

# Медицинская

10 апреля 2015 г.  
пятница  
№ 26 (7548)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

## Перемены

# Диализный центр — гордость города

Так полагают не только волгоградцы, бывающие здесь



Центр гемодиализа открыт в Волгограде. Он расположен в Центральном районе города, в здании, которое является объектом культурного наследия, поэтому все работы по реконструкции проводились при соблюдении строгих требований: с сохранением фасада здания, его конструктивных особенностей, даже архитектуры кровли. Так что это учреждение стало ярким украшением города.

— Теперь многие пациенты избавлены от изнуряющих поездок за полсотни и более километров, — поясняет мне главный врач диализного центра Ирина Бастрыкина. — Мы уже стабильно принимаем пациентов и оказываем помощь нуждающимся в заместительной почечной терапии. Сейчас у нас установлено и работает 20 современных аппаратов, и посто-

Диализный центр уже стабильно принимает пациентов

янное лечение проходят 44 человека. На перспективу площади нашего центра рассчитаны на 40 аппаратов, и при трёхсменной работе помощь в диализе будет оказываться порядка трёмстам пациентам.

А вот что говорят о новом центре пациенты. Любовь Алексеева, жительница Краснооктябрьского района Волгограда:

— На диализе я уже девятый год, и мне было очень неудобно ездить за 40 км в соседний район на маршрутке. На дорогу в оба конца я тратила около трёх часов. Теперь доезжаю за 20 минут. Мне здесь нравится — условия превосходные, аппаратура новейшая, персонал доброжелательный.

Александр Смирнов, житель посёлка Гумрак:

— Условия здесь превосходные,

аппаратура новейшая, кресла очень удобные и процедура совершенно не утомляет. Спасибо персоналу, медицинские работники нас очень понимают...

— Вообще, аппаратный диализ очень дорогой. — говорит в заключение Ирина Бастрыкина. Одна процедура стоит более 5 тыс. руб., а при диагнозе «хроническая почечная недостаточность» необходимо провести не менее трёх сеансов в неделю. Но для волгоградцев, в рамках системы ОМС, услуги нашего нового центра диализа выполняются бесплатно...

Александр КУЗНЕЦОВ,  
соб. корр. «МГ».

Волгоград.

Фото автора.

Владимир УЙБА,  
руководитель ФМБА России,  
доктор медицинских наук,  
профессор:

Приоритетным направлением становится медико-биологическое обеспечение длительных космических полётов и освоение дальнего космоса.

Стр. 5



Муртаза РАХИМОВ,  
председатель совета  
благотворительного фонда  
«УРАЛ», первый президент  
Республики Башкортостан:

Благотворительность — важнейший элемент социального развития общества.

Стр. 6

Игорь ОТВАГИН,  
ректор Смоленского  
государственного  
медицинского университета,  
доктор медицинских наук,  
профессор:

Новым проектом для нашего вуза стал менеджмент качества учебно-педагогического процесса.

Стр. 10



## Инициатива

# Вышли в народ

Четверть всех вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции приходится сегодня на долю работающего населения Кузбасса. Поэтому областная служба антиСПИД осваивает новые методы работы с данной целевой аудиторией.

Недавно специалисты отдела профилактики Кемеровского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом провели семинар для сотрудников 14 территориальных филиалов «Кузбасской энергетической компании». В числе слушателей были мастера и начальники участков, то есть руководители среднего звена. Врач-эпидемиолог Мария Калашникова проинформировала их о ситуации с ВИЧ/СПИДом в области, рассказала об эффективных подходах к снижению поведенческих рисков и предотвращения дискриминации на основании ВИЧ-статуса работников.

— С молодёжной аудиторией мы так или иначе работали всегда, выходили с лекциями и тренингами в организованные школьные и студенческие коллективы, — комментирует директор Кемеровского областного центра антиСПИД Татьяна Булатова. — И, возможно, благодаря этому нам уда-

лось стабилизировать темпы роста ВИЧ-инфекции в данной группе. А вот удельный вес пациентов 30-50 лет и старше продолжает расти. Но коллектив завода или шахты на семинар не соберёшь. Поэтому мы избрали другую тактику: информируем руководителей и убеждаем их донести полученные сведения до всех своих сотрудников. Для этого снабжаем их аудио- и видеороликами, которые можно транслировать по внутренним каналам связи, и раздаточными материалами: плакатами, буклетами, памятками... В результате информационный охват аудитории увеличивается в разы.

В трудовые коллективы специалисты службы антиСПИД области выходят теперь практически еженедельно. В Кузбассе принята целевая программа профилактики ВИЧ/СПИДа среди работающего населения. А региональное соглашение между администрацией области, Федерацией профсоюзных организаций Кузбасса и работодателями предусматривает, в частности, включение мероприятий по профилактике ВИЧ в коллективные договоры предприятий.

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

## Итоги

# Гражданам нравится

«65% жителей столицы положительно оценили программу «Столичное здравоохранение», — сообщила председатель комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской думы депутат Людмила Стебенкова.

«На мой взгляд, после завершения программы процент пациентов, удовлетворённых ею, увеличится до 75. Таких результатов удалось достичь благодаря активному информационному взаимодействию московских властей

с общественностью», — подчеркнула Л. Стебенкова.

Как известно, государственная программа «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», рассчитанная на период 2012-2020 гг., разработана в соответствии с Постановлением правительства Москвы № 23-ПП от 02.02.2011 «Об утверждении перечня первоочередных государственных программ города Москвы».

«В Москве уже появилась удобная система записи к врачу, в том числе и электронная, установлено новейшее

оборудование, созданы новые амбулаторно-клинические центры, однако нам многое ещё предстоит сделать. Из 27 тыс. предложений более тысячи были признаны уникальными, и на основании этих предложений было сформулировано и вынесено на голосование 482 решения по улучшению работы поликлиник», — отметил заместитель руководителя московского Департамента здравоохранения Алексей Погонин.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.



## Новости

Убрали опухоль,  
подумаем о красоте

Красноярский краевой клинический онкологический диспансер намерен установить научно-практическое сотрудничество с клиникой ортопедической стоматологии Университета им. Фридриха – Александра (Эрланген – Нюрнберг, Германия). Темой взаимного интереса сторон стала реабилитация пациентов после перенесённого заболевания и лечения опухолей головы и шеи. По словам главного врача диспансера Андрея Модестова, локализация новообразований в области лица и шеи, а также проведённое по этому поводу лечение нередко завершаются нарушением функций голосообразования, жевания, а также приводят к утрате человеком внешней привлекательности. В таких случаях восстанавливающее лечение – будь то протезирование или реконструктивно-пластическая операция – становятся настолько же важными, как и собственно онкологическая помощь.

На днях немецкие специалисты посетили онкодиспансер в Красноярске, провели серию консультаций пациентов в отделении опухолей головы и шеи, а также стали участниками семинара для врачей, во время которого речь шла о современных возможностях реабилитации онкобольных с дефектами челюстно-лицевой области.

Красноярские специалисты рассказали о собственном опыте такой работы, в частности, реконструктивной челюстно-лицевой хирургии с использованием металла с памятью формы. В свою очередь, профессор Университета Эрлангена – Нюрнберга Зигфрид Хэкманн представил немецкие подходы к решению задачи реабилитации пациентов, имеющих дефекты внешности и функций челюстно-лицевой области.

В дальнейшем предполагаются стажировки красноярских хирургов в клинике ортопедической стоматологии Университета им. Фридриха – Александра.

Елена БУШ.

Красноярск.

## Мобильные напоминания

«Пациентам московских поликлиник до конца 2015 г. начнут рассылать напоминания о том, что они могут пройти диспансеризацию или сделать прививку от гриппа. Родителям будут напоминать о необходимости вакцинации для детей, – отметил заместитель руководителя Департамента информационных технологий Владимир Макаров. – Также москвичам на смартфоны станет приходить информация об изменении работы поликлиник и прочих нововведениях», – подчеркнул он.

Примечательно, что информацию столичные жители будут получать не по SMS, а путём мгновенных сообщений-уведомлений от скачанных мобильных приложений. Данная услуга бесплатна, в отличие от платных SMS сотовых операторов», – пояснил В.Макаров.

Московские власти уверены, что посредством нововведения все уведомления о работе городских поликлиник, а также информация о новых возможностях столичного сегмента отрасли станут ещё более доступными для горожан.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

## Первые этажи готовы!

В столице Алтайского края завершилось строительство первых этажей перинатального центра. Кроме стационара на 190 мест для будущих мам и новорождённых здесь откроют современную поликлинику. Минздрав России контролирует работу в режиме реального времени с помощью веб-камер.

Алтайские медики и жители края с нетерпением ждут окончания строительства. Ведь здесь предусмотрено внедрение новых форм работы: перинатальные, семейно ориентированные роды, стационароразмещающие технологии, методы эндоскопической хирургии и диагностики гинекологических заболеваний органов репродуктивной системы женщин, вспомогательные репродуктивные технологии, выхаживание и реабилитация недоношенных детей, особенно с очень низкой и экстремально низкой массой тела, неонатальная хирургия.

Центр будет обеспечен современными информационными технологиями, позволяющими вести электронный документооборот, телевизионный контроль за ходом родов и операций, позволяющий получать и передавать информацию в режиме реального времени для связи и консультирования внутри лечебного учреждения и между ЛПУ края и другими учреждениями России.

Строительные работы на новом объекте здравоохранения должны закончиться в марте 2016 г. Стоимость проекта составляет почти 3 млрд руб.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

## Чем понятнее, тем лучше

По инициативе Министерства здравоохранения Республики Тыва в регионе провели месячник высокой культуры обслуживания пациентов. Собравшись за «круглым столом», представители Минздрава, территориального ФОМС, Росздравнадзора, Медицинской палаты и Ассоциации медсестёр Тувы, а также Общественного совета республики по правам пациентов попытались найти причину, по которой уровень культуры общения врачей и пациентов снижается, а недоверие населения медицинской помощи растёт. Участники встречи пришли к выводу, что чем понятнее для пациента система оказания медицинской помощи, тем меньше поводов для конфликтов. Поставлена задача провести анализ действующей маршрутизации больных от первичного звена до республиканских учреждений по каждой нозологии в соответствии с правилами этапности оказания медицинской помощи. И если существующие схемы движения пациентов неэффективны, недостатки необходимо срочно устранить, чтобы обращение человека за медицинской помощью не было «хождением по мукам».

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

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

## Вехи

Без боли  
и безопасно  
Так работают с пациентами анестезиологи Омска

Службе анестезиологии Клинического медико-хирургического центра Министерства здравоохранения Омской области исполнилось 30 лет.

Сейчас трудно представить, что тогда, в 1985 г., анестезиологическую защиту оперируемых пациентов, чтобы у них не развился болевой синдром, обеспечивали только два человека – Владимир Зятиков и Александр Ларин, положившие начало созданию специализированного структурного подразделения в этом лечебно-профилактическом учреждении. А окончательно сформировалось в нём отделение анестезиологии-реанимации с приходом Владимира Горчакова, благодаря которому эта служба была оснащена современной реанимационной аппаратурой, а её штат пополнился высококвалифицированным анестезиологами-реаниматологами, которые проводили теперь не только наркозы, но при необходимости осуществляли и послеоперационную коррекцию функциональных сдвигов в организме больных, перенёвших оперативное вмешательство.

Теперь в отделении анестезиологии-реанимации Клинического медико-хирургического центра 4 палаты реанимации на 18 коек, в его штате 78 сотрудников – анестезиологов-реаниматологов, медиков среднего и младшего медицинского звена. Ежегодно здесь проходят лечение около 4 тыс. человек. В последнее время отделение пополняется молодыми врачами. Но они быстро



Анестезиологи омской медико-хирургической клиники во время операции

набираются опыта, опекаемые такими авторитетными старшими коллегами, как заведующий отделением анестезиологии-реанимации кандидат медицинских наук Александр Ревзин, заслуженный врач РФ Николай Шнайдер, отличник здравоохранения Людмила Коваленко.

Вот совершенно свежий пример такой опеки, дающей достойные результаты. Буквально на днях, когда проводилась операция на плечевом суставе, начинающий, казалось бы, анестезиолог-реаниматолог Алексей Евсеев применил усовершенствованный метод обезболивания – продлённую проводниковую анестезию, совершенно безопасную для пациента, поскольку не используются наркотические анальгетики, и пролонгирующую

обезболивающие действие и в послеоперационный период.

Словом, высокий профессионализм врачей и медсестёр отделения, применение современных наркотических и анальгезирующих препаратов позволяют оказывать незамедлительную и действенную помощь пациентам. Так что юбилей коллектив отделения анестезиологии-реанимации омского медико-хирургического центра встретил достойно, считает главный врач клиники Вадим Бережной. За эти три десятилетия его специалисты обеспечили анестезиологическую защиту на операционных столах 80 тыс. пациентов и притом на самом высоком уровне.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Особый случай

Две операции  
спасли три жизни

На днях в родильном доме ГКБ № 40 Екатеринбурга появились на свет девочки-близнецы, рождения которых ждал весь коллектив больницы с января 2015 г.

Беременная женщина из Полевского была доставлена в ГКБ № 40 нейрореанимационной бригадой 19 января 2015 г. МРТ-диагностика, экстренно проведённая в больнице, показала геморрагический инсульт в острейшем периоде кровоизлияния из аневризмы левой внутренней сонной артерии. Состояние было жизнеугрожающим.

В общепринятой медицинской практике в подобной ситуации – беременность со сроком 23 недели не сохраняют. Но в таком случае 38-летняя пациентка, после успешного ЭКО беременная двойней, навсегда теряла возможность стать матерью.

Нейрохирурги, акушеры-гинекологи, реаниматологи ГКБ

№ 40 в ходе срочного консилиума решили рискнуть: выполнить операцию, сохраняя беременность, а затем дать возможность женщине выносить детей до 32-33 недель. Это приемлемый для двойняшек срок родоразрешения.

20 января, в течение 7 часов нейрохирург Владимир Колотвинов и ассистент Анзор Дамбаев проводили открытую операцию. Были выполнены трепанация черепа, клипирование аневризмы и установлен датчик давления. Анестезиолог-реаниматолог Александр Коломиец обеспечивал наблюдение за состоянием беременной во время вмешательства. Ещё 18 суток женщина провела в реанимации, а 6 февраля была выписана в удовлетворительном состоянии. Два месяца она находилась под наблюдением специалистов больницы.

Вторая госпитализация для родоразрешения состоялась в

конце марта. 1 апреля акушеры-гинекологи роддома ГКБ № 40 прооперировали необычную пациентку. В результате кесарева сечения на свет появились 2 девочки. Вес новорождённых – 1200 и 1800 г оценивается неонатологами как близкий к норме при двухплодной беременности. Состояние родильницы удовлетворительное.

– В стране регистрируется не более 60 таких пациенток ежегодно. Сохранение жизни и беременности при тяжёлой патологии головного мозга – единственный случай в России. Многопрофильность нашей больницы, высокие технологии медицинской помощи позволили специалистам ГКБ № 40 успешно справиться со сложнейшей задачей, – говорит её главный врач Александр Прудков.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.



## Деловые встречи

Совершенствование  
клинических рекомендаций

Такова цель завершающегося в Москве XXII Российского национального конгресса «Человек и лекарство»



Президент конгресса академик РАН Александр Чучалин вручает бюст Гиппократу члену-корреспонденту РАН Михаилу Ковальчуку

Помимо Министерства здравоохранения РФ в организации конгресса приняли участие Минобрнауки, Минпромторг России, Российская академия наук, Российская медицинская академия последипломного образования, а также фонд «Здоровье». Организационный комитет конгресса возглавила министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова.

Программа форума была составлена силами медицинских ассоциаций, общественных организаций специалистов, научно-практических обществ, НИИ, научных медицинских центров и учебных заведений (всего 84 организации и учреждения).

Во время церемонии открытия от имени Государственной Думы РФ плодотворной работы конгрессу пожелал председатель Комитета по охране здоровья Сергей Калашников.

С приветственным адресом от имени министра здравоохранения

главными профильными специалистами Минздрава России, которое проводила В.Скворцова, он представил по сути дела концептуальный макет национальных клинических рекомендаций. Пожелав успеха в проведении форума, И.Каграманян отметил, что его решений и материалов ждут не только участники мероприятия, но и многие тысячи врачей во всех уголках страны.

После официальных приветствий последовали пленарные доклады. С первым выступил Александр Чучалин. Он охарактеризовал достижения клинической медицины за 2014 г. Второй доклад был сделан директором НИЦ «Курчатовский институт» членом-корреспондентом РАН Михаилом Ковальчуком, в котором он говорил о конвергенции наук и технологий как основе принципиально новой медицины. М.Ковальчуку вручена символическая награда конгресса – бюст Гиппократов.

За дни работы форума состоялось множество мероприятий. Среди них следует отметить конференцию с международным участием «Современная эпилептология: проблемы и решения», День Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени, совещание профильной комиссии Министерства здравоохранения России по специальности «терапия», а также открытое заседание Совета по этике Минздрава России.

Параллельно научной программе форума работала выставка лекарственных средств, медицинской техники и предметов медицинского назначения.

Тимофей КОЗЛОВ,  
корр. «МГ».

Подробнее о конгрессе читайте в следующих номерах «МГ».

## «Круглый стол»

## О будущем «частников»

Под эгидой Торгово-промышленной палаты Московской области состоялся «круглый стол» на тему «Развитие частных медицинских учреждений».

О мероприятиях, предусматривающих такую поддержку социально ориентированному бизнесу, подробно рассказал первый заместитель директора Московского областного фонда развития малого и среднего предпринимательства Алексей Мамыкин. Названа и сумма, необходимая для реализации программы по развитию предпринимательства Подмосковья, – 1,8 млрд руб.

– Все эти программы нацелены, Москва.

прежде всего, на поддержку социально значимых предприятий, развитие производств и создание рабочих мест, – подытожил он.

Так что если по итогам прошедшего года из 370 медицинских организаций области частный бизнес был представлен лишь 42 объектами (11,1%), то в будущем все участники встречи вправе рассчитывать на существенный рост как числа частных клиник, так и на утверждение значимости частного медицинского обслуживания на территории области.

Жанна ДЫМОВА,  
внешт. корр. «МГ».

## Криминал

## Взятка не прошла



Железнодорожный суд Красноярск вынес приговор местному жителю, давшему взятку заместителю главного врача Центра гигиены и эпидемиологии по железнодорожному транспорту.

Согласно материалам уголовного дела, подсудимый через посредника передал должностному лицу медучреждения взятку в 5,85 тыс. руб. за внесение в личные медицинские книжки своих знакомых сведений о прохождении аттестации на знание гигиенических норм и правил. При этом фактически аттестацию эти граждане не проходили.

В отношении красноярца было возбуждено уголовное дело по ч. 3 ст. 291 УК РФ (дача взятки должностному лицу через посредника за совершение заведомо незаконных действий), наказание по которому – лишение свободы со штрафом в размере, многократно превышающем сумму взятки.

Как передает пресс-служба Западно-Сибирской транспортной прокуратуры, суд признал гражданина виновным и обязал его выплатить штраф.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

## Подписка-2015

Продолжается  
подписная кампания

## Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

**50075** – на месяц;

**32289** – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

**681-3596, 8-916-271-0813.**

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

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

|                                                                        |    |                                                 |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|----|
| Министерство связи                                                     |    | АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ                             |    |
| <b>Медицинская газета</b><br>(индекс издания)<br>Количество комплектов |    |                                                 |    |
| на 2015 год по месяцам                                                 |    |                                                 |    |
| 1                                                                      | 2  | 3                                               | 4  |
| 5                                                                      | 6  | 7                                               | 8  |
| 9                                                                      | 10 | 11                                              | 12 |
| Куда                                                                   |    |                                                 |    |
| (почтовый индекс)                                                      |    |                                                 |    |
| Кому                                                                   |    |                                                 |    |
| ДОСТАВочная КАРТОЧКА                                                   |    |                                                 |    |
| на газету                                                              |    | (индекс издания)                                |    |
| <b>Медицинская газета</b><br>Стои-мость<br>подписки<br>пере-адресовки  |    | руб. коп.<br>руб. коп.<br>количество комплектов |    |
| на 2015 год по месяцам                                                 |    |                                                 |    |
| 1                                                                      | 2  | 3                                               | 4  |
| 5                                                                      | 6  | 7                                               | 8  |
| 9                                                                      | 10 | 11                                              | 12 |
| Куда                                                                   |    |                                                 |    |
| (почтовый индекс)                                                      |    |                                                 |    |
| Кому                                                                   |    |                                                 |    |



В Москве в ведущей федеральной неврологической клинике состоялся финальный этап 3-й Национальной олимпиады студентов старших курсов медицинских вузов страны «Будущие неврологи XXI века». Как отметила учёный секретарь НЦН кандидат медицинских наук Елена Гнедовская, если в первой было 180 участников, то в нынешней почти в 2 раза больше. География регионов России, откуда приехала на олимпиаду студенческая молодёжь, очень обширная — Москва, Санкт-Петербург, Челябинск, Новосибирск, Омск, Екатеринбург и т.д. Только из Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова было 5 финалистов.

Зрители-болельщики в основном те, кто уже испытал судьбу раньше, в прошедших олимпиадах, но не потерял интерес к клинической и экспериментальной неврологии. Не угасает он ещё и потому, что эта область медицинской науки развивается наиболее бурно. А знания и смелость молодых неврологов будут весьма кстати и в исследованиях на научной ниве, и в клиниках у постели больного. «Стрельные» олимпийцы помогали нынешним готовиться к финальному туру, разъясняли, какие могут встретиться «подводные камни». Всего предусмотреть невозможно. К тому же вопросы не повторялись, каждый раз были новые, которые требовали от студентов и эрудиции, и смекалки и, если хотите, культурного кругозора.

Итак, «Внимание на экран!» — произнес ведущий и дал старт первому конкурсному этапу олимпиады — «Неврология и общество», во время которого олимпийцам предлагалось поставить диагноз героям фильмов и сериалов; неврологическим заболеваниям, описанным в литературе, изображенным на художественных полотнах и фотографиях. Думаете, это легко? Даже всем известный Доктор Хаус, у которого организаторы позаимствовали один из клинических случаев, связанных с фантомными болями, не справился бы с этой задачей так быстро, как это сделали олимпийцы.

Второй этап, также традиционный, представлял собой «работу у постели больного». Это, несомненно, самое важное для любого врача, поэтому за этот конкурс олимпийцы могли получить наибольшее количество баллов. Участников разделили на группы, и каждой был «предоставлен» свой пациент. У них была возможность продемонстрировать навыки общения с пациентом, последовательность действий в ходе неврологического осмотра и способность клинические мысли при выявлении, например, таких редких нозологий, как семейная

Итоги и прогнозы

# У олимпийцев всё ещё впереди

И вновь ареопаг Научного центра неврологии определил лучших из лучших



Здесь вполне уместна строка А.Пушкина «О, сколько нам открытий чудных...» еще преподнесут участники олимпиады «Будущие неврологи XXI века. Фото на память с наставниками

спастическая параплегия Штрюмпеля или болезнь Шарко — Мари — Туса.

Этап третий — «Кот в мешке». В этом году в запечатанных конвертах оказались изображения, полученные с помощью различных методов лучевой диагностики. Задача та же — определить метод, описать результат, поставить диагноз. Председатель счетной комиссии доктор медицинских наук Наталья Супонева подвела итог: практически все порадовали блестящими лаконичными ответами.

Трое участников, набравших наибольшее количество баллов по сумме трёх конкурсов и домашнего задания — эссе, посвященного одной из нерешенных проблем нейронаук — чувству времени, получили возможность бороться за кубок олимпиады в суперфинале.

Продюсером и ведущими НЦН был разработан новый дизайн проведения финала. К победе финалисты «поднимались» по своеобразной лестнице, выложенной на игровом поле из чисел. Каждый их шаг по ней соответствовал количеству набранных баллов.

А если вопрос оказался не по силам, тогда в «бой» вступали другие олимпийцы и получали медали за правильные ответы. Больше всех получил Иван Чехонин из МГУ им. М.В.Ломоносова

— их у него 5. Вопросы удивляли своей оригинальностью и разнообразием: от истории медицины (к примеру, первому упоминанию мигрени в клинописных таблицах древних шумеров уже более 5 тыс. лет!) и последних веяний в науке (неврологи убеждены, что в обозримом будущем Нобелевская премия достанется основоположникам оптогенетики) до творчества писателей (а вы знали, что у одного из героев романа А.Дюма «Граф Монте Кристо» — Нуартье де Вильфора был синдром «запертого» человека?).

Вот еще один из вопросов: «В конце 2014 г. журнал Nature назвал 10 самых значимых для науки событий. В один ряд с эпидемией лихорадки Эбола и космической миссией «Розетта» попало социальное движение, ставшее благодаря бейсболисту Бостонского колледжа Питу Фрейтсу. Его фотографию вы видите на слайде. Благодаря этой акции о редком неврологическом заболевании Фрейтса теперь знает весь мир. Мы просим вас через 30 секунд назвать эту болезнь и социальное движение, которое инициировал бейсболист».

Ответ: «Боковой амиотрофический склероз (БАС) и ALS Ice Bucket Challenge (или БАС испытание ведром ледяной воды).

Вопрос в зал: «Поднимите руки,

кто участвовал в акции с испытанием ледяной водой? Молодцы!»

В этом году 12 сотрудников Научного центра неврологии приняли участие в конкурсе. Победители прошлого года Евгений Нужный, Мария Иванова и Дмитрий Ладога — наши аспиранты. И проведение олимпиады — очень верное направление, позволяющее отбирать яркие таланты. Нашей формой подготовки врачей-исследователей уже заинтересовались. Мы будем рады поделиться с коллегами опытом.

Профессор Маринэ Танашян: — Это как прилив свежей крови. Их смелые идеи плюс наши знания и опыт обогащают исследовательскую работу. Мы видим в них наше продолжение, а потому стараемся отдать им то, что сами знаем и чем владеем, чтобы идти дальше вместе, настойчиво решая проблемы клинической и экспериментальной нейронаук.

И нельзя было не согласиться с общим мнением, что национальная олимпиада — это праздник неврологии. Его создали олимпийцы, и организаторы, и болельщики, и доброжелательная атмосфера, и благоприятное отношение к участникам жюри. Олимпийский настрой проявится ещё не раз у будущих неврологов XXI века.

Победители олимпиады получили денежные премии, сертификаты и ценные подарки, медалисты — сертификаты и ценные подарки и возможность участвовать в образовательных программах Научного центра неврологии на льготных условиях. А Елена Филимонова за I место награждена хрустальным кубком «Олимпиада — 2015».

Председатель жюри, заместитель директора НЦН по научной работе, профессор Сергей Иллариошкин поздравил участников, выбравших для своего будущего неврологию, со знаменательным событием в их жизни. Это правильный выбор. Как отметил Сергей Николаевич, Бог определил длину жизненного пути каждого человека, а сам он должен установить его ширину и пройти по нему с достоинством, оставив заметный след.

А что даёт Научному центру неврологии олимпиада, задали мы вопрос членам жюри.

Сергей Иллариошкин:

— Каждый раз — приток свежих молодых сил и возможность выбирать лучших из лучших. Победители прошлого года Евгений Нужный, Мария Иванова и Дмитрий Ладога — наши аспиранты. И проведение олимпиады — очень верное направление, позволяющее отбирать яркие таланты. Нашей формой подготовки врачей-исследователей уже заинтересовались. Мы будем рады поделиться с коллегами опытом.

Профессор Маринэ Танашян:

— Это как прилив свежей крови. Их смелые идеи плюс наши знания и опыт обогащают исследовательскую работу. Мы видим в них наше продолжение, а потому стараемся отдать им то, что сами знаем и чем владеем, чтобы идти дальше вместе, настойчиво решая проблемы клинической и экспериментальной нейронаук.

И нельзя было не согласиться с общим мнением, что национальная олимпиада — это праздник неврологии. Его создали олимпийцы, и организаторы, и болельщики, и доброжелательная атмосфера, и благоприятное отношение к участникам жюри. Олимпийский настрой проявится ещё не раз у будущих неврологов XXI века.

Лана АСРИЯНЦ,  
студентка Первого МГМУ  
им. И.М.Сеченова.

Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».

События

## Сотрудничество будет наукоёмким

Региональное здравоохранение укрепляет связи с федеральным институтом

Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулёза Минздрава России и Министерство здравоохранения Новосибирской области не на словах, а на деле поддержали призыв Всемирной организации здравоохранения к объединению усилий и наращиванию темпов ликвидации туберкулёза.

Во время недавней рабочей встречи с главой областного Минздрава Олегом Иванинским

директор ННИИТ Владимир Краснов предложил региональному здравоохранению максимально задействовать все возможности федерального научно-клинического центра для более эффективной работы по снижению заболеваемости туберкулёзом в области. Речь идёт не только об использовании диагностического потенциала лабораторной службы института и лечении наиболее тяжёлых категорий больных в его клинике, но также о совместных научных

исследованиях и внедрении их результатов в практику.

Недавно, во Всемирный день борьбы с туберкулёзом, руководители регионального Минздрава и ННИИТ подписали Договор о научно-практическом сотрудничестве. Как подчеркнул О.Иванинский, для Новосибирской области соглашение о совместной работе с федеральным институтом очень актуально, потому что позволит добиться снижения основных показателей по туберкулёзу до тех целевых

значений, которые определены «дорожной картой». Говоря о приоритетных направлениях совместной научной работы специалистов института и региональной фтизиатрической службы, профессор Краснов назвал следующие: оценка распространённости латентной туберкулёзной инфекции среди медработников Новосибирской области, исследование особенностей клиники и диагностики микобактериозов, изучение вероятности генетической предрасположенности

детей к туберкулёзу, а также создание эффективных методов профилактики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных людей. Кстати, по последней тематике уже подготовлены методические рекомендации, предназначенные прежде всего врачам центров профилактики и борьбы со СПИДом.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.



**В настоящее время в мире сложилась обстановка, не позволяющая России не только сдавать свои позиции, но и стоять на месте, особенно в стратегически важных вопросах. Руководство нашей страны определило чёткие направления развития российской науки, в том числе и в области космических исследований.**

**Федеральное медико-биологическое агентство в течение 68 лет функционирует как отдельная отрасль специализированного здравоохранения, основанная на комплексном подходе к медико-санитарному обеспечению лиц из числа специальных контингентов, работающих в условиях постоянного повышенного риска, в том числе при подготовке и выполнении космических полётов.**

С первых дней начала отечественной космической программы 3-е Главное управление Министерства здравоохранения СССР (в настоящее время – ФМБА России) координировало проведение прикладных исследований, направленных на изучение влияния вредных факторов космического полёта на здоровье космонавтов, создание принципиально новых методов защиты человека в условиях ближних и дальних полётов, вырабатывало меры, направленные на предотвращение возникновения заболеваний как во время полёта, так и в отдалённом периоде. Так, в 1985–1990 гг. в медико-биологических исследованиях только в качестве головного исполнителя работ по заказу 3-го Главного управления Минздрава участвовала 21 научная организация. Этот период характеризовался безусловным мировым лидерством отечественной космонавтики.

В настоящий момент ФМБА России осуществляет оказание всех видов медицинской помощи, организацию медико-социальной экспертизы, а также выполняет функции по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников 77 организаций ракетно-космической отрасли и населения 9 отдельных территорий, в том числе космодрома «Байконур». В медицинских организациях, находящихся в ведении ФМБА России, проводятся углублённые обследования космонавтов, им оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь при сложных заболеваниях, возникающих при воздействии малоизученных вредных факторов. Медики ФМБА России наблюдают за здоровьем космонавтов на протяжении всей их дальнейшей жизни.

Для практической реализации комплексного подхода к медико-санитарному обеспечению лиц из числа специальных контингентов в системе ФМБА России есть все необходимые учреждения – медицинские, надзорные, научные, образовательные. А для внедрения достижений космической медицины в практику здравоохранения в январе 2013 г. был создан НИИ космической медицины Федерального научно-клинического центра ФМБА России.

Расширение интересов мирового сообщества в вопросах исследования космоса, в том числе дальнего, требует новых ресурсов как технических, так и человеческих. По нашему мнению, в первую очередь необходима ещё более серьёзная медицинская подготовка личного состава экипажей пилотируемых кораблей. В современных космических исследованиях всё больше требуется участие специалистов гражданских профессий: инженеров, учёных. Они приходят в космос уже в зрелом возрасте, без специальной подготовки к работе в экстремальных условиях. И наша задача – привести их организации в состояние готовности к полёту, к работе в открытом космосе и на планетах с низким уровнем гравитации, к приземлению в любых условиях. Уровень их здоровья должен быть таким, чтобы они могли применить свои

методики тренировки и компенсации.

Уже разработаны или находятся на стадии разработки технологии отбора космонавтов, обладающих повышенной радиорезистентностью, технологии микрофабрикации и создания микрофлюидных диагностических медицинских систем, экспресс-методы и технические средства биологического контроля поверхностей и

обстановкой в отряде и среди работников космодрома.

Когда осуществляется пуск космического корабля, мы приводим в состояние готовности все свои лечебные учреждения по трассе выведения: это Сибирь и Дальний Восток. Специалисты готовы по приказу в любой момент вылететь в точку, где определена их зона ответственности. На Байконуре развёртываются медицинские

приятных последствий даже в случае чрезвычайной ситуации и позволяет на первичном этапе при необходимости обеспечить оказание квалифицированной медицинской помощи.

Расширение программ освоения космоса ставит перед ФМБА России новые задачи. Строится космодром «Восточный». Это будет самый современный в мире космодром XXI века. Со-

**12 апреля – День космонавтики**

# Дорога за пределы земной гравитации

**ФМБА России развивает космическую медицину, используя результаты исследований и в практическом здравоохранении**

профессиональные знания во всех ситуациях, как штатных, так и экстремальных.

Также мы должны обеспечить контроль состояния здоровья космонавтов во время полётов при помощи современной бортовой диагностической аппаратуры и создать условия своевременного получения неотложной медицинской помощи как в полёте, так и непосредственно после приземления. При этом важной задачей является создание системы мониторинга здоровья космонавтов на протяжении всей жизни. Всем этим сейчас и занимаются наши специалисты в НИИ космической медицины и других учреждениях, входящих в систему ФМБА России, среди которых есть ряд организаций, являющихся мировыми лидерами в отдельных направлениях исследований в области космической медицины и биологии.

Приоритетными направлениями научных исследований по созданию системы медико-санитарного обеспечения при подготовке и выполнении межпланетных космических полётов в настоящий момент являются: изучение физиологии живых систем на молекулярно-клеточном, органном и организменном уровнях в условиях действия реальных и моделируемых факторов межпланетных полётов (длительная невесомость, гипогравитация, гипомангнитная среда, космическая радиация и др.); разработка стандартов среды обитания новых космических аппаратов и напланетных баз, новых методов и средств контроля безопасности среды обитания (регистрация и оценка уровня ионизирующих и неионизирующих излучений, химических веществ и биологических агентов); исследование особенностей течения патологических процессов в условиях длительного действия факторов межпланетных полётов; разработка специальных средств диагностики и лечения заболеваний и реабилитации космонавтов во время межпланетного полёта, включая разработку информационных и роботизированных систем оказания медицинской помощи.

Особенно актуальными являются исследования в области медико-санитарного и медико-биологического обеспечения длительных космических полётов и освоения дальнего космоса, что позволит выявить реакцию организма человека на экстремальные факторы и разработать



среды обитания, специальные лекарственные препараты, медицинские изделия и медицинские укладки в формах, адекватных условиям космического полёта.

Прорабатывается и вопрос о создании банка персональных биологических материалов и клеточных продуктов для космонавтов (биологическая страховка), которые в перспективе могут быть использованы при создании клеточных препаратов для ускорения функционального восстановления и расширения индивидуальных адаптационных резервов космонавтов.

В НИИ космической медицины совместно с коллегами из смежных научных учреждений проводится эксперимент по отработке модели физиологических эффектов пребывания человека на поверхности небесных тел с пониженным уровнем гравитации. Проведение детальных комплексных исследований на этапе подготовки к принципиально новым условиям полётов, а также к условиям длительного нахождения на поверхности Луны позволит существенно снизить риски возникновения заболеваний, как острых, так и хронических, обусловленных воздействием на космонавта опасными и на сегодняшний день малоизученными факторами, так называемых факторов враждебного космоса.

Что же касается непосредственно медико-санитарного сопровождения отряда космонавтов, то в предстартовом и послеполётном периоде оно включает целый ряд мероприятий. Наши медики тщательно следят за санитарно-эпидемиологической

формирования так, чтобы при необходимости оказать медицинскую помощь. Такой же уровень готовности мы обеспечиваем в момент приземления спускаемого аппарата.

Очень важно непосредственно на месте оценить состояние здоровья членов экипажа, решить вопрос о необходимости госпитализации. Посадка может быть удалённой от ожидаемой точки, что отдаляет момент оказания квалифицированной помощи, в некоторых случаях жизненно необходимой. Для решения этих задач в 2013 г. в ФМБА России был сконструирован и изготовлен мобильный телемедицинский терминал, применяемый для диагностики состояния здоровья и дистанционного оказания квалифицированной медицинской помощи космонавтам непосредственно на месте посадки. Этот компактный прибор позволяет на месте приземления провести измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, насыщения крови кислородом и снять кардиограмму. После чего все данные отправляются в Центр управления полётом, НИИ космической медицины и ведущие клиники ФМБА России, где лучшие специалисты в режиме on line проводят диагностику состояния здоровья экипажа, в случае обнаружения патологии оценивают степень тяжести и необходимость госпитализации, дают рекомендации и прямые указания медику, находящемуся непосредственно рядом с приземлившимися космонавтами. Всё это снижает риск неблаго-

ответственно, мы должны успеть подготовиться к новым условиям работы: построить медико-санитарную часть, создать санитарную службу, открыть филиал НИИ космической медицины, чтобы адекватно помогать космонавтам при подготовке к полёту и оперативно встречать их по возвращении.

При пуске космического корабля с космодрома «Восточный» нештатная посадка может быть в зоне Японского и Охотского морей Тихого океана. Все службы, задействованные в поиске спускаемого аппарата, должны быть подготовлены к чёткому взаимодействию. Поэтому в августе 2014 г. в Приморском крае проведены первые инструкторско-методические занятия с личным составом соединений, воинских частей Вооружённых сил РФ и персоналом взаимодействующих организаций, привлекаемых к поисково-спасательному обеспечению полёта Международной космической станции и транспортного пилотируемого корабля «Союз ТМА» с проведением практических наземных и морских тренировок.

ФМБА России в настоящий момент готово к решению такой ответственной задачи, как освоение дальнего космоса и Луны, созданию инновационной системы медико-биологического сопровождения пилотируемых космических полётов, в том числе и дальних. При этом мы в первую очередь заинтересованы в исследованиях, носящих выраженный прикладной характер.

В системе ФМБА России есть все возможности для того, чтобы не только обеспечить космонавтов самыми современными медицинскими достижениями, но и интегрировать результаты космических исследований в практическое здравоохранение. Примером этого являются исследования структуры белка теплового шока человека, полученного в условиях земной гравитации и космического полёта, результаты которых продвинули нас в разработке новых средств терапии онкологических заболеваний. Кроме этого, есть ещё немало новейших исследований и разработок, которые позволяют нам считать российскую космическую медицину передовой и перспективной.

**Владимир УЙБА,**  
руководитель ФМБА России,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Москва.



## Уважать свою историю

Благотворительность, меценатство, милосердие – почти забытые в советский период понятия. Только на исходе XX столетия они постепенно стали возвращаться в нашу повседневную жизнь. Давняя традиция благотворения и попечения о нуждающихся, появившаяся в дореволюционное время в многообразных формах, после октября 1917 г. была почти предана забвению. Прошли десятилетия, и жизнь заставила подумать о возрождении благотворительности.

По официальным данным, сегодня в регионе зарегистрировано свыше 200 благотворительных организаций и фондов. Каждый фонд специализируется на оказании помощи отдельной категории лиц – детям, больным, инвалидам, спортсменам и др. Самым крупным фондом по объёмам собственных финансовых средств и ежегодным программам помощи в республике и крупнейшим в России является Благотворительный фонд «УРАЛ», основанный в 2006 г. Деятельность фонда «УРАЛ», в отличие от других благотворительных организаций, выходит далеко за пределы республики, охватывает практически все сферы социальной жизни граждан: здравоохранение, образование, спорт и физическую культуру, социальные программы и инфраструктурные проекты, некоммерческие и общественные, религиозные организации, культуру и искусство.

При содействии фонда реализовывали свои проекты более 20 муниципальных благотворительных фондов, более 70 общественных и негосударственных благотворительных организаций, свыше 100 бюджетных учреждений.

## Щедрость души и реальная забота

Одно из ключевых направлений поддержки фонда «УРАЛ» – это здравоохранение. Фонд помогает больным в оплате лечения, приобретении лекарств, инвалидных колясок, других средств реабилитации, выделяет большие средства на строительство и ремонт больниц, роддомов, физкультурно-оздоровительных комплексов, причём не только в городе, но и на селе. Один из принципов фонда таков: если на средства фонда строится или ремонтируется больница, то она обязательно оснащается современной мебелью и оборудованием, работа выполняется капитально. Только за последние годы на средства фонда был проведён капитальный ремонт городских клинических больниц Уфы № 3, 5, 8, 17, 18, Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, оказана поддержка в оснащении оборудованием Республиканского клинического онкологического диспансера, Республиканского перинатального центра, клиники Башкирского государственного медицинского университета, Уфимского НИИ глазных болезней, других городских и районных больниц. Сегодня на средства фонда действует Республиканский центр иппотерапии для детей-инвалидов. Уникальным проектом стало создание в республике Благотворительного фонда «Изгелек», который, работая совместно с фондом «УРАЛ», помог уже тысячам больных ДЦП, онкологическими и другими заболеваниями, обеспечивает инсулиновыми помпами. В целом общая сумма средств, направленных фондом на поддержку и развитие здравоохранения в республике с 2006 г., достигла почти 1,8 млрд руб.

## «УРАЛ» помогает защитникам Отечества

На протяжении многих десятилетий Республиканский госпиталь ветеранов войн пользуется поддержкой благотворителей. Очень весомый вклад в развитие

и благополучие госпиталя вносят Комитет по делам воинов-интернационалистов при Совете глав правительств стран СНГ, ОАО «Урало-Сибирские магистральные нефтепроводы им. Д.А.Черняева», Благотворительный фонд «УРАЛ». Но обо всём по порядку.

Комитетом по делам воинов-интернационалистов при Совете глав правительств стран СНГ госпиталю передано оборудование на сумму около 3 млн руб. ОАО «Урало-Сибирские магистральные нефтепроводы им. Д.А.Черняева» за 5 лет перечислило более 20 млн руб. На эти средства были приобретены

боротся за жизнь ветеранов, используя самые передовые методики. Закуплен современный инструментарий, операционные столы, электро- и ультразвуковые коагуляторы, современный наркозно-дыхательный аппарат для операционного отделения. Преобразился наш стерилизационный блок, что очень важно для безопасности при проведении оперативных вмешательств. Для этого была приобретена низкотемпературная аппаратура. Она еще и упаковывает инструментарий после стерилизации. Можно уточнить, что технология концентрации

для травматологических, послеоперационных больных, с установленными электростимуляторами, металлоконструкциями.

Мы гордимся и возможностями нашего отделения функциональной диагностики. Оно пополнилось современными ультразвуковыми системами с расширенным спектром исследований с четырьмя датчиками. Аппаратура надёжна и проста в управлении, легко транспортируется в палаты для диагностических пособий, что значительно улучшает качество лечения тяжёлых больных. Кроме того, это позволяет исследовать

и требовало больших затрат для ремонта. И в этом случае опять нас поддержал Благотворительный фонд «УРАЛ», выделив более 350 млн руб. на ремонт и оснащение оборудованием и мебелью. В итоге мы готовим к открытию не просто новый корпус госпиталя, а, я бы сказал, современный уникальный, даже в масштабе нашей страны, центр восстановительной медицины и реабилитации для ветеранов войн.

## Сохраняя традиции, внедряя новые технологии

Новый корпус госпиталя, который будет называться «Отделение медицинской реабилитации и восстановительного лечения», рассчитан на 80 коек. Отделение такого профиля и направленности будет первым в Башкортостане. В новом здании будут продолжены старые традиции госпиталя и освоены новые технологичные и современные подходы к лечению. Открытие его мы приурочиваем к 70-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Ветераны уже сегодня с нетерпением ждут, когда смогут проходить лечение в новом здании. Чуть ли не в очередь становятся. Для каждого из них будет разрабатываться индивидуальная программа реабилитации с медикаментозным лечением, занятиями ЛФК, физиотерапией, иглорефлексотерапией, мануальной терапией, грязе- и водолечением. Всё это, несомненно, поможет им быстрее вернуться к активной и полноценной жизни. Расширение и развитие госпиталя позволит охватить больше нуждающихся в лечении пациентов пожилого возраста.

В преддверии этого светлого праздника хочу выразить глубочайшую благодарность от лица всех ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны, труженников тыла и блокадников, воинов-интернационалистов и ветеранов труда, от коллектива госпиталя первому Президенту республики, председателю Совета Благотворительного фонда «УРАЛ» Муртазе Рахимову, коллективу фонда за оказанное внимание и заботу, создание комфортных условий для квалифицированного лечения в госпитале.

Хотя уже очень многое сделано, мы, учитывая потребность в расширении площадей, на этом не останавливаемся. Скоро планируем торжественную закладку камня в основание ещё одного нового корпуса нашего госпиталя ветеранов войн по адресу: г. Уфа, ул. Тукаева, 48. Мы, используя прежний опыт, надеемся привлечь спонсоров для начала нового строительства.

В наше время рассчитывать только на помощь государства было бы неправильно. Надо использовать помощь благотворителей, возможности государственно-частного партнёрства. Улучшение материальной базы госпиталя заставляет и врачей лечебного учреждения предъявлять самые строгие требования к своей квалификации, в конечном счёте выводить лечебный процесс на новый уровень.

Издrevле повелось: благотворительность – проявление доброй воли. Своей работой на ниве благотворительности фонд «УРАЛ» доказал, что главное для его руководства и коллектива – бескорыстное служение общественным интересам, развитие традиций созидания и социальной помощи, стремление изменить окружающую жизнь к лучшему.

**Халил МУСТАФИН,**  
главный врач Республиканского  
клинического госпиталя  
ветеранов войн,  
вице-президент Российской  
ассоциации госпиталей  
ветеранов войн,  
заслуженный врач  
Республики Башкортостан.

Уфа.

## Ориентуры

# Благотворительный потенциал Башкортостана

## В Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн готовятся к открытию отделения медицинской реабилитации и восстановительного лечения



Новый корпус госпиталя

медицинское и технологическое оборудование, автотранспорт, мебель, хозяйственный инвентарь.

Самое тесное и плодотворное сотрудничество госпиталя налажено с Благотворительным фондом «УРАЛ». Это взаимодействие позволило начать реализацию масштабных планов и проектов госпиталя. Так, за 5 последних лет фонд помог госпиталю на сумму более 474 млн руб. На эти средства учреждение получило возможность приобрести современное медицинское оборудование, выполнить капитальный ремонт зданий, закупить мебель и обновить свой транспортный парк. Такой неоценимый вклад в дело поддержки госпиталя – это результат понимания Советом фонда «УРАЛ» проблем ветеранов, желания улучшить их жизнь и качество медицинского обслуживания. А возглавляет Совет фонда первый президент Республики Башкортостан Муртаза Рахимов. Помощь фонда неопределима, за последние 2-3 года госпиталь кардинально преобразился, поднявшись на качественно новый уровень. Достаточно пройти по отделениям, чтобы понять, насколько масштабной была поддержка фонда госпиталя. Как медик хочу выделить следующее: практически полностью обновлена лаборатория биохимии, операционное, реанимационное и эндоскопическое отделения, появилась новая анестезиологическая система и аппарат искусственной вентиляции лёгких для реанимационного отделения, которое в наших условиях наиболее оптимально. Врачи-реаниматологи получили возможность

пероксида водорода позволяет сократить время цикла и расширить диапазон её применения в стерилизации.

Также в госпиталь поставлена система сухого обеззараживания помещений – она разработана для зон с повышенным риском инфицирования пациентов и персонала. Всё это, безусловно, улучшило условия работы персонала, качество лечения и обслуживания пациентов.

## Многопрофильная клиника для ветеранов

Наш госпиталь в некотором роде уникален. Здесь осуществляется эндопротезирование тазобедренных, коленных и других крупных суставов. Люди, страдающие от хронической суставной боли, возвращаются к нормальной жизни. Человек, который не мог передвигаться, полностью забывает о недуге, отказывается от костылей.

За счёт технического оснащения очень сильно преобразилось физиотерапевтическое отделение. Оно играет у нас далеко не последнюю роль, поскольку одним из основных преимуществ физиотерапевтических методов лечения является снижение медикаментозной нагрузки на организм человека. Это особенно актуально для пожилых пациентов. Из новинок – оборудование для низкоинтенсивной лазеротерапии, используемое для лечения пациентов с нарушениями микроциркуляции, трофики. В работу введён аппарат хромотерапии

все органы и системы пациента, поверхностные структуры, отлично «просматривается» сосудистая система – состояние артерий и вен всех органов при выполнении дуплексного сканирования, применяется и трансректальный датчик – всё это расширяет спектр и информативность пособий. В результате улучшилась диагностика венозных тромбозов, тромбозов лёгочной артерии, выявление онкологической патологии.

В 2013 г. мы открыли кабинет компьютерной томографии, оборудование которого приобретено на средства Благотворительного фонда «УРАЛ». Это значимое приобретение для нашего госпиталя, аппаратура очень востребована. Раньше для проведения диагностики пациентов приходилось вывозить на обследование в другие клиники города. Это очень неудобно, особенно учитывая пожилой возраст большинства больных. А сегодня эта проблема решена. Использование 32-срезового компьютерного томографа существенно расширило возможности госпиталя, вывело диагностирование на качественно новый уровень. Благодаря этому аппарату мы также смогли освоить резонансное томографирование.

Мне хотелось бы дополнить свой рассказ и тем, что администрацией города Уфы госпиталю был передан прилегающий земельный участок. На нём за счёт средств фонда «УРАЛ» была проделана большая работа по благоустройству территории, организована прогулочная парковая зона, создана площадка для занятий лечебной физкультурой. Это тоже очень важно для нашей работы.

В работе госпиталя значимую роль играет и автотранспорт. Многие пожилые люди нуждаются в помощи, чтобы добраться до госпиталя. Поэтому мы обновили и расширили автопарк для передвижения людей с ограниченными возможностями, приобрели даже мини-погрузчик с комплексным оборудованием.

В прошедшем году главным событием для госпиталя стало начало реконструкции нового здания госпиталя. Так, необходимое госпиталю здание в историческом центре Уфы хотя и является объектом культурного наследия, находилось в предаварийном состоянии



## Как укротить аденовирус

Первый доклад сделал представитель Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (ВМА) кандидат медицинских наук Николай Львов (Санкт-Петербург). Он остановился на роли аденовирусной инфекции в формировании заболеваемости ОРВИ, а также особенностях её течения и обоснованной тактике лечения.

По данным клиники инфекционных болезней ВМА, отметил Николай Иванович, аденовирусная инфекция стала этиологическим фактором в 51% случаев ОРЗ в эпидсезон 2012-2013 гг. и в 53,9% случаев в 2013-2014 гг.



Николай Львов

К основным диагностическим критериям аденовирусных заболеваний (АДВЗ) относятся такие факторы, как формирование коллективов, эпидемические сезоны весна-лето и осень-зима, переохлаждение, волнообразная лихорадка, респираторные синдромы (преобладает фарингит), нереспираторные синдромы (тонзиллит, конъюнктивит, лимфаденопатия и др.). Особенно были отмечены склонность к затяжному и рецидивирующему течению аденовирусных заболеваний и частое развитие пневмоний (17,3-17,8%).



Елена Волчкова

В настоящее время Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) не одобрило ни одного препарата для лечения аденовирусной инфекции. Однако в мировой клинической практике ряд препаратов используется в первой линии терапии АДВЗ. Ещё несколько противовирусных средств в настоящее время проходят клинические испытания. В ряду перспективных – умифеновир (Арбидол), представляющий собой ингибитор слияния вирусных частиц с мембраной эндосом, расположенных в клетке-мишени. Этот препарат уже включён в анатомо-терапевтическо-химическую (АТХ) классификацию ВОЗ в группу противовирусных препаратов прямого действия под собственным кодом J05AX13. Докладчик особенно подчеркнул, что умифеновир относится к

## Проблемы и решения

Аргументы  
против интриг

## Этиотропной терапии гриппа и ОРВИ альтернативы нет

В программе прошедшего в Москве IX Национального конгресса терапевтов значилось немало мероприятий, посвящённых терапии и профилактике острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Особое внимание специалистов (о чём свидетельствовал полный Большой зал Международного выставочного центра «Крокус Экспо») привлёк научно-клинический симпозиум с интригующим названием «Особенности национальной практики лечения респираторно-вирусных заболеваний. Скандалы. Интриги. Исследования. Чем руководствоваться врачу?»

Симпозиум прошёл под председательством доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой инфекционных болезней медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Елены Волчковой. В своём вступительном слове Елена Васильевна

этиотропным препаратам прямого вирусоспецифического действия, тогда как интерфероны, индукторы интерферонов и миелопротекторы обладают непрямым противовирусным действием.

Опыт, полученный в клинике инфекционных болезней ВМА, свидетельствует о существенном лечебном и профилактическом эффекте умифеновира при терапии АДВЗ. Достоверно уменьшается частота развития пневмоний, затяжного течения, ближайших и отдалённых рецидивов.

Заключая своё выступление, Н.Львов дал следующие рекомендации. Противовирусная терапия показана больным

АДВЗ средней тяжести (с учётом высокой вероятности осложнений) и высокой степени тяжести. Препаратом выбора для лечения АДВЗ средней тяжести является умифеновир (Арбидол). Назначать этиотропные противовирусные препараты в комбинации с индукторами интерферонов следует с учётом фармакодинамики последних.

## В первые 48 часов

Презентация Елены Волчковой называлась «Иммунопатогенез гриппа. От правильного понимания к эффективному лечению. О достоверных источниках информации для врача».

Касаясь вопросов патогенеза гриппа, Елена Васильевна напомнила аудитории, что вирусная РНК играет роль в инициации острой фазы заболевания и индуцирует синтез цитокинов. Основные симптомы заболевания связаны с повышением уровня провоспалительных цитокинов в первые сутки заболевания.

ВОЗ рекомендует для лечения гриппа применение этиотропных химиопрепаратов, блокирующих

репликацию вируса, то есть противовирусных средств прямого действия. Противовирусная терапия (ПВТ) должна начинаться как можно раньше с момента первых симптомов, желательно в первые 48 часов. ПВТ снижает риск развития осложнений, сокращает период лихорадки и других симптомов, что клинически доказано. К противовирусным средствам прямого действия относятся ингибиторы входа в клетку умифеновир (Арбидол), ингибитор выхода из эндосомы римантадин, ингибиторы выхода из клетки осельтамивир (Тамифлю), занамировир (Реленза).



Во время симпозиума

Профессор Волчкова перечислила ряд неоспоримых фактов, касающихся умифеновира. Так, данные по препарату, полученные in vitro, воспроизведены в зарубежных лабораториях и подтверждены in vivo. Эффективность умифеновира доказана в рандомизированных двойных слепых клинических исследованиях. Их результаты опубликованы в авторитетных специализированных изданиях и включены в Кокрановскую базу данных (Cochrane Central Register of Controlled Trials).

Елена Васильевна сделала акцент на том, что в Российской Федерации зарегистрирован ряд отечественных препаратов для лечения гриппа. Однако практически все они косвенного действия. Исключение – умифеновир (Арбидол). Индукторы интерферонов и иммуностимуляторы, отметила докладчик, не соответствуют требованиям ВОЗ и международной практике по лечению гриппа, поскольку не имеют прямого про-

тивовирусного действия. Их применение сопряжено с опасностью так называемого цитокинового шторма, а эффективность зависит от фонового состояния иммунного ответа. Паллиативное лечение гриппа (иммуностимуляторы, индукторы интерферонов, гигиена сна, диета и т.д.) возможно, но оно не является заменой этиотропной терапии, – заключила профессор Волчкова.



Ирина Ленёва

Через призму  
доказательств

Взглянуть на противовирусные препараты с точки зрения доказательной медицины, а также оценить объективные критерии выбора препарата при

гриппе и ОРВИ предложила аудитории доктор биологических наук, заведующая лабораторией экспериментальной вирусологии НИИВС им. И.И.Мечникова Ирина Ленёва.

К важнейшим факторам, определяющим выбор этиотропного противовирусного препарата, относятся его безопасность, возникновение резистентности, широта спектра действия. Основываясь на этих критериях, Ирина Анатольевна дала оценку соответствующим лекарственным средствам.

Как известно, приём римантадина может стать причиной нарушений со стороны ЦНС; осельтамивир редко, но вызывает тошноту и рвоту. В то же время из побочных эффектов умифеновира зафиксированы случаи индивидуальной непереносимости.

Количество штаммов вируса гриппа, резистентных к римантадину, возросло с 20% в 2003 г. до 98% в 2005-2009 гг. Пандемический вирус 2009А/Н1N1 чувствителен к осельтамивиру, однако в 2014 г. в Японии на о. Хоккайдо, в Австралии и во Вьетнаме выделено 30-60% устойчивых штаммов. Умифеновир же действует на большинство ремантадин- и осельтамивир-резистентных штаммов. Мутанты, устойчивые к умифеновиру (Арбидолу), получены только в опытах in vitro (их устойчивость обусловлена мутациями в белке мишени NA2).

Если у римантадина и всех препаратов адамантанового ряда отсутствует активность в отношении вируса гриппа В, умифеновир активен в отношении вирусов гриппа А и В и других возбудителей ОРВИ. Широта спектра действия умифеновира позволяет рассматривать его как препарат, лечение которым заболеваний с симптомами ОРВИ можно начинать без проведения предварительной лабораторной диагностики.

Далее И.Ленёва охарактеризовала доказательную базу умифеновира. За период с 1980 по 1995 г. прошли государственные клинические испытания препарата, в которых приняли участие тысячи пациентов. По их результатам в 1995 г. умифеновир был утверждён для лечения и профилактики у взрослых и детей. Пострегистрационные исследования велись по когортам (то есть по группам риска). Особое значение имело фармакоэпидемиологическое исследование ЭГИДА (3790 пациентов), в ходе которого умифеновир впервые изучался в условиях пандемии гриппа.

В завершение доклада И.Ленёва сообщила, что в 2012 г. инициировано новое двойное слепое рандомизированное плацебоконтролируемое многоцентровое клиническое исследование по изучению эффективности и безопасности препарата Арбидол при лечении и профилактике гриппа и других ОРВИ с участием 850 пациентов. Исследование получило название АРБИТР. Промежуточные результаты исследования уже получены и опубликованы в журнале «Терапевтический архив» № 1 за текущий год.

\* \* \*

В конце мероприятия докладчики ответили на вопросы, поступившие от участников симпозиума.

Подготовил  
Евгений РЯБЦЕВ.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 24 (1876)

(Продолжение. Начало в № 25 от 08.04.2015.)

Отменяется гепарин на фоне действия непрямых коагулянтов или сулодексида одномоментно, как только потребность в терапевтическом эффекте от гепарина устраняется. Контролируется терапевтический эффект от него по удлинению АЧТВ в 1,5-2 раза и активностью плазмы против активированного десятого фактора (анти-Ха-активность) с начала гепаринотерапии до её отмены – 0,1-0,3, а при ТГС – 0,3-0,7. При комбинированной терапии учитываются: МНО при варфарине, ТВ при сулодексиде. Если на введение 1 дозы гепарина АЧТВ увеличивается в 2,5, то это повышенная чувствительность к гепарину и доза корректируется. Допустимыми рамками колебания является удлинение АЧТВ после второго введения в 1,5-2,5 раза по сравнению с нормой, а на момент предполагаемого возникновения тромбозов желательна её удлинение в 2–3 раза. Если требуется уменьшить удлинение АЧТВ на 0,5, то доза гепарина уменьшается на четверть, а на 1 – на половину дозы.

В случае начала лечения гепарином сразу дополнительно назначают сулодексид или непрямо́й антикоагулянт, не дожидаясь разрешения лихорадочного периода.

В идеале гепарин должен быть заменён на 4-5-е сутки.

**NB!!!**

**Количество побочных и нежелательных эффектов от применения гепарина нарастает в геометрической прогрессии к продолжительности курса гепарина в днях, что делает практически невозможным проведение его курсов более 7 дней.**

**Монотерапию гепарином в терапевтической дозе нельзя отменить одномоментно** – это приводит к феномену рикошета, поэтому до нормализации лабораторных показателей необходимо вводить 1/3-1/4 обычной для пациента дозы.

Основное действие сулодексида – восстановление потерь гепансульфата эндотелия и в базальной мембране клубочка почек и, соответственно, восстановление зарядселективного барьера с торможением коагуляции в месте частичного повреждения, а гепарина – действие на систему коагуляции в целом! Кроме этого, дерматан (компонент сулодексида) тормозит образование тромбина, а не инактивирует его, как гепарин.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ: гепаринотерапия без контроля по анти-Ха-активности плазмы с Ат III и применение её схем, рекомендованных для локального повреждения сосудистой стенки (инфаркт миокарда, инсульт и т.д.) или хронического ТГС.**

В популяции наблюдается превышение минимальной терапевтической дозы к гепарину у 25% населения, минимальной токсической дозы – у 5%.

**Диагностические критерии острого ТГС:**

- обнаружение повышенного уровня ПДФ;
- разнонаправленная достоверная динамика: АЧТВ, МНО, ТВ растут (даже в пределах «нормальных» показателей, а не конкретные значения), а количественное содержание протромбина, фибриногена, V, VIII, IX, XI, XII, XIII факторов свёртывания, Ат III падает, время длительности реакций после короткого укорочения растёт (перекрёст показателей).

При недостаточности данных для курации ТГС или недостаточной уверенности в произошедших динамических изменениях (улучшение или ухудшение) диагностика дополнительно проводится по аутоаглограмме, состоянию и динамике сгустка крови.

Клинические симптомы ТГС: симптом щипка – при щипке складки кожи под ключицей образуют петехии, ранее не имевшие место у данного больного, и симптом Коха – Гесса – в местах внутримышечных и подкожных инъекций образуются кровоподтёки.

Клиническая симптоматика (петехии, экхимозы и т.д.) в сочетании с функциональными пробами и типом кровотечения – чёткие диагностические и динамические (по его степеням) критерии ТГС.

Диагностический критерий III–IV стадии ТГС – активация фибринолиза. В IV стадии уровень фибриногена в лабораторном анализе при некоторых методиках растёт за счёт ПДФ и РФМК.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ: проводить оценку наличия ТГС и его стадии по времени свёр-**

**тывания крови, времени кровотечения, количеству тромбоцитов.**

**При вероятной манифестации заболевания** при первом подъёме температуры тела или госпитализации больного с лихорадкой, подозрительной на КГЛ, назначается следующее лечение.

**Диета** – без изменений, до развития осложнений.

**Виразол (рибамидил)** назначается, если больной госпитализирован в лихорадочном периоде при лихорадке, предположительно вызванной вирусами Мачупо, Хунин, лихорадки Ласса.

**Катетеризация центральной вены многоходовым катетером или периферической и перевод всех препаратов на формы, имеющие внутривенное**

# Контагиозные геморрагические лихорадки

**введение**, в случае развития рвоты или невоспаления, что характерно для васкулита и осложнений ТГС. Показания для удаления катетера – общие.

**Антигистаминные препараты**, имеющие внутривенное введение в рекомендованных дозировках. Они отменяются по завершении второй волны лихорадки или миновании угрозы развития вторичного лихорадочного периода.

**Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)** – в средних терапевтических дозах. Почти все НПВС имеют противопоказание к применению ТГС, но самое серьёзное из них – по дезагрегационному эффекту. В отношении антикоагуляции – аспирин – применялся при лечении КГЛ с развитым ТГС без явно выраженного отрицательного эффекта и имеет рекомендованные значения МНО при применении с варфарином при профилактике тромбозов. Необходимо отметить, что развитие побочных эффектов от НПВС в системе коагуляции возникает, как правило, не ранее 7-го дня, а чаще к 14-28-му дню. Потребность в назначении НПВС при КГЛ – с 1-х по 7–13-е сутки болезни. При назначении НПВС совместно с сулодексидом за основу контроля необходимо взять рекомендованные значения ТВ, так как оба препарата оказывают на него влияние. Сочетанная терапия данными препаратами проводилась при ТГС, вызванном менингококковой инфекцией, без контроля лабораторных данных и побочных эффектов.

**Препараты, улучшающие микроциркуляцию, и антиоксиданты**, – в средних терапевтических дозах. Они отменяются на 4-е сутки после лихорадочного периода под контролем С-реактивного белка.

**Сандостатин** – в дозе 0,1 мг трижды в сутки с начала развития экзантемы. На настоящий день это наиболее эффективный препарат в отношении профилактики ожидаемого развития панкреатита. Максимальная доза сандостатина – 1 мг в сутки. При внутривенном введении сандостатина содержимое одной ампулы – 500 мкг активного вещества – должно быть разведено в 60 мл физиологического раствора, и приготовленный раствор следует вводить внутривенно капельно. Инфузии повторяют с необходимой частотой в соответствии с рекомендованной длительностью лечения. Его можно также вводить и в более низких концентрациях.

Отмена сандостатина проводится одномоментно после купирования ТГС.

**Инфузионная терапия и форсированный диурез** проводится как обычно, но её желательно проводить под контролем центрального венозного давления (ЦВД), так как остальные критерии полноты её проведения запаздывают в своём проявлении по сравнению с ним.

**NB! Быстрое развитие при КГЛ значительного отёка паренхимы внутренних органов и подкожной клетчатки на 2-е**

**сутки при тяжёлом течении сводит на нет достоверность оценки потребности во внутривенном введении кристаллоидов, определяемой по отношению выделенной мочи к введённой жидкости.** Нет возможности определить ЦВД – следует определить гематокрит.

Наиболее сильным противоотёчным действием в настоящее время обладают осмотические диуретики для внутривенного введения (мочевина, маннитин). Противоположанием к их применению является развитие фибринолиза или панкреатита.

**Плазмаферез.** Интенсивность плазмафереза зависит от выраженности патологических сдвигов. Ввиду падения эффективности при проведении длительных сеансов целесообразнее за сеанс проводить 0,5 объёма циркулирующей крови (ОЦК) с увеличением их частоты в течение суток. Ограничения в количестве сеансов в течение суток нет. Необходимо с первого дня достичь нормальных значений РФМК, а ПДФ может сохраняться долгое время.

При оценке эффективности и потребности в проведении сеансов плазмафереза **НЕЛЬЗЯ** принимать в расчёт значительно раньше наступающий дезинтоксикационный

эффект. Опубликованных данных по динамике снижения РФМК и Д-димера (наиболее информативная часть ПДФ) в зависимости от интенсивности проводимого плазмафереза нет.

Показания для проведения плазмафереза:

- наличие тяжёлой аллергической реакции у подозреваемого на инфицирование;
- выраженная интоксикация;
- ТГС;
- наличие высокого уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) с 8-х по 12-е сутки болезни (её косвенные признаки: протеинурия, сохранение токсигенной зернистости, высокая СОЭ и т.д.).

Показания для увеличения количества сеансов плазмафереза – продолжающийся рост или стабилизация уровня ПДФ, РФМК при снижении или низком уровне Ат III и плазминогена – отрицательная динамика других факторов свёртывания, панкреатит, активация системы фибринолиза.

Удовлетворительный критерий проводимого плазмафереза – значительное уменьшение ПДФ, РФМК и Д-димера при росте уровней Ат III, плазминогена и других факторов свёртывания выше нижнего предела нормы.

Окончание плазмафереза определяется по отсутствию потребления факторов свёртываемости и показаний, а при развитии панкреатита дополнительно учитывается динамика С-реактивного белка, трипсина.

**NB! Показатели коагулограммы-фибринолиза определяются в одно и то же время по отношению к сеансам плазмафереза!** Забор на показатели коагулограммы-фибринолиза перед началом сеанса и после его проводится только для определения эффективности сеанса и расчёта возможной потребности.

**В случае забора крови на показатели коагулограммы-фибринолиза после окончания плазмафереза в бланке анализа делается отметка о времени, прошедшем с его окончания!**

**Переливание свежезамороженной гепаринизированной плазмы (СЗП)** – при ТГС это единственный источник Ат III, протеинов С и S, плазминогена и его активаторов, поэтому при лёгком течении ТГС её объём определяется потребностью плазмафереза, а при тяжёлом – потребностью восполнения.

**NB! Врач должен стремиться, чтобы уровень Ат III ВСЕГДА был выше 80%.** Её объём для эффективной терапии (при отсутствии лабораторных данных) – в первый раз внутривенно 600–800 мл и затем по 300–400 мл через каждые 3–4 часа (2,5–4 л в сутки). Перед введением плазма должна быть разморожена и подогрета до +38°C. На её согревание должно быть затрачено как можно меньше времени, для чего используется разминание мешков с плазмой руками в проточной горячей воде, доводящее за 10–20 минут температуру плазмы до необходимой. СЗП гепаринизируют 0,25 ЕД/мл для внутривенного введения.

На каждые 400–500 мл свежезамороженной плазмы показано введение 5–10 мл 10%-ного раствора хлорида кальция, но лучше его вводить по потребности, под контролем содержания Са<sup>+</sup> в плазме.

На настоящий момент явно выраженных преимуществ применения **активированного протромбина С** (коммерческое название **дротрекогин альфа**), **антипротромбина III** и **протеина С** (цепротин), **препаратов протромбинового комплекса** (Фейба и др.), **криосупернатантной фракции плазмы** в результате лечения ТГС по сравнению с полноценной заместительной терапией гепаринизированной плазмой крови не выявлено.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ:**

- **переливание свежезамороженной негепаринизированной плазмы во время лечения ТГС при отсутствии у больного угрожающих жизни кровотечений;**
- **введение холодной свежезамороженной плазмы.**

**Симптоматическая терапия** – по общепринятым показаниям.

После купирования ТГС первоочередной задачей являются профилактика и уменьшение развивающихся с 6-х по 9-е сутки некротических осложнений. При миновании угрозы их развития – выявление скрытой очаговой неврологической симптоматики и оценка возможности развития рецидивов. Основные направления курации сводятся к полноценному лабораторному контролю на выявление нозологических осложнений (ТГС, острая адреналовая недостаточность, гепатит, панкреатит и поражение других органов) и комплексной терапии, в том числе и по выявленным осложнениям (аддисонический криз, поражение ЦНС и т.д.). С 10-го дня – лечение и коррекция намечающихся исходов заболевания и его осложнений.

## Осложнения антикоагуляционной терапии

Среди множества побочных эффектов при применении гепарина наиболее часто встречается **гепарининдуцированная тромбоцитопения** (ГИТ). Она может возникнуть через 5–10 дней лечения гепарином и связана с образованием аутоантител к 4-тромбоцитарному фактору, изменённого под действием гепарина. Её лабораторным критерием является снижение тромбоцитов на 50% от исходного уровня.

Опасность ГИТ заключается в возникновении тромботических осложнений или некрозов кожи вследствие тромбозов микроциркуляторного русла. Тромбозы, возникающие на фоне ГИТ, связаны с активацией тромбоцитов циркулирующими в кровотоке антителами и могут быть как артериальными, так и венозными. Примерно в 25–30% всех случаев ГИТ тромбозы случаются в самом начале лечения гепарином и, как правило, это случается у пациентов, недавно получавших гепарин и имеющих антитела к тромбоцитам.

Дефицит протеинов С и S, возникший вследствие применения варфарина, будет приводить к необъяснимым и непредсказуемым тромбозам, ориентировочно развивающимся на 2-й неделе после достижения «терапевтической дозы». Данному состоянию будут способствовать их базовый низкий уровень и повышенный базовый уровень V и VIII факторов свёртывания у пациента.

**Передозировка антикоагулянтами – опасность развития кровотечений** появляется в следующих случаях:

1. При лечении варфарином – МНО более 4,0, уменьшение фибриногена ниже 0,5–1 г/л.
2. При лечении гепаринами – превышение АЧТВ, а сулодексидом – ТВ более рекомендованных терапевтических значений.
3. Вне зависимости от назначенного антикоагулянта – выраженная активация системы фибринолиза (III стадия ТГС) и снижение уровня Ат III ниже нормальных значений даже на непродолжительное время.
4. Сдвиг в сторону увеличения скорости коагуляции при назначении антикоагулянта, который не влияет на данный показатель (например, достоверное укорочение АЧТВ и ТВ при назначении варфарина).

Ожидаемые месячные, совпавшие с ТГС, будут более обильными, при этом необходимо увеличить объём заместительной терапии свежезамороженной плазмой с ориентиром на достижение средних показателей альбумина, Ат III и других факторов системы свёртывания. Диагноз кровотечения ставится при наличии одного из факторов:

- кровянистые выделения продолжают более 7 суток, после нормализации значений ПДФ, завершения лихорадочного периода при снижении дозы антикоагулянтов до АЧТВ 1,5, МНО – 2;
- не компенсируемое заместительной терапией падение гемоглобина, альбумина и факторов свёртывания.



**В случае развития кровотечений**, угрожающих жизни, необходимо:

- немедленное переливание концентрата факторов протромбинового комплекса или свежемороженой негепаринизированной плазмы крови и 4-6 доз тромбоцитарной массы, полученных от нескольких доноров, при необходимости лечение продолжить до достижения терапевтического эффекта;
- применение рекомбинантного фактора VIIa (эптаког альфа (активированный)) в дозах от 60 до 90 мкг/кг;
- контроль уровня Ca<sup>+</sup> и восполнение его нормального уровня;
- при проведении терапии гепаринами – введение специфических антагонистов – протамина сульфата, полибрена и т.д.;
- при применении не прямых антикоагулянтов в качестве антидота – назначение витамина К внутривенно в дозе 5-10 мг;
- при кровотечениях в толстой кишке и желудке – соматостатина.

**Оценка общего состояния**, кроме общепринятых показателей:

- крайне тяжёлое** – наличие одного из некомпенсированных состояний: аддисонический криз, панкреатит, тромбоз мезентериальных вен или печёночная недостаточность;
- тяжёлое** – отрицательная динамика показателей ТГС или одного из его осложнений;
- средней тяжести** – патология, вызванная нарушением микроциркуляции до формирования исходов.

**В реабилитационном периоде** больной может находиться на амбулаторном лечении с динамическим врачебным наблюдением с контролем уровня антител на 22-е и 40-е сутки и ежедневным количественным контролем С-реактивного белка с 20-х по 80-е сутки. В этот период необходимо проводить оперативное лечение по исходам осложнений.

**При развитии рецидивов** – обязательная госпитализация с изоляцией на время уточнения диагноза и исключения орхита, целенаправленное обследование на выявление поражения ЦНС.

## Клинические синдромы и осложнения

**Острая надпочечниковая недостаточность (аддисонический криз).**

Это – острое тяжёлое состояние, обусловленное резким уменьшением или прекращением секреции гормонов коры надпочечников. Она даёт большую долю летальности при КГЛ. Является закономерным осложнением и наиболее вероятным итогом развития ТГС (но не обязательным), панкреатита, тяжёлых аллергических реакций и может развиваться как осложнение гепаринотерапии и других медикаментов, блокирующих адренергическую систему.

**Диагностические критерии:**

- выраженная (истинная) адинамия (больной даже при желании двигаться отмечает сильное затруднение);
- острая сердечно-сосудистая недостаточность вплоть до коллапса и вызванная им почечная недостаточность;
- прогрессирующие угнетение сознания и нервно-психические нарушения (очаговые и менингеальные симптомы, бред, судороги);
- гастроинтестинальный синдром (симмуляция острого живота);
- снижение соотношения ионов натрия/калий до 25/1 (в норме более 30/1. Значения 28/1-26/1 не показательны, чаще наблюдаются в условиях компенсации при адекватной интенсивной терапии или развития данного состояния. Данное отношение не изменяется при других патологиях, и при гемолизе его специфичность и диагностическая ценность – 100%, но при низком уровне калия данное отношение сохраняется на уровне 30/1.

Часто встречающееся кратковременное падение температуры тела до 37°С или ниже на фоне постоянной фебрильной – гиперфебрильной лихорадки может быть расценено как успех интенсивной терапии, на самом деле оно часто вызвано кратковременным падением уровня кортизола. Данный вариант развития нарушения функции надпочечников говорит о сохранившейся функциональной полноценности второго надпочечника.

Перечисленные объективные симптомы могут иметь разную степень выраженности и требуют настороженности врача, а единственный качественный прижизненный метод диагностики – определение соотношения Na/K в крови.

**Лечение**

Вне зависимости от её генеза (ишемия или кровоизлияние) **она купируется только специфической заместительной терапией.**

1. Диета – после медикаментозного купирования соль и солёное без ограничения, данные продукты должны быть постоянно под рукой больного.

2. Исключение из назначений препаратов, содержащих K<sup>+</sup>.

3. Заместительная терапия. Гидрокортизона гемисукцинат (торговое название солюкортез) внутривенно струйно по 100 мг через каждые 6 часов в первый день. Стабилизация или положительный эффект обычно наступает через 12 часов. При достижении значительного улучшения состояния по ТГС и осложнениям КГЛ доза снижается в 2 раза. При сохранении удовлетворительного состояния ежедневно доза снижается наполовину. На 4-й и 5-й день – по 10 мг внутривенно струйно через 8 часов. С последующих суток переводят на пероральный приём гидрокортизона 15-30 мг в 7 часов и 10-20 мг в 17 часов (гидрокортизона ацетат 25 мг в 7 часов и 12,5 мг в 17 часов). Флудрокортизон (минералокортикоид) по 0,05-0,1 мг перорально 1 раз в день утром в течение 7-8 дней при снижении гидрокортизона до 50-60 мг в сутки. В последующие сутки сохранение лечения флудрокортизоном решается индивидуально (по консультации). **При шоке, коллапсе внутримышечное введение гидрокортизона противопоказано.**

4. Регидратация физиологическим раствором хлорида натрия с 5-20%-ным раствором глюкозы и исключением растворов, содержащих калий, 1-е сутки – 3-7 л. После достижения лечебного эффекта – не менее 2 л с постепенным переходом на обильный питьевой режим.

**Критерии удовлетворительного эффекта:**

- восстановление АД;
- прояснение сознания, уменьшение слабости;
- восстановление соотношения Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> до 30/1.

После снятия изоляции у больного в реабилитационном периоде в течение недели совместно с эндокринологом решить вопрос о дозе заместительной терапии и удалении надпочечников для профилактики синдрома Иценко – Кушинга.

**Панкреатит.**

Панкреатит как осложнение при КГЛ обычно развивается с конца 3-х до 7-х суток, но вероятен уже с конца 1-х суток. Он, маскируя свою объективную симптоматику за клинической картиной КГЛ, сопровождается массивным выбросом протеолитических ферментов в кровь (трипсин активирует XII фактор (Хагемана), усиливая коагуляцию, а затем и фибринолиз), что способствует переводу ТГС-синдрома в III-IV стадию. Он требует экстренной специфической терапии. Панкреатит как самостоятельный синдром всегда сопровождается ТГС в разной степени выраженности. Его летальность сравнима с КГЛ, колеблется у лёгких форм от 6 до 21%, достигая при деструктивных формах 85% и при молниеносном течении 98-100%. Нельзя ждать, когда уровень амилазы достигнет уровня официального критерия панкреатита – в 10 раз выше нормы – при отсутствии симптоматики поражения слюнных желёз, так как выброс протеолитических ферментов происходит в первые часы и совпадает с периодом подъёма содержания амилазы в крови, продолжаясь до 6-12 часов.

Начало динамического наблюдения по панкреатиту – появление болей в животе или других симптомов, сходных с клиникой панкреатита, сомнительное повышение амилазы, даже не выходящее за пределы нормы.

Начинать **лечение** надо при выявлении в комплексе:

– достоверного повышения амилазы в 2,5 раза и выше нормы, совпадающего в пропорции с повышением уровня или активности трипсина;

– повышение панкреатической липазы – это наиболее специфический фермент поджелудочной железы, его концентрация повышается менее значительно при протекании полых органов, перитоните, затруднении оттока желчи – не позволяет решать вопросы дифференциальной диагностики по отношению к осложнениям, развивающимся со стороны полых органов.

При сомнительной клинической симптоматике и значениях амилазы в 1,5-6 раз выше нормы, отсутствии повышения активности трипсина и панкреатической липазы, стёртой клинической картине необходимо исключить тромбоз мезентериальных сосудов, язвы ЖКТ.

Панкреатит всегда в разной степени выраженности сопровождается необязательными клиническими симптомами поражения соседних органов.

**Клиническая симптоматика острого панкреатита:**

– болевой симптом (постоянная боль в верхней половине живота с иррадиацией в поясничные области, левую часть грудной клетки или опоясывающая боль), болезненность при пальпации не выражена, развивается обычно спустя более часа после возникновения боли: симптом Керте почти у 20% (болезненность и напряжение мышц в эпигастрии в виде поперечной полосы), чаще симптом Мейо – Робсона;

– нарушение перистальтики возможно до непроходимости, тимпанит, рвота от однократной до неукротимой;

- нарушение функции надпочечников;
  - беспокойное поведение больного;
  - возможно развитие симптомов раздражения брюшины в последующие сутки.
- Специфичность клинической симптоматики в комплексе с ферментемией для острого панкреатита – 99,6%, диагностическая ценность также приближается к 100%.

Резкое исчезновение боли свидетельствует о панкреонекрозе, это может сопровождаться снижением уровня амилазы ниже нормы.

Течение панкреатита может осложняться: тромбозом мезентериальных сосудов, абсцессом поджелудочной железы – спустя 10-21 день (повышается температура тела, возникают боли в брюшной полости, появляются болезненность, тошнота, рвота, иногда развивается непроходимость кишечника, реже – спустя 6-10 дней – персистирующая лихорадка, лейкоцитоз и характерные симптомы катастрофы со стороны брюшной полости), пневмонией, экссудативным плевритом, через 1,5-2 месяца формируются паранкреатические кисты, инфильтраты, абсцессы, острые язвы ЖКТ, перитониты, панкреатодуоденальные свищи, сопровождающиеся кровотечением, нарушением функции печени.

**Лечение**

Диета. На 3-4 дня запрет приёма пищи и жидкости (кроме ошелачивающего раствора, если нет назогастрального зонда). На 7-8-е сутки развития панкреатита, при условии нормализации уровня амилазы и липазы крови, восстановления функциональной активности ЖКТ показан пероральный приём питательных смесей (сиппинг). Вопрос об энтеральном зондовом питании для больных КГЛ однозначно не решён, так как введение (капиллярного, ниппельного) зонда в тощую кишку на 30-40 см после связки Трейтца производится эндоскопически, а положительного эффекта, кроме энтеросорбции, более ранней активации ЖКТ, мы не получаем. Если будут созданы условия для введения ниппельных катетеров, то начинать зондовое питание на 2-е сутки, после лабораторного подтверждения купирования клинической картины.

Отмена сандостатина, если панкреатит развивается после употребления его первой дозы.

Введение назогастрального зонда для декомпрессии желудка.

Ингибирование биологических активных веществ за счёт введения антигистаминных препаратов, НПВС. Ингибиторы протеаз неэффективны.

Адекватная аналгезия НПВС, новокаиновая блокада панкреатодуоденальной зоны ThVII–ThVIII, сакроспинальная блокада на уровне ThVI или эпидуральная блокада (для снятия нежелательного влияния на соседние органы).

Спазмолитическая терапия – при систолическом артериальном давлении выше 100 мм рт.ст. (метамизол натрия + питофен + фенипирин бромид, дроверин, нитроглицерин).

Противоязвенная терапия (фамотидин не сочетается с НПВС!!!, омепразол, ранитидин).

Применение антиоксидантов (витамины Е, этилметилгидроксипиридина сукцинат и др.).

Левоефлоксацин 750 мг внутривенно 1 раз в сутки с последующим переходом на 4-6-е сутки на пероральную форму по 750 мг 1 раз в сутки в течение 10-14 суток или любой другой респираторный фторхинолон, имеющий форму для внутривенного введения. Если уровень амилазы достиг диагностических значений, нужно ждать развития в течение 1-2 суток других осложнений ТГС вне зависимости от полноты лечения панкреатита.

**Тромбоз мезентериальных сосудов.**

Тромбоз мезентериальных сосудов – типичное осложнение панкреатита. Развивается спустя 2-6 дней после начала панкреатита и может стать причиной перитонита и смерти.

**Гепатит.**

Для диагностики данного синдрома, исходя из критериев гепатитов (инфекционных, аутоиммунных и т.д.), мы можем использовать только один – 4-кратное нарастание уровня трансаминаз. При отсутствии своевременной терапии данное состояние обеспечивает постепенное усиление ТГС и гибель после 8-10 суток. Поражение печени, развивающееся в первые 4 суток лихорадки, течёт благоприятно и лечения не требует.

Тимолаевская проба и альбумин не имеют диагностического и прогностического значения в диагностике синдрома гепатита в данных нозологиях из-за быстрой динамики. Для дифференциальной диагностики в пользу поражения печени в затруднительных случаях можно использовать:

- нарастание содержания изомеров лактатдегидрогеназы (ЛДГ) – ЛДГ-4 и ЛДГ-5 с коэффициентом более 1,64;
- повышение гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП);
- повышение глутаматдегидрогеназы (ГлДГ) – только при тяжёлом повреждении;
- повышение фруктозо-1-фосфатаальдолазы (Ф-1-ФА).

**Лечение**

1. Внутривенно 800-1200 мл 5%-ного раствора глюкозы (с 1 ЕД инсулина на 4 г глюкозы) 2-3 раза в сутки, по 5 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты 2 раза в сутки и 20-30 мл инозина 1 раз в сутки.

2. Энтеросорбенты (микрокристаллическая целлюлоза или АНКП-Б по 2,0-3,0 г; лигнин гидролизный, билигнин по 0,5-1,0 г/кг, угольные гранулированные сорбенты типа СКН-П, КАУ, СУГС и др.) на ночь через 2-3 часа после последнего приёма пищи и лекарств в течение недели (в случаях отсутствия пигментного криза).

3. Пищеварительные ферменты (панкреатин, панкреатин + желчи компоненты + гемичеселлюлоза и др.) после 6-х суток развития КГЛ, при отсутствии угрозы развития панкреатита и отсутствии сильно выраженной дисфункции ФРЖ.

При наличии анорексии, рвоты, диареи (сильно выраженной дисфункции ЖКТ):

4. 10-20%-ный раствор глюкозы с соответствующим количеством инсулина в сочетании с калием и магнием аспарагинатом (10-20 мл) и калием хлорида 50 мл 3%-ного раствора на 400 мл раствора глюкозы (можно вводить раствор Лабора).

5. 5-20%-ный раствор альбумина, плазма – при дефиците и приближении к нижней границе нормы – для обеспечения физиологических потребностей.

6. Аминокислотные смеси (гепастерил А, гепасол А и т.п.).

7. Установка назогастрального зонда с применением через него плохо всасывающихся антибиотиков широкого спектра действия (неомицин, канамицин по 0,5 мл 4 раза в сутки), энтеросорбентов, лактулозы (по 30-45 мл через 4-6 часов).

8. При отсутствии эффекта (особенно на 7-е сутки болезни) преднизолон (гидрокортизон в соответствующей дозировке) не менее 60 мг/сут до 120 мг/сут парентерально в комплексе с антацидными препаратами.

9. Адеметионин парентерально по 800-1600 мг ежедневно.

10. Плазмаферез.

11. При наличии цитолитического синдрома после 7-х суток от начала заболевания назначаются гепатопротекторы, в первую очередь растительного происхождения, в том числе и с желчегонным эффектом (гепатофальк планта, гепабене, гепалив, производные силибинина и др.), а также «эссенциальные» фосфолипиды (поливитамин + прочие препараты).

**Печёночная недостаточность** при КГЛ можно диагностировать по одному из признаков:

- рост уровня билирубина в 3-4 раза выше нормы на фоне подъёма трансаминаз;
- повышение ГлДГ, совпадающее со снижением трансаминаз, её предвестник на фоне панкреатита и ТГС – второй подъём уровня АЛТ на 7-8-е сутки после периода стабилизации или снижения (около 2 суток) при продолжении роста АСТ.

**Очаговые поражения ЦНС.**

Необходимо помнить – поражение ЦНС маскируется за клинической картиной поражений других органов. В острый период развития осложнения осмотр невропатологом может не дать удовлетворительного результата по его выявлению, а назначенное им лечение однотипно вне зависимости от очага поражения. Поэтому на первый план выходит определение мозгового изомера креатинкиназы. Он появляется через 3-4 часа после некроза с достижением максимума в 10-30 раз выше нормы с 18-го по 30-й час и возвращением нормальных значений через 72 часа. Его низкие уровни могут быть связаны с поражением ЖКТ, мочевого пузыря, щитовидной железы, яичка. Высокий уровень имеет 100%-ную специфичность и диагностическую ценность к поражению ЦНС.

**Энтерит** (без мелены и крови) при КГЛ развивается со 2-х по 10-е сутки, в разный период течения болезни и развития осложнений он имеет различный патогенез. Наличие рвоты с кровью, примесь крови в кале – признак язв и трещин ЖКТ или разлитого ТГС.

*(Окончание следует.)*

**Александр НОВОСЕЛЬЦЕВ,**  
заведующий отделом взаимодействия  
с муниципальными и государственными  
учреждениями.

**Территориальный центр медицины катастроф  
Московской области.**





Вехи

# СГМУ — 95 лет!

## Славный юбилей Смоленского государственного медицинского университета

**За 95 лет существования смоленского медицинского вуза подготовлено более 33 тыс. специалистов. По итогам работы медицинских вузов страны СГМУ уверенно входит в десятку лучших. Сегодня профессорско-преподавательский состав университета насчитывает 588 человек, среди которых 91 доктор медицинских наук, 72 профессора, 181 доцент и 392 кандидата наук, в том числе 9 академиков и членов-корреспондентов общественных российских и зарубежных академий, 1 заслуженный деятель науки РФ, 28 заслуженных врачей РФ.**

**В настоящее время в СГМУ обучается около 4 тыс. студентов. Последипломное образование осуществляется в интернатуре, ординатуре, аспирантуре, на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки по 56 научным специальностям, где проходят ежегодное обучение около 3 тыс. курсантов. Подготовка студентов в СГМУ ведётся по 7 специальностям.**

**В вузе завершён переход на федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения. Учебный процесс постоянно совершенствуется. Возглавляет его доктор медицинских наук профессор О.Козырев,**

**который руководит центральным методическим советом и методическим отделом академии.**

**С 2013 г. в академии внедрена система менеджмента качества образовательной деятельности, работает отдел качества образования.**

**Подготовка научных кадров высшей квалификации в СГМУ осуществляется по 36 научным специальностям. Руководит научной деятельностью вуза проректор по научной работе, доктор медицинских наук, профессор В.Бекезин. Планирование НИР аспирантов и соискателей учёных степеней осуществляется по 9 научным направлениям.**

**Научно-исследовательская работа по фундаментальным и прикладным проблемам медицины проводится на всех кафедрах и в 3 научных подразделениях университета: НИИ антимикробной химиотерапии, Научно-исследовательском центре СГМУ, проблемной научно-исследовательской лаборатории ультразвуковых исследований и малоинвазивных технологий.**

**Гордостью и надеждой университета является студенческое научное общество.**

### Наши интервью

Он — выпускник этого вуза. После его окончания в 1988 г. работал врачом-оториноларингологом, ассистентом и доцентом кафедры оториноларингологии, начальником Управления послевузовского образования СГМА. Защитил кандидатскую диссертацию, затем — докторскую. В 2007 г. назначен на должность начальника Департамента по здравоохранению администрации Смоленской области, в 2008-м избран ректором СГМА.

— Игорь Викторович, своё 95-летие смоленский медицинский вуз встречает в статусе университета, то есть в наиболее престижном среди имеющихся в иерархии высших учебных заведений звании. Самые тёплые поздравления — от коллектива «МГ», ведь академия, а с недавнего времени университет, — давний и надёжный партнёр нашей газеты! Прокомментируйте пожалуйста ход движения к столь высокому рейтингу, теперь, если образно говорить, официально зафиксированному в приказе Минздрава России № 55 от 18.02.2015., который для биографии вуза иначе как историческим не назовёшь: в ней наступил новый отсчёт времени — университетский!

— Для начала я назову — с чувством глубочайшего уважения к ним — всех своих предшественников, возглавлявших наш вуз. Именно во многом благодаря им вуз, несмотря на постоянные вызовы времени, развивался и шёл вперёд. Первыми деканами медицинского факультета, включённого 4 апреля 1920 г. (это начало отсчёта истории вуза) в состав Смоленского государственного университета, были Б.Л.Почевич, М.А.Дыхно, З.Н.Гржебин, Б.Э.Линдберг и И.Я.Синдульский. 18 апреля 1930 г. медфак СГУ был преобразован в самостоятельное высшее учебное заведение — Смоленский государственный медицинский институт, его возглавил Ф.С.Быков, с 1937 по 1941-й и с 1943 по 1950-й ректором был В.А.Батанов, затем Г.М.Старилов (1950-1978), Н.Б.Козлов (1978-1995) и Владимир Григорьевич Плешков, нынешний президент вуза, который передал мне в 2008 г. ректорскую эстафету.

## Традиции, помноженные на современность

Собеседник «Медицинской газеты» — ректор Смоленского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Игорь ОТВАГИН



— Выпускники Смоленского государственного медицинского университета имеют высокую профессиональную репутацию и востребованы в лечебных учреждениях не только Москвы, Санкт-Петербурга и регионов России, но и за рубежом. Пожалуйста, расскажите о структуре вуза, методике работы на кафедре и в лабораториях, об учёных и руководителях подразделений.

— В настоящее время в состав университета входят 8 факультетов: лечебный, педиатрический, стоматологический, фармацевтический, высшего сестринского образования, психолого-социальный, иностранных учащихся, а также повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. Что касается образовательного процесса, сегодня в СГМУ обучается 3984 студента, среди

них 977 иностранцев из 27 стран ближнего и дальнего зарубежья. Приём на целевые места по основным специальностям ведётся в рамках договоров с 7 регионами России, а также 2 федеральными службами.

Последипломное образование проводится на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов по 56 научным специальностям, где проходят ежегодное обучение около 3 тыс. курсантов.

Послевузовское образование осуществляется через интернатуру — 31 специальность, ординатуру — 48 и аспирантуру — 47 специальностей.

Расширение контингента прибывающих из-за рубежа студентов, а также граждан из бывших республик СССР, желающих обучаться в России, побудили администрацию создать отдельную структуру в составе тогда ещё института — факультет иностранных студентов, который начал свою работу в 1994 г. Так вот, за 20 лет существования этого факультета диплом врача получили более 800 иностранных граждан. Практически все выпускники факультета успешно сдают экзамены для подтверждения нашего диплома у себя на родине.

Для полноценной организации образовательного процесса академия располагает 900 учебными кабинетами и лабораториями, 12 лекционными аудиториями, способными вместить около 1600 человек, и 12 компьютерными классами.

Обучение студентов проводится как в традиционных, так и в инновационных формах. Широко используются информационные

технологии, мультимедийные системы, Интернет, цифровые компьютерные фотоатласы, тестирование и многое другое.

Новым проектом для нашего вуза стал менеджмент качества учебно-педагогического процесса.

Система менеджмента качества позволяет на базе уже имеющихся достижений в учебном процессе переориентировать подготовку студентов на большее соответствие запросам и требованиям практического здравоохранения. Работа в этом направлении помогает и преподавателям активно работать и непрерывно совершенствовать свои педагогические навыки и клинические методики.

Клинический этап включает в себя обучение методам клинического обследования и врачебным манипуляциям, курирование больных, работу в процедурных, перевязочных, кабинетах функциональной диагностики, освоение методов лабораторной и инструментальной диагностики, изучение стандартов обследования и лечения, классификаций, принятых ВОЗ или изложенных в Российских национальных рекомендациях, дежурство в стационарах, приёмных отделениях, на станциях скорой помощи.

Диагностические возможности клинических кафедр включают в себя ультразвуковые, томографические, эндоскопические, рентгеноэндохирургические исследования и манипуляции, суточное мониторирование АД и ЭКГ, электроэнцефалографию, электромиографию, электронейромиографию и другие методы исследования.

За последние 5 лет в СГМУ издано 424 методических пособий, учебников, разработок и указаний для студентов, в том числе 61 под грифом УМО, а

также 3 учебника для студентов медицинских вузов страны и тоже с грифами УМО. Методический совет производственной практики университета работает по плану центрального методического совета. Вуз активно развивает международные связи по учебно-методическим вопросам подготовки специалистов, ежегодно 40-50 студентов проходят производственную практику в клиниках Германии, Польши, Италии, Болгарии, Сербии.

В настоящее время в университете успешно функционируют 3 научных подразделения, которые начиная с 2012 г. участвуют в выполнении 10 фундаментальных и одной прикладной НИОКР в рамках государственного задания Минздрава России.

Подготовка научных кадров высшей квалификации в университете проводится через аспирантуру или соискательство по 36 научным специальностям на кафедрах и в 3 научных подразделениях. Планирование НИР аспирантов и соискателей учёных степеней осуществляется по 9 научным направлениям. В последние годы в академии ежегодно обучается порядка 100 аспирантов.

В СГМУ функционирует редакционно-издательский отдел, издаются печатные научные журналы «Вестник Смоленской медицинской академии» и «Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия» (ВАК-рецензируемый журнал), а также электронный интернет-журнал «Математическая морфология».

Кроме того, открыт специализированный зал доступа к электронным ресурсам, создана электронная библиотека. Нашей научной библиотекой пользуются 6,5 тыс. читателей. Её книжный фонд насчитывает более 570 тыс. экземпляров книг, более 200 наи-



(Окончание на стр. 12.)



(Окончание. Начало на стр. 11.)

ликлиники, а затем начальником Управления здравоохранения города-героя, Ф.Коновалов – главный врач Гомельской стоматологической поликлиники, а я уже в течение 35 лет возглавляю Брянскую областную стоматологическую поликлинику. Некоторые выпускники стали преподавателями в родном вузе – Г.Лебедева, Г.Войтова, многие стали военными врачами. Все прошедшие годы нас сопровождало и будет сопровождать в дальнейшем чувство благодарности и признательности за чудесные студенческие годы, проведенные в Смоленске, и гордость за выбранную профессию!

Все годы после окончания вуза мы, врачи-специалисты, не теряем наших связей с альма-матер: конференции, совещания, тематические курсы усовершенствования, мастер-классы и просто профессиональное общение – это то, что сегодня связывает нас с СГМУ. Особенно это стало регулярным после создания факультета усовершенствования врачей. Здесь наши связи между СГМУ и практическим здравоохранением постоянны, в среднем около 100 врачей-стоматологов проходят курсы усовершенствования через ФУВ университета. Особенно хочется сказать слова благодарности за последипломную подготовку врачей профессору Н.Молоканову и декану факультета профессору В.Шамшуриной. И конечно, отдельно мы благодарим нынешнего ректора, профессора И.Отвагина за кураторство над Брянской областью и в подготовке кадров, и в организации последипломной подготовки врачей.

Спасибо тебе, родная альма-матер! Низкий поклон и пожелание процветания коллективу СГМУ на ниве подготовки благороднейшей профессии врача!

### Если бы не смоленский вуз...

**Александр ТЕРЕЩЕНКО, директор Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Фёдорова, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, выпускник 1978 г.:**



– Невозможно недооценить роль СГМУ в развитии Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»: 72% наших врачей окончили Смоленский медицинский вуз! И все они – настоящие профессионалы. Среди них 5 кандидатов медицинских наук, 2 доктора медицинских наук, один профессор. А, как известно, базовые основы успехов в профессии закладываются во время обучения в вузе.

Желаю всем преподавателям и студентам Смоленского государственного медицинского университета доброго здоровья, благополучия, реализации всех намеченных планов и дальнейших успехов в многогранной деятельности по подготовке высококвалифицированных врачей – настоящих профессионалов во всех специальностях такой великой, жизнеобразующей области человеческой деятельности, как медицина.

### Неизгладимый след

**Николай ТРЕТЬЯКОВ, главный врач Жуковской ЦРБ, заслуженный врач РФ, депутат Брянской областной думы 6-го созыва:**

– С особой теплотой вспоминаю студенческие годы. Несомненно, это



### Из первых уст

# Низкий поклон тебе, альма-матер!

лучшие годы жизни, за которые был получен такой объем знаний, умений и навыков, который используется и сейчас. За годы обучения было приобретено много друзей, отношения с которыми поддерживаю и до настоящего времени. Ныне все они стали успешными специалистами, востребованными каждый в своей специальности, занимают различные ответственные должности.

Хочу поблагодарить ректора Игоря Викторовича Отвагина и проректора по работе с практическим здравоохранением и последипломному образованию Дмитрия Васильевича Нарезкина за сотрудничество, которое мы осуществляем в настоящее время.

Неизгладимый след в моей жизни оставило участие в студенческих строительных отрядах. Совместно с комитетом комсомола стройотряды сделали многое в плане трудового воспитания студентов. На протяжении нескольких лет я работал главным инженером зонального штаба студенческих строительных отрядов. Особые слова благодарности выражаю командирам строительного отряда Смоленского государственного медицинского института Леониду Алексеевичу Дееву – заведующему кафедрой глазных болезней, Александру Борисовичу Андреевскому – доценту кафедры судебной медицины, секретарю комсомольской организации института – Александру Алексеевичу Пунину, заведующему кафедрой госпитальной терапии.

Хотелось бы вспомнить добрыми словами декана педиатрического факультета Валентина Михайловича Асмоловского, нынешнего президента академии Владимира Григорьевича Плешкова и многих других преподавателей.

У человека нет ничего дороже здоровья и жизни, и на врачей возложена огромная ответственность за это бесценное достояние каждого гражданина России. Уважаемые педагоги и наставники СГМУ, вы с честью выполняете свой священный долг – готовите специалистов, которые служат людям. Спасибо вам за ваш труд!

### Установка на непрерывность самообразования

**Надежда КИРПИЧЁВА, главный врач Псковского кожно-венерологического диспансера, заслуженный врач РФ:**

– Для меня многое из того, о чём мечталось в юности, сбылось благодаря учёбе в Смоленском медицинском институте. Сегодня, когда за моими плечами более 30 лет работы в кожно-венерологической службе Псковской области, я с уверенностью могу сказать о том, что поступление именно в этот вуз – мой счастливый билет. Я, как и сотни других абитуриентов, мечтающих победить все болезни на земле

и сделать людей счастливыми, не представляла свою жизнь иначе, как стать врачом.

Уже в те годы, в начале 70-х, мы осознавали престижность учёбы в Смоленском медицинском институте – современном и тогда и сейчас центре отечественной медицинской науки и подготовки врачебных кадров. Мне повезло стать студенткой лечебного факультета и учиться у прославленных профессоров старой школы, принадлежность к которой служила своего рода знаком качества. Передавая нам профессиональный опыт, они старались воспитать и наше сердце, научить его великодушию и терпе-



нию в отношении больных. Сегодня, когда мне приходится работать с молодыми специалистами, я с благодарностью вспоминаю эти уроки мудрости и доброты. Данная тогда педагогами установка на непрерывность самообразования помогает сегодня мне как руководителю кожно-венерологического диспансера региона ориентироваться в мире современных достижений медицины и предлагать пациентам новые виды услуг.

Словом, мне повезло, что местом действия главных событий той поры стал древний Смоленск, город-сказка, живая энциклопедия истории и культуры России.

### Благодарны за приглашение

**Виктор АЛЕКСА, главный врач Брянской областной детской больницы:**



– Кадровые проблемы в современном здравоохранении вынуждают главного врача заботиться об укреплении врачебного коллектива. И я благодарен руководству университета за ежегодные приглашения в Смоленск на встречи выпускников и интернов, на которых мы имеем возможность пригласить будущих врачей в свои больницы на вакантные должности.

С альма-матер и городом Смоленском меня связывает не только профессиональная учёба и работа. Во время службы в Брянске я познакомился с молодым докто-

ром-педиатром, которая мечтала поскорее отработать трёхлетнее распределение и вернуться в родной Смоленск. Но... вот уже более 30 лет мы живём в Брянске одной семьёй, а в Смоленск приезжаем каждый год навестить родственников, погулять по городу и, конечно, заглянуть в родную академию.

### Есть кому передать эстафету!

**Александр БЕЛИКОВ, главный врач Калужского областного клинического кожно-венерологического диспансера, кандидат медицинских наук:**

– Летят года, проходят десятилетия, но мы, выпускники Смоленской медицинской академии (теперь уже университета!), всё чаще мысленно возвращаемся в прекрасное прошлое, в то время, проведенное в стенах любимого вуза.

Какую бы врачебную специальность мы ни выбрали, какую бы должность ни занимали сегодня, мы всегда трепетно относимся к студенческому прошлому, к тому романтическому и незабываемому времени.

Сегодня я с глубоким уважением вспоминаю профессорско-преподавательский коллектив, выражаю своё восхищение его профессионализмом и трудолюбием, неиссякаемой энергией и творческим подходом к делу!



За годы учёбы мы овладевали медицинскими науками на разных кафедрах. Многие продолжили свою деятельность в качестве преподавателей. Сегодня в академии трудятся 4 профессора – мои однокурсники. Я горжусь ими.

Я благодарен судьбе, что участие в работе научного студенческого общества на кафедре кожных и венерических болезней определило мою дальнейшую врачебную специальность. 28 лет я занимаюсь любимым делом.

Активная общественная работа во время учёбы привила организаторские способности. Я горжусь тем, что на смоленской земле до сих пор функционируют сельскохозяйственные и производственные комплексы, построенные руками бойцов студенческих строительных отрядов.

Являясь заместителем секретаря комитета комсомола института, я постоянно участвовал в мероприятиях по улучшению учебного процесса и быта студентов. Именно в 80-е годы мы построили новое общежитие, студенческий клуб, реконструировали главный корпус вуза.

Связь со Смоленском не прерываем до сих пор. Врачи Калужской области проходят обучение на выездных циклах повышения квалификации медицинских работни-

ков, организованных факультетом последипломного образования.

Я очень рад, что моя младшая дочь в 2013 г. стала выпускником СГМА и окончила интернатуру на кафедре кожных и венерических болезней академии, так что наша врачебная династия продолжается благодаря тому, что есть на свете такой замечательный медицинский вуз!

Желаю всему коллективу СГМУ дальнейшего процветания, перспективных проектов и талантливых решений в реализации намеченных планов.

### Мечты сбываются в Смоленске

**Людмила ФЕДОТОВА, главный врач брянской городской поликлиники № 9:**



– Я с детства мечтала связать свою жизнь с медициной. Мечту осуществила, пройдя путь от санитарки до главного врача, работая в одном лечебном учреждении 27 лет.

После окончания брянского медицинского училища № 1 работала медсестрой три года, а в 1984 г. поступила в Смоленский государственный медицинский институт на специальность «лечебное дело».

Студенческие годы – это самые счастливые годы жизни, когда получаешь новые знания, встречаешь новых друзей. В институте я встретила свою судьбу, замечательного человека, с которым рука об руку по жизни иду уже многие годы. В 1990 г. мы окончили институт и получили распределение в Брянск.

Я вернулась в свою поликлинику, работала врачом акушером-гинекологом, заведовала гинекологическим отделением, а с 2011 г. работаю главным врачом брянской городской поликлиники № 9.

Знания и опыт, полученные в стенах института, стали фундаментом для успешной работы в качестве врача, а впоследствии и руководителя лечебного учреждения.

Институт дал хорошую теоретическую подготовку, помог развить клиническое мышление, способность оперативно принимать решения по достижению поставленных целей, организаторские способности, привил чувство ответственности.

Рассказы и воспоминания о студенческих годах, любовь к профессии, отношение к своему делу стали примером для дочери, которая продолжает семейную династию, обучаясь в том же учебном учреждении, которое окончили мы, её родители. Надеюсь, что и внук пойдёт по нашим стопам.

Связь между нашим родным вузом и лечебными учреждениями Брянской области не теряется: приходят молодые специалисты с высоким уровнем знаний, проводятся тематические циклы усовершенствования медицинских работников профессорско-преподавательским составом СГМУ.

Выражаю глубокую благодарность всему преподавательскому составу родного вуза за полученные знания, неоценимый опыт, стремление к постоянному совершенствованию своих навыков и привитое чувство любви к выбранной мною профессии.

О, альма-матер – Родина моя!  
Здесь наших душ, здесь  
наших душ координаты,  
Люблю тебя! Люблю тебя!  
Люблю тебя!  
О, альма-матер! О, альма-матер!



## Перспективы

От VI династии  
до Елизаветы I

Некий заказчик по имени Болд составил в IX веке Bald's Leechbook, или «Луковую книгу», в которой собраны старинные рецепты (Medicinalia Anglica) для лечения разных болезней. В одном из них, давшем название книге, предлагалось взять лук, сельдерей и чеснок, вино, а также бычью желчь и поместить смесь на 9 дней в бронзовый сосуд. Полученный состав помогал справиться с глазным ячменём — как сурьма в Древнем Египте.

Спустя 11 веков учёные видят причину гриппа в мутациях гена IRF, отвечающего за синтез регулирующего фактора интерферона. Одну из них обнаружили у двухлетней французской девочки, которая чуть не умерла от этого вирусного заболевания. В 2009 г. риск тяжёлого заболевания свинным гриппом был в 20 раз выше у людей со сходной мутацией.

Британские учёные предложили извлечь костные останки «Потрясателя копьём», чтобы проанализировать его ДНК и узнать, что он ел-пил, а также курил ли он коноплю. Последняя упомянута в связи с тем, что её 2500 лет назад употребляла жительница Сибири (найденная в вечной мерзлоте на алтайском плато Укок) для облегчения болей, связанных с метастазирующим раком молочной железы. Опухоль была обнаружена при МРТ-исследовании, проведённом российскими врачами и учёными в 2014 г. На 1,5 тыс. лет старше оказалась мумия древней египтянки, представительницы VI династии, которая за 2250-1750 лет до н.э. была погребена к западу от древней Элефантины. Мумию с признаками метастазирующего рака обнаружили археологи из Университета Хаэна (Испания).

В Университете Дж.Хопкинса в Балтиморе МРТ позволила определить новый маркер ракового роста внутримозговой глиобластомы. Учёные выяснили, что молекулярные древа (молекулы муцина) на поверхности клеток белого вещества мозга (глии) имеют богатое ветвление с большим числом глюкозных «листьев». Озлокачествление клеток глии, дающих рост глиобластомы, подобно осеннему ветру «срывает» глюкозу, что видно при томографии. Авторы провели дифференциальный диагноз без применения дорогостоящих красителей, которые к тому же «прокрашивают» далеко не всю опухоль, подчеркнув, что «недосахаренный» муцин встречается

при эпителиальных опухолях толстой кишки и простаты, яичников и молочной железы.

Австралийские исследователи из Института медицинских исследований (Сидней) и Ракового центра, а также Университета Квинсленда в Брисбене обнаружили новый «переключатель» генной активности, который они назвали «ингибитор дифференцировки» (ID), противодействующий CD — кластеру дифференцировочной специализации. CD — это молекулы на поверхности клеток, «направляющие» развитие стволовых клеток и их потомков — прогениторов. Указанный ID контролирует стволовые клетки млечных протоков железы и является стабильным маркером раковых стволовых клеток.

Выше говорилось о метастазах, появление которых обычно свидетельствует о возврате роста опухоли, которая резистентна к применяемому лечению. Сотрудники Университета Британской Колумбии в Ванкувере (Канада) совместно с коллегами из парижского Института Кюри показали наличие в клетках метастазов особых светящихся гранул стресса. Последние представляют собой сочетание РНК с белком, связывающимся с ДНК и повышающим активность разных генов-мишеней. В 2005 г. Международный журнал биологических обзоров назвал этот протеин молекулярным «Распутинным, который неразборчив в своих связях». В Ванкувере и Париже выключили ген, отвечающий за накопление стрессовых гранул,

в результате чего количество последних и степень злокачественности снижались.

Учёные Северной Каролины предложили сдерживать развитие резистентных опухолей молочной железы с помощью экстракта из цветоложа розовых цветов, о чём они рассказали на встрече экспериментальных биологов. А сотрудники Методистского госпиталя в Хьюстоне полагают, что важно не только подавлять активность клеточных ферментов, но и блокировать «энергетические» митохондрии. Для этого они предложили использовать МРТР (метилфенил-тетрагидропиридин), случайно «открытый» наркоманами, которые из-за этого токсического для нейронов вещества стали трястись, как при болезни Паркинсона.

В журнале СМС учёные описали действие нового противоракового лекарства MP-MUS, безвредное само по себе, но после активации ферментом нейронов «включающее» митохондрии, которые начинают выделять белки клеточного апоптоза. Блокирование нейронального фермента с помощью селегилина (Selegiline) защищает клетки мозговой глиомы от гибели.

Возвращаясь к протеину ID — ингибитору клеточного развития — и раку молочной железы, связь которых изучали в Сиднее и Брисбене, исследователи подчёркивают, что указанный белок является важнейшим регулятором стволовых раковых клеток, размножение которых приводит к росту опухолей молочной железы, прогноз которых весьма неблагоприятен. Вполне возможно, что новые лекарства против ID помогут решить хотя бы эту «локальную» проблему. А когда удастся понять природу этого роста, со временем углубится наше понимание клеточной биологии и ракового роста.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Science.

## Выводы

Мифический персонаж по имени Герм-Афродит (Hermaphroditos) стал «обоеполым» в результате страстной любви к нему со стороны пылкой нимфы, возжелавшей слиться воедино с прекрасным юношей. На самом деле гермафродиты не становятся, а рождаются в результате геномных нарушений, которые чаще наблюдаются в кровосмесительных браках, которые были обычными в греческих колониях восточного Средиземноморья, численность населения которых была невелика (в том же Галикарнасе, столице Карики, жило от силы 20 тыс. человек).

В будущем году исполнится век со дня публикации «Хромосомной теории наследственности» Т.Моргана, за которую он удостоился первой американской премии Нобеля по медицине. В солидном томе были собраны данные по дрозофиле, явившейся удачной и дешёвой моделью изучения генов и хромосом. Именно Морган показал, что за развитие самцов и самок мух отвечают

## Гены пола

две хромосомы, получившие название половых (X, Y). Но лишь через 70 лет на молекулярном уровне было доказано, что развитие мальчиков (их яичек-тестикулов) зависит от гена SRY — Sex Region Y, мутация которого может приводить к рождению девочек с набором XY и мальчиков с XX (французы называют мужеподобных женщин virago, в родстве с этим словом virus — мужественный, сравни: триумвира, Vir doctissimus — муж учёнейший). Сегодня в начале геномного миллениума мы знаем, что все ещё более сложно.

В одном из изданий опубликована статья про русский и европейский феминизм, в которой ставился вопрос гендерного равноправия и сексистского поведения. Слова «ген» и «секс» пришли к нам из греческого и

латыни, при этом оба означают род-клан и детородность (сравни: джентльмен-жантильом — благоРОДный), проявляемая внешне и внутренне (запрет на «порно» проходит как раз по границе контакта вторичных признаков, до этой роковой черты — эротика). Под статьёй помещена обложка книги Э.Фромма, который, следуя по стопам «венского шарлатана», как называл толкователя снов В.Набоков, писал что-то про детскую эрекцию, не зная, что она служит у мальчиков сдерживанию мочеиспускания. Книгу сбежавший в США от прелестей наци автор назвал The Art of Loving, отсылая тем самым к «Искусству любви» Овидия.

Фрески помпейских лупанариев и пристойное изображение Афродиты Анадиомены — «выходящей из моря» — одинаково привлекают и восхищают мужчин, любящих,

Автономное учреждение Ханты-Мансийского  
автономного округа — Югры

## «Советская районная больница»

приглашает на постоянную работу врачей  
следующих специальностей:

- ♦ врача общей практики
- ♦ терапевта участкового для работы в сельской местности
- ♦ ортодонта
- ♦ акушера-гинеколога (стационар)
- ♦ уролога
- ♦ неонатолога
- ♦ кардиолога
- ♦ анестезиолога-реаниматолога
- ♦ врача по спортивной медицине.

Местность приравнена к районам Крайнего Севера,  
предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок (34675) 34-120.

Резюме с указанием контактных телефонов присылать  
по факсу 8 (34675) 31-573 или по адресу:

г. Советский, ул. Киевская, 33,  
ХМАО — Югра 628240.

E-mail: sovhospital@mail.ru

## Исследования

## Ближе к истокам...

Исследование немецких учёных показало, что у детей, спавших в течение первых 3 месяцев своей жизни на шкурах животных, значительно снижен риск развития аллергических реакций. Полученные данные были представлены на Международном конгрессе Европейского респираторного общества в Мюнхене. Это свидетельствует о том, что воздействие микробной среды, содержащейся на коже и мехе животных, защищает маленьких детей от развития астмы и аллергии в будущем.

Одно из предыдущих исследований по данной тематике показало, что постоянное присутствие в доме собаки способствует повышению численности бактерий Lactobacillus johnsonii в кишечнике, что положительно влияет на состав кишечной микрофлоры ребёнка и снижает остроту иммунной реакции на аллергены. В новом же исследовании учёные проанализировали, как от рождения и до 10-летнего возраста менялось состояние здоровья городских детей, спавших на шкурах по меньшей мере в течение первых 3 месяцев после рождения. Всего в исследовании были рассмотрены данные 2441 здорового от рождения ребёнка; 55% из них спали на шкуре животного.

Результаты исследования показали, что сон ребёнка на шкуре оказался связан со сниженным риском возникновения факторов, ведущих к развитию бронхиальной астмы. Так, вероятность приобрести данное заболевание в возрасте 6 лет оказалась на 79%

ниже у тех детей, которые вскоре после рождения спали на шкуре животных, по сравнению со второй группой детей. К 10-летнему возрасту этот риск снизился на 41%.

«Предыдущие исследования показали, что микробы, найденные в сельской местности, могут защищать от развития астмы. Шкура животных также может быть резервуаром различных видов микроорганизмов. Полученные нами результаты подтвердили необходимость дальнейшего исследования микробного сообщества в мехе животных для уточнения выявленной связи», — отметила один из авторов исследования Кристина Тишер, научный сотрудник исследовательского центра Гельмгольца в Мюнхене.

Иными словами: чем раньше мы сталкиваемся с тем или иным аллергеном, тем меньшую опасность он представляет для нас в будущем.

Марк ВИНТЕР.

Мюнхен.

Иван ЛАРИН.

По материалам PNAS.



12 апреля — День космонавтики

# Приляжем на дорожку

## Космонавты полетят на Марс в анабиозе

**Американское космическое агентство НАСА, которое намеревается высадить первых людей на Марсе в 2030 г., серьёзно рассматривает идею о том, чтобы отправить астронавтов к Красной планете в состоянии анабиоза или стазиса.**

Снизив температуру «ядра» тела и замедлив метаболизм, астронавтов погрузят в режим глубокого сна, что позволит им легче — как физически, так и психологически — перенести 180-дневное путешествие, а НАСА сможет сэкономить на конструкции космического корабля, топливе и питании.

«Это одна из опций, которая даст возможность людям поехать на Марс быстрее, дешевле и раньше», — говорит президент компании Spaceworks Enterprises Inc., с которой НАСА заключило контракт на проектирование капсулы, способной поддерживать астронавтов в состоянии стазиса, Джон Брэдфорд.

Стазис с 2003 г. широко применяется в лечении пациентов с травмами головного и спинного мозга. Подавая в человеческий организм жидкость внутривенно и разместив человека на охлаждённых гелевых подушках, медики могут вызвать у него терапевтическую гипотермию, при которой температура «ядра» тела опускается до 32-34°C, при этом замедляется метаболизм.

С помощью этого метода лечили десятки тысяч человек в критическом состоянии, в том числе и из-

вестного гонщика Михаэля Шумахера, получившего травму головы во время катания на горных лыжах.

Обычно этот метод используют максимум в течение недели. Но Spaceworks, которая получила грант в размере 100 тыс. долл. от НАСА, исследует возможность долгосрочного применения метода во время полёта астронавтов на Марс. Путешествие может занять 6 месяцев, отмечает издание. Один астронавт останется в сознании,

чтобы присматривать за экипажем и космическим аппаратом.

Эта технология позволит существенно сэкономить пространство космического корабля.

«Это что-то, что мы видели в кино, но в данном случае речь идёт о технологии, которая уже существует. Это происходит в больницах каждый день, и НАСА может извлечь из этого пользу, приспособив под свои цели», — говорит Брэдфорд.

Кстати

## До Красной планеты можно не долететь

Группа выпускников Массачусетского технологического института обращает внимание на некоторые «уязвимости» проекта Mars One, предполагающего запуск экспедиции на Марс не позднее 2024 г. Самая серьёзная из них состоит в том, что через 68 дней после взлёта её участники «начнут умирать» из-за несовершенства системы снабжения кислородом. Об этом свидетельствуют материалы некоего «35-страничного доклада».

Кислород организаторы экспедиции планируют вырабатывать с помощью растений. «К тому моменту, как созреет первый урожай пшеницы, уровень кислорода в атмосфере сделает её пожароопасной, а если колонисты попытаются сравить кислород, они неизбежно выпустят и азот (ни одна из существующих на сегодняшний день систем не способна разделять эти два газа), что приведёт либо к смерти от удушья, либо к уничтожению среды обитания и удушью уже после прибытия на планету», — аргументируют авторы доклада.

Кроме того, они полагают, что организаторы недооценивают объём снаряжения, которое космонавтам придётся взять с собой, а также психологические проблемы, связанные с долгим совместным пребыванием в замкнутом пространстве и скудным выбором еды.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам Times, Independent.

Исследования

# Всюду деньги

## Мозг зависит от... зарплаты родителей

**В наследство от богатых родителей дети получают не только солидный куш в банке — им ещё достаётся большой мозг. Таковы результаты исследования, показавшие, что буквально каждый лишний фунт или доллар на счету родителей трансформируется в лишние граммы серого вещества их детей. Особенно это касается участков мозга, отвечающих за владение языками и иные высокоорганизованные функции.**

Авторы исследования изучили мозг более тысячи американских детей и подростков в возрасте от 3 до 20 лет, сравнивая при этом такие факторы, как уровень доходов и образования их родителей. В результате выяснилась удивительная закономерность: чем выше был доход у родителей, тем больше мозг у ребёнка, причём самой заметной была разница у людей с малым достатком, где буквально каждый лишний доллар давал ощутимую прибавку к объёму мозга.

— Мы всегда знали, что бедность — это проблема, — призналась одна из авторов исследования, профессор Детской больницы

Лос-Анджелеса Элизабет Соуэлл, — но теперь мы ещё и увидели физическое подтверждение этому фактору на примере мозга. — В семьях с годовым доходом 25 тыс. долл. или ниже объём мозга у детей в среднем на 6% меньше, чем в семьях, зарабатывающих 150 тыс. и более, — пояснила она. — Казалось бы, разница не так уж велика, но она гораздо заметнее у детей из семей, испытывающих большие материальные затруднения.

«Люди с приличным достатком могут позволить себе покупать хорошие продукты, — говорит профессор Соуэлл, — они могут позволить себе хороший дом в

хорошем районе, и они могут дать детям лучшее образование».

Учёные обнаружили также зависимость между образованием родителей и объёмом мозга их детей, когда каждый лишний год, проведённый взрослыми в вузе, давал увеличение поверхности мозга ребёнка. Сейчас они расширили эксперимент и предоставляют малоимущим родителям стипендии для продолжения обучения, чтобы выяснить, возымеет ли это эффект на их детей.

Впрочем, как признаёт профессор Соуэлл, говорить о том, что если вы родились в бедной или богатой семье, то ваша судьба заранее predetermined, не приходится. «Даже в беднейших семьях есть дети, чей мозг не уступает по размерам мозгу ребёнка из семьи с доходом в 300 тысяч», — указывает она.

В ходе исследования выявилась ещё одна любопытная способность мозга к значительным изменениям в ходе времени. «Мозг не статичен, — говорит профессор Соуэлл, — и если вы бедны, это вовсе не значит, что ваш мозг всю жизнь будет отставать в размере. Значение внешнего воздействия никак нельзя недооценивать».

Борис НИВКИН.  
По материалам Times.

# Многая скорбь...

**Британские исследователи из Уорикского университета обнаружили, что высокий уровень образования позволяет человеку больше зарабатывать, однако не делает его счастливее.**

Учёные отметили важность этих выводов, так как социально-экономические факторы довольно часто связывают с психическим

здоровьем, а это в теории связано с благополучием человека и в конечном счёте — общества. Специалисты провели аналогию, что если образование связано с психическим здоровьем, то хорошее образование должно благотворно влиять на самоощущение человека. Сюда же можно отнести финансы. Но в реальности всё происходит иначе. Оказалось,

что уровень образования никак не влиял на самоощущение. То есть образование не помогает людям чувствовать себя в обществе увереннее, результативнее в нём функционировать. А именно эти показатели очень важны для ощущения счастья.

Борис БЕРКУТ.  
По информации medecinform.net

Ракурс

# Фиаско Йошки Фишера

## Хочешь набрать вес — сбрось его

**Значение этого принципа, давно ставшего аксиомой для американских политиков, стали осознавать и многие их коллеги по всему миру.**

В 1996 г. он решил начать новую жизнь: сел на строгую диету, полностью отказался от мяса и алкоголя и активно занялся спортом.

Результат не заставил себя ждать:



Прошли те времена, когда образ немецкого политика ассоциировался с тучным мужчиной вроде Гельмута Коля. Сегодня избиратели отдают предпочтение динамичным, стройным, спортивным. И на политические мероприятия являются не в просторных костюмах и платьях-балахонах, а в стильных, эффектно облегающих фигуру джинсах. По результатам социологических опросов, во время выборов американские избиратели чаще отдают голоса стройным политикам, нежели тучным.

В последние годы в Германии полку политических деятелей, ведущих активный образ жизни, постоянно прибывает. Чтобы убедиться в этом, достаточно заглянуть в аккаунты депутатов бундестага в социальных сетях: в списках их увлечений фигурируют велоспорт, пляжный волейбол и бег на длинные дистанции.

Одной из первых ласточек в этом смысле стал бывший министр иностранных дел и вице-канцлер Германии Йошка Фишер.

за 2 года «зелёный» политик похудел на 37 кг и преобразился до неузнаваемости: в 56-летнем возрасте из грузного превратился в молодого, стройного, мускулистого мужчину. В правительстве федерального канцлера Герхарда Шрёдера по популярности Фишеру не было равных. И отнюдь не последнюю роль тут играл его активный образ жизни.

...После громкой визовой аферы, когда обнаружились массовые злоупотребления при выдаче разрешений на въезд в Германию, политическая карьера Фишера пошла на убыль, хотя он лично в этом замешан не был.

В довершение всего от Фишера в тот период ушла четвёртая по счёту молодая жена. И недавний любимец избирателей постепенно «опустил крылья» — прекратил занятия спортом, снова начал злоупотреблять и попивать вино. В итоге он опять раздался и утратил былую молодцеватость...

Юрий ЦХЕМСКИЙ.  
По сообщению Der Spiegel.

Осторожно!

# Дозы музыки...



**Люди должны ограничивать прослушивание музыки до часа в день, чтобы защитить себя от ухудшения слуха. Об этом официально заявила Всемирная организация здравоохранения.**

Согласно данным ВОЗ, более миллиарда подростков и молодых людей подвергаются риску снижения слуха из-за ежедневного прослушивания слишком громкой музыки. Плееры с наушниками, рок-концерты, дискотеки с громкой музыкой представляют серьёзную угрозу для здоровья слуха.

Специалисты сообщили, что 43 млн человек потеряли слух в возрасте от 12 до 35 лет, и эти показатели продолжают расти. По-

ловина людей в этой группе имеют высокий или средний достаток, они пострадали из-за своих персональных аудиосистем. Между тем 40% подвергались очень громкому звуку в клубах и барах.

Эксперты обеспокоены данной тенденцией. Доля подростков в США с потерей слуха увеличилась с 3,5% в 1994 г. до 5,3% в 2006 г. Специалисты считают, что необходимо шире распространять информацию о вредном воздействии громкой музыки на слух, а также предпринимать меры по ограничению подростков в прослушивании громкой музыки более часа в день.

Валентин СТАРОСТИН.  
По материалам who.int



**Музыка Александра Скрябина стала тем промежуточным звеном, которое расположилось между романтикой символизма и тревожными ожиданиями экспрессионизма. «Боже, что это была за музыка! Симфония беспрерывно рушилась и обваливалась, как город под артиллерийским огнём, и вся строилась и росла из обломков и разрушений», – писал Борис Пастернак, вспоминая 1903 г., когда он стал свидетелем написания Третьей симфонии – «Божественной поэмы».**

#### В стилистике Бальмонта

Мысль любого композитора доходит до нас благодаря его музыке, которую мы весьма часто интерпретируем более или менее произвольно. Но помимо музыкальных произведений нам нередко остаются и другие артефакты, созданные мастером, например его письма. Буквы, складывающиеся в слова и мысли, могут либо подтвердить, либо опровергнуть то впечатление, которое генерирует музыка. Ранние письма Скрябина обнаруживают его выраженную символично-романтическую выпренность: «Зеркальная поверхность воды отражала в себе небесный свод, а на одной половине горизонта не было заметно, где этот свод кончается и где начинается воображение. Казалось, что мы находились в центре громадного голубого шара, и эта спокойная бледная голубая даль раскрывала свои объятия мысли, уносившейся в бесконечность на лучах брошенного взгляда... так иногда зарождается мечта, и розовый луч надежды ласкает её, но восстаёт зло и рассеивает её в необъятном мире жизни». Это – стилистика Бальмонта:

*...Туда, где холодные волны  
Ещё нерождённых ключей  
Бледнеют, кристально  
безмолвны,  
И грезят о чарах лучей, –  
Где белые призраки дремлют,  
Где Время сдержало полёт,  
И ветру звенящему внемлют  
Лишь звёзды, да тучи,  
да лёд...*

Скрябин писал и стихотворные либретто, которые обнаруживают ту же бальмонтовскую манеру, отличную от скрябинских виршей только сугубо поэтическим мастерством.

#### Неудавшийся пианист

В молодости Скрябин был подающим большие надежды пианистом и собирался связать свою жизнь с карьерой концертующего музыканта, но его маленькая кисть ставила перед ним очень непростые технические задачи. В неустанных попытках их решения музыкант занимался сутками напролёт, и это привело к тому, что в 1888 г. он переиграл руку, ретепируя сложные в техническом отношении пьесы, требующие помимо техники ещё и исключительной силы звучания.

Помощь докторов и заботы многолетнего скрябинского мецената М.Беляева вначале помогли преодолеть последствия этой травмы. Восстановив работоспособность руки, композитор с женой уехал за границу, где зарабатывал на жизнь, исполняя преимущественно собственные сочинения. Но в 1892 г. состояние правой руки снова ухудшилось, что сопровождалось у Скрябина обилием «чёрных мыслей», тревогой, «душевым разладом».

К этим печалям добавлялись и другие. Известный музыкальный критик Н.Финдензейн писал о его исполнительской манере: «Как исполнитель г-н Скрябин стоит ниже среднего уровня. Его сухой слабый тон, жёсткий деревянный удар, постная, механическая, лишённая почти всякой нюансировки игра... Фортепиано вязло в оркестре, как в болоте...» Это мнение представляется тем более объективным, что несколько позже Финдензейн стал одним из горячих приверженцев музыки

Все эти inferнальные построения поражают своим масштабом, грандиозностью и... нелепостью. Они выглядят почти так же, как конструкции парафренического бреда величия. Мегаломаническим идеям Скрябина современники, успевшие по привычке ко многим странным вещам, случавшимся в искусстве в эту пёструю эпоху, дивились регулярно. И мысль о психическом расстройстве композитора неоднократно всплывает в мемуарах о нём. Многие из очевидцев

Менее близкие Скрябину люди замечают без обиняков: «некоторые считали его сумасшедшим» (жена Н.Римского-Корсакова). «Появление новых замыслов сопровождалось у него обычно острым нервным возбуждением... он ни с кем не говорил, и когда его о чём-нибудь спрашивали, даже сразу не мог ответить. В такие дни он мог оставаться один и по ночам доходил до галлюцинаций...» «Для него самое слово «безумие» было не ужасным, а едва ли не желательным. Он от-

носясь к своей музыке лишь как к аккомпанементу этой Вселенской Мистерии. То, что Скрябин бессознательно сам ощущал уязвимость своей музыки, соорудив вокруг неё массивный опорный каркас, косвенным образом подтверждает его апломб, который был присущ композитору с молодости (впрочем, для этого были некоторые основания, хотя бы – малая золотая медаль, присуждённая ему после окончания Московской консерватории).

Римский-Корсаков даже на-

#### Болезни великих

# Звавший к безумию

100 лет назад умер выдающийся русский композитор Александр Скрябин

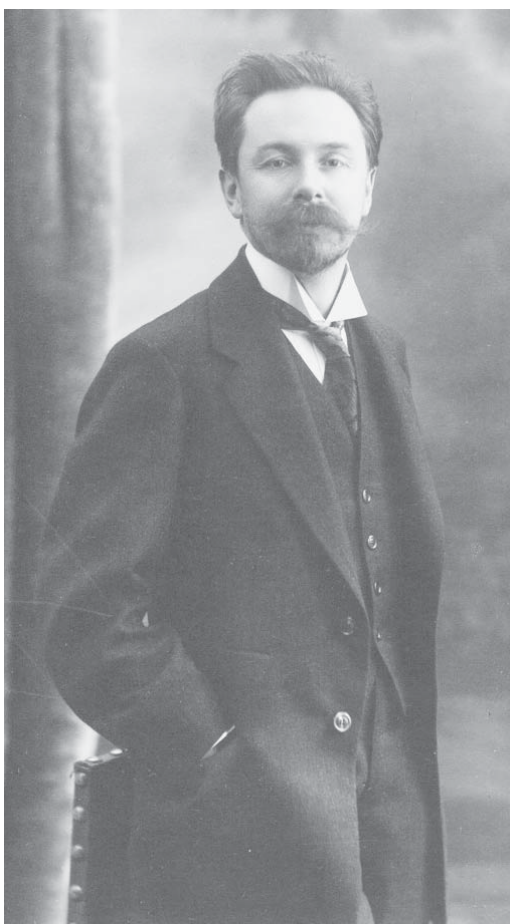
ки Скрябина-композитора. Но исполнительская карьера музыканта выглядела всё более проблематичной. В течение некоторого времени он вообще не выступал.

Музыка Скрябина была лишь небольшим сектором мирового музыкального пространства, за пределами которого простирались иные миры, малодоступные отныне этому музыканту. И его произведения – в сравнении с ними – могли выглядеть авангардными, новаторскими, ультрасовременными и пр., но они не обладали тем, что было в творениях мастеров, которых Скрябин хотел бы исполнять как пианист, но – не мог.

Возможно, композитору помешала завершить целостную концепцию его ранняя смерть, но, скорее всего, он и при более благоприятном исходе не достроил бы это масштабное сооружение, заставляющее вспомнить размах Р.Вагнера.

#### Феномен соскальзывания

Главное сочинение композитора должно было носить название «Мистерия». Скрябин считал, что этим произведением «будет завершён нынешний цикл существования мира», а «Мировой Дух соединится с косной Материей» (синтетическое творчество предопределило синтетическую концепцию, а идеологическая незавершённость вылилась в неоконченный труд) в некоем «космическом эротическом акте», что символически «уничтожит нынешнюю Вселенную», расчистив место для сотворения мира нового. Сугубо музыкальное новаторство композитора, которое особенно ярко проявилось в 1903-1909 гг., сам Скрябин считал второстепенным, призванным для служения основной – космической – цели. С этой точки зрения, его главные произведения – «Поэма Экстаза» и «Прометей» – не что иное, как предисловие («Предварительное действие») или описание средствами музыкального языка, того, как именно всё будет происходить во время свершения «Мистерии» при соединении Мирового Духа и Материи.



отмечают эмоциональную эйфоричность Скрябина, «имеющую слегка патологический оттенок», истероформность его поведения, инфантилизм суждений, немотивированные смены настроения, мнительность и ипохондричность, парадоксальность его взглядов, доходившую до амбивалентности, нараставший год от года аутизм. На этом полиморфном фоне периодически вспыхивали идеи о собственной обречённости и – в то же время – великом предназначении и всемирной роли, которую композитор должен сыграть в истории планеты.

«Мистериальный замысел Скрябина есть безумие», – прямо говорил муж сестры композитора, музыковед и философ Б.Шлёцер, подчёркивая чувство «ужаса», возникшее у него по мере попыток постижения этого замысла. Музыковед и композитор Л.Сабанев, почти по-психиатрически отмечая логические скачки в мышлении Скрябина, по существу, фиксирует у него такой феномен, как соскальзывание. И это говорили люди, хорошо знавшие композитора, любившие его самого, высоко ценившие его музыку и регулярно с ним общавши-

кровенно звал к безумию, к сгоранию в каком-то огне...»

В скрябинской сонате «К пламени» регулярно повторяется навязчиво-настырный музыкальный приём – постоянный рефрен одной и той же мелодико-ритмической конструкции из двух нот, от которой автору не удаётся отделаться вплоть до самого финала. Эта пара нот, многократно вспыхивающая по ходу исполнения пьесы, выглядит как неврозоподобный навязчивый ритуал, демаскируя ещё одну психическую особенность композитора – обсессивный синдром, проявлявшийся у него мизофобией – боязнью загрязнения, из-за чего Скрябин не брал в руки денег, с пристрастием мыл руки, часто не снимал перчаток, иногда даже в тех случаях, когда играл на рояле (в последнее, впрочем, верится с трудом). Комплекс особенностей композитора, могущих быть интерпретированными как патологические симптомы, широк и разнообразен.

#### На границе территории психопатологии

Композитор Н.Мяковский, в творчестве которого влияние Скрябина хорошо заметно, писал: «Скрябин прежде всего не завершитель, а гениальный искатель новых путей, и хотя исходит по миросозерцанию из того же, но более окрылённого оптимизма, что и Бетховен, но при помощи совершенно нового языка он открывает пред нами такие необычайные, ещё не могущие даже быть осознанными эмоциональные перспективы, такие высоты духовного просветления, что вырастает в наших глазах до явления всемирной значительности». И эта цитата последователя Скрябина верифицирует системную незаконченность и принципиальную вторичность интеллектуального аспекта в творчестве композитора.

Знаменательно то, что Скрябин в своём творчестве сам отводил собственной музыке второстепенную роль, полагая своим главным достижением космическую идею единения Мирового Духа и Материи, от-

зывал его «изломанным, рисующимся и самомнящим», что не помешало мэтру позже сфотографироваться у рояля, на пюпитре которого стояла партитура скрябинской симфонии. Но хорошо известно, что именно вызывающее поведение человека часто скрывает его внутреннюю неуверенность, которую обладатель оной маскирует таким образом не только от окружающих, но и от самого себя. Может быть, оттого скрябинская музыка требовала от автора легитимации самоутверждения при помощи подручных средств, лежащих в других сферах творчества и досказывающих то, что ему не удалось произнести на языке нот.

Скрябин хотел бы брать чужие ноты, но вынужден был писать свои. Он рассчитывал высказываться как пианист, но попытки исполнения чужой музыки в соответствии с указаниями её авторов приводили к тому, что он либо в очередной раз переигрывал руку, либо просто не мог эталонно исполнять эти произведения, играя «нечисто» (не оттого ли мизофобия и пресловутые перчатки?), чаще, чем хотелось, промазывая мимо нот и не будучи в состоянии адекватно интерпретировать чужой текст. Исполнительские особенности Скрябина становились преградой между чужой музыкальной идеей и её реализацией. Композитор сочинял музыку, которая не убеждала его самого, но ему больше ничего не оставалось, кроме как говорить самостоятельно, попутно уверяя самого себя в особой значимости и величии своего музыкального текста. Двигаясь этим путём, Скрябин забрёл на территорию, сопредельную с психопатологией, а может быть, и перешагнул эту грань.

Но композитор оказался шире любых границ – между стилями, эпохами, жанрами, философиями, продемонстрировав относительность и условность любых подобных демаркаций для подлинного таланта, который всегда шире заданных рамок, эстетических программ и идеологических концепций. Гений сам устанавливает правила, благодаря чему перешагивает не только эти грани, но и годы.

**Игорь ЯКУШЕВ,**  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.  
Архангельск.



Лакмусом человечности общества можно назвать дальнюю дорогу. Воистину нет лучшего индикатора нашему поведению, чем поездка на машине за тысячи километров, скажем, из Павлодара в Харьков. Вспоминаю путешествие 30-летней давности, которое помогает понять, какими мы были вчера.

Сама неблизкая и продолжительная командировка осуществилась лишь благодаря гуманному отношению к моему желанию – получить удостоверение иглорефлексотерапевта. Дело в том, что для применения у нас китайской иглы как метода дальневосточной медицины требовался в 80-е годы ещё и документ о прохождении спецкурса. Восточной терапии не обучали в середине прошлого века в Казахстане, да и по всему Союзу насчитывались единицы подобных кафедр, одна из них действовала в Украине.

Помог мне мой студенческий город. По ходатайству моего учителя, профессора Карагандинского медицинского института Владлена Мироновича Карлинского его друзья из Алма-Аты выслали мне путёвку на трёхмесячные курсы в Международном украинском институте усовершенствования врачей. Оформив командировку, взяв вторым пилотом своего брата – известного моим землякам художника и скульптора Бота Машрапова, в один из последних жарких дней начала осени 1984 г. мы отправились на «москвиче» в дальний путь – в Европу.

Казус за недельную дорогу до Харькова случился лишь однажды. Шли на Челябинск, когда обнаружили нарастающие проблемы со сцеплением. Для снятия коробки передач в дорожных условиях требовались эстакада и специальный инструмент. Ночь напролёт двигались без остановок с расстроенным приводом сцепления, лишней раз не переключая скорость. В пригород индустриального города заехали спозаранку и сразу увидели гаражный комплекс частных автовладельцев. Заметив, как кто-то уже выгнал машину и закрывал гараж, мы сразу к нему и подкатили. Выслушав нас, хозяин гаража тотчас вновь его открыл, вынес инструменты и, снова запирая, указал отдушину, в которую просил вложить инструменты при выезде. Мало того, он провёл нас до первого проулка, где около ограды его знакомых была эстакада. Хозяев дома не оказалось, тогда он сходил к соседям и предупредил их о том, что мы «свои».

Выходной день входил в свои права, появились прохожие, к нам под машину стали заглядывать любопытствующие. Уже один присоединился к ремонт-

А ещё был случай

# Дорога — тест на человечность



ным работам, другой взялся двигатель приподнять, третий к соседу сбегал, у которого был бородок, чтобы накернить два винта. Неопишимо было испытание нами с братом ощущение человеческого желания помочь неизвестным людям, заехавшим издалека на машине с необычным номерным знаком, и, конечно, чувство огромной нашей ответной благодарности...

По прибытии в Харьков я устроился в международном общежитии, а брат отправился поездом домой.

Как правило, после завтрака мы втроём с моими соседями по комнате – сокурсниками садились в машину и, успевая посещать лекции, практические занятия, в остальное время знакомились с достопримечательностями удивительного старинного города.

Большинство моих сокурсников впервые держали дальневосточную иглу и быстро поняли, что я иглотерапией уже владею, а приехал сюда, чтобы приобрести официальный документ на редкую в моих краях в те годы квалификацию. Когда шёл завершающий месяц обучения – декабрь, курсанты преподнесли мне сюрприз и похотатайствовали перед заведующей кафедрой о разрешении мне досрочно завершить занятия, чтобы я успел встретить Новый год дома.

Тут же поездом из Павлодара вернулся мой брат. А какие замечательные проводы устроили нам мои собратья-курсанты!

Украину мы покидали в дождь, который при въезде в Россию перейдёт в туман, в Уральских горах – в гололёд и завершится в Казахстане

бураном в ночь и сильным морозом ясного последнего дня «круиза».

Когда миновали Белгород и дорога пошла на Старый Оскол, мы не удержались отклониться в сторону Прохоровки – очень хотелось побывать на знаменитой Курской дуге. Стоило здесь побывать, чтобы прочувствовать дух величайшей битвы советского воина против вопиющей бесчеловечности.

Как ни спешили домой, но первая незапланированная остановка случилась после того, как подобрали шагавшего вдоль обочины в попутном направлении молодого человека. Не могли мы не поспособствовать зимой пешему путешественнику. Он возвращался к своим одиноким родителям после службы в морфлоте. Узнав про это, мы и вовсе загорелись желанием обрадовать его родителей неожиданным явлением их brave сына, хоть деревня и располагалась за десятки километров в сторону от нашей трассы, как запомнилось, над высоким крутым яром живописного берега Волги. Уж как они были рады, как они благодарили нас! Накормили, конечно, и дали нам в дорогу свежего молока.

Может, нынче всё это называется проявлением человечности, но тогда для нас такое поведение было естественным.

Впереди нас ждали затяжные подъёмы и спуски по обледенелым склонам Уральских гор, за которыми предполагалась единственная запланированная передышка, на чём настоял мой сокурсник Валентин. В Челябинске жила его семья, которой он поручил нас приветить. Кроме того, Валентин предупредил своего друга – начальника отдела всемирно извест-

ного Челябинского тракторного завода, поэтому по прибытии в этот город наш «москвич» тотчас забрали для капитального техосмотра, а к обеду следующего дня вернули обслуженный по высшему разряду.

Дальше мы ехали практически без остановок. Подкармливали друг друга на ходу, спали в салоне по очереди тоже на ходу.

Если из дома мы выехали практически ещё летом, в жаркий день, то возвращались уже под Новый год. Зимняя дорога не обошлась без курьёзов, мы дважды побывали в кювете, один раз ещё в Европе, после Воронежа. В те годы шипованной резиной массово ещё не пользовались, но глубокой зимней ночью дорога была безлюдной, что позволяло и по гололёду держать приемлемую для «москвича» скорость.

Впереди уже виднелись огни города Ельца, и мы старались не прозевать перекрёсток. Тем не менее развилка на Елец и Липецк явилась столь неожиданным, что мы чуть с задержкой поняли, что вписаться в поворот не получится. И тормозить по гололёду уже опоздали, так и въехали по прямой в чистое поле. Из снежного плена в нескольких метрах от дороги самостоятельно было не выбраться.

Тотчас, будто по воле Всевышнего, со стороны города мы заметили приближающуюся одинокую машину. Въехав на перекрёсток, машина свернула именно в нашу сторону, о чём засвидетельствовало направление освещения её фар. Однако проскочила нас, хотя брат успел помахать. Через сотню метров она так при тормозила, развернулась и подъехала к тому месту, откуда мы проигнорировали развилку. Из «жигулей» высыпала ватага ребятишек: «Дяденьки, вам помочь?» Выяснилось, что их родители где-то хорошо гуляют, и мальчишки, воспользовавшись их доброжелательным состоянием, выпросили новенькие «жигули» покатаются.

Второй казус случился уже на родной трассе Караганда – Павлодар. Крепко нам достался этот участок пути без единого следа какого-либо транспорта на перемётах. Пробив сходу пару сугробов, из третьего пришло выкапываться. И так всю ночь в надежде, что буран не успеет окончательно замести дорогу. После бессонной ночи без единой встречной машины, будто никого не было на всём свете,

кроме нас двоих, мы не могли отказать себе немного поспать.

На ветру в мороз выключить хоть на минутку двигатель не было и речи. «Москвич» оставили на обочине против ветра, помня о том, что в противном случае можно угореть от выхлопных газов. Брат лишь пересел за руль – была его очередь, и мы моментально уснули после таких-то тревог и напряжений. Проснулись от стука по водительскому стеклу, в салон сквозь наледь заглядывало тревожное лицо, пытавшееся рассмотреть пассажиров. Когда мы зашевелились, оно немедленно засияло в радостной улыбке: «Живы! А я в Караганду еду, гляжу, «москвич» стоит, серия родная – земляки, и мотор работает, и вы не шевелитесь. Как я струхнул!»

Распрощались. Брат тронулся, да спросонья забыл о гололёде: в каком направлении заехали на дорожное полотно, туда и повело непослушную машину. Пролетели кювет и плотно при-сугробились вне дороги.

Сразу стало ясно, что выручить теперь мог только КамАЗ и обязательно с прицепом. Пришлось дожидаться нужного транспорта, зато за это время и полотно успело подсохнуть под лучами зимнего солнца, что очень свойственно нашему Казахстану с резко континентальным климатом. Масса серьёзного транспорта уверенно оставалась на асфальте, когда двухосный прицеп, поддав задним ходом, водитель буквально свесил в кювет, и мы без проблем достали от него тросом задний мост нашей машины. Стоило видеть, как могучая машина без натуги, словно занозу, вынула наш «москвичок» со дна кювета.

До дому оставалось 6 часов уверенного хода. Новый 1985 год я встретил дома с женой и двухгодовалым сыном.

Через пару недель после возвращения с Украины почта доставила мне фотографию нашей группы, а вместе с ней и желанное удостоверение о присвоении квалификации иглорефлексотерапевта, к чему прилагалось трогательное письмо от выпускников нашего курса, отправивших мне бандероль и тоже затем разбегавшихся по своим домам.

Нынче, при современных дорогах и имея иномарку, совершить тот же путь можно намного проще и быстрее. Однако интересно было бы сравнить степень нашей человечности в те и эти годы. Что же касается, например, удостоверения, то их всяких нынче можно приобрести на свободном рынке. Не отсюда ли сегодня и столько «специалистов» вместо профессионалов?

**Биктуар МАШРАПОВ,**  
невролог, психотерапевт,  
иглорефлексотерапевт.

Павлодар.

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

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

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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, 8-925-437-53-98.  
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, Москва 129110.  
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-03-00477  
Тираж 31 168 экз.  
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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