению с теми, кто остался жив. В целом участники с самыми высокими уровнями пессимизма умирали от болезней сердца в 2,2 раза чаще добровольцев со средними уровнями пессимизма.

Вадим ПОЗДНЯКОВ.

По информации The Daily Mail.

Родители Виллема де Кунинга имели отношение к торговле алкоголем: отец продавал спиртное, а мать была владелицей бара. Не в этом ли кроется причина его алкогольной зависимости, сформировавшейся впоследствии? Впрочем, кто из художников-современников мастера, искавших новые пути в живописи, не злоупотреблял спиртным?

От маляра к художнику

Когда мальчику исполнилось 5 лет, его родители развелись. В течение некоторого времени он жил вместе с отцом, затем мать потребовала, чтобы Виллем переехал к ней. Творческие наклонности будущего художника проявились рано. В возрасте 12 лет он стал учеником в крупной торговой арт-фирме братьев Гидинг, которые помогли ему поступить на вечернее отделение роттердамской Академии изящных искусств. Здесь Виллем учился в течение 8 лет (1916-1924), получив диплом художника-ремесленника. В эти годы де Кунинг познакомился с поэзией У.Уитмена, архитектурой Ф.Райта и живописью П.Мондриана, работы которого впервые увидел, работая в роттердамском универсаме. В 1926 г. де Кунинг нелегально выехал в США (он стал гражданином этой страны лишь спустя 35 лет), надеясь найти работу иллюстратора. Сначала он поселился в Хобокене, штат Нью Джерси, — регионе, в котором было много переселенцев из Голландии.

Сначала де Кунинг работал маляром, а потом, несмотря на незнание английского языка, сумел стать внештатным художником-рекламистом. В следующем году он переехал в Нью-Йорк, где наладил дружеские отношения с художниками Э.Денби, С.Дэвисом и А.Горки. С Горки они снимали одну студию на двоих. Обоим interessовала и фигуративная живопись, и абстракция. Де Кунинг чередовал эти направления, основным мотивом его работ стала женская натура. На его манеру, сложившуюся на рубеже 1930-1940-х годов, повлияла живопись Горки, Пикассо и Мира.

В 1935 г. он стал членом Федерального совета по искусству, а в 1939 г. организационный комитет Всемирной Нью-Йоркской выставки заказал ему фреску, что было почти официальным признанием. В этот период де Кунинг также писал портреты, в том числе «Автопортрет с воображаемым братом» (1938), «Стекольник» (1940), «Стоящий мужчина» (1942).

В 1943 г. де Кунинг женился на известной художнице Э.Фрид. В это время он ещё отказывался выставлять свои работы. Когда в 1948 г. его персональная выставка всё же была организована, он экспонировал нервные чёрно-белые абстрактные композиции, открывшие широкую публике яркого художника-модерниста. В 1950 г. де Кунинг был среди 6 американских художников (в группу вошли также Поллок и Горки), отобранных музеем современного искусства для участия в 25-м Венецианском биеннале. В эти годы он шёл путём сознательной примитивизации живописи, разрабатывая так называемые фигуративные абстракции. В его работах целовещеские фигуры и фон проникают друг в друга, тесно взаимодействуя, причём каждый элемент не имеет определённого места в пространстве картины. Кисть художника словно венчиком подметает полотно, оставляя на нём характерные полосы и брызги. Де Кунинг деконструировал формы. Одинокие женские фигуры под действием неистовых, пастозных «мазков-ударов» на его холстах превращались в живописный тотем, нарочито открытые для фрейдистских версий.

Вскоре художник вернулся к полуреалистическому стилю. В 1953 г. в галерее Дженис он выставил несколько гигантских полотен с общим названием «Женщина», где дискретные абстрактные формы, с которыми художник работал в течение предыдущих 10 лет, снова сооткнулись в женские фигуры, шокировавшие зрителей едва ли не больше, чем первые произведения искусства авангарда, только выходящего на широкую арену. Работы де Кунин-

уровне функционирования атомных частиц, а затем обрела и макроскопические параметры, на что отреагировало искусство.

В 1964 г. президент США Л.Джонсон наградил художника медалью Свободы, в 1979 г. де Кунинг стал кавалером голландского ордена Оранских-Нассау. В 1969 и 1978 гг. в Музее С.Гуггенхайма и в музее современного искусства в Нью-Йорке прошли ретроспективные выставки его работ, утвердившие за художником

ярко: «...они не способны развлекаться чтением, так как их память не удерживает начала фразы, когда они доходят до её конца...» Затем амнезия прогрессирует. Пространство становится для больных деструктурированным. Если на начальных этапах патологии у пациента ещё есть элементы критики к собственному состоянию, а ядро личности сохранено, то по мере прогрессирования болезни критика исчезает, а личность разрушается. Интел-

ется нарушениями, возникающими именно в его письменной речи. Говард Форной делает нелепые ошибки в словах, которые прежде были ему хорошо известны. Смысл искажается, но возможность понимания текста ещё остаётся. Писатель примитивизирует и синтаксис записей персонажа.

Нельзя не заметить измененный манеры де Кунинга, наступившей вслед за нарушениями психики, которые несёт болезнь Альцгеймера. Прежде его картины были перенасыщены цветом и экспрессией, краски и мазки вступали в схватку, теснясь даже на тех огромных пространствах, которые художник почти неизменно выбирал для своих работ, предпочитая крупный формат небольшим размерам. Краски конфликтовали, внедрялись, вытеснились, вгрызались друг в друга, голосили взахлёб и наперебой... В работах де Кунинга не было свободного места: прямоголинейные картины были заполнены нервной пастозной живописью, слегка даже возвышавшейся над плоскостью холста из-за обилия красок, наносимых на его поверхность. Теперь же в картинах возникали лакуны, пустоты, недомолвки — незаполненные пространства, словно между словами-мазками повисали паузы-умолчания белого холста. Как будто художнику требовалось время для того, чтобы вспомнить нужное слово, а если оно так и не находилось, то место на картине так и оставалось незаполненным. Многословие и страсть сменились лапидарностью и эмоциональной неопределённостью.

Конечно, едва ли такое изменение манеры художника может быть свидетельством атрофии коры его мозга и клинической иллюстрацией к болезни Альцгеймера. Но можно обратить внимание на то, что налицо явное изменение ментальной системы мастера. Если его поздние работы спокойны и неконфликтны, немногословны и несколько эмоционально аморфны, словно из них исчез энергетический и смысловой центр, то ранние картины де Кунинга наполнены страстью и восклицаниями, тревогой и сомнениями. Эти его «доальцгеймеровские» полотна обнаруживают кипящие эмоции и интенсивную мысль, в которых часто отказывают абстракционизму его хулители, считающие, что за такой живописью ничего не стоит, кроме эпатажа, формализма и колористических экспериментов. Различие между ранним и поздним де Кунингом — свидетельство того, что живописная абстракция может обладать не только формой, но и содержанием, быть не просто декоративным пятном, но выражать кредо автора, его искания и философию.

Поздние картины де Кунинга странным образом похожи на снимки мозга пациентов с болезнью Альцгеймера, сделанные с помощью электронного микроскопа, словно художник посмотрел внутрь себя и увидел эту необратимую утрату нейронов и синапсов, ведущую к атрофии коры мозга, прозрел пневматизацию супракортикального пространства и желудочков мозга, проредивших плотность тканей, в которых появились лакуны, и сквозь них засквозил холодок.

Снимки мозга пациента с болезнью Альцгеймера напоминают осенний парк, просквозённый ветрами и дождём, где сквозь пустующие ветки всё более отчётливо видно белое небо приближающейся зимы.

Умер Виллем де Кунинг в марте 1997 г., пережив зиму, но так и не дождавшись новых листьев, распутившихся на деревьях.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Болезни великих

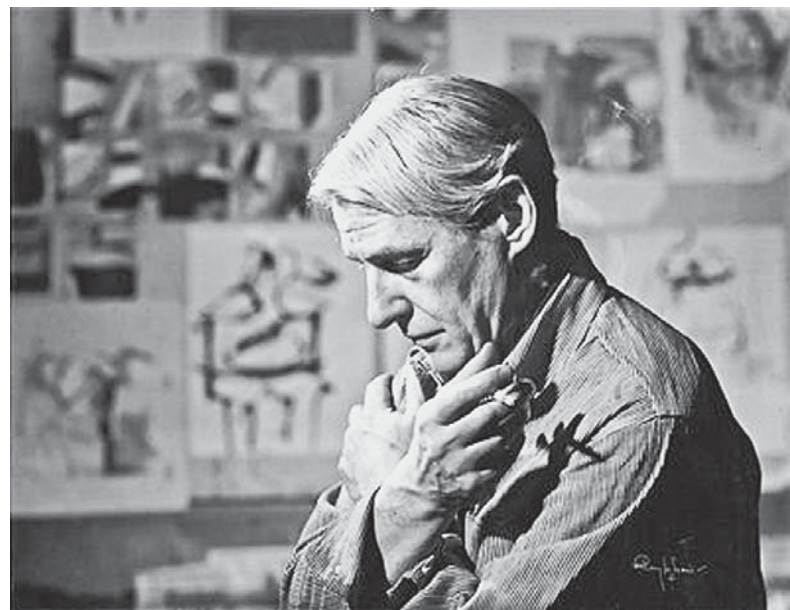
Осенний парк

20 лет назад умер голландский художник и скульптор Виллем де Кунинг

га быстро разошлись по крупнейшим музеям и коллекциям США. В 1964-1966 гг. он создал большую серию композиций с изображением огромных, искажённых, словно стремящихся вырваться за пределы пространства картины женских фигур (словно за рамой полотна и начиналось всё самое интересное), написанных на дверных досках и заполненных типичными для его работ фрагментами едва намеченных углов и поверхностей.

Со временем полотна де Кунинга наполняются пейзажными мотивами, атмосферными феноменами, становясь всё менее предметными. Тяготение к декоративности преобладает в работах его позднего периода, отмеченного последствиями алкоголизма и болезнью Альцгеймера.

Среди американских абстракционистов середины XX века Виллем де Кунинг, как бы странно это ни прозвучало, выделяется консерватизмом. Его картины имеют строго тектоническое построение композиции, цветочное решение полотен лишено диссонансов, характерных для представителей этого направления. Он сохранил приверженность традиционным материалам и технике живописи, избегая рискованных формалистических экспериментов. Тонко нюансированная живопись де Кунинга многое теряет при репродуцировании с неизбежным нарушением масштаба. Его искусство требует прямого контакта со зрителем. Работы де Кунинга важно видеть в оригинале и в ансамбле, где несколько произведений варьируют один мотив, в котором есть внутренняя логика построения и динамика развития сюжета. Это обстоятельство позволяет увидеть аналогию с сериализмом — техникой музыкальной композиции, разрабатываемой примерно в те же годы. В музыкальной сериальной технике принцип серийности может распространяться на высоту звука, ритм, тембр, исполнительские нюансы и пр. Искусство искало новые пути и способы выражения, и этот тренд был общим для разных его видов. Неклассическая физика, появившаяся на рубеже XIX—XX веков и дополнившая физику И.Ньютона, использовала вероятностное описание микромира, допуская существование нескольких вариантов развития сюжета. В беллетристике это обстоятельство стало способом разрушения литературных штампов и трафаретов: слова получали неслыханные доселе эпитеты, синтаксис становился всё более непредсказуемым, метафоры обретали зыбкую многозначность трактовок. Тема свободы выбора актуализировалась сначала на



славу выдающегося мастера. Де Кунинг стал первым живописцем, удостоенным Императорской премии. Слава его не угасла и после смерти: в 2006 г. одна из картин серии «Женщины» была продана за 137,5 млн долл., став вторым по стоимости произведением искусства в истории художественных аукционов (ныне занимает третье место). Ретроспектива В. де Кунинга 2012 г. стала самой посещаемой нью-йоркской выставкой и тринадцатой по посещаемости экспозицией в мире.

Следы болезни Альцгеймера

В старости де Кунинг страдал от болезни Альцгеймера, продолжая тем не менее рисовать. Поздние годы мастера, когда ему было уже за 70, были в его жизни временем, возможно, наиболее интересным и плодотворным. Полотна этого периода обрели свободу цвета, линии, формы. Именно поздние работы де Кунинга, исполненные в начале 1990-х годов, стали самыми светлыми и жизнеутверждающими его произведениями, оставшихся духовным завещанием художника.

Болезнь Альцгеймера — хроника невозможных утрат. Психика распадается. Грубо нарушается память, что вначале выглядит как фиксационная амнезия — утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения при относительной сохранности памяти на знания, обретенные в прошлом. Возникает амнестическая дезориентировка в обстановке, времени, пространстве. Способность к примитивной интеллектуальной деятельности в течение некоторого времени может сохраняться. В художественной литературе этот психопатологический феномен описан многократно и

лектуальная живость меркнет, снижается уровень суждений. Амнезия распространяется уже и на давно минувшие дела. Происходит послонная аннигиляция воспоминаний: от недавних событий — к более ранним: «Первый год я с трудом забывал всё то, что усвоил в академии, затем пошло легче. За месяц я забыл колледж, за неделю — гимназию. На забывание философии ушло дня три, на историю — сутки. Потом на эту... как её... ох, господи... В общем, её забыл почти без напряжения часа за два».

Примитивизируется моторика, действия теряют законченность, возникает их автоматизированность. Выражены расстройств речи — важный диагностический признак болезни Альцгеймера. Теряется семантическая сторона речи при её относительной фонематической сохранности. Появляются эхололия, палилалия (повторение последних слов собеседника). Затем присоединяются дизартрия, логоклония, стереотипные речевые обороты, сменяющиеся полной моторной афазией. При письме можно заметить пропуски и перестановки слогов, их повторы, аграфию. Строки часто расположены неправильно: косо, вертикально. Слова дробятся на элементы, расположенные на разной высоте. Встречаются эхографические реакции, соответствующие эхололии. Интеллект всё больше осыпается, облетает, опадает... Течение болезни длительное — годами. Итог — неминуемый маразм. Диагноз подтверждается компьютерной томографией и МРТ (расширение желудочков мозга, истончение коркового слоя). В рассказе С.Кинга «Конец всем неприятностям» прогрессирующая деменция персонажа выража-

А ещё был случай

По дороге жизни врача

Однажды в месяц чернотроп, так по календарю земледельцев-славян называли ноябрь, я прогуливался с фотоаппаратом по окрестностям районной больницы Самарской области. Промозглая погода. Туман. Вокруг – пожелтая трава. Опавшие с деревьев листья. Карканье ворон. Всё серо. Подумалось, что такая серость всю жизнь сопровождает труд врача: страдания и боль, кровь, гной, смерть больного. Всё переплелось и свалилось в конечном счёте на плечи врача. В чём его радости?

Вдруг я обратил внимание на дорогу, которая уходила «где-то вниз, а где-то в горы». Она была необычайно белой на фоне серой окружающей природы. Белый цвет символизирует чистоту помыслов, радости и счастья.

Подумал, что это и есть дорога, по которой идёт врач. Она светлая, сохраняет людям жизнь и несёт счастье возвращения здоровья, а врачу – радость от полученных результатов. По такой дороге и идут большинство врачей. Отдельные из них прокладывают индивидуальные тропы, но все они выходят на общую светлую дорогу медицины. Пожелаем им успехов, больше света и радостей в череде серых будней!

Показал фотографию коллеге. Он спросил: «Что, дорогу специ-



ально присыпали известью?». На самом деле выпавший снег прикатали машины, а тропы протоптали люди, в окружающей траве он ещё немного растаял от тёплой земли. Затем снег обледенел. Обледеневшая дорога как бы предупреждает врача, что на ней можно поскользнуться и даже упасть.

Был поражён увиденным и сделал не менее десятка снимков. На второй день запланировал ещё раз запечатлеть это диво, но уже

с других точек и при другом освещении. Но...

Ночью в больницу поступил человек с травмой. И снова бригада медработников ночью в труде – а утром смерть отступила.

Но сфотографировать в другой раз её не удалось. Как говорят фотографы, днём «картинка» исчезла. Ночью прошёл дождь. Снег растаял. Дорога стала чёрной.

Через неделю прооперированный пациент – выписан. У врачей на душе светло! И снова будни

до следующего выздоровевшего пациента.

Эта фотография символизирует мой жизненный путь. Она стала основной из иллюстраций к моей книге под названием «Трудовая автобиография и библиография трудов».

Николай ДАВЫДКИН,
врач.

Самарский государственный
медицинский университет.

Фразы

Вокруг да около ЖЕНЩИН

(Житейские анекдоты.
Послесловие к празднику)

Признание

Разговаривают две дамы:
– Я ни разу не спала со своим мужем, пока мы не поженились! А вы?
– Я тоже, – говорит вторая. – С вашим мужем разве уснёшь!

Популярно разъяснил

Молодая женщина в частной беседе с медицинским специалистом задаёт ему актуальнейший вопрос:

– Доктор, скажите, почему женщины любят ушами?
– Потому что от лапши, навешанной на них, даже уши не полнеют, – глубокомысленно сообщает её собеседник.

Заметные сдвиги

– Ну и как, помогло вашему супругу лечение у сексопатолога?
– Не скажу, чтобы очень, но он уже начал заглядываться на каждую юбку, висющую в магазине «Женская одежда»...

Как я вас понимаю!..

Разговаривают две дамы:
– Вы знаете, дорогая, мой мужёнок уделяет интиму не больше минуты!
– Ой, милочка, мой вообще только что купил секундомер!

Ну и мужёнок!..

После нескольких лет разлуки встречаются две давние приятельницы.

– Я вышла замуж, – рассказывает одна из них. – Муж – прекрасный человек: и читит, и красит, и стирает, и готовит!..
– А мой кретин ничего не умеет делать, чуть что – приходится звать соседа! – вздыхает вторая.
– Ну, так уж и ничего? – улыбается первая. – А детей?
– Я же говорю тебе: приходится звать соседа!..

Не все дома

Стук в дверь. Полуодетая женщина испуганно просит любовника:
– Дорогой, походи, посмотри, что это, а если это мой мужёнок, то скажи, что меня нет дома!

Одесские надежды и мечты

Розочка и Ривочка поймали в тёмном переулке Рабиновича:
– Абрам, вы знаете, что мы ждём от вас ребёнка?!
– Не дождётесь!

Евгений ТАРАСОВ,
врач.

Москва.

Умные мысли

Вслед за душевным праздником

Шиз-утки

Диагноз

– За что доставили к нам этого пациента?
– спрашивает заведующий отделением дежурного врача.
– Он вписал белый круг в «Чёрный квадрат» Малевича.
– Всё понятно – круглый дурак!

Не промочишь горло...

– Почему вы не любите ходить в наш «Суши-бар»?
– Так ведь там даже спиртное дают сухим пайком!

При параде

– Зачем вы заявили в парную, не сняв костюм?!
– А я забыл полотенце!

Не надоело?!

Две шестёрки шустрят в парке. Проходящая мимо девятка спрашивает:
– Ребята, вам не надоело ходить на голове?!

Успели

– У вас в меню всё ещё есть дикая утка?
– Нет, мы успели её приручить!

Уточнение локализации

– Доктор, у меня свербит под ложечкой!
– Под чайной или под столовой?

Потому что потому...

– Официант, почему в этом салате черви?!
– Потому что черви – козыри у нас!

Причина

В больничной столовой:
– Почему в этом компоте плавают муха?!
– Потому что умеет.

Смотря как...

– У вас глаза болят?
– Это как посмотреть!..

Вот вы кто?!

– Мне всё время хочется «пи-пи»...
– Ну, вы – математик!..

Не понять!

Два нуля обсуждают шестёрку:
– Странная особа – зачем-то обзавелась запятой!

Ишь, чего захотели?!..

– Этот лангет жёсткий, как подошва!
– А вам подавай стельку?!

Ну, понастроили!..

– Что это вы тут построили?!
– Входные ворота инфекции.

Приём

– Доктор, когда вы принимаете?
– Когда есть собутыльник.

На чём?

– Вы настаиваете на разводе?
– Нет, на спирте.

Рекламация

– Что-то эти сапоги жмут мне подмышками!
– А может, не стоило надевать их через голову?

Ужас!

– Почему этот тип хлещет водку?!
– Так ведь садист!

Поздоровались

– Привет, балбес!
– Сам с приветом!

В очереди за счастьем?

– За вами кто-нибудь занимал?
– Да, за нами – светлое будущее!

Московская область.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

Е-mail: mgzgazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-02-00345 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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