23 ЯНВАРЯ 2015 г. ПЯПНИЦА № 4 (7526) ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДА ОСНОВАНО В 1893 ГОДУ. ВЫХОДИТ ПО СРЕДАМ И ПЯТН РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАЗ WWW.mgzt

№ 4 (7526)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Перемены -

В новый год с новым ремонтом

В Алтайской краевой детской больнице для пациентов создают настоящий комфорт



Серьёзное обновление произошло в гастроэнтерологическом отделении Алтайской краевой клинической детской больницы. Ремонтные работы были начаты в ноябре, а уже к 31 декабря сюда вернулись пациенты и медперсонал. На днях на торжество по случаю новоселья пригласили и гостей.

- Можно сказать, что везде, где дети находятся на круглосуточном лечении, проведено обновление. Из краевого бюджета на ремонтные работы выделено 10 млн руб., - сообщил главный врач больницы Константин Смирнов.

Уютная обстановка в палате очень помогает алтайским педиатрам в лечении их маленьких пациентов

- Раньше в палатах было до 8 человек, сегодня - не более 3. При этом мы сохранили коечный фонд и смогли создать более комфортные условия для больных. Это очень важно, потому что есть очень тяжёлые пациенты, которые находятся на длительном лечении. И здесь каждая мелочь, касающаяся комфорта и уюта, имеет очень большое значение, - пояснила заведующая гастроэнтерологическим отделением Людмила Новикова. – А вскоре мы

порадуем маленьких пациентов открытием игровой комнаты.

Важно и то, что в отделении детей готовят к операциям по трансплантации почки, на которые их по квотам отправляют в Москву.

Специалисты отмечают, что Алтайский край входит в пятёрку регионов России с хорошей подготовкой детей к трансплантации.

> Алёна ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Санитарная зона —

Лихорадки Эбола не выявлено

Как сообщил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай в связи с информацией о подозрении на возможный случай лихорадки Эбола у пассажирки, прибывшей из Парижа, можно сказать уверенно, что какихлибо специфических симптомов, характерных для этого заболевания, у данной гражданки не выявлено. В настоящее время она направлена для прохождения более глубокого обследования в инфекционную клиническую больницу № 1 Москвы с предварительным диагнозом «вирусная

Вероятность того, что проявившееся у пациентки недомогание является следствием развития болезни, вызываемой вирусом Эбола, крайне невелика. Все необходимые санитарно-эпидемиологические меры проведены в полном объёме. Сейчас ее состояние оценивается как удовлетворительное.

Между тем число жертв вируса Эболы достигло 8429. Об этом сообщает агентство Reuters со ссылкой на данные Всемирной организации здравоохранения. Ещё 21 296 человек заражены. Отмечается, что в последние дни в Либерии не было зафиксировано ни одного нового случая заболевания.

Ранее стало известно, что в Либерии прогнозируют конец вспышки лихорадки Эбола к июню 2015 г.

Также сообщается, что в Сьерра-Леоне в настоящее время имеются все необходимые средства для того, чтобы остановить распространение лихорадки.

Павел АЛЕКСЕЕВ. **МИА Cito!**

Профилактика ———

Вначале было слово...

Как известно, 2015 г. объявлен в России годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями – основной причиной смертности и инвалидизации людей в стране. Лекцию, посвящённую этой теме, прочитала заместитель председателя Правительства Кабардино-Балкарской Республики – министр здравоохранения Ирма Шетова. Плановое мероприятие прошло в Республиканской клинической больнице, а слушателями были неврологи, терапевты, кардиологи, эндокринологи поликлинического звена и стационаров Кабардино-Балкарии.

И.Шетова подчеркнула, что повышение уровня знаний по данной тематике важно для врачей многих специальностей, поскольку так или иначе каждый специалист сталкивается в своей практике с больным, имеющим факторы риска сосудистой патологии, и с пациентами, уже перенёсшими сосудистый эпизод. Важно, чтобы врачи напоминали своим пациентам о последствиях табакокурения, гиподинамии, ожирения; чтобы давали разъяснения о том, как распознать первые симптомы инсульта и что делать, если удар всё-таки произошёл. Она отметила, что впервые в 2014 г. удалось добиться снижения смертности за счёт реализации в Кабардино-Балкарии сосудистой программы, но возможен лучший результат, и информированность населения о первых симптомах сосудистой катастрофы, факторах риска её развития и алгоритме действий в случае развития инсульта или инфаркта миокарда - немаловажная составляющая успеха терапии.

В течение года ведущие специалисты сосудистого центра и первичных сосудистых отделений также проведут занятия в лечебных учреждениях республики, в которых доступно опишут алгоритм действий при первых признаках развития сосудистого заболевания; осветят новейшие подходы к диагностике и лечению; расскажут о необходимости проведения первичной и вторичной профилактики инсультов и инфарктов миокарда.

> Рубен КАЗАРЯН, спец. корр. «МГ».

Нальчик.

(Беседу специального корреспондента «МГ» с министром здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Ирмой Шетовой читайте на стр. 5.)

СЕГОДНЯ В «МГ»

Новые подходы позволят службе наркоконтроля работать на опережение.

Стр. 4

«Сахарная» болезнь: у опасного порога, за которым пропасть

Стр. 6

Как и зачем делить таблетку на части.

Стр. 7

Конспект врача. Синдром Марфана и похожие болезни. Колото-резаное ранение шеи.

Стр. 8-9

Размышления вокруг экологии нашего быта.

Стр. 12

Москва.

Hobocmu

Безработица медикам не грозит

«В рамках реформы московского здравоохранения врачей не столько сокращают, сколько предлагают им поменять специализацию на более востребованную, – заявил на днях мэр Москвы Сергей Собянин. – Если у нас недостаток терапевтов, мы предлагаем переучиться на терапевтов, если у нас нехватка хирургов – на хирургов. И внутри каждой клиники они балансируют свой кадровый состав, чтобы сделать помощь доступной и качественной, а не просто выбросить людей на улицу», – подчеркнул столичный глава.

С.Собянин также отметил, что за время реформы в Центр занятости, находящийся в городской поликлинике № 5, обратились свыше 600 медицинских работников, тогда как банк вакансий в сфере здравоохранения и фармацевтики столичного региона составляет более 18 тыс. предложений.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

«Медицина будущего» покорилась южноуральцам

Молодые учёные – медики Челябинска, приняли участие во всероссийском молодёжном инновационном конкурсе «У.М.Н.И.К.» и стали победителями в номинации «Медицина будущего».

Свой инновационный проект в сфере онкологии представили на суд жюри сотрудники Челябинского областного онкодиспансера, горбольницы № 2 Миасса. Учёные объединили усилия и подготовили научную работу, посвящённую онкоскринингу рака предстательной железы в ограниченном контингенте.

Исследование с помощью тест-кассет прошли на одном из предприятий Челябинской области более тысячи мужчин в возрасте от 40 до 75 лет. В результате, по словам врача Челябинского областного онкодиспансера Евгения Киприянова, впервые зарегистрировано 4 случая рака предстательной железы, а 20 южноуральцам потребовалось комплексное исследование.

Работа онкологов была отмечена дипломом победителя и грантом в размере 400 тыс. руб. Данные средства пойдут на дальнейшую разработку и внедрение пилотной программы онкоскрининга в масштабах Южного Урала.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Рейтинг возглавила «нарушитель»

Женщиной года признал один популярный европейский журнал врача из Красноярска Алевтину Хориняк. Редакция издания поясняет, что «это не оценочный рейтинг, а выбор редакции из 10 женщин, за которыми мы следили в ушедшем году».

Как известно, Алевтина Хориняк получила известность после того, как в 2009 г. выписала два рецепта на сильнодействующий препарат трамадол больному, страдавшему тяжёлой формой онкологического заболевания. Суть претензий, которые предъявили ей правоохранительные органы, – пациент не был прикреплён к поликлинике, где работала Хориняк. Соответственно она не имела права выписывать ему лекарство.

Нарушение выявили сотрудники краевого Управления ФСКН, проверявшие тогда местные аптеки. Результаты их проверки стали основанием для возбуждения уголовного дела.

В 2013 г. Алевтину Хориняк осудили по двум статьям УК РФ «Подделка документов» и «Незаконный оборот сильнодействующих веществ с целью сбыта» и приговорили к 15 тыс. руб. штрафа. Однако осенью того же года суд Красноярского края вынес решение о пересмотре дела в новом составе суда. Вскоре суд поддержал сторону защиты о полном оправдании подсудимой.

По мнению адвоката врача, в деле Алевтины Хориняк ошибку допустили органы предварительного следствия.

Москва.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Иностранцев проверят на инфекции

В Чукотском автономном округе утверждён перечень медицинских организаций, уполномоченных оказывать иностранцам медицинские услуги, необходимые для получения патента на осуществление трудовой деятельности. Кроме того, в округе определены учреждения, которые займутся выдачей документов, подтверждающих отсутствие у граждан других государств инфекционных заболеваний и наркотической зависимости.

С 1 января 2015 г. данные функции начали выполнять Чукотская окружная больница, межрайонные медицинские центры в Билибино и Эгвекиноте, а также районные больницы Провидения, Певека, Лаврентия. Перечни учреждений утверждены распоряжением Правительства Чукотского автономного округа.

Также указанные организации уполномочены выдавать иностранцам сертификаты об отсутствии заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека.

Анадырь.

Николай РУДКОВСКИЙ.

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

Тенденции -

Примут по выходным

И это должно стать для москвичей привычным

Столичные власти реализовывают идею о приёме населения в городских поликлиниках по выходным дням. Предполагается, что данное решение поможет в условиях большой занятости москвичей на работе.

«Мы делаем субботу и воскресенье более доступными как для взрослых, так и детей, - отметил глава Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. - Данное нововведение должно заработать в течение месяца-полутора, - подчеркнул он. - Наши коллеги в настоящее время изучают потребность и желания москвичей записываться в поликлиники по субботам. Мы же со своей стороны готовы удовлетворить любую прихоть столичных жителей в этом вопросе», - резюмировал чиновник.

В настоящее время столичный регион насчитывает 86 амбулаторных холдингов (400 объединённых поликлиник). Кроме того, ранее сообщалось, что власти



Скоро, возможно, на приём к любому специалисту московской поликлиники можно будет попасть и в выходной

Москвы выступили с инициативой открыть приём в столичных поликлиниках в выходные дни с целью прохождения диспансеризации вне рабочего времени, однако никакого практического

применения эта идея до сих пор не получила.

Яков ЯНОВСКИЙ. МИА Cito!

Москва.

Npushahue –

Лучший молодой учёный

Он себя ещё покажет в Страсбурге

Ассистент кафедры госпитальной хирургии Амурской государственной медицинской академии кандидат медицинских наук Сергей Аникин получил главный приз II Всероссийского симпозиума молодых учёных по современным проблемам хирургии и хирургической онкологии — стажировку по эндоскопической хирургии в Страсбурге в нынешнем году.

П Всероссийский симпозиум молодых учёных «Современные проблемы хирургии и хирургической онкологии» проходил на базе Медицинского центра Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. Его организаторы – Институт хирургии им. А.В.Вишневского, МГУ им. М.В.Ломоносова, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Московский клинический научный центр при поддержке Российского общества хирургов.



За 2 рабочих дня на 7 секциях было представлено 65 докладов. Президиум секций состоял из ведущих специалистов страны. Подавляющее большинство докладов выполнены научными сотрудниками – молодыми учёными из ведущих учреждений РФ. Кроме того, ряд работ был представлен иностранными учёными из Бело-

руссии и Ганы. На секциях «Анестезиология и интенсивная терапия», «Общая, реконструктивная и экспериментальная хирургия», «Эндоскопическая хирургия» специалисты соответствующих отраслей выступили с лекциями по актуальным вопросам медицины – хирургическому сепсису, лечению пищевода Барретта, реконструкции молочной железы в онкопластической хирургии.

Свою работу, выполненную под руководством профессора АГМА Валерия Янового, Сергей Аникин представил в виде доклада. В его основе лежали некоторые результаты диссертационной работы по функциональной хирургии «низкого» рака прямой кишки. Выступление молодого амурского учёного-медика получило самую высокую оценку президиума.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото автора.

Сотрудничество

Объединил могучий Иртыш

Из казахстанского Павлодара вернулись в российский Омск студенты Омского областного медицинского колледжа.

Учащиеся группы M202 отделения «Сестринское дело» этого среднего специального учебного заведения ездили в город ближнего зарубежья не на экскурсию, а на учебную стажировку в Павлодарском медицинском колледже.

Ребята пополняли свои знания по теме «Организация сестринского процесса при заболеваниях органов дыхания». Занятия, как они рассказали, вернувшись домой, проводились не только в ка-

бинетах доклинической практики колледжа, но и в стационарных и амбулаторных учреждениях здравоохранения Павлодара.

Но были ещё и внеучебные мероприятия, также предусмотренные в рамках международного сотрудничества между Павлодарским и Омским медицинскими колледжами. Омских гостей водили в музеи и достопримечательные места Павлодара, познакомили с культурами народов, проживающих в Павлодарской области.

– Наши ребята, проходя стажировку в Павлодаре, показали хороший уровень знаний и умений

по изучаемым темам на теоретических и практических занятиях, судя по оценкам и грамотам, какими их наградили, – довольна результатами стажировки заместитель директора Омского областного медицинского колледжа Наталья Моисеенко.

Такого же мнения и педагоги медицинского колледжа Павлодарской области Республики Казахстан, учащиеся которого вновь приедут на стажировку в Омск весной 2015 г.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск

Nmosu u nposhosh ----

«Частник» накачивает мускулы

В ушедшем году доля услуг, оказываемых частными клиниками по тарифам обязательного медицинского страхования, увеличилась на целую четверть. Этот факт прозвучал на рабочем совещании вице-губернатора Ольги Казанской с руководителями частных медицинских организаций в Смольном.

Участники встречи, среди которых председатель Комитета по здравоохранению Валерий Колабутин, директор территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга Александр Кужель, генеральный директор Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга Александр Солонин и представители двух десятков негосударственных медицинских компаний, не без удовлетворения констатировали. что в последнее время возрос удельный вес узкоспециализированных и высокотехнологичных пособий в перечне лечебно-диагностических услуг, предлагаемых жителям города «частниками», и по

большому счёту и пациентов и контролирующие органы устраивает их качество. Лучшим доказательством подъёма частного сектора служит статистика: ежедневно порог 130 различных центров, учреждённых для ведения медицинского бизнеса, переступают свыше 22 тыс. петербуржцев, а в год их услугами пользуются почти 7 млн человек.

Благодаря открытому диалогу между исполнительными органами государственной власти и частными клиниками в нашем городе удалось наладить эффективное взаимодействие по различным направлениям оказания услуг: первичная и специализированная медицинская помощь, лабораторные и высокотехнологичные исследования и многое другое. Частная медицина помогает нам решать проблемы дефицита некоторых видов помощи и заметно повысить планку её качества, - сказала на совещании О.Казанская.

Вице-губернатор напомнила участникам разговора и о том, что полгода назад была утверждена Государственная программа развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 2015-2020 гг., выполнение которой не может не придать дополнительную динамику партнёрским взаимоотношениям администрации города с частными клиниками.

Для развития смешанной системы здравоохранения чрезвычайно важно, чтобы все её субъекты, включая частную медицину, работали в тесном симбиозе. Исходя из этого посыла, собравшиеся не ограничились заострением сугубо корпоративных проблем, а обсудили текущую экономическую ситуацию в стране, спрогнозировали влияние на привлечение инвестиций в медицинскую отрасль и поделились мнениями в отношении проекта стратегии развития национального здравоохранения на долгосрочный период.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

| Pewehus -

Медизделия впредь с рук не купишь

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал Постановление Правительства № 6 от 05.01.2015 «О внесении изменений в Правила продажи отдельных видов товаров», которое вводит запрет на разносную торговлю медицинскими изделиями.

Документ вступил в силу и отныне торговля медицинскими изделиями вне стационарных мест, в местах работы и учёбы, на транспорте или на улице запрещена. Продажа их может осуществляться только в стационарных местах.

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения уже обеспечила повышение качества и доступности медицинской помощи, в том числе за счёт

внедрения современных методов диагностики и лечения. Это оказывает существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности населения, в том числе на достижение показателей, утверждённых Указом Президента РФ № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

Как ранее сообщалось, на заседании Правительства РФ принято также распоряжение о финансировании из федерального бюджета закупок лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания в регионах и городе Байконур в 2015 г. на 30 млрд 105,5 млн руб.

Валентин Малов. MИA Cito!

Официально —

Дело не в ориентации, а в специфике болезни

Пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай, в связи с поступающими вопросами относительно применения постановления Правительства РФ «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских ограничений к управлению транспортным средством» сообщает следующее:

- Как следует из указанного постановления Правительства РФ, само по себе наличие психического расстройства или расстройства поведения не является противопоказанием к управлению транспортным средством, – пояснил он. – Исключение составляет лишь наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Доля пациентов с такими проявлениями психических расстройств в общих контингентах

лиц, страдающих психическими расстройствами, невелика и зависит от конкретного заболевания. В частности, в группе «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (коды МКБ-10 F60-F69) они составляют не более 1%.

Наличие таких расстройств как медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством предусматривалось советским и предусматривается российским законодательством уже более 50 лет, и в этой части указанное постановление Правительства РФ не вносит изменений как в существующий перечень противопоказаний к управлению транспортным средством, так и в порядок определения наличия этих противопоказаний.

Степень выраженности психических расстройств у данной категории пациентов, а также необходимость применения психотропных лекарственных препаратов, существенным образом меняющих психические реакции, делают невозможным управление транспортным средством как источником повышенной опасности.

Такой подход является гибким и позволяет людям с психическими расстройствами, течение которых не носит хронического и затяжного характера с тяжёлыми стойкими болезненными проявлениями, в возможно большей степени участвовать в жизни общества.

Отдельно отметим, что сексуальная ориентация человека не имеет к данным заболеваниям никакого отношения: в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) она не является психическим расстройством и расстройством поведения.

Павел АЛЕКСЕЕВ. МИА Cito!

Москва.

Hy u ny!

Коллеги бывают и такие...



В Ростове-на-Дону полицией задержана врач одной из городских больниц.

Она похитила у своих коллег банковские карты и успела снять с них 38 тыс. руб., каким-то неведомым образом узнав секретные цифровые коды.

Самое интересное, что её задержали у банкомата в момент, когда

она снимала деньги, потому что она привлекла внимание сотрудников правоохранительных органов своим вешним видом: на голову злоумышленница надела чёрный чулок, чтобы, видимо, скрыть своё лицо от видеокамеры.

> Павел АЛЕКСЕЕВ. МИА Cito!

Ростов-на-Дону.

100 строк на размышление

В Министерстве здравоохранения РФ разработали проект приказа, устанавливающего новые типовые отраслевые нормы времени для посещения врача-специалиста. Так, на выполнение в амбулаторных условиях «трудовых действий по оказанию медицинской помощи» педиатрам и терапевтам теперь отводится 15 минут. Приём офтальмолога должен проходить в течение 14 минут, оториноларинголога – 16, врача общей практики (семейного врача) – 18. По 22 минуты будет приходиться на приём невролога и акушерагинеколога.

Как говорится, время пошло. Справедливости ради надо сказать, что раньше нормативы были еще меньше. Тем не менее попытаемся на примере терапевтического приёма понять всю «прелесть» временного регламента, предлагаемого на утверждение законодательно.

Сомнительная идея

Итак, на первичный приём, осуществляемый терапевтом отведено целых 15 мин. Однако, как показывает практика, этого времени зачастую не хватает даже на полноценный сбор анамнеза у пациента. А ведь правильно собранный анамнез при условии хорошо развитого клинического мышления у специалиста — это уже на половину правильно поставленный клинический диагноз.

Очевидно, что 15 минут в данном вопросе – катастрофически мало. Ведь врач должен, помимо всего прочего, банально понравиться пациенту, вызвать доверие у последнего, чтобы элементарно его разговорить. А между тем процесс присмотра друг к другу в такой ситуации на 100% взаимен. Если доктор

не сумел расположить к себе больного в ходе первых нескольких минут знакомства, фиаско в лечебно-диагностическом процессе практически обеспечено. Пациент «закроется», и никакого комплаенса (следования советам специалиста) не будет.

«Лечить нужно не болезнь, а больного» – каждый медик слышал об этом не раз. Но надо еще и отчитаться. Факт приёма (запись в амбулаторной карте) – есть, поставленный диагноз – есть, назначенное лечение, анализы, консультации специалиста – есть. Вся эта бумажная работа также требует времени. Терапевт укладывается в щедро выделенное время – вообще выше всяческих похвал. Отрасль «на коне».

Примечательно, что 30-35%

отведённого на общение с пациентом времени предназначено для заполнения медицинской документации. Таким образом, у терапевта есть целых 10 минут на то, чтобы познакомиться с пациентом, глубоко вникнуть в основные его жалобы, изучить его (если таковые имеются) выписки из историй болезни, поставить диагноз и назначить лечение, не говоря уже о дополнительных методах исследования или же консультации узкого специалиста. Времени более чем достаточно, правда ведь?

Любой здравомыслящий практик в данном случае отметит половинчатость вышеизложенной инициативы. Приём пациента не должен быть ограничен никакими временными рамками. Каждый

отдельный случай – индивидуален!

Однако, думается, в случае терапевтов именно невысокий профессионализм наших врачей первичного амбулаторного звена послужил катализатором для рождения сомнительных идей. Ведь терапевтами практически никогда не выставляются редкие диагнозы. В подавляющем большинстве случаев всё стандартно: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма и т.д. Фактически идёт переписывание предыдущего диагноза и переназначение указанных при выписке из стационара медикаментов. Без особого погружения в проблемы пациента. Для этого и 5 минут хватит – заполнить бумаги и отпустить на все 4 стороны.

...А воз и ныне там...

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

№ 4 · 23. 1. 2015

Запрет на оборот новых синтетических психотропных

наркотиков – так называемых спайсов предусматривает на территории России проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», принятый Госдумой РФ в первом

Противодействовать обороту

За принятие этого законопроекта, внесённого в парламент Президентом РФ и направленного на противодействие обороту новых психоактивных веществ, в нижней палате парламента при необходимом кворуме 226 проголосовали 443 депутата. Распространение спайсов предусматривает наказание в виде лишения свободы сроком до 8 лет, а лицам, употребляющим синтетические наркотики, грозит административная ответственность.

Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) предоставляется право запрещать новые синтетические психотропные наркотики, она будет обязана составлять их реестр, который должен публиковаться, в том числе, в Интернете. Причём попадать в такой список эти вещества будут даже по единичному случаю их использования.

Как сообщил полномочный представитель Президента РФ в Государственной Думе Гарри Минх, представивший законопроект депутатам, в период с 2011 по 2013 г. в стране было выявлено 734 новых синтетических наркотика, а количество преступлений, связанных с их незаконным оборотом, возросло в этом году по сравнению с 2013 г. на 4,8%.

«Ситуация дошла до критического состояния, если мы не предпримем действий», – заявил Г.Минх.

Депутат Николай Коломейцев убеждён, что в проекте нового закона не нашли отражения все необходимые мероприятия, в частности, касающиеся энергетических напитков и пивного сусла. Они вызывают привыкание и должны рассматриваться как биологическое оружие, поэтому «слишком мягкие меры в законопроекте стоит ужесточить», но сам законопроект поддержать, считает первый заместитель председателя думского Комитета по бюджету и налогам, член

Перспективы

Ситуация дошла до критической...

Руководством страны готовятся меры, позволяющие службе наркоконтроля работать на опережение



Зелье готово к употреблению

Комиссии Госдумы РФ по рассмотрению расходов федерального бюлжета, направленных на обеспечение национальной обороны, национальной безопасности и правоохранительной деятельности.

А депутат Олег Нилов «для торговцев смертью» предложил «полную конфискацию имущества». «Нужно найти деньги на ЛТП» для 8 млн наркоманов, «без отсечения тела этой гидры мы не справимся с этой опасностью», объяснил депутат свою позицию, добавив, что сокращающиеся в Москве медицинские учреждения надо перепрофилировать на помощь таким больным.

Промедление смерти подобно!

Президентом РФ предложены меры, которые позволят службе наркоконтроля работать на опережение, заявила журналистам председатель Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Ирина Яровая, комментируя внесённый главой государства законопроект. По её словам. организованная преступность работает очень оперативно по созданию новых видов дизайнерских и синтетических наркотиков. «И это есть тот самый случай, когда промедление смерти подобно», – убеждена депутат.

«Появляется возможность оперативного внесения любых психоактивных веществ в запрещённый перечень по факту даже единичного потребления, подтверждённого медицинским заключением», - пояснила И. Яровая. То есть, считает она, в России «фактически незамедлительно психоактивные вещества будут признаваться вне закона, а за их распространение будет установлена уголовная ответственность». «Ответственность, безусловно, будет ниже, чем за распространение наркотиков и аналоговых веществ, - отметила парламентарий. - Но нужно понимать, что в течение 2 лет с момента включения вещества в список психоактивных, когда необходимо будет принять решение о включении или нет того или иного вещества в перечень

наркотических, в любом случае уголовная ответственность будет наступать».

Напомнив, что сегодня на российском теневом рынке распространяется свыше 700 видов так называемых синтетических, дизайнерских наркотиков, И.Яровая отметила, что «только 44 из них включены в официальный перечень наркотических средств». «Поэтому мы, безусловно, поддерживаем инициативу Президента и полагаем, что наш опыт может быть использован странами - участницами ОДКБ, – сказала депутат. – Более того, полагаем, что возможно введение унифицированных списков по факту появления новых дизайнерских наркотиков, поставляемых на территории указанных государств. Это позволит ещё более оперативно реагировать и принимать меры на пресечение такого рода преступной деятельности».

Необходимое послесловие

В то же время в России, как заявила на заседании коллегии ФСКН заместитель главы Минздрава России Татьяна Яковлева, не хватает специалистов, работающих в медицинских учреждениях для лечения наркозависимых. «Сегодня у нас есть 4 отдельных центра по лечению наркозависимых и ещё более 100 при различных учреждениях. Но там наблюдается нехватка персонала. Например, психологи нередко вынуждены брать на себя другие обязанности», - рассказала заместитель министра.

Т.Яковлева подчеркнула, что в России назрела необходимость создания госучреждений по бесплатной реабилитации наркоманов. «У нас нет ни одного государственного учреждения, где бы оказывалась бесплатная помощь по реабилитации и ресоциализации, однако есть огромное число подобных частных организаций. При этом треть из них создана различными религиозными организациями», - отметила представитель Минздрава.

Заместитель министра, как сообщил ТАСС, обратила внимание, что Министерство здравоохранения РФ совместно с ФСКН намерено и дальше добиваться от правительства и парламента принятия госпрограммы по ресоциализации и реабилитации наркоманов.

> Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ». Фото из архива ТАСС.

Когда номер готовился к печати. Правительство РФ включило компоненты спайсов в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых запрещён на территории страны. Соответствующее постановление, как сообщается на сайте кабмина, подписал премьер-министр Дмитрий

Речь идёт о таких веществах, как метиловый эфир 3-метил-2-/1-бензил-1Н-индазол-3-карбоксамидо/бутановой кислоты; метиловый эфир 3-метил-2-/1-бензил-1Н-индол-3-карбоксамидо/ бутановой кислоты и их производных. Эти вещества входят в состав спайсов, но ранее не были включены в перечень средств, подлежащих контролю.

«В рамках проведения органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ оперативно-профилактических мероприятий по пресечению незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ зафиксированы случаи обнаружения указанных веществ на территориях Кировской, Владимирской, Оренбургской и Смоленской областей, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Зафиксированы случаи отравления этим синтетическим веществом, закончившиеся летальным исходом», - отмечается в сообщении на правительственном сайте.

От отравления спайсами в регионах страны погибли более 40 человек, более 2 тыс. пострадали.

Истрая тема

В нашей стране появились новые штрафы работников бы. Им в вину вменяется то, что срок годности компонента крови определяется без учёта срока годности системы гемоконтейнеров для её заготовки. Инкриминируется нарушение правил использования медицинских изделий. Штраф врачу 5 тыс. руб., больнице – 40 тыс. руб.

А ведь ошибка контролёров заключается в неверном прочтении ГОСТ Р 51622-2000 (ИСО 3826-93) «Контейнеры полимерные для крови и её компонентов однократного применения. Технические требования. Методы испытаний» (с 1 января 2015 г. заменён на ΓΟCT 31597-2012 (ISO 3826:1993) «Контейнеры полимерные для крови и её компонентов однократного применения. Технические требования. Методы испытаний», модифицированный по отношению к международному стандарту

Кошмар для трансфузиологов

Этим, оказывается, чреваты трудности перевода

ISO 3826:1993 «Полимерные разборные контейнеры для человеческой крови и её компонентов»).

Данный ГОСТ содержит определение «3.4 срок хранения: Период времени между датой стерилизации и датой, после которой контейнер нельзя использовать для взятия крови». Именно взятия. донации, заготовки крови. После этого наступает новый срок - хранения консервированной крови и её компонентов.

Формулировка первоисточника ещё понятнее: «Shelf-life - period between the date of sterilization and expiry date after which the plastics container(s) should not be used for the collection of blood». Перевод: «Срок хранения - период между датой стерилизации и датой истечения срока годности, после которого пластиковые контейнеры не должны использоваться для заготовки крови».

Между тем срок хранения гемоконтейнера определяется сохранностью жидкости - антикоагулянта, предназначенного для стабилизации, консервирования крови. В процессе хранения идёт выпаривание влаги антикоагулянта через пластик и увеличение концентрации вплоть до полного высыхания и кристаллизации. Консервированную кровь делят на компоненты, хранящиеся в разных условиях разные сроки. Согласно установленному Правительством РФ техническому регламенту, дольше хранятся замороженные компоненты крови: плазма - 36 месяцев, эритроциты – до 10 лет. Срок хранения контейнеров разных производителей - 2-3 года. Правительство ошиблось?

Простые аргументы в пользу

здравого смысла: 1. Консервирующий кровь раствор полноценен в течение срока хранения. После заготовки консервированная кровь и приготовленные из неё компоненты хранятся в собственных, регламентированных, разных режимах, обеспечивающих их биологическую полноценность. Напрашивается аналогия: истечение срока годности принятого полгода назад лекарства не требует проспективного уничтожения пациента.

2. Незаметно прошло столетие замечательного открытия в 1914 г.

Валимом Юревичем стабилизирующего кровь действия цитрата натрия. Как же работала служба крови все эти годы без штрафов?

3. Так работает весь мир. Следуя логике наших контролёров, на планете нужно уничтожить не только донорскую кровь, но и миллионы доз пуповинной крови. которые десятилетиями хранятся в пластиковых контейнерах. А всех хранителей - оштрафовать.

Просьба к Росздравнадзору прислушаться. Трансфузиологи, если их не кошмарить, будут работать ещё лучше.

Евгений ЖИБУРТ,

председатель совета Российской ассоциации трансфузиологов.

Многие проблемы здравоохранения Кабардино-Балкарии накапливались годами. А решить большинство из них позволила несколько лет назад принятая региональная программа модернизации здравоохранения. О том, как в республике выстраивается трёхуровневая модель, удаётся ли обеспечить доступность медицинской помощи, беседа специального корреспондента «МГ» Алексея ПАПЫРИНА с заместителем председателя Правительства Кабардино-Балкарской Республики министром здравоохранения региона Ирмой ШЕТОВОЙ.

- Ирма Мухамедовна, показатели функционирования всей системы здравоохранения во многом зависят от положения дел в первичном звене. Как вы оцениваете его работу в ушедшем году?
- Если в 2013 г. работа Минздрава республики была направлена на оптимизацию, реорганизацию и повышение эффективности лечебного процесса первичного здравоохранения республики, то 2014 г. стал годом укрепления материально-технической базы. Реализован самый масштабный за последние десятилетия республиканский проект строительства 42 фельдшерскоакушерских пунктов и 10 амбулаторий. Уже сейчас руководители центральных районных больниц преобразуют некоторые ФАПы в амбулатории, чтобы развернуть койки дневного стационара, что повысит доступность медицинской помощи для жителей сельской местности, численность которых составляет более 40% населения республики.
- Что можно сказать об обеспеченности кадрами поликлиник и врачебных амбулаторий, ФАПов?
- Дефицит во врачебных кадрах на сегодня 683 человека. Нужны педиатры, фтизиатры, участковые терапевты... Очень помогла программа «Земский доктор», многие молодые врачи с большим энтузиазмом откликнулись и сейчас успешно работают. Есть даже такие, которые специально вернулись из московских клиник, чтобы быть ближе к семье, родителям. В этом году Минздрав подписал контракты с 88 молодыми врачами, удалось обеспечить специалистами населённые пункты, где долгое время не было ни терапевта, ни педиатра. За время участия в программе трудоустроено ещё 136 специалистов. Кроме того, министерством разработана программа поддержки врачей дефицитных специальностей, которая включает как финансовые доплаты, так и государственную поддержку в ипотечном кредитовании, правительство республики рассматривает возможность её реализации в ближайшие годы.
- Удаётся ли построить трёхуровневую систему здравоохранения?

- Конечно. Не забывайте, Кабардино-Балкария всегда была одной из популярных курортных зон советского периода с профильными реабилитационными направлениями. Санатории Приэльбрусья и Долинска были и остаются частью достаточно развитой системы здравоохранения. Упадок произошёл в постперестроечные годы, но ни одно учреждение здравоохранения не было закрыто, все сохранили. Поэтому сейчас, когда проведена модернизация, завершена реорганизация структуры оказания первичной медико-санитарной помощи, построены

новые ФАПы и амбулатории, когда высокотехнологичная и специализированная медицинская помощь оказывается сразу в нескольких республиканских учреждениях: Республиканской клинической больнице, региональном сосудистом центре, кардиоцентре, перинатальном центре, мы можем констатировать, что трёхуровневая система в республике действует и развивается. Например, центральная районная больница Урванского района недавно получила статус межрайонного центра, поскольку уровень оказания медицинской помощи по таким профилям, как

жение по сравнению с уровнем предыдущих лет показателя младенческой смертности: 2012 г. – 8,6, 2013 г. – 6,8; по итогам 10 месяцев 2014 г. есть снижение на 11,6%, что составило 6,1 на тысячу родившихся живыми (Северо-Кавказский федеральный округ – 11,5, $P\Phi$ – 7,5).

Во-вторых, с целью создания единого детского лечебно-диагностического центра с полным циклом медицинской помощи по примеру передовых клиник в 2014 г. осуществлено присоединение городской детской поликлиники № 2 к Республиканской детской клинической

имодействие амбулаторного и стационарного звена регионального здравоохранения?

- Коечный фонд на сегодня составляет 7571 единицу, тогда как необходимое количество коек для реализации территориальной программы государственных гарантий республики равно 6440. К требуемому нормативу необходимо было прийти ещё в конце 2012 г., но по объективным причинам этого не удалось сделать. Принимая во внимание сложившиеся стереотипы в отношении лечения в круглосуточных стационарах, процесс оптимизации прово-

17,6% уменьшилось количество запущенных случаев злокачественных новообразований от общего числа впервые выявленных больных. То есть это люди, у которых болезнь выявлена на ранней стадии, значит, лечение будет эффективным.

Как оказывается экстренная медицинская помощь больным в условиях горной местности?

- В минувшем году за счёт республиканского бюджета учреждения здравоохранения республики получили более 60 единиц специализированных автомобилей. 25 машин скорой помощи класса «А» направлены в центральные районные больницы, на баланс станций скорой помощи Нальчика и Баксана поступили 16 машин скорой помощи класса «Б». Семь реанимобилей класса «С» приобретены по федеральной программе совершенствования медицинской помощи при ДТП, а также за счёт республиканского бюджета. В Кабардино-Балкарии смертность от ДТП за 10 месяцев прошлого года составила 7 случаев на 100 тыс. населения, что значительно ниже общероссийского уровня - 13,9. В течение данного периода не было ни одного летального исхода во время транспортировки пострадавшего в стационар. Центр также получил автомобили повышенной проходимости для эксплуатации в высокогорных районах, что особенно актуально во время горнолыжного сезона, когда на курортах Приэльбрусья много туристов.

Масштабное пополнение парка медицинского транспорта, который не обновлялся с 2007 г. и был изношен более чем на 90%, позволило снять острый дефицит в машинах скорой помощи, в дальнейшем мы продолжим обновление спецтранспорта.

– И конечно, надо спросить, что делается в республике для профилактики заболеваний? Как в этой серьёзной работе участвует первичное звено здравоохранения?

- У нас активно функционируют центры здоровья - 2 взрослых и 1 детский, которые образованы по Национальному проекту «Здоровье». За 11 месяцев минувшего года в центры обратились 9050 взрослых, из них у 6033 выявлены факторы риска развития различных заболеваний. Обследовано 8608 школьников, факторы риска выявлены у 2352. Всем обследованным специалисты помогли скорректировать оптимальный рацион, допустимый уровень физических нагрузок.

Силами заинтересованных ведомств и общественных организаций при активной поддержке республиканских СМИ и телевидения организована широкая информационная кампания, проводятся массовые общереспубликанские акции, спортивные и культурно-просветительские мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни, формирование в обществе более бережного отношения к своему здоровью.

Особое внимание уделяется профилактике табакокурения как одного из самых опасных факторов риска целого ряда серьёзных заболеваний.

Принимаемые меры уже дают положительные результаты. По статистическим данным, продажа табачных изделий за январь – сентябрь 2014 г. составила 583,2 млн руб., что на 3,1% меньше аналогичного периода 2013 г. Мы, естественно, намерены продолжить пропаганду здорового образа жизни и в этом году.

Авторитетное мнение —

Прагматичный рецепт доступности

Нагрузка и ответственность первичного звена в Кабардино-Балкарии будет существенно возрастать



хирургия, офтальмология, гинекология, в учреждении таков, что к ним едут лечиться со всего Северного Кавказа, не говоря уже о жителях республики.

 Кабардино-Балкария может похвастать высокой рождаемостью. Планируется ли в регионе строительство новых детских поликлиник с учётом этого фактора?

– Да, действительно, наша республика относится к регионам с достаточно высокой рождаемостью, но вместе с тем у нас не наблюдается резких колебаний данного показателя, ежегодно в среднем рождается 13 тыс. детишек. Мы планируем строительство филиала детской поликлиники № 1, а пока занимаемся совершенствованием педиатрической службы республики.

Во-первых, готовимся к открытию в 2016 г. нового современного перинатального центра. На базе действующего за последние 2 года внедрены современные перинатальные технологии, обучаем неонатологов и врачей-акушеров на дорогостоящем оборудовании с привлечением специалистов ведущих российских центров. В центре выхаживают младенцев с экстремально низкой массой тела, выполняют сложные гинекологические операции. Специалисты перинатального центра курируют все родовспомогательные учреждения республики по соблюдению единых требований и стандартов. Результатом комплексной работы стало стабильное снибольнице. В минувшем году на завершение капитального ремонта в РДКБ из бюджета республики выделено 30 млн руб., что включает капитальный ремонт и увеличение площадей филиала детской поликлиники № 2 в Нальчике. Для больницы за счёт средств республиканского бюджета закуплены дорогостоящий мультифильтрат при остром диализе, 7 аппаратов ИВЛ, за счёт внебюджетных средств бронхоскоп.

 На ваш взгляд, не снизится ли доступность медицинской помощи, если крайне серьёзное внимание уделяется экономической эффек-

тивности каждого лечебного учреждения?

- Смотря что понимать под доступностью. Успех лечения зависит как от врача, так и от пациента, причём процесс должен идти активно с обеих сторон. Цель - предотвратить развитие тяжёлых заболеваний. Это задача первого и второго уровня системы здравоохранения. Но существующие стереотипы «предписывают» каждому заболевшему гражданину абсолютный покой и желательно в дорогостоящем круглосуточном стационаре. Это неправильно! Надо уйти от ситуации, когда, например, пациент с хроническим заболеванием при общем нормальном состоянии проходит в круглосуточном стационаре плановый курс лечения, в то время как тяжёлые больные ждут очереди. Необходимо сократить количество необоснованных госпитализаций в круглосуточные стационары и увеличить нагрузку на первичное звено. Именно дефицит доступности полноценной медицинской помощи в первичном звене порождает массу проблем на втором и третьем уровнях, которые ведут в конечном итоге к экономической стагнации учреждений. Поэтому ответ - нет, не снизится, если правильно расставить приоритеты и совершенствовать систему маршрутизации пациентов.

 Как идёт оптимизация существующей коечной сети?
 Удаётся ли внедрять стационарозамещающие технологии? Как осуществляется взадится поэтапно. Начиная с 2009 г. сокращены 1284 круглосуточные койки, в том числе 770 за 2013-2014 гг., что составило 60% от числа всех сокращённых коек и 65% от плана (1171 койка). Около 300 коек были преобразованы в койки дневного стационара. Процедура оптимизации будет продолжена с учётом анализа заболеваемости населения, обоснованности госпитализации на круглосуточную койку, выполнения индикативных показателей работы койки. В 2015-2017 гг. запланировано сокращение 670 круглосуточных коек.

Каждое крупное специализированное медучреждение республиканского уровня курирует районные профильные отделения, взаимодействует с врачами поликлиник, проводим их обучение, лекции читают как специалисты федеральных центров, так и кафедральные сотрудники медицинского факультета Кабардино-Балкарского госуниверситета. Специалисты сосудистого центра, например, отслеживают на амбулаторном этапе ведение своих пациентов, перенёсших инсульт, консультируют, корректируют назначения. Перинатальный центр внедрил телемедицину, чтобы в режиме онлайн оказывать консультации коллегам районных отделений в сложных случаях.

– Минздрав России возродил диспансеризацию взрослого населения в масштабах всей страны. Несколько слов о том, как выполняется задание по её проведению? Чем чаще болеют горцы?

– Чтобы охватить диспансеризацией как можно большее число жителей КБР, мы направляем в отдалённые населённые пункты, в том числе и высокогорные села, специально приобретённый передвижной диагностический модуль. В структуре заболеваний ведущее место занимают болезни системы кровообращения, эндокринная патология, онкологические заболевания. Отмечается рост заболеваемости - в целом в связи с повышением уровня выявляемости болезней в ходе диспансеризации и профосмотров. Так, за 10 месяцев прошлого года показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями вырос на 3,6% по отношению к 2013 г. При этом на

В Совете Федерации обсудили проблемы в оказании медицинской помощи и социальной поддержки больным сахарным диабетом. Отмечалось, что, несмотря на меры, предпринимаемые государством и системой здравоохранения, множество проблем в сфере медицинской и социальной помощи пациентам с этим тяжёлым заболеванием не решены. Среди них – отсутствие показателей его течения по стране и учёта ассоциированных с сахарным диабетом осложнений как причин смертности, низкий уровень диагностики и наличие множества факторов риска заболеваемости среди работающего населения. Кроме того, отмечалось на заседании экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Комплексный подход в оказании медицинской помощи и социальной поддержки больным сахарным диабетом» и пресс-конференции, необходимо иметь в виду проблемы учёта количества больных в связи с отсутствием обращения за медпомощью.

шении положения пациентов.

А председатель Комитета по здравоохранению Франко-российской торгово-промышленной палаты Кирилл Кузнецов особо отметил, что в современных условиях значительно возросли роль и востребованность проектов государственно-частного партнёрства. Это позволяет эффективно решать социально-экономические и общественно-значимые задачи, стоящие перед обществом.

ности от сахарного диабета и его осложнений;

– включить показатели течения сахарного диабета в индикаторы качества оказания медицинской помощи Минздрава России;

- принять меры по совершенствованию ранней диагностики сахарного диабета, в том числе путём включения в программу диспансеризации взрослого населения исследования крови на гликированный гемоглобин;

- обеспечить доступность

ей рекомендаций. Ведь Россия была одной из первых стран, присоединившихся к Резолюции ООН о сахарном диабете, принятой 20 декабря 2006 г. на 61-й Генеральной Ассамблее. А высокая смертность и растущая инвалидизация из-за потери конечностей, резкого снижения зрения и необходимости получать заместительную почечную терапию (гемодиализ) – все эти факторы приводят к большим экономическим затратам для

Более чем 382 млн человек на планете страдают сахарным диабетом, а это почти 6% взрослого населения. Это заболевание считается четвёртой из наиболее частых причин смерти в индустриально развитых странах. Смертность от болезней сердца и инсульта у таких больных в 2-3 раза чаще, чем среди на-

В России на 1 января 2014 г., по данным государственного регистра, было зарегистрировано около 4 млн больных. При этом реальная цифра значительно выше – по неофициальным оцен-

селения в целом, слепота – в 10 раз, нефропатия – в 12-15 раз, а гангрена нижних конечностей –

почти в 20 раз.

кам, более 9 млн.

Российское государство признаёт заболевание сахарным диабетом серьёзной проблемой в жизни человека и общества, основанием государственных обязательств в области медикосоциальной защиты граждан. Но. увы, несмотря на меры, предпринимаемые государством, здравоохранением и экспертным сообществом, существует множество нерешённых проблем в сфере медицинской и социальной помощи подобным пациентам, в том числе низкий уровень диагностики. Как следствие, заболеваемость растёт, а проблемы остаются...

Такой вот их «букет»...

Выступая на заседании совета, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Козлова обратила внимание на запуск федеральной программы по сахарному диабету и разработку соответствующих региональных программ. Эта работа, считает сенатор, должна вестись в соответствии с реализацией государственной политики в области медико-социальной защиты граждан, больных сахарным диабетом, она должна быть важнейшей областью деятельности органов законодательной и исполнительной власти, экспертного сообщества.

А председатель экспертного совета, директор Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ доктор медицинских наук Виталий Омельяновский сделал акцент на крайней необходимости всесторонне учитывать международный опыт борьбы с этим заболеванием. Он особо подчеркнул необходимость включения сахарного диабета в индикаторы качества оказания медицинской помощи населению РФ, что позволит вести независимый контроль и надзор за предоставляемой медицинской помощью.

Директор Института диабета, заместитель руководителя Эндокринологического научного центра по научной работе

Проблемы и решения

У опасного порога

«Сахарная» болезнь наступает, проблемы – не отступают



Ни дня без инсулина

Марина Шестакова убеждена: борьба с сахарным диабетом в России должна быть включена в национальные приоритеты. Результатами этого должны стать существенное увеличение продолжительности и улучшение качества жизни путём обеспечения специализированной медицинской и социальной помощью страдающих этим заболеванием пациентов, проведение профилактики заболевания и его поздних осложнений, привлечение для реализации этих задач достаточных материально-технических ресурсов.

Валерий Бузин – заместитель директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России – обратился к основным положениям национальной стратегии в области профилактики и лечения сахарного диабета. Она, как известно, направлена на сохранение и качественное улучшение здоровья российских граждан, страдающих этим заболеванием, защиты их прав и создания условий для полноценной жизни в обществе.

На таком важном вопросе, как права и обязанности пациентов с сахарным диабетом, подробно остановился специально уполномоченный посол по правам и обязанностям пациентов с сахарным диабетом Международной диабетической федерации Винтченс Вим. По его мнению, знание их, а главное – неукоснительное соблюдение, является очень важным фактором в улуч-

У французских компаний есть большая и успешная практика такого партнёрства. «Мы готовы предложить свой многолетний опыт взаимодействия с государством в разработке и реализации совместных программ в области здравоохранения, и в частности проектов в борьбе с эпидемией сахарного диабета, на благо российских граждан», – заявил К.Кузнецов.

Рекомендации есть, дело – за реализацией

По итогам заседания экспертный совет рекомендовал Федеральному собранию Российской Федерации рассмотреть вопрос о возможности принятия в нашей стране на основе модельного закона, принятого Межпарламентской ассамблеей государств-участников СНГ ещё 4 декабря 2004 г., закона об основах медико-социальной защиты граждан, больных сахарным диабетом.

Правительству РФ – разработать национальную стратегию борьбы с недугом, направленную на совершенствование его профилактики, диагностики и лечения, а также на внедрение мер по повышению качества жизни больных.

Министерству здравоохранения РФ предложено:

– рассмотреть вопрос о включении в целевые индикаторы и показатели Государственной программы «Развитие здравоохранения» показателя смерт-

инновационных препаратов для лечения сахарного диабета на основе комплексной оценки их применения для россиян;

- оказать поддержку развитию и совершенствованию Государственного регистра больных сахарным диабетом в стране;

- принять меры по совершенствованию подготовки специалистов в области лечения сахарного диабета, в том числе эндокринологов и медсестёр диабетологического профиля;

 организовать проведение терапевтического обучения больных сахар-

ным диабетом (школы диабета);

– разработать национальную программу социальной рекламы для средств массовой информации, направленную на повышение информированности населения о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью и других проблемах, связанных с заболеваемостью сахарным диабетом.

Исполнительным органам власти субъектов Федерации рекомендовано рассмотреть возможность разработки и утверждения в установленном порядке региональных программ оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом; принять меры по совершенствованию ранней лиагностики этого заболевания; в целях пропаганды здорового образа жизни и профилактики сахарного диабета привлечь к работе общественные организации и средства массовой информации.

...Исходя из Государственной программы «Развитие здравоохранения», устойчивое социально-экономическое развитие страны невозможно без эффективного функционирования всей сферы оказания медицинской помощи. Борьба с сахарным диабетом - один из очень важных факторов её эффективности, ведь, по оценкам экспертов, сегодня в России уровень заболеваемости им приблизился к эпидемическому порогу и может нести угрозу национальной безопасности.

Так что дело – за реализаци-

инновационных государства, с которыми невозпрепаратов для можно не считаться.

Между тем среди проблем, связанных с обеспечением качественной помощи больным, Л.Козлова упомянула и «несколько озадачивающую ситуацию» с сокращением эндокринологических коек в столице. Как сообщила заведующая организационно-методическим отделом Департамента здравоохранения Москвы Лариса Дорофеева, если до реформирования в отделениях эндокринологии насчитывали 745 коек, то сейчас в стационарах их осталось всего 445. В дневных стационарах терапевтического профиля подготовлено 1144 койки, однако достаточно ли этого для обеспечения больных полноценной помощью, пока неизвестно.

Как справедливо заметила зампредседателя сенатского комитета, как правило, необходимо просчитывать последствия таких сокращений заранее, а нынешний подход к реформированию столичного здравоохранения показывает непродуманность реформ. Тенденцию к уменьшению мест в стационарах можно было бы поддержать, сказала Л.Козлова, если бы доступность и качество помощи в амбулаторно-поликлиническом звене было возведено на должный уровень.

«Сперва надо было организовать первичную помощь, а уже потом сокращать стационарную, - убеждена сенатор. -Кроме того, государственная политика должна строиться таким образом, чтобы каждый руководитель нёс законодательную ответственность за те реформы, которые он проводит. Многие считают, что реформа по ликвидации стационаров в Москве - это инициатива Минздрава России, однако Министерство не согласно с этими преобразованиями. По мнению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, надо оптимизировать, а не сокращать коечный фонд. Речь идёт о том. чтобы реформировать помощь, переведя её в поликлинику, не нарушая её качество и доступность, а глобальное сокращение стационарного звена - местное решение московского правительства. Этот вопрос волнует всех, и Минздрав обратит на него внимание».

Иван ВЕТЛУГИН. МИА Cito!

Как повысить осведомлённость россиян об узловых аспектах деятельности здравоохранительной и фармацевтических отраслей? Этим вопросом озаботилась одна из крупнейших компаний-производителей дженериковых препаратов, не так давно дав старт в формате пресс-клуба регулярному диалогу профессиональных сообществ с работниками СМИ. Организаторы предоставили возможность собраться на новой образовательной площадке в Северной столице журналистам сразу из нескольких российских регионов – Ярославля, Архангельска, Великого Новгорода, Пскова, Калининграда, Санкт-Петербурга.

Темой дискуссии была выбрана проблема правильной дозировки лекарственных средств, чья актуальность бесспорна для большинства терапевтических областей. Как убеждён выступивший перед представителями прессы профессор кафедры клинической фармакологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Сергей Зырянов, идеальной терапией является та, которая практикует индивидуальный подход к пациенту, а достижение нужного результата зависит от многих факторов. причём эта зависимость сложная. Индивидуализация же терапии, полагает он, возможна при условии, когда на фармацевтическом рынке будут представлены препараты, которые благодаря особой

Ориентиры

Зачем таблетке четыре части?

О правильной дозировке лекарственных средств состоялся разговор врачей и журналистов



Дозировка лекарств - частая тема разговора в аптеке

форме дозировки позволяли бы подобрать точное количество действующего вещества.

На архиважности правильного дозирования препаратов настаивал в своём выступлении и профессор кафедры урологии 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Минздрава России Игорь Корнеев. В качестве наглядного

примера учёный-клиницист привёл проблему лекарственного лечения эректильной дисфункции – весьма распространённой патологии, которой в нашей стране, по данным недавно проведённого эпидемиологического исследования, страдает почти половина взрослого мужского населения. Подавляющее большинство мужчин считает зазорным беседовать с урологом «про это». А значит, врачам самим надлежит проявлять активность, пристрастнее проводить расспрос о «половом самочувствии», считает Игорь Алексеевич. И не только для того, чтобы применить свои знания и опыт к возвращению пациентам прежней радости интимной жизни. В настоящее время достоверно установлено, что эректильная дисфункция симптом таких заболеваний, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, доброкачественная гиперплазия простаты с нарушениями мочеиспускания и т.д.

Именно поэтому существует острая потребность в лекарственных формах, ориентированных на индивидуальный подбор дозы, которая необходима для точной коррекции половых расстройств. Умным решением один из ведущих петербургских экспертов назвал «сплиттехнологию», которая позволяет одним нажатием пальца поделить таблетку на четыре части и получить необходимую дозировку от 25 до 100 мг.

- При этом таблетка не крошится, не ломается, а равное количество действующего вещества во всех долях гарантировано, - суммировал плюсы такой технологии, незаменимой во многих областях практической медицины, И.Корнеев.

Мероприятие, где специалисты всесторонне освещали «затенённые» стороны проблемы правильной дозировки препаратов, представляли способы, позволяющие оптимизировать дозировку лекарственных средств, стало одним из ключевых медицинских событий уходящего года в Северо-Западном федеральном округе. Журналисты из 6 российских регионов получили развёрнутые комментарии экспертов на острую тему, и теперь, взглянув на все её грани глазами профессионалов, они будут говорить с читателем компетентно.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Тенденции -

Реабилитационный метод иппотерапии известен с древнейших времён. Особенно он эффективен для детей, страдающих нервно-психическими недугами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, чем и заинтересовал ещё в 2006 г. главного врача детской городской больницы № 4 Омска Людмилу Маслакову. И интерес этот не был праздным.

ДГБ-4 считается, выражаясь по-нынешнему, самой продвинутой среди вроде бы аналогичных лечебно-профилактических учреждений Омска. И по оснащённости новейшим дорогостоящим оборудованием, позволяющим проводить диагностирование и лечение на уровне самых современных технологий, и по высокому профессионализму её коллектива, в котором более 100 врачей широкого и узкого профиля и свыше 160 специалистов среднего медицинского звена. Здесь лечатся в основном дети с церебральным параличом.

Из отзывов о детской горбольнице № 4: «К сожалению, мои дети часто болеют, и я побывала во всех детских больницах Омска. Самое лучшее впечатление оставила именно ДГБ-4. Во-первых, больница хорошо оснащена, и бытовые условия, по сравнению с другими больницами, лучше. А во-вторых, отношение врачей просто поразило – лечат, как своих близких. Врач забегал в палату по 5 раз на дню. Спасибо! Анастасия Петрова».

– Иппотерапия применяется при широком спектре заболеваний, но мы изначально ориентировались на ДЦП, поскольку этот метод очень показан в лечении такой тяжёлой патологии, – рассказывает Людмила Павловна. – Однако на создание в нашей больнице отделения иппотерапии понадобилось немало времени. Всё упиралось в финансирование – и новых штатных ставок, и обучения

Быть всегда на коне

В Прииртышье набирает популярность иппотерапия

иппотерапии в Московском центре реабилитации «Живая нить» наших специалистов лечебной физкультуры Надежды Бровко и Ольги Гуселетовой (у них высшее физкультурное образование), и аренды помещения и лошадей на городском ипподроме. Причём помещению – тогда практически конюшне – требовался капитальный ремонт.

Омским первопроходцам в иппотерапии помог тогдашний мэр Омска, а ныне депутат Государственной думы Виктор Шрейдер, заручившийся поддержкой губернатора Омской области. На реконструкцию конюшни в отделение иппотерапии было выделено 560 тыс. руб., и в 2008 г., когда оно на· конец открылось, всё здесь было в лучшем виде. И гардеробная для персонала и пациентов, и залы для занятий детей с психологом и массажа, и комната гигиены с водонагревателем, раковинами и ванной. Но после 3 лет успешной работы всё, казалось, рухнуло.

– И не по нашей вине, а изза организационных проблем у самого ипподрома, где началась смена формы собственности, вспоминает главный врач ДГБ-4. – Нам было отказано в аренде. Но когда реорганизация была завершена, и мы стали работать в новой системе, я подняла вопрос о возобновлении работы отделения иппотерапии. И получила поддержку Минздрава области. В День защиты детей, что, согласитесь, очень символично, мы вновь приступили к занятиям на ипподроме...

Курс восстановительного лече-

ния по методу иппотерапии рассчитан на 10 занятий. Каждое – по 30 минут. Но это уже собственно в манеже, когда ребёнок становится «всадником», а до манежа одни дети на массаже, другие с психологом - беседуют, занимаются арт-терапией (рисованием). Занятия групповые - по 10 детей в группе. Разного возраста – от 5 до 18 лет. Лечебная верховая езда контролируется не только инструкторами лечебной физкультуры, но ещё и берейтором, подготовляющим лошадей к занятиям, и обязательно коневодом. И не важно, кобыла под ребёнком, мерин или конь. Главное, лошади не должны быть молодыми и чтобы у них был четырёхтактный аллюр. Так называется самый медленный шаг лошади, при котором каждое из её копыт последовательно касается земли. При таком шаге. полагают специалисты, лошадь забирает у наездника энергию, негативно воздействующую на его организм, заряжая взамен целительной.

Первые группы иппотерапии были сформированы в основном из детей, наблюдающихся в ДГБ-4. И конечно же, из отделения восстановительного лечения. При ДЦП иппотерапия даёт возможность ребёнку социализироваться собственными силами: уметь одеться на прогулку, раздеться в помещении, застегнуть пуговицы, поесть без посторонней помощи, общаться с другими детьми. Короче, перестать быть нуждающимся в постоянном уходе. Но немало, как говорится, и со стороны. Как, например, Наташа Соколова 5 лет.

- У нас сегодня четвёртое занятие, - рассказала её мама корреспонденту «Медицинской газеты». – А направление, узнав о таком лечении, мы получили у своего невролога в поликлинике детской горбольницы им. Бисяриной, где состоим на учёте. У дочки – аутизм. Нас сразу же взяли в группу. Наташе очень нравится. Она с удовольствием бежит на занятия. Опал для неё - прямо-таки свет в окошке. Занятия бесплатные, траты - только на дорогу от дома до ипподрома и обратно, да на сахар для лошади...

- Да, мы не ограничиваем группы иппотерапии только детьми,
прикреплёнными к нашим поликлиникам или проходящими
лечение в стационарах нашей
больницы, - подтвердила Людмила Маслакова. - Поэтому накануне открытия нынешнего сезона
пригласили неврологов из других
детских учреждений здравоохранения, всем рассказали об этом
методе, о том, каких ребятишек
мы к себе ждём. Около 200 детей
мы сможем оздоровить за лето.
Но потребность, конечно, больше.

 Вы фиксируете состояние ребёнка до занятий и после?

– Конечно. Невропатолог описывает статус в момент отправления ребёнка на занятия (что он может, чего не может и т.д.), а после завершения занятий даёт заключение. Идеально, конечно, чтобы такие дети проходили за сезон по два курса лечения иппотерапией. Но мы пока можем по одному...

– А как, Людмила Павловна, относятся к иппотерапии ваши кол-

леги из других городов Сибири? - Очень хорошо. Особенно в Томске, в Тюмени ... Мы планируем в ближайшее время съездить и посмотреть, как у них организована эта работа. Этот вид лечения даёт лучший результат, в том числе и психологический, особенно у ребятишек, многие эмоциональные рефлексы которых угасли. Лошадь движется, побуждая ребёнка к таким, скажем, функциям, как держать голову, спинку, а при этом напрягаются все мышцы. Ребёнок как бы подстраивается в такт движения лошади. Он держится, потихоньку преодолевая, может быть, какойто страх, он чувствует себя на

высоте, героем. Ведь он – на коне!

Можно порадовать теперь главного врача Омской городской детской больницы № 4 Людмилу Маслакову. Потому что в Омске недавно прошёл Фестиваль орловского рысака. Омская область - оказывается, единственный сибирский регион, где действует полноценный ипподром и есть мощный конезавод. Поэтому, как сообщил на фестивале губернатор Прииртышья Виктор Назаров, уже готовится проект создания в Омске конноспортивного комплекса, в котором откроются школа верховой езды. современные ветеринарная клиника, центр селекции и... центр иппотерапии. К строительству этого комплекса предполагается приступить в этом году.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 4 (1856)

Синдром Марфана (СМ) - это генетически обусловленное заболевание соединительной ткани, встречающееся в популяции с частотой 1 : 5000. Оно представляет собой мультисистемное заболевание соединительной ткани, наследуемое по аутосомно-доминантному типу. При этой болезни происходит мутация в гене FBN1 хромосомы 15.

Имеется много патологических состояний соединительной ткани с подобным СМ фенотипом, что может привести к ошибочной диагностике болезни.

Недавно опубликованы Модифицированные диагностические критерии, посвящённые дифференциальной диагностике похожих с СМ заболеваний. В настоящее время имеются трудности генетического тестирования, потому как этот синдром может быть вызван многими различными мутациями в гене FBN1, который представляет собой большой ген с 65 кодирующими сегментами. В то же время мутации в других генах могут вызвать «перекрывающие» фенотипы.

Некоторые клинические исследования лекарственной терапии, включающие антигипертензивное средство лозартан, находятся в процессе проведения.

Главной причиной смертности при СМ является расслоение дилатированной восходящей части аорты. Другие - кардиоваскулярные, офтальмологические и скелетномышечные симптомы встречаются наиболее часто. Это такие, как ослабление глазной линзы, ускоренный рост длинных трубчатых костей, другие аномалии скелета. Ген FBN1 хромосомы 15 кодирует фибриллин - большой экстрацеллюлярный матрикс белка, который ответственен за растяжение и эластичность соединительной ткани. Кроме того, он также вовлечён в регуляцию биодоступности трансформирующего фактора роста бета (ТФРБ) членов семьи.

Клинические критерии для диагностики СМ были разработаны интернациональной группой в 1996 г. Применение этих критериев высветило некоторые диагностические трудности, включая дифференциальный диагноз таких состояний, как гомоцистинурия, внутрисемейную фенотипическую вариабельность, другие патологические состояния, которые составляют клиническую картину СМ, вследствие чего возникает потребность в ДНК-тестировании. Пересмотренное диагностическое руководство было выпущено в 2013 г. По этим критериям классифицировано 83% больных с мутацией в гене FBN1 как имеющие СМ. Согласно старым критериям, таких больных было 89%. Имеется много патологических состояний соединительной ткани со сходным фенотипом, которые могут быть приняты за СМ. Недавно опубликованные модифицированные критерии позволяют дифференцировать СМ от этих состояний.

Пересмотренные диагностические критерии

Новые критерии позволяют определить, имеется ли у больного СМ. Согласно им, диагностический процесс направлен от скелетно-мышечных симптомов к кардиоваскулярным, офтальмологическим нарушениям Таким образом, наличие дилатированной аорты плюс эктопия хрусталика теперь считаются значимыми для несомненного диагноза СМ. В предыдущих критериях для диагноза было необходимо поражение всех трёх систем или наличие в анамнезе больных членов семьи. Теперь же наличия случайной FBN1-мутации у больных либо с дилатированной аортой, либо с эктопией хрусталика достаточно, чтобы диагностировать СМ.

Дилатация аорты определяется измерением синуса Вальсальвы и восходящей части аорты и отношением нормального размера аорты к поверхности тела. Результат должен быть соотнесён с возрастом и размером тела и сравнён с нормативными данными, применяя z-score-калькуляцию. Референтные графики и z-score-калькуляция имеются в наличии.

В пересмотренных критериях скелет, кожа, лёгкие, лицо и другие офтальмологические и кардиоваскулярные признаки должны быть включены в новую систему подсчёта, что позволяет разрешить некоторые трудности, с которыми сталкивались при применении старых критериев. Например, критерии 1996 г. включали pectus excavatum, требующий хирургической коррекции как часть главного скелетного критерия. Однако необходимость хирургического вмешательства часто является личным или косметическим решением а не клиническим. В пересмотренных критериях любая форма pectus excavatum или асимметрия грудной клетки расцениваются как один критерий вне зависимости от тяжести, в то время как pectus carinatum размещается в двух критериях, так как он менее распространён в общей популяции и более часто встречается при СМ. Оценка соотношения верхнего сегмента к нижнему была

Последние разработки по лечению

В настоящее время имеются многочисленные модели СМ на мышах, которые используются для понимания природы заболевания и позволяют оценить возможную терапию. На одной модели было показано, что решающая роль принадлежит нарушению гена TGFB, сигнализирующему о кардиоваскулярной и лёгочной патологии при СМ. Фибриллин, по-видимому, значим в регулировании бионадёжности гена NGFB членов семьи. Мутация в гене FBN1 приводит к повышению уровня TGFB, который представляет собой протеин, ответственный за иммунные функции, клеточную пролиферацию и транзит от эпителия в мезенхиму. Рецепторы генов TGFBR1 и TGFBR2 мутируют при синдроме Лойе - Дитца, болезни, симптомы которой фенотипически наслаиваются на симптомы СМ.

Недавние исследования лозартана (антагониста рецептора ангиотензина), который блокирует сигналы TGFB, продемонстриро-

Синдром Марфана и похожие болезни

упрощена разными пороговыми значениями по возрасту и этнической принадлежности.

Pes planus вместе с медиальным смещением медиальной лодыжки - более отличительная черта, чем pes planus без упомянутого смещения, так как последняя характерна для общей популяции. Другим локальным признаком является протрузия вертлужной впалины.

Для органов зрения больше не требуется измерения аксиальной длины глазного яблока и формы роговицы. Миопия более чем в 3 диоптрии – ещё один значимый локальный признак. Пролапс митрального клапана также следует принимать во внимание. Другие кардиоваскулярные проявления (аневризма аорты и в других сосудах) в настоящее время не включается в список диагностически значимых.

В этой новой системе счёта 7 пунктов ассоциированы с диагнозом СМ, если имеются или дилатация аорты и/или расслоение её или семейный анамнез СМ. Больным, у которых есть три локальных симптома, выявленных при первом осмотре, следует провести рентгенологическое исследование малого таза, чтобы определить есть ли протрузия вертлужных впадин (два балла), и если результат положительный . МРТ позвоночника для выявления эктазии твёрдой мозговой оболочки (два балла). Больные, у которых пять локальных точек в самом начале обследования следует проводить МРТ позвоночника и/или рентгенологическое исследование малого таза (см. табл.).

вали значительное уменьшение как кардиоваскулярных, так и лёгочных нарушений у мышей FBN1-мутантной линии. Однако лозартан был не эффективен в отношении скелетного фенотипа, в то время как алендронат, применяемый для лечения остеопороза, оказался эффективен в уменьшении нарушений скелета. Несколько небольших по числу участников исследований бета-блокаторов, ингибиторов АПФ и антагонистов рецептора ангиотензина II показали положительный варьирующий результат. В настоящее время лозартан, бета-блокаторы и ингибиторы АПФ проходят большие рандомизированные клинические испытания.

Болезни, похожие на СМ

Многочисленные иные заболевания имеют такие же симптомы, как и СМ. Это кардиоваскулярные болезни, такие как различные формы семейной аневризмы аорты, болезни бикуспидального аортального клапана и синдром Лойе - Дитца. У детей кардиоваскулярные и скелетные признаки СМ могут быть не очевидными. Следует рассмотреть в качестве дифференциальной диагностики гомоцистинурию или синдром Клайнфельтера. Применение пересмотренных диагностических критериев позволяет более точно проводить дифференциальный диагноз СМ. Например, авторы статьи в Medical Journal of Australia K.Summers, J.West, A.Hattametal, отметили, что в их клинике для больных СМ из 128 человек у 28 была диагностирована семейная дилатация аорты и/или её расслоение. Новые диагностические критерии

Оценка симптомов в баллах для диагноза СМ

Симптом	Баллы
Симптом запястья или большого пальца†	1
Симптом запястья и большого пальца†	3
Килевидная деформация грудной клетки	2
Деформация стопы	2
Плоскостопие	1
Pectus excavatum или асимметрия грудной клетки	1
Пневмоторакс	2
Эктазия твёрдой мозговой оболочки	2
Протрузия вертлужной впадины	2
Уменьшение отношения верхнего сегмента к нижнему, ‡ и отношения размаха рук к росту и отсутствие тяжёлого сколиоза	1
Сколиоз или грудопоясничный кифоз	1
Уменьшение разгибания в локтевом суставе	1
Три из пяти типичных симптомов (долихоцефалия, энофтальм, опущение века, гипоплазия скуловой кости, ретрогнатия)	1
Кожные стрии	1
Миопия > 3 диоптрий	1
Пролапс митрального клапана	1

^с Многие из этих симптомов описаны в предшествующих исследованиях. † Симптом большого пальца положительный, когда целиком дистальная фаланга большого пальца при отведении достигает локтевого края кисти при помощи ассистента или без неё. Симптом запястья считается положительным, когда кончик большого пальца перекрывает целиком ноготь пятого пальца контрлатерального запястья; ‡ для взрослых белой расы отношение верхнего сегмента к нижнему < 0,85; для взрослых чёрной расы отношение < 0,78; для детей 0-5 лет < 0,95; 6-7 лет < 0,9; 8-9 лет < 0,85; старше 10 лет < 0,85, для взрослых отношение размаха рук к росту > 1,05 (по Loeysetal.).

ясно показывают, что у этих больных не было СМ, но имели место сопутствующие эктопия хрусталика, общий счёт симптомов по таблице ≥ 7, мутация FBN1 или указания в анамнезе на случай семейного СМ.

Кроме того, разброс фенотипов, вызванных мутацией гена FBN1, расширился в последние несколько лет. Например, FBN1-мутация оказалась ассоциированной с дилатационной кардиомиопатией и сопутствующим риском внезапной смерти, выявление которых возросло. Некоторые мутации FBN1 ассоциируются также с фенотипами, которые контрастируют с СМ, например низкий рост. Эти данные показывают, что определение мутации в FBN1 не необходимое условие для диагноза СМ.

Исследование ДНК при СМ

ДНК-исследования мутаций FBN1 затруднены из-за размера гена (самого большого в человеческом геноме - свыше 200 тыс. оснований и 65 экзонов). И ещё потому, что имеется мало повторяющихся мутаций FBN1, так что новая мутация должны быть идентифицирована для большого числа семей. С уменьшением стоимости исследования стало доступным секвенирование ДНК целого кодируемого региона для того, чтобы определить потенциально патологические варианты. Новые технические приёмы в стратегиях с высокой разрешающей способностью определения последовательностей могут значительно улучшить определение мутации. Теперь стало возможным изучение последовательностей экзонов во всех человеческих генах с помощью одной-единственной реакции (exome sequencing). И такой подход является коммерчески доступным для скрининга мутаций в генах BRCA1 и BRCA2, которые обеспечивают чувствительность для наследственного рака грудной железы и рака яичника. Так как большинство мутаций, которые приводят к развитию СМ, малочувствительны или не чувствительны для определения мутаций, кодирующих последования, определение последований экзона в последнее время стало доступным в качестве эффективного метода для определения мутаций, ассоциированных с СМ. Доступность полного FBN1-секвенирования, включающего 5 промоутеров, интроны и 3 нетранслируемые области, позволяет провести секвенирование всего FBN1-гена, так что регуляторные мутации не останутся незамеченными. Кроме того, снижение стоимости ДНК-секвенирования может способствовать секвенированию FBN1-транскрипций, используя РНК из клеток подходящего типа (например, фибробласты, полученные при кожной биопсии, или клетки гладких мышц аорты). РНК-секвенирование позволило бы также открыть места начала нарушенной транскрипции, соединять варианты и различные микроРНК, что может повысить эффект FBN1 mHYR уровней или их функцию. Эти стратегии охватили бы большинство мутаций, но мало вероятно, что уменьшили бы цену выявления мутации в настоящее время.

Лабораторные доступы к ДНКтестированию для определения FBN1мутаций в Австралии могут быть найдены в Королевском колледже патологии Австралийского каталога генетических тестов, а также в списке широко распространённых лабораторий страны. При подозрении на СМ первоначальное клиническое обследование должно включать оценку кардиоваскулярной системы, состояние скелета и органов зрения плюс семейный анамнез. Необходимость ДНК-тестирования и характер тестирования может быть наилучшим образом определён клиническим генетиком, который свяжется с лабораторией и обеспечит нужную консультацию.

ДНК-варианты, идентифицированные у пациента, могут быть или не могут быть причиной болезни. В этом случае следует рассмотреть возможность следующих подходов:

Отклонения в ДНК были определены сначала у больного СМ или у членов его семьи?

- ^к Какова частота изменений ДНК в общей популяции? Варианты, найденные у фенотипически нормальных индивидуумов.
- * Выявит ли изменение ДНК болезнь в семье? Причинную мутацию следует найти у всех больных индивидуумов и её отсутствие у их не больных родственников.
- * Приведёт ли изменение ДНК к альтерации аминокислот в протеине? Если да, достаточно ли сохранна поражённая аминокислота?
- * Приведёт ли изменение ДНК к преждевременному исчезновению протеина, что, в свою очередь, приведёт к замене кодона аминокислоты с остановкой кодона (так что синтез протеина останавливается в этой точке) или к изменению остова (когда основы теряются или включаются в числа, которые не помножаются на три)?
- * Подвергается ли большой сегмент ДНК (или весь ген) делеции?

Как только заподозренная причинная мутация идентифицирована, членов семьи следует подвергнуть скринингу, чтобы выявить, кто из них имеет такую же мутацию. Если не найдена причина мутации, эта даст возможность использовать гаплотип, который включает в себя генетические варианты и близок к FBN1-аллелю (и также мутации, вызывающей болезнь) как маркёру для болезненной мутации. Это выявит по крайней мере 6 информативных индивидов в семье, что подтвердит связь.

СМ и планирование беременности

Если один из членов семейной пары болен СМ, обращение к генетическому консультированию может убедить, что необходимо генетическое тестирование при планировании беременности. Оно занимает около 2 месяцев. Как только мутация выявлена, тестирование эмбриона или плода может быть быстро выполнено. Это позволит тестировать потомство посредством амнио-

Всё чаще и чаще мы сталкиваемся с ранениями шеи, причём как огнестрельного, так и колото-резаного характера. Такие ранения опасны массивным или необратимым кровотечением, повреждением трахеи, пищевода, ротоглотки, щитовидной и поднижнечелюстных слюнных желёз, крупных блуждающих нервов. Смертность и осложнения при этом крайне высоки.

Больной Б., 26 лет, поступил в экстренную операционную ГКБ им. С.П.Боткина, минуя приёмное отделение, с предварительным диагнозом «Тяжёлое сочетанное колото-резаное ранение шеи, конечности. Резаная рана передней поверхности шеи с повреждением ротоглотки, сосудов шеи, полное пересечение передних, переднебоковых мышц шеи. Резаная рана левого плеча с повреждением плечевой вены и плече-головной мышцы. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Геморрагический шок 2 ст.»

Операция выполнялась по жизненным показаниям и без согласия пациента.

Бригада врачей: сосудистый хирург, два лор-врача, общий хирург, операционная сестра. Врач – анестезиолог, сестра-анестезистка.

Экстренная операция: ревизия 1-2-й зон шеи. Остановка продолжающегося наружного кровотечения. Трахеостомия. Восстановление целостности ротоглотки. Дренирование и ушивание ран передней поверхности шеи. Гастростомия. ПХО раны левого плеча.

Особенности операции: интубация раненому проведена анестезиологом через имеющуюся рану на передней поверхности шеи, которая сообщается с полостью ротоглотки. Интубация эффективная. После краткосрочной предоперационной подготовки и обработки операционного поля сняты повязки, обильно промокшие кровью и изпод которых продолжала поступать кровь.

По снятии повязок, которые ещё были наложены бригадой скорой помощи, рана имеет линейный характер от правого до левого угла нижней челюсти, размерами 15 на 7 см. Дном раны является шейный отдел позвоночника. Произведена временная остановка кровотечения путём наложения кровоостанавливающих зажимов. Интраоперационно вводились антибиотики широкого спектра действия. Введён столбнячный ана-

центеза, исследование образцов ворсинок хориона или после фертилизации in vitro (когда клетка эмбриона может быть тестирована до имплантации). Однако фенотипы СМ очень вариабельны. Документирована некоторая корреляция генотип/фенотип. Например, мутации в центральном экзоне ассоциированы с тяжёлым СМ, в то время как мутации в С-терминальном конце протеина будут ассоциированы с эктопией хрусталика или с синдромом Вейлля – Маркенази. Поэтому природа мутации даёт некоторую предиктивную информацию относительно тяжести, прогноза и качества жизни для лиц - носителей этой мутации, но имеются значимые вариации даже для тех семей, в которых есть носитель такой FBN1-мутации.

Эффект новых разработок для больных СМ

Пересмотренные клинические критерии упростили диагностику СМ, удалив субъективные критерии, упростив оценку значения симптомов и признаков в различных органных системах. Дополнительные успехи в технологии и понимании СМ и похожие состояния предоставили больным дополнительные перспективы. Так как скрининг на мутации и тестирование стал более превалирующим, лица, имеющие факторы риска в семьях, будут идентифицированы и пройдут всесторонний клинический мониторинг по месту жительства. «Хотя мы не можем, - отмечают авторы статьи, - предсказать тяжесть заболевания у конкретных членов семьи, мы уже знаем гены, которые взаимодействуют с FBN1 и могут модифицировать действие FBN1-мутациии в будущем ДНК-анализе». Семьи больного СМ могут быть вовлечены в типирование генов в дополнение к FBN1. Остаётся важной оценка лиц с СМ в мультидисциплинарной клинике, чтобы дифференциальный диагноз мог быть полностью выполнен и наивозможная помощь и катамнез были назначены.

При отсутствии эктопии хрусталика или мутации FBN1, свойственных СМ, диагноз

болезни может быть поставлен только если не имеется лискриминационных признаков синдромов Шпринтцена - Гольдберга, Лойе - Дитца, Элерса - Данлоса и после тестирования на гены, кодирующие бетарецепторы трансформирующего фактора роста (TGFR2, TGFBR1), и мутации коллагена типа III альфа (COL3A1). У лиц с СМ в семейном анамнезе отмечен высокий риск развития клинически выраженного СМ. Эти лица нуждаются в регулярном мониторинге, особенно кардиоваскулярной системы и органов зрения. Синдром эктопии хрусталика диагностируется вне зависимости от системного счёта и наличия новой FBN1-мутации. относительно которой неизвестно, ассоциирована ли она с СМ или дилатацией аорты.

> Рудольф АРТАМОНОВ, профессор. По материалам

> Medical Journal of Australia.

Колото-резаное ранение шеи. Клинический разбор

токсин. При дальнейшей ревизии выявлены множественные повреждения наружных яремных вен, лицевых вен и нижнечелюстной артерии, отходящей от наружной сонной артерии. Принято решение о лигировании этих сосудов, перевязка которых не ведёт к нарушению мозгового кровообрашения. При ревизии сосудисто-нервных пучков шеи других повреждений (внутренней, наружной и общей сонной артерий) не выявлено. Гемостаз достигнут. Устойчивый. Далее с бригадой лор-врачей, которые изначально помогали сосудистому хирургу, выполнена верхняя трахеостомия: дополнительный разрез кожи над яремной вырезкой. Дыхание через трахеостомическую трубку «Малиндкродт» 8 мм - эффективное.

Установлен назогастральный зонд, рана промыта обильно растворами антисептиков. Выполнено послойное ушивание слизистой оболочки ротоглотки, которая является дном раны мышц передней поверхности шеи.

Учитывая полное пересечение ротоглотки, одновременно бригадой хирургов выполнена гастростомия для разгрузки пищевода в послеоперационном периоде и энтерального питания.

Одновременно переливалась эритроцитарная масса и свежезамороженная плазма для восполнения кровопотери, проводилась коррекция водно-электролитных расстройств.

Подъязычная кость подшита к мягким тканям дна полости рта, восстановлена ротоглотка. Установлены силиконовые дренажные трубки в полость раны, числом 3. Мягкие ткани сопоставлены и ушиты отдельными узловыми швами.

После окончания работы операционной бригады на шее и после обработки операционного поля на левом плече выполнена первичная хирургическая обработка. Перевязана v.basilika, ушита плечелучевая мышца. Редкие швы на кожу.

После операции больной переведён в реанимационное отделение для дальнейшего наблюдения и лечения.

ИВЛ прекращена через 12 часов после операции. Дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку.

На 3-и сутки удалены дренажи из области оперативного вмешательства. 4-е сутки послеоперационного периода – состояние раненого стабильное, тяжёлое. Больной в сознании, адекватен. Дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку. Энтеральное питание через гастростому, усваивается. В анализах крови сохраняется постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Известно, что раненый, скорее всего, сам себе нанёс эти ранения ножом с суицидальной целью.

Долг врача спасти раненого вне зависимости от характера и обстоятельств травмы.

мости от характера и оостоятельств травмы. Теперь ещё раз об условном, но очень важном для хирургов, разделении шеи на зоны повреждений:

Разделение шеи на 3 зоны предопределяет хирургическую тактику. Наиболее опасны при ранениях 1-я и 2-я зоны шеи как наиболее «вместительные» для наружных сосудистых образований: наружные яремные вены, лицевые вены, нижнечелюстные артерии и сосудисто-нервные пучки с обеих сторон (сонные артерии, внутренние яремные вены, блуждающие нервы); шейных полостных образований: ротоглотка, пищевод, трахея; желёз: слюнных поднижнечелюстных, щитовидной как наиболее кровоснабжаемой.

Выводы: в целом бригада скорой помощи действовала эффективно. Для более точного и правильного подхода на догоспитальном этапе при ранении шеи, будь то огнестрельная или колото-резаная рана, необходимы обязательное налаживание катетеризации периферических и центральных вен с поступлением растворов кровезаменителей, типичная или атипичная (через рану шеи) интубация трахеи для профилактики дыхательной недостаточности, иммобилизация, адекватное обезболивание.

На госпитальном этапе раненый должен

быть в экстренном порядке доставлен в операционную, и все дальнейшие мероприятия по обследованию (анализы крови, рентгенография лёгких, УЗИ живота, осмотры специалистами) и лечению (переливание кристаллоидных растворов и крови, антибиотикотерапия, введение столбнячного анатоксина и сыворотки, экстренные операции) осуществляются одновременно с диагностикой. При ранении 1-2-й зон шеи рекомендуются широкие ревизионные разрезы с визуализацией как поверхностно расположенных сосудов, так и основных сосудисто-нервных пучков, полых органов, желёз.

Очень важно! Обращается особое внимание на продолжающееся наружное и/ или ротоглоточное кровотечение, признаки шока и острой массивной кровопотери, напряжённую или быстро нарастающую гематому в области шеи, асфиксию («доска»: дислокационная, обтурационная, стенотическая, клапанная, аспирационная) или нарастающие явления дыхательной недостаточности, появляющуюся или усугубляющуюся очаговую неврологическую симптоматику (синдром Клода Бернара-Горнера, нарушение сознания, гемипарез или гемиплегия).

При ранении 1-й зоны шеи возможны повреждения плевральных полостей с развитием жизнеугрожающего состояния – гемопневмоторакса. Рентгенография органов грудной клетки обязательна!

В послеоперационном периоде – внимательнейшее отношение к таким раненым. Контроль анализов крови, рентгеноконтроль лёгких и шеи как раннее выявление такого грозного осложнения, как медиастинит, смертность при котором крайне высока, санационные бронхоскопии. Ежедневные перевязки.

Эдуард НАУМЕНКО, хирург сосудистого отделения Московской ГКБ им. С.П.Боткина, кандидат медицинских наук.



«Зияющая шея». Полное пересечение мышц шеи, поверхностных вен и ротоглотки. Виден шейный отдел



«Идёт работа...»



Окончательный вид послеоперационной раны на шее с дренажами

- Понятия «стресс» и «тубер-

кулёз» очень тесно связаны. Доказано, что длительный пси-

хоэмоциональный стресс является «благоприятным» фоном для заболевания туберкулёзом лёгких при инфицировании микобактерией. Дополнительным стрессирующим фактором яв-

ляется и сам диагноз тяжёлого инфекционного заболевания, услышав который от врача, человек может впасть в уныние. Кроме того, лечение туберкулё-

за длится многие месяцы, иногда годы, и в течение длительного времени пациент изолирован

от семьи и друзей, он не может

вести привычный образ жизни,

и это усиливает эмоциональное

напряжение, которое может

приводить к возникновению

клинических форм депрессии.

Наконец, ситуация осложняется

ещё и тем, что на противотубер-

кулёзные препараты могут воз-

никать побочные реакции в виде

различных психоэмоциональных

Между тем, нейрофизиологам

давно известно, что нервная,

иммунная и эндокринная си-

стемы человека тесно взаимос-

вязаны. Сбой в работе одной

из систем непременно ведёт

к нарушению работы других, и

наоборот, положительное воз-

действие на одно из звеньев

регуляции организма ведёт

к нормализации работы всех

остальных регулирующих си-

эмоционального стресса приво-

дит к патологическому измене-

нию ритмов биоэлектрической

активности головного мозга.

Воздействуя же на активность

головного мозга, можно добиться существенных изменений

Также известно, что состояние

и невротических нарушений.

Специалисты Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России и Новосибирского НИИ физиологии и фундаментальной медицины СО РАН впервые успешно адаптировали метод психофизиологической антистрессовой коррекции различных психоэмоциональных состояний для лечения больных туберкулёзом лёгких. Как убедительно доказали исследования сибирских учёных, нормализация психоэмоционального состояния человека приводит к восстановлению работы нервной системы, нормализует деятельность иммунной и эндокринной систем, которые отвечают за сопротивляемость организма инфекциям, в том числе туберкулёзной.

Подробнее о методе и его результатах рассказала старший научный сотрудник Новосибирского НИИ туберкулёза кандидат медицинских наук Ольга КОЛЕСНИКОВА:

кресле, к которому подключено музыкальное, световое и вибрационное сопровождение. Через специальные очки он видит световые калейдоскопические эффекты, через наушники слышит специально подобранную релаксирующую музыку, а вибрация помогает снять мышечное напряжение. Уникальность же метода заключается в одновременном ритмическом использовании световых, звуковых и и в процессе терапии. Кроме того, мы оценивали показатели у пациентов, которые проходили сеансы психофизиологической коррекции, и у тех, кто их не получал. Также мы сравнивали показатели с контрольной группой здоровых добровольцев.

В результате наблюдения было обнаружено, что у пациентов в группе психофизиологической коррекции достоверно улучшились показатели

А теперь главное: мы убедились в том, что организм человека, который избавился от состояния хронического стресса, стал лучше откликаться на противотуберкулёзное лечение. Об этом свидетельствуют клинические эффекты. Средний срок прекращения бактериовыделения у пациентов в группе коррекции составил 2 месяца, тогда как в группе стандартной терапии – более 3 месяцев.

В клиниках и лабораториях

Инфекция боится положительных эмоций

Это наглядно доказали сибирские нейрофизиологи. А значит...

эмоционального фона, состояния иммунитета и активизировать выработку определённых гормонов.

В случае с туберкулёзом это имеет очень большое значение: если мы скорректируем работу психоэмоциональной сферы, поможем пациенту выйти из состояния хронического стресса, снять повышенную тревожность и проявления депрессии, лечение другими методами станет более эффективным.

Исходя из этих представлений, мы решили адаптировать к фтизиатрической практике метод аудио-визуально-вибротактильной стимуляции, который много лет назад был разработан за рубежом как антистрессовая терапия, но никогда прежде не применялся в практике лечения инфекционных заболеваний. В клинике Новосибирского НИИТ в состав комплексной терапии наряду с противотуберкулёзными препаратами и хирургическим лечением теперь включена ранняя психофизиологическая реабилитация.

Во время сеанса пациент располагается в специальном

вибротактильных воздействий, которые связаны между собой и подаются в определённых частотных диапазонах нормальной биоэлектрической активности головного мозга человека (от 4 до 20 Гц). Таким образом, идёт восстановление основных ритмов головного мозга, которые были подавлены в период эмоционального стресса. Данное воздействие вызывает эффекты психологической и мышечной релаксации, снимает усталость и напряжение, нормализует сон. уменьшает проявления тревожности и депрессии.

Внедрение данного метода в клиническую практику Новосибирского НИИТ сопровождалось серьёзными научными исследованиями, а полученные результаты прошли тщательный анализ, и в их достоверности сомнений нет. С помощью инструментальных и лабораторных методов исследования сравнивались определённые параметры работы центральной и вегетативной нервной системы, психологические, иммунологические и гормональные показатели как до начала лечения, так уровней тревоги, депрессии и алекситимии (эмоционального равнодушия). Достоверно выше стали показатели внимания, памяти, вегетативной нервной системы. Выросли до нормальных границ значения иммунного ответа (уровень CD4, CD8, CD4/ CD8, фагоцитоз на моноцитах и гранулоцитах, процентное содержание натуральных киллеров CD16). Обнаружился рост концентраций антистрессового гормона, дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭА-С), а уровень стрессового гормона - кортизола, напротив, имел тенденцию к снижению. Это говорит о том, что пациенты, прошедшие длительный (в течение 4 месяцев) и ранний (с момента поступления в стационар) курс психофизиологической коррекции, более быстро и успешно справляются с туберкулёзным воспалением.

Наконец, у пациентов, прошедших курс антистрессовой коррекции, снижались побочные эффекты на противотуберкулёзную терапию в виде токсических, аллергических и токсико-аллергических реакций. Средний срок закрытия полостей распада составил 3 месяца в группе коррекции, а в группе стандартного лечения на 2 месяца больше. К 4-му месяцу терапии полости закрылись терапевтическим путём в группе коррекции у 72% пациентов, а в группе стандартной терапии – у 20% пациентов. К 8-му месяцу наблюдения в группе коррекции терапевтически полости закрылись у 90% пациентов, а в группе стандартной терапии – у 45% больных.

Таким образом, полученные данные говорят о более благоприятном течении туберкулёза лёгких у пациентов в той группе, в которой дополнительно использовалась антистрессовая психофизиологическая коррекция. В конечном итоге пациент раньше выписывается из стационара. В клинике Новосибирского НИИТ курс антистрессовой коррекции прошли более 150 пациентов с туберкулёзом лёгких.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Сотрудничество

стем.

Лазер против простаты

Им умело управляют на Северном Кавказе

В Ставропольском краевом клиническом консультативно-диагностическом центре (СКККДЦ) прошёл мастеркласс по теме «Хирургическое лечение аденомы простаты больших размеров» с участием специалистов из Германии, Москвы и Южного федерального округа.

Гостем из ФРГ был 41-летний приват-доцент Гамбургского медицинского университета Саша Ахай, специализирующийся на методике трансуретральной гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы. Опыт одного из лучших хирургов в Европе насчитывает около 4 тыс. самых высокотехнологичных на сегодняшний день малоинвазивных операций так на-



Опытом делится Саша Ахай

зываемого золотого стандарта урологии. В СКККДЦ С.Ахай оперировал посредством уникального по своей мощности гольмиевого лазера. Это четвёртая установка, работающая на данный момент в России.

Программа мастер-класса была довольно насыщенной: 6 операций и 4 лекции от профессионалов высокого уровня. Кроме немецкого лазеролога, знаниями делились представители клиники урологии Первого Московского го-

сударственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Николай Сорокин и Алим Дымов, главный уролог Минздрава Краснодарского края Владимир Медведев и заведующий хирургическим стационаром СКККДЦ Евгений Болгов.

В диагностическом центре собралось свыше 70 урологов Ставрополья, Краснодарского края, Ростовской области и республик Северного Кавказа. Хирургическое вмешательство транслировалось на экран в онлайн-режиме сразу из двух операционных, и поэтому возможность оценить мастерское владение лазерным и обычным скальпелем, а также задать любые вопросы по ходу процесса была не только у присутствовавших в клинике врачей. За

происходящим наблюдали в краевой больнице Ставрополя, ряде медицинских учреждений и вузов республик Дагестана, Северная Осетия – Алания, Карачаево-Черкесской, Чеченской и Кабардино-Балкарской.

Выступая перед слушателями, С.Ахай назвал лазерную энуклеацию предстательной железы новым эталоном лечения. Он признался, что искренне рад успешному развитию урологии в России и внедрению передовых технологий, подчеркнув, что они не уступают существующим в США и Европе.

- Удивительно, но я чувствовал себя в Ставрополе, как дома, - заметил приватдоцент из Гамбурга. - Очень хорошо, что неоднозначная политико-экономическая ситуация, сложившаяся в мире, не влияет на дружеские и профессиональные отношения врачей. Здорово, что медицина - вне политики!

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

- Наличие дефектов тазового дна значительно влияет на качество жизни женщины и часто заканчивается необходимостью хирургического вмешательства. Основными его задачами является замена несостоятельной соединительной ткани, улучшение свойств соединительной ткани, где это возможно, стимуляция роста новой соединительной ткани, консолидация тканей в труднодоступных областях тазового дна. Мы имеем большой опыт применения бестроакарных систем для коррекции дефектов тазового дна. С 2011 г. с использованием этой методики проведено оперативное лечение у 225 пациенток. Применение трансвагинальных сетчатых эндопротезов является обоснованным, а в ряде случаев – необходимым методом лечения пролапса половых органов у женщин, при наличии чётко определённых показаний.

Существует определённый перечень заболеваний, лечение которых может быть произведено по квоте. Это известное всем приложение к ежегодному приказу Минздравсоцразвития России. К сожалению, в 2014 г. нозология была исключена из этого списка. А нашим пациенткам очень нужна поддержка министерства. Возможно, мы мало говорим о проблеме опущения органов тазового дна, эта проблема не на слуху. Оно и понятно - проблема очень деликатная, и сами пациентки вряд ли будут её афишировать. Однако качество жизни страдает значительно. Распространённость по обращаемости, если суммировать данные разных регионов, - 28-38% среди всех гинекологических заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции.

И хотя пик заболевания в 56,3% приходится на возраст старше 50 лет, в последнее время отмечается тенденция к «омоложению» пролапса. Мы сталкиваемся с преобладанием его тяжёлых форм, вовлечением в процесс смежных органов с нарушением их функций. В 2015 г. необходимо на федеральном уровне уделить должное внимание проблеме финансирования оперативного лечения женщин с опущением органов малого таза. Это приведёт к выявлению заболевания на ранних стадиях, и после оперативного лечения повысит качество жизни женщин. Тем более молодого возраста.

Сейчас в организации здравоохранения наблюдаются отчётливые тенденции бифуркации медицинской помощи на высокоспециализированную и усиление профилакТенденции

О деликатном... с высокой трибуны

Нужна поддержка Минздрава России, чтобы на федеральном уровне удалось решить проблему финансирования оперативного лечения женщин с опущением органов малого таза



Опущение органов таза – сложная проблема, которая охватывает ряд нарушений: от изменения анатомии влагалища, клинически себя не проявляющего, до полного его выпадения с тяжёлыми нарушениями мочеиспускания и дефекации, половой дисфункцией. Эта проблема деликатная, о ней как-то не принято говорить с «большой трибуны». Возможно, поэтому в 2014 г. было прекращено выделение квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по данному заболеванию. Прокомментировать сложившуюся ситуацию мы попросили заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктора медицинских наук, профессора Анатолия ИЩЕНКО, который на протяжении многих лет успешно разрабатывает эту тему.

тических мероприятий, в том числе при помощи ранней диагностики в рамках диспансерного наблюдения, а также информирования и пропаганды здорового образа жизни. Для проблемы пролапса органов тазового дна это означает решение следующих задач: важно выявить группы риска, а для этого необходимы широкомасштабные скрининговые исследования для формирования групп риска и определения оптимальной стратегии профилактики для каждой группы. Например, одной из причин являются миодистрофии, о наличии которых пациентка узнаёт, когда уже необходимо дорогостоящее лечение. А ведь это наследственное заболевание, которое может быть выявлено ещё в детском возрасте. При нормально поставленной профилактике опущения органов тазового дна во многих случаях можно избежать или значительно минимизировать его выраженность. Так, на сегодняшний день выделяют следующие факторы риска появления опущения органов таза. К предрасполагающим немодифицируемым факторам риска относят наследственную предрасположенность, расовую принадлежность, пол (женщины данной патологией страдают чаще мужчин). Стимулирующие факторы – беременность и роды (особенно большое количество самопроизвольных родов), хирургические вмешательства. При этом подавляющее большинство авторов основную роль в альтерации мышц тазового дна отводят самопроизвольным родам в ходе их второго периода.

Беременность и роды являются значительным положительным этапом в жизни женщины. К сожалению, изменения, которые возникают как результат родов через естественные родовые пути, могут позже привести к определённым проблемам, именуемым дисфункцией тазового дна. Выделяют

также группу способствующих факторов, они все относятся к модифицируемым факторам риска, – это чрезмерная полнота, курение, лёгочные заболевания (хронический кашель), запор (хроническое напряжение), профессиональная деятельность, определённые виды спорта. Декомпенсирующие факторы – старение, менопауза, нейропатия, миопатия, истощение, определённые группы лекарственных препаратов.

Важна информированность врачей первичного звена о наличии такой проблемы, а для этого нужно непрерывное дистанционное образование. В Первом МГМУ им. И.М.Сеченова есть необходимые для этого мощности, наш университет всегда был одним из центров внедрения новых образовательных технологий. Но организационная компонента на федеральном уровне нам не под силу, это не наша задача. Надо сказать, что не только для нашей специальности

характерна подобная постановка вопроса: с аналогичной ситуацией сталкиваются, например, коллеги из ЦИТО, которые имеют дело с осложнёнными формами сколиоза. И опять же – в результате отсутствия выявления групп риска и проведения профилактических мероприятий необходимо дорогостоящее лечение.

Так как на запущенных стадиях хирургическое вмешательство является паллиативной помощью. высок процент послеоперационных рецидивов - 33,3-40%, это мировая статистика. И она требует новых поисков к решению данной проблемы, основанных на более глубоком изучении аспектов этиологии и патогенеза этого заболевания. И здесь опять возникает ряд проблем. Потому что, по сути, такие исследования являются фундаментальными поисковыми, они только первый этап инновационного процесса, генератор идей. Финансирование фундаментальных исследований должно вестись из государственного бюджета или в рамках государственных программ - это долгосрочный вклад государства. Но все клинические дисциплины сталкиваются со следующей проблемой – фонды, поддерживающие «фундаменталов», например РФФИ, нам отказывают на том основании, что мы клиницисты и работы наши выполнены на клиническом материале. Чтобы получить поддержку фондов содействия развитию малых предприятий в научно-технической сфере, так называемых «бизнес-инкубаторов», надо уже иметь лабораторный образец, то есть подразумевается, что первый фундаментальный этап инновационного процесса уже пройден. Бюджеты вузов ограничены. Научная работа держится на научном альтруизме и инициативе сотрудников. Тут можно вспомнить Николая Чернышевского с его знаменитым вопросом, на который не смогла ещё ответить ни вся русская литература, ни история: что делать?

Надо сказать, что мы с надеждой наблюдаем за теми преобразованиями, которые происходят в системе образования и здравоохранения, видим много рациональных решений. Понимаем, что развёрнута работа, объёмы которой поражают воображение, и мгновенных результатов быть здесь не может. Поэтому работаем и терпеливо ждём положительных тенденций и в нашем направлении.

Светлана СЕРГЕЕВА, внешт. корр. «МГ».

Деловые встречи -

В Центральном НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России состоялся экспертный совет «Маршрутизация онкологических пациентов».

«Минздрав поручил нашему институту разработку программ маршрутизации пациентов по сложным нозологиям, в первую очередь по онкологии, а также, подготовку методических рекомендаций по этому вопросу. - отметил директор ЦНИИОИЗ академик РАН Владимир Стародубов. - Различные типы распределения населения нашей страны имеют свои особенности: удалённые регионы, например Сибирь или Якутия, значительно отличаются по структуре от регионов ЦФО, и, таким образом, необходимо учитывать географические и эпидемиологические параметры регионов при разработке программ маршрутизации», - резюмировал он.

Онкология – сложная специальность, имеющая множество подвидов специализированной помощи, оказание которых невоз-

По онкомаршруту

Общественность решительно настраивается на борьбу с раком

можно обеспечить повсеместно. Поэтому чрезвычайно важно оптимально организовать онкослужбу региона и обеспечить эффективную работу на всех этапах, – подчеркнул директор Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена член-корреспондент РАН Андрей Каприн.

В ходе совещания экспертами, как клиницистами-онкологами, так и организаторами здравоохранения, обсуждались чрезвычайные актуальные отраслевые проблемы на современном этапе: регламентирующие службу приказы и распоряжения по целевому снижению смертности, инвестиции государства в программы модернизации здравоохранения, вопросы государственно-част-

ного партнёрства в области онкологии.

Кроме того, отдельной строкой прозвучали короткие доклады сотрудников ЦНИИОИЗ, посвящённые информационным системам обработки данных медицинской статистики, а также перспективам финансирования медицинских учреждений в нашей стране, в том числе онкологических.

В мероприятии приняли участие и зарубежные гости. Так, профессор Клаус-Питер Хелльригель рассказал собравшимся о законодательной основе ведения национального регистра онкологических пациентов в Германии, который является частью плана борьбы со злокачественными новообразованиями и эффективно решает основные задачи, по-

ставленные перед государством и обществом.

Активное участие в брифинге приняли и представители регионов Российской Федерации. Ими было доложено о маршрутизации онкологических пациентов в Алтайском крае, реализации регионального проекта «Онкология» по Омской области, новейших достижениях информатизации онкологической службы Республики Татарстан.

Отдельной строкой прозвучал доклад о современных возможностях телемедицины в борьбе с

онкологическими заболеваниями. В заключение форума было доложено об информационной системе маршрутизации больных со злокачественными новообразованиями, над которой в настоящее время работают сотрудники ЦНИИОИЗ по заданию Министерства здравоохранения РФ.

По окончании официальной части брифинга собравшиеся охотно делились опытом решения текущих проблем онкологической помощи, включая переход на одноканальное финансирование, и договорились продолжить успешный опыт подобных совещаний в 2015 г. Одним словом, медицинская общественность нашей страны настроена весьма и весьма решительно на борьбу с раком, и, по всей видимости, реализация «противоонкологических» программ не заставит себя долго ждать.

> Валентин СТАРОСТИН. МИА Cito!

№ 4 • 23. 1. 2015

Этот заголовок – «Экология бытования» – может вызвать удивление. Слово экология теперь у всех на устах. Каждый знает, что это о чистоте воды и почвы, парниковом эффекте и промышленных выбросах в атмосферу и многое другое. Есть и другие «экологии». К экологии, обозначенной в заголовке, пришёл не сразу. Удачен этот термин или нет, можно будет судить по мере моих дальнейших рассуждений...

Стрессы, стрессы...

Кому из нас не доводилось быть обрызганным автомобилем, мчащимся через лужи по проезжей части улицы? Вопрос, согласитесь, риторический. Улицы наших городов застелены асфальтом так, что есть на них ямы большей ли меньшей глубины. Они-то и служат резервуаром для дождевой воды и не просыхают довольно долго после дождя.

Или подвернуть ногу из-за неровностей, а порой и выбоин на тротуаре? Или зимой поскользнуться и упасть на внезапно обледеневшем тротуаре, потому что напасть эта наступает всегда неожиданно для городских служб? Или получить по голове сосулькой, упавшей с крыши?

Автомобильные пробки на улицах города, опоздание электричек. Как следствие – опоздание на работу, связанные с этим стрессы, испорченное настроение и необходимость оправдываться перед начальством.

В какой мере всё это можно считать факторами экологии?

Обратимся к определению этого термина и понятия в словарях самой разной специализации.

«ЭКОЛОГИЯ» [< гр. oikos – дом, родина + logos – учение] означает науку, изучающую взаимоотношения животных, растений, микроорганизмов между собой и с окружающей средой».

Причём из дальнейшего изложения ясно, что факторы окружающей среды понимаются очень широко, в привычных понятиях – загрязнение, истребление, призывы к сохранению и сбережению природы и т.д.

Есть другие варианты.

«ЭКОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНАЯ – отрасль науки, исследующая отношение между человеч. сообществами и окружающей географич.-пространств., социальной и культурной средой, прямое и побочное влияние производств, деятельности на состав и свойства окружающей среды, экологич. воздействие антропогенных, особенно урбанизированных, ландшафтов, др. экологич. факторов на физич. и психич. здоровье человека и на генофонд человеч. популяций и т.п.»

Может быть, «экология жизни» ближе к тому, что названо экологией бытования? Однако определение почти точно такое же, что и экология социальная

Есть понятие и термин «экология человека». Читаю: «Э. человека – комплексная наука (часть экологии социальной), изучающая закономерности взаимодействия человека с окружающей средой. вопросы развития народонаселения, сохранения и развития здоровья, совершенствования физических и психических возможностей человека, взаимоотношения биосферы и её подразделений с антропосистемой, а также закономерности биосоциальной организации человеческих популяций, влияние различных факторов окружающей среды на человеческий организм».

Опять слишком всеохватное понятие, в котором теряется человек как отдельная личность, попавшая в определённые бытовые условия существования.

Экология бытования явно о других факторах, воздействующих

Ускользающий термин

Читаю у Т.Ефремова «Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный». «Бытова́ние І. ср. устар. Жизнь, существование кого-либо. ІІ ср. разг. Наличие, распространённость чего-либо».

В Малом академическом словаре русского языка бытование определяется как «Существование, наличие (в быту). Бытование старинных песен. Синонимы к слову «бытование» 1. существование, 2. наличие, 3. распространённость, 4. жизнь».

торыми эти организмы находятся в постоянном взаимодействии».

Наконец, удаётся найти определение, близкое к тому, что можно обозначить как «экология бытования» и то только в одной его части: «Среди основных потребностей людей можно отметить безопасность среды проживания, так называемый ареал обитания, экологически комфортное жилище, чистые природные ресурсы (воздух, вода, земля)». Этой частью является безопасность среды проживания. Но, согласитесь, это тоже слишком общё, неконкретно: что имеется в виду – надёжность

не один ревизор на вагон, когда «зайцы», завидев его, перебегают в другой, а потом, когда покинутый вагон становится «безопасным», возвращаются в него, а два ревизора, входящие в вагон с обоих его концов.

Влияет ли это стояние под дождём или снегом на самочувствие и настроение? Думаю, ни у кого не повернётся язык сказать: не влияет. Может быть, кому-то выгодно строить эти «пропускные пункты» с турникетами. Не только постройка их дело не дешёвое, обслуживают их как минимум два контролёра и охранники с раннего утра и до

встречает грубость врача по отношению к пациенту.

Вот пример, очевидцем которого пришлось быть, отрицательного воздействия факторов бытования на человека. Двое мужчин, немолодых, замечу, не вписались вдвоём в один турникет. Коекак преодолев его, подрались на глазах уставших и потому ко всему безразличных граждан. Пугающим было то, что люди были равнодушны к инциденту. Проходили мимо, не выражая никаких эмоций. Привыкли? Очерствели? Не до других?

Недавно «МГ» поведала о дру-

Точка зрения

Экология бытования

«Хорош тот город, в котором все жители счастливы». (Эрих Мария Ремарк)



Опять не совсем то. Слишком общё и неконкретно.

Может быть, лучше будет «экология быта»? Определяется как «домашняя техника, ремонт, мебель, посуда, одежда и обувь, домашняя аптечка, раздельный сбор мусора. То есть: основные принципы ухода за домом; сохранение воды, тепла и энергии в жилище; экологичный ремонт; безопасная мебель, посуда, домашняя техника; одежда и обувь; домашняя аптечка; раздельный сбор отходов».

Но есть явления бытования, которые не находят отражение в приведённых терминах и понятиях. Те, которые приведены в самом начале, и многие другие.

Ещё одна попытка найти аналогию с экологией бытования – «среда обитания». Может быть это то, чем можно воспользоваться для обозначения тех явлений, с которыми мы сталкиваемся в повседневной жизни и о которых сказано в начале материала?

Нахожу в Интернете: «Среда обитания: наша квартира – кухня, спальня, гостиная, рабочее место – офис или кабинет, городской транспорт, любимые места отдыха – всё это наша среда обитания».

Конкретно, но слишком узко. Есть и более общие характеристики термина «среда обитания». Например, «техногенная среда»,

Например, «техногенная среда», «антропогенная среда», «промышленная среда».
В некоторых источниках под

средой обитания понимают «совокупность внешних природных условий и явлений, в которые погружены живые организмы и с ко-

полицейской службы, техника безопасности на производстве? В экологии бытования речь, отнюдь, не о безопасности. Скорее, о качестве жизни, бытования.

Однако предпочтение всё-таки, на наш взгляд, стоит отдать термину и понятию экология бытования.

Была попытка найти обсуждаемый термин – «бытование» у великого русского словесника Владимира Ивановича Даля. Нет такого слова у него в знаменитом «Толковом словаре живого великорусского языка». Есть «бывать» – существовать, обретаться, находиться... Есть слово «быть» – бытие, бытность. Но нет слова «быт». Оно появится потом для обозначения повседневности существования человека.

Не опасно... однако

Итак, слово бытование не вписывается в практику научной терминологии. Его значение несколько приземлённое. И потому факторы бытования не регистрируются, влияние их на жизнь человека, его настроение, здоровье – не изучаются.

Между тем я – постоянный пользователь услугами пригородной электрички. Приходится каждый день дважды проходить через контрольный турникет – по дороге туда и обратно. Когда вечером возвращаешься с работы и прибываешь на свою станцию, стоишь в длинной, медленно подвигающейся очереди. Порой под дождём или снегом, ледяным ветром или удушающей жарой. Кто и зачем это придумал? Разве нет других вариантов, например:

поздней ночи. Бессмыслица этих пунктов очевидна. Ущерб для настроения и даже здоровья вполне ожидаем.

Перечисленное здесь и в начале материала – тоже факторы экологии – «экологии бытования», и также могут иметь отрицательное влияние, но по большей своей части не создают опасность для

Есть что изучать

Напрашивается другой пример, из практики современного здравоохранения. На «обслуживание» одного больного в поликлинике врачу отводится 10 минут. В регистратуре из автомата, похожего на банкомат, больной получает талон с указанием времени, когда он будет «обслужен» врачом. Редко, почти никогда, приём укладывается в это временное «прокрустово ложе». Очередь сдвигается. Очередной пациент не попадает к врачу в указанное в его талоне время. Если он «новичок», впервые приходит в поликлинику, его праведному гневу нет предела, особенно если пациент молод, занятой человек и дорожит своим временем. Пользователь «услугами здравоохранения» со стажем обречённо сидит, ибо знает, что бушевать бесполезно.

У врача свои заморочки. Надо «вбивать» данные о больном в компьютер: анамнез, лечение, анализы. А компьютер «зависает» (потому что далеко не самого нового образца). Работа стопорится. Больные ждут и нервничают. Нервничает и врач. Грубость пациента в отношении к врачу

гом факте неустроенности нашего современного бытования. В поликлинике девушка повздорила с пожилым человеком – кому из них первым войти в кабинет врача. Вспыхнула ссора. Девушка не нашла ничего лучше, как позвать своего молодого человека навести «порядок». От удара, полученного от защитника, пожилой человек упал, получил травму, от которой скончался.

Каждый из нас может припомнить другие примеры неустроенности нашего быта. Синдромы выгорания, хронической усталости, о которых всё чаще пишут и говорят, – это следствие воздействия отрицательных факторов экологии бытования. Отсюда неулыбчивые, раздражённые, отвечающие грубостью на грубость люди, вспыхивающие гневом на дефекты обслуживания в магазине, сбербанке, поликлинике...

Представляется целесообразным сделать экологию бытования, несмотря на всю приземлённость термина и понятия, предметом пристального изучения и научного анализа. Например, выделить разные регионы страны или районы мегаполиса, определить факторы бытования и выявить состояние здоровья — соматического, психического, характер социального поведения их обитателей.

Стоит попытаться сделать счастливыми жителей наших городов.

Рудольф **АРТАМОНОВ**, профессор.

Москва

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Открытия, находки ——

Электронная кожа в диагностике рака

Большая команда, в состав которой входят учёные Сингапура и Австралии, Таиланда и Китая, обращает внимание коллег к печёночной двуустке, или описторхису, паразитирующему в желчных протоках печени и вызывающему ангиокарциному, или опухоль из клеток, образующих стенки сосудов (нечто подобное представляет собой саркома Капоши при СПИДе, когда кожа пациента покрывается пятнами и становится похожей на леопардовую).

Учёные полагают, что личинка этого плоского червя синтезирует белок, напоминающий по своему действию гранулин человека, являющийся ростовым гормоном, который необходим для формирования сосудистых грануляций при заживлении ран. В публикации описывается расшифрованный геном двуустки, что поможет раскрытию механизмов онкологического роста.

Ирландские саги рассказывают о чудесном острове Наног, или Земле вечной мололости, поэтому нет ничего удивительного в том. что так был назван ген, стимуляция которого ведёт к омоложению клеток и поддержанию ими режима самообновления (self-renewal). Сотрудники Кембриджского университета и их коллеги из Германии и Японии сообщили о том, что им с помощью кратковременной стимуляции гена «наног» удалось перевести стрелки молекулярных часов, в результате чего клетки обрели если не вечную молодость, то очень приблизились к состоянию эмбриональных стволовых (ЭСК). Последние намного предпочтительнее с точки зрения клеточных терапий, поскольку способны давать все клеточные типы организма (в отличие от широко рекламируемых плюрипотентных -

Последнее очень важно для понимания нормального клеточного развития и различных патологий, в том числе и рака, развивающихся иногда в результате мутации одногоединственного гена, например отвечающего за синтез ростового фактора фибробластов (FGF) или его белкового рецептора в мембранах клеток. Напомним, что фибробласты кожи здоровых и больных людей сегодня широко используются для получения iPS, из которых затем «производят» нейронные модели той же шизофрении. Развитие клеточного потомства плюрипотентных клеток и раковый рост невозможны без повышения активности ферментов цитоплазмы, в частности так называемых киназ, которые переносят энергоёмкие фосфатные группы на протеины, тем самым регулируя их активность. Рост опухоли невозможен без новообразования сосудов, на блокирование которого возлагались большие надежды. Однако ангиостатики первого поколения надежд онкологов не оправдали, поэтому понятен интерес специалистов к публикации, в которой авторы описывают положительные результаты применения довитиниба (бензимидазол-хинолинона), блокирующего в раковых клетках сразу несколько киназ (его применяют для сдерживания роста метастазов при раке молочной железы, лёгких и толстой кишки). Сотрудники испанского Национального центра онкоисследований при химиотерапии рака молочной железы добавляли этот препарат к нинтеданибу, что позволило сократить размер новообразований у 50% пациенток (не забывали они и стандартный паклитаксел).

Авторы статьи в британском журнале справедливо указывали на то, что максимальный успех они получали на ранних этапах развития опухолей. Но как добиться максимально раннего обнаружения процесса? Описана созданная в Университете Небраски в Линколье (США) электронная кожа, которая при наложении на молочную железу позволяет обнаружить уплотнения размером всего 5-10 мм. Обычно врач при пальпировании может отличить участки повышенной плотности, которые в 8-18 раз плотнее здоровой ткани. Свои опыты с электронной кожей учёные проводили на силиконовой модели молочной железы. Они достоверно обнаруживали «объекты» размером всего 2 мм, плотность которых всего в 2,5 раза превышала нормальную (но сигнал был минимальным и мало отличался от фонового). Немаловажно также и то, что внесённые объекты легко определялись и на глубине 20 мм. Все эти цифры многое говорят маммологам, как и название статьи «Тактильное изображение пальпируемых структур при скрининге рака молочной железы».

> Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук. По материалам Cell.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии» объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

3-е неврологическое отделение

Ведущий научный сотрудник (д.м.н.) - 1

Отделение реанимации и интенсивной терапии

Ведущий научный сотрудник (д.м.н.) - 1 5-е неврологическое отделение

Старший научный сотрудник (к.м.н.) - 1

Срок действия объявления -30 календарных дней со дня публикации.

Справки по телефону 8 (495) 490-21-04

Видно, на роду написано...

Рост взрослого человека почти на 100% обусловлен наследственностью, однако до сих пор науке было известно всего около 10% этого генетического бэкграунда. Международному консорциуму учёных благодаря полной расшифровке геномов более 250 тыс. человек удалось практически удвоить эту цифру, прояснив примерно одну пятую часть биологической картины наследуемости роста.

положены в районе генов, и ранее известных своей вовлечённостью в процесс скелетного роста. Однако локализация части из них выявила ранее неизвестные молекулярные пути. В частности, это касается регулирующего размножение клеток гена mTOR, о причастности которого к росту скелета прежде не знали. Кроме того, речь идёт о генах, связанных с метаболизмом коллагена (ключевого компонента костной ткани) и хондроитин



Сотни сотрудников проекта, пооснов антропометрических характеристик, провели анализ данных. геномов четверти миллиона чеобъёма в итоге было отобрано 697 имеющих отношение к росту точечвлияющих друг на друга генетичечерты или болезни.

Большинство SNP оказались рас-

сульфата (компонента хрящевой ткани), а также о сети генов, активных в зонах роста - участках растущей ткани в конце длинных трубчатых костей.

«Наши результаты позволяют прояснить генетическую архитектуру человеческого роста, которая определяется совокупностью огромного, но конечного числа распространённых точечных мутаций», - резюмируют авторы. Учёные также считают, что лучшее понимание молекулярных механизмов, лежащих в основе роста скелета, позволит в будущем изменить подход к терапии его нарушений.

> Марк ВИНТЕР. **МИА Cito!**

По материалам журнала **Nature Genetics.**

Перспективы ———

свящённого изучению генетических полученных после расшифровки ловек. Они проверили около 2 млн случаев однонуклеотидного полиморфизма (SNP) - отличий в последовательности ДНК размером в один нуклеотид - общих для хотя бы 5% участников. Из этого ных мутаций, расположенных в 424 участках генома. Этот пул взаимно ских вариаций - самый крупный из всех, выявленных до сих пор для какой-либо антропометрической

Исследования -

Нарциссизм да и только

Американские исследователи пришли к выводу, что мужчины, регулярно выкладывающие селфи в Интернет, склонны к асоциальному поведению.

Так, учёные Университета штата Огайо инициировали исследование, в котором приняли участие 800 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет. Добровольцы отвечали на вопросы относительно частоты выкладывания собственных фото в социальные сети, а также по заранее приготовленным шкалам оценивали своё поведение и собственную внешность.

В результате оказалось, что

мужчины, выкладывающие селфи в соцсети на регулярной основе, были склонны к нарциссизму и психопатии, а у тех участников, которые редактировали свои фото с помощью фотошопа перед тем, как их выкладывать, нарциссизм оказался ещё более выраженным.

Как известно, нарциссическим личностям свойственна некоторая внутренняя неуверенность в себе. Психопатия предполагает отсутствие эмпатии, заботы об окружающих и склонность к импульсивному поведению.

> Алина КРАУЗЕ. По сообщению Meddaily.

Сенсация -

Регенерация спинного мозга — реальность

40-летний поляк Дарек Фидыка, который в результате ножевых ран был парализован ниже пояса, теперь в состоянии передвигаться, опираясь на ходунки. Впервые врачам удалось добиться восстановления способности ходить у человека, парализованного в результате травмы позвоночника. В его спинной мозг были пересажены клетки обонятельной нервной ткани. Эта операция, первая в мире, была сделана хирургами в Польше в сотрудничестве с британскими учёными

По словам профессора Джеффа Райсмана, главы отдела нейрорегенерации Института неврологии при Университетском колледже Лондона, достигнутый результат является более значительным посвоим последствиям, чем высадка человека на Луну.

В операции были использованы биполярные обонятельные клеткирецепторы, которые входят в состав обонятельной системы. Эти клетки служат для передачи сигналов по нервным волокнам. В ходе первой из двух операций хирурги удалили одну из обонятельных луковиц пациента и вырастили культуру клеток в лабораторных условиях.

Спустя 2 недели они пересадили эти клетки в нервные волокна спинного мозга больного, которые были перерезаны ножом в ходе нападения. У врачей было всего 500 тыс. таких клеток, что совсем немного. Около 100 микроинъекций

раствора с клетками были сделаны выше и ниже места травмы. Четыре тонкие полоски нервной ткани были взяты из шиколотки пациента и помешены влоль разрыва в нервных волокнах спинного мозга шириной 8 мм. Учёные считают, что обонятельные клетки создают путь, по которому нервные волокна выше и ниже места травмы могут соединиться между собой, используя для этого мостик из пересаженной нервной ткани.

До операции Дарек Фидыка был парализован в течение почти 2 лет и не проявлял никаких признаков восстановления, несмотря на многомесячную интенсивную физиотерапию. Эта интенсивная программа физиотерапии, в рамках которой он занимался по 5 часов 5 дней в неделю, продолжалась после операции в Центре аксононейрологической реабилитации во

Спустя полгода после операции он смог сделать несколько неуверенных шагов, держась за поручни, используя поддержку физиотерапевта и специальные шины для ног. Через 2 года после операции он может ходить, опираясь на ходунки. Также отчасти восстановились ощущения в области мочевого пузыря и кишечника и сексуальная функция.

Решающим фактором, определившим успех лечения, стало использование собственных обонятельных клеток пациента, что исключило возможность иммунного отторжения и необходимость использования лекарственных

средств для подавления такой реакции.

Отдельно стоит отметить, что через несколько месяцев на левой ноге у пациента начали увеличиваться в объёме мускулы и появились первые признаки иннервации. Возможно, здесь есть связь с тем, что именно на левой стороне спинного мозга врачи создали мостик из пересаженной нервной ткани в разрыве нервных волокон в результате ножевой травмы. Учёные считают, что это свидетельство регенерации нервной ткани спинного мозга, так как сигналы из мозга, контролирующие работу мускулов левой ноги, посылаются именно по левой части ствола спинного мозга.

Магнитно-резонансное сканирование также установило, что разрыв в нервных волокнах закрылся после операции.

Но победные выводы делать пока рано. Исследователи не хотели бы, чтобы у тысяч людей возникли ложные надежды, они подчёркивают, что этот успех должен быть повторен неоднократно, чтобы продемонстрировать реальность регенерации нервной ткани спинного мозга. Поэтому они надеются провести не менее 10 схожих операций в Польше и Британии в предстоящие годы, но всё зависит от масштабов финансирования этих работ.

> Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МГ».

По материалам Cell Transplantation.

Как показывает ряд описанных в медицине случаев, люди могут функционировать в отсутствие отдельных областей головного мозга, не испытывая при этом ярко выраженных негативных эффектов. Как такое возможно? Сколько мозга нам необходимо для нормальной жизнедеятель-

В последние месяцы в новостях медицины появилось сразу несколько историй, повествующих о людях с повреждёнными или вовсе отсутствующими отделами головного мозга, которые тем не менее живут относительно нормальной жизнью. Если отвлечься от сенсационности этих сообщений и взглянуть на них с точки зрения нейрофизиологии, напрашивается вывод, что мы не просто не до конца понимаем, как работает наш мозг - по-видимому, наше нынешнее представление о механизмах его работы в корне неверно.

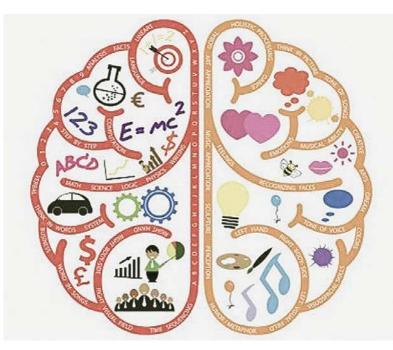
К примеру, пресса сообщала о женщине, родившейся без мозжечка - ярко выраженного отдела головного мозга, расположенного под затылочными долями полушарий. По некоторым оценкам, в мозжечке содержится до половины всех клеток головного мозга человека. В данном случае речь идёт не просто о повреждении мозга мозжечок у 24-летней женщины вообще отсутствует. Тем не менее её жизнь вполне обычна - она окончила школу, вышла замуж и родила ребёнка.

Нельзя сказать, что отсутствие у этой женщины мозжечка не имеет вообще никаких последствий – всю свою сознательную жизнь она страдает от неуверенности и неловкости в движениях. С другой стороны, поразительно то, что она вообще может передвигаться без отдела мозга, который присутствовал уже у первых позвоночных на Земле. Наличие мозжечка обнаружено у ископаемых акул, живших ещё во времена динозавров.

Эта история иллюстрирует одну истину, о которой не так часто говорят: в самом элементарном нашем понимании того, как функционирует мозг, имеются огромные пробелы. Учёные до сих пор не могут прийти к общему мнению о том, какие функции выполняют даже самые изученные его отделы, такие как мозжечок. Вся глубина нашего незнания проявляется как раз в Гипотезы

Голова профессора Эдельмана

Сколько мозга нам необходимо?



таких экстраординарных случаях. как вышеописанный. Время от времени, в рамках рутинной больничной процедуры сканирования, выясняется, что мозг пациента удивительным образом отличается от привычного нам представления о его строении. При этом некоторые из таких отличий могут оказывать весьма незначительный наблюдаемый эффект на самочувствие и поведение человека.

Частично эту проблему, повидимому, можно объяснить особенностями нашего мышления. Мы считаем вполне естественным представление о мозге как аппарате, появившемся в результате естественного отбора, а в инженерной науке, как правило, существует прямое соответствие между конструкцией и её назначением. Возьмём тостер – хлеб в нём жарит нагревательный элемент, за временем приготовления следит таймер, а за выбрасывание готовых тостов отвечает пружина. Однако случай с отсутствующим мозжечком показывает, что для головного мозга такая простая схема неприменима. Хотя мы часто говорим, что за разные функции, чувства и ощущения - такие как зрение, чувство голода или влюблённость - отвечает свой регион мозга, в действительности это не так, поскольку головной мозг не технологическая конструкция, в которой каждую из функций выполняет отдельный агрегат.

Возьмём недавний случай, когда в мозгу мужчины был обнаружен ленточный червь. Четыре с лишним года червь проделывал в мозгу сквозное отверстие, причиняя его

владельцу массу неприятностей включая судороги, проблемы с памятью и ошущение странных запахов. Для человека, мозг которого прогрызло живое существо. мужчина отделался сравнительно легко. Если бы головной мозг работал по принципу большинства устройств, созданных человечеством, всё было бы гораздо хуже. Предположим, что червь насквозь прогрыз ваш мобильный телефон - аппарат просто перестанет работать. Вспоминается случай из 1940-х годов, когда одна из ранних электромеханических вычислительных машин вышла из строя из-за моли, попавшей в реле

Отчасти такая отказоустойчивость мозга объясняется его пластичностью, то есть способностью адаптироваться к изменяющимся условиям благодаря накоплению опыта. Есть, впрочем, и другое объяснение, предложенное умершим в прошлом году американским нейрофизиологом, лауреатом Нобелевской премии Джералдом Эдельманом. Он обнаружил, что за поддержание одной и той же биологической функции зачастую отвечают несколько структур. Так, одни и те же физические особенности организма предопределяются сразу несколькими генами. Таким образом, произвольное «выбивание» - потеря - одного из генов не влияет на относительно нормальное развитие данной особенности. Эдельман назвал способность множества разных структур поддерживать одну и ту же функцию термином «вырожденность».

Та же концепция применима и к головному мозгу. За каждую из ключевых функций мозга отвечает не конкретный отдел, а несколько областей сразу, зачастую выполняющих одну и ту же работу слегка отличными способами. Если одна

область окажется неработоспособной, её работу возьмут на себя другие.

Как бы мы ни старались раз и навсегда закрепить определённые функции за тем или иным участком мозга, он отказывается работать по шаблону.

Данная концепция помогает понять природу проблем с пониманием «зон ответственности» разных отделов головного мозга, которые испытывают нейрофизиологи-когнитивисты. Если подходить к изучению мозга с позиции «один отдел - одна функция», никогда не получится экспериментальным путём распутать клубок взаимосвязей между его областями и выполняемыми ими функциями.

Наиболее известная функция, приписываемая мозжечку, - координация движений. Однако другие отделы мозга, такие как базальные ганглии и двигательные области коры, также напрямую вовлечены в управление моторикой. Вероятно, постановка вопроса о том, какие уникальные функции присущи каждому отделу мозга, просто неверна, поскольку все они вносят свой вклад в общее дело.

Память - ещё один пример важной биологической функции, которую поддерживают несколько областей мозга. Столкнувшись с человеком, которого встречали раньше, вы можете припомнить, что он слывёт добрым, вспомнить случай, когда он проявил доброту по отношению к вам лично, или у вас появится смутное чувство симпатии к нему - за все эти формы памяти, заставляющие вас испытывать к данному человеку доверие, отвечают разные отделы мозга, выполняющие одну и ту же работу, но разными способами.

Эдельман и его коллега Джозеф Гэлли называли вырожденность широко распространённым биологическим качеством и свойством, присущим сложным системам. утверждая, что она является неизбежным результатом естественного отбора. Эта концепция объясняет, почему травмы или врождённые дефекты строения мозга порой оказываются не такими катастрофичными, какими, по логике вещей, должны быть. А также - почему понимание работы головного мозга даётся учёным с таким трудом.

Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МГ». По материалам сайта BBC Future.

День аптекаря

Корреспондент Times передаёт из Парижа, что после недавних трагических событий во Франции жители страны невиданными темпами скупают транквилизаторы. Продажи антидепрессантов и снотворного увеличились на 18,2% по сравнению с обычными недельными показателями.

Французские покупатели нынче также избегают сезонных распродаж - не только из страха перед нопотому, что они слишком деморализованы, чтобы покупать себе новую одежду. Те же, кто всё же покинул в среднем на 8,3% меньше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

Специалисты называют сложившуюся ситуацию беспрецедентной не только для Франции, но и для всего мира. «Мы испытали очень мошное психологическое воздействие, это был грандиозный шок», - пояснил Бернар Бего, профессор фармакологии Университета Бордо.

Юрий БОРИСОВ.

Осторожно!

Отбой «прививкам»

Белый дом заявил. что ЦРУ прекратило использовать кампании по вакцинации населения для маскировки своей разведывательной деятельности. Об этом было сообщено в письме. направленном деканам медицинских вузов.

Под прикрытием программы вакцинации против полиомиелита в Пакистане ЦРУ разыскивало Усаму бен Ладена, который затем был убит спецназом США в 2011 г. С тех пор в Пакистане были убиты многие медицинские работники, занимавшиеся вакцинацией от полиомиелита - местные талибы считают, что кампании по вакцинации населения проводятся в качестве прикрытия работы спецслужб.

Незадолго до заявления Белого дома посредник на переговорах с талибами профессор Ибрагим Хан сказал, что талибы хотят получить заверения, что программа вакцинации не используется ни для каких других целей.

По его словам, вероятно, талибы отменят свой запрет,



Кроме того, батарейка вырабатывает электричество. Предсказать, навредит ли, и в какой степени, батарейка при разряжении, невоз-

К счастью, малышка получила медицинскую помощь вовремя. Врачи извлекли с помощью эндоскопического оборудования проглоченную батарейку, оставшуюся, к

> Захар ГЕЛЬМАН, соб. корр. «МГ».

однако многое зависит от прогресса на мирных переговорах с правительством Пакистана. Это решение будет приветствоваться в Пакистане, где началась эпидемия полиомиелита. В прошлом году в Пакистане было зарегистрировано порядка 70 случаев этого заболевания. В 2013 г. за тот же период времени таких случаев было всего 8.

Судя по территориальному распределению случаев

заболевания полиомиелитом, источник заражения находится на северо-западе Вазиристана, района, который находится под контролем боевиков.

Всемирная организация здравоохранения опубликовала заявление, в котором благодарит Вашингтон за изменение политики ЦРУ.

> Игорь НИВКИН. По сообщению Associated Press.

Девочка и батарейка не пострадали

Врачи не устают повторять, казалось бы, прописную истину - не покупайте и не давайте в руки маленьким детям игрушки и украшения с мелкими деталями! Иначе может случиться беда. подобная той, в которую попала Лиан Михаэлова, 9-месячная израильтянка.

Родители купили ей красивый светящийся ободок для волос. Играя с ним. ребёнок обнаружил батарейку, потянул её в рот и

проглотил. К счастью, родители увидели, как мелкий предмет, ещё мгновение назад находившийся в руках маленькой Лиан, исчез во рту девочки. Они тут же подхватили Лиан на руки и помчались с ней в реховотскую больницу.

В принципе, такие небольшие батарейки могут неповреждёнными выйти с калом. Но батарейки для светящихся ободков содержат щёлочь, едкое вещество, которое может повредить органы пищеварения.

счастью, неповреждённой.

Иерусалим - Реховот.

Александр III обладал фамильными чертами Романовых: высоким ростом и величественной осанкой, которой славились Николай I, Александр II и их сыновья. Он был настолько выше и массивнее окружающих, что выделялся в любом собрании. Хранящиеся в Царскосельском музее мундиры служат зримым доказательством этого. Каждое утро государь поднимался в 7 утра, заваривал себе чашку крепкого кофе и садился за письменный стол. Редко ложился раньше полуночи. Система работала на полную мощь, но это требовало огромных затрат времени и сил от самодержца. У него имелись «факторы риска» сердечно-сосудистых заболеваний: избыточный вес, гиперстеническая конституция, курение, злоупотребление кофе, психоэмоциональное перенапряжение.

Романовская порода

Несчастье произошло 17 октября 1888 г. на перегоне между железнодорожными станциями Тарановка и Борки, когда государь возвращался в столицу из Севастополя. Царская семья находилась в вагоне-ресторане за завтраком, вдруг послышался страшный треск. Вагон сместился с тележек, на которых крепились колёса. Император поднялся из-за стола, и в этот момент крыша вагона обрушилась. По свидетельству очевидцев. Александр сумел на мощных плечах в течение нескольких секунд удерживать её, после чего упал. Катастрофа имела последствия для его здоровья, однако они проявились позже. Авторитетно здесь свидетельство профессора В.Ф.Грубе, которого Александр III уважал, так как лично видел его отношение к раненым при катастрофе. Грубе писал, что во время его пребывания в Петербурге в январе 1889 г. Александр III жаловался ему, что «со дня крушения ощущает боль в правом бедре ... а также в пояснице и выше, причём подробно и точно указал мне все места, где ощущались боли». Грубе утверждал (1897): «Я глубоко убеждён, что Его недуг, приведший к роковому исходу, ведёт начало со времени крушения поезда. Страшное сотрясение всего тела при падении коснулось особенно

На железнодорожную травму наложился грипп, которым Александр III переболел в ноябре 1889 г. В середине ноября 1889 г. К.П.Победоносцев зафиксировал, что «Государь настолько захворал, что был вынужден лечь в постель». В сентябре 1893 г. после бурного объяснения с сыном, посвящённого предстоящей женитьбе наследника, у Александра III возник приступ головной боли, сопровождавшейся обильным носовым кровотечением. Симптомы свидетельствовали о резком подъёме артериального давления. Царя стала беспокоить одышка при физической нагрузке.

области почек».

Победоносцев писал великому князю Сергею Александровичу

Имена и судьбы

Александр III: болезнь и лечение

120 лет назад, сразу после кончины императора, вспыхнули споры во врачебном мире



Профессор Г.Захарьин

16 января 1894 г.: «Государь с Рождества чувствовал себя нехорошо, перемогался, и только три дня назад уговорили его лечь в постель. Определился плеврит. затронуто было лёгкое». Вызвали профессора Г.А.Захарьина, одного из лучших терапевтов России, возглавлявшего клинику медицинского факультета Московского университета. Император поправился, но не выполнял требований врачей больше спать и отдыхать, избегая простуды. В записках Захарьина, посвящённых событиям января 1894 г., подчёркивалось, что «ежедневно производились ... тщательные химические и микроскопические исследования. В первые 3-4 дня было замечено ничтожное количество белка в почечном отделяемом как обыкновенное явление при лихорадочных болезнях, но не было так называемых цилиндров. за сим белок исчез...»

Последний приказ...

Лето 1894 г. государь решил проводить в Гатчине. Вскоре Александру III стало нехорошо, и из Москвы вновь приехал Захарьин. И на сей раз профессор оказался не на высоте: он сказал, что ничего серьёзного нет. Успокоенный император решил вместо Крыма отправиться в охотничьи места. Охота на зайцев сменялась охотой на оленей, гон на косуль перемежался засадами на куропаток. Император почувствовал себя плохо. 15 сентября в район охоты приехал профессор Эрнст Лейден, директор берлинской клиники Шарите, и констатировал, что у императора острое воспаление почек - нефрит.

21 сентября 1894 г. императорская семья прибыла в Крым. В Ливадии Александр III сразу же занялся интенсивным лечением. Он хорошо ел, принимал солнечные ванны в саду, ходил гулять на берег. Но улучшение оказалось временным, у него появились отёки ног. З октября 1894 г. Грубе был приглашён к царю, он писал, что «застал картину полного уремического отравления, когда всякая помощь была более чем сомнительна».

5 октября 1894 г. в «Правительственном вестнике» был напечатан первый бюллетень о состоянии здоровья Александра III, где приводилось заключение врачей - «... берлинского профессора Лейдена. профессора Захарьина, доктора Попова и лейб-хирурга Вельяминова на консилиуме 4 октября о состоянии здоровья. Болезнь почек не улучшилась, силы уменьшились, врачи надеются, что климат южного берега Крыма благотворно повлияет на состояние Августейшего Больного». Совещание подтвердило диагноз прогрессировавшего нефрита. Средством борьбы с отёками ног были ежедневные массажи с последующим бинтованием. Н.А.Вельяминов полагал, что помимо нефрита тяжесть состояния усиливала болезнь сердца, на что указывали приступы одышки, удушья, острых болей за грудиной.

Лейден предложил в качестве паллиативной меры ввести под кожу голеней через маленькие разрезы серебряные трубочки для оттока жидкости. Вельяминов не только категорически не согласился с этим, но и отказался присутствовать при операции, если кто-нибудь согласится сделать её. 18 октября император встал с постели, сам перешёл в кабинет к письменному столу, где подписал приказ по военному ведомству и здесь же упал в обморок.

К вечеру наступило резкое ухудшение. Консилиум в составе профессоров Лейдена, Захарьина, Попова, лейб-хирургов Вельяминова, Гирша в 22 часа установил: «В течение дня продолжалось отделение кровавой мокроты, озноб, температура 37,8°, пульс 90, слаб, дыхание затруднено. Аппетит крайне слаб. Отёки значительно увеличились».



Профессор Э.Лейден

19 октября в 19 часов тот же состав врачей констатировал: «В течение дня Государь Император кушал мало, явления ограниченного воспалительного состояния (инфаркта) в левом лёгком продолжаются. Дыхание затруднено, пульс слаб, общая слабость». Утром 20 октября в 9 часов комиссия отметила, что состояние больного стало угрожающим: «Ночь Государь провёл без сна, дыхание сильно затруднено, деятельность сердца слабеет: положение крайне опасно». Государь до последних минут жизни был полностью ориентирован в окружающем, мощная воля поддерживала сознание ясным, он стремился утешить близких. 20 октября в 2 часа 15 минут пополудни «Государь Император Александр Александрович... тихо в Бозе опочил...» Медицинское заключение, составленное профессорами Лейденом, Захарьиным, Поповым, лейб-хирургами Вельяминовым и Гиршем 21 октября 1894 г., гласило: «Диагноз болезни Его Величества, поведшей к Его кончине: хронический интерстициальный нефрит с последовательным поражением сердца и сосудов, геморрагический инфаркт в левом лёгком с последовательным воспалением».

Попробуем установить посмертный диагноз императора, с учётом данных аутопсии. Процесс диагностики затруднён неполнотой анамнестических и клинических сведений, отсутствием лабораторных анализов и, главное, микроскопического исследования внутренних органов. Судя по клиническому течению, более вероятным пред-

ставляется диагноз хронического гломерулонефрита. Из его форм, скорее всего, имел место вариант, именующийся «хронический гломерулонефрит с отёками и гипертонией». Первыми его проявлениями обычно являются признаки артериальной гипертензии. Боли в пояснице отмечаются у половины больных, так же как головокружения и головные боли. Что касается диагноза «интерстициальный нефрит», установленного по результатам консилиума, то следует заметить, что сейчас под этим термином понимают совершенно иной патологический процесс: заболевание, обусловленное либо аллергией на тот или иной препарат, либо токсическим его действием.

И великие врачи ошибаются

Большинство клинических проявлений, имевших место в заключительной стадии заболевания, характерно для хронической почечной недостаточности. Это - сохранённое сознание (при общем тяжёлом состоянии), кожный зуд, отсутствие аппетита, бессонница, полостные и периферические отёки, потеря массы тела, бледность кожных покровов. При вскрытии выявлены морфологические признаки длительной артериальной гипертензии. Приступы удушья и боли в сердце по ночам свидетельствуют и о коронарных нарушениях. Подводя итоги сказанному, можно утверждать, что наиболее вероятным представляется следующий диагноз, который можно было бы выставить.

Основные заболевания: хронический гломерулонефрит с отёками и гипертензией; ишемическая болезнь сердца, стенокардия покоя.

Осложнения основных заболеваний: хроническая почечная недостаточность (кожный зуд, потеря массы тела, бледность кожных покровов, полостные и периферические отёки); флеботромбоз левой голени с тромбоэмболией мелкой ветви лёгочной артерии; острая левосторонняя инфарктпневмония.

При таком диагнозе в 1894 г. врачи не могли оказать пациенту реальную помощь, так как отсутствовали эффективные средства. Тактические неточности, допущенные Захарьиным в диагностике (прежде всего в недооценке поражения сердца), вызвали критику во врачебном мире России. В аргументированной форме это сделал будущий начальник Военно-медицинской академии Вельяминов. Захарьин вынужден был защищаться, ряд изданий опубликовали его ответ критикам, однако авторитет терапевта остался полорванным. Думается, в современных условиях при своевременно поставленном правильном диагнозе жизнь Александра III была бы сохранена, и он мог прожить ещё не один год...

> Юрий МОЛИН, профессор, заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

Былл

Знаток тонкого стекольного производства

Купеческая семья Урлаубов обосновалась в России очень давно, ещё в XVI веке. В ней можно обнаружить мастеров своего дела самых разных областей знаний. К потомкам этих стародавних переселенцев принадлежал Иван Яковлевич (Теодор Иоганн), владелец фабрики оптических инструментов, открытой в 1877 г. в Санкт-Петербурге.

Качественная работа фабрики была налажена очень быстро. Поскольку до того все оптические приборы и принадлежности Россия покупала за границей, И.Я.Урлауб

внёс значительный вклад в русскую экономику, чтобы исключить зависимость страны от зарубежных поставок. И надо справедливо отметить, что его продукция ничем не уступала импортным аналогам. Мало того, она имела преимущество, так как была на 25-30% дешевле своих аналогов.

На оптической фабрике производились: офицерские бинокли, зрительные приборы, очки, пенснэ, лорнеты, лупы, микроскопы, принадлежности для исследования глаз, диагностики зрения и предупреждения слепоты. При своих мастерских Иван Яковлевич организовал отдел для исправ-

лений и переделки микроскопов разных систем и конструкций. Он хорошо изучил не только мировое оптическое дело, но смог хорошо исследовать историю русского подобного производства.

На главных выставках того времени в России и в других странах фабрика Урлауба получила ряд наград и премий. Так, большой интерес проявили посетители к фабричному отделу на Всероссийской промышленно-художественной выставке в Нижнем Новгороде 1896 г. Отсюда в родной Санкт-Петербург Урлауб увёз золотую медаль.

В 1900 г. он же представлял

российские изделия на Всемирной выставке в Париже.

Понятно, что обыватели при выборе покупок предпочитали продукцию фирмы Урлауба. Эту фирму в качестве поставщика для своих нужд избирали почти все дореволюционные отечественные военные, гражданские и частные учреждения. Среди них были: Главный военный штаб, Военномедицинская академия, военные госпитали, разные клиники, университеты, земские управы, войсковые части.

Особый интерес имели фабричные бинокли Урлауба под названием «Силосвет». Эти приборы использовали специалисты для дневных и ночных наблюдений. Ими пользовались на суше, в море, при стрельбе и полётах в небе.

при стрельбе и полётах в небе. Школа-мастерская Урлауба готовила самостоятельных специалистов исключительно из коренного русского населения. Конечно, к ним относились обрусевшие немцы и потомки иммигрантов из других стран. Причём журналисты начала XX века отмечали, что из стен этой школы выходили «хорошо воспитанные работники-оптики».

Татьяна БИРЮКОВА, историк.

№ 4 · 23. 1. 2015

В сосновом бору (от столицы – рукой подать!) нежданнонегаданно возник свой, подмосковный... Тибет. В миниатюре, конечно. Контраст, что ни говори, ощутимый: только что брёл посреди мегаполиса, и вдруг, через какой-то час, очутился в ином измерении - как географическом, так, пожалуй, и житейском, ментальном. А надо всего-навсего сойти с электрички в часе езды от Москвы, и тут же - на маршрутку, далее - с полверсты по просёлку, сквозь густой лес.

И вот оно, маленькое чудо в самом сердце Руси – «стоянка древнего человека». Тибетского. У человека этого есть имя – Пунцог Вангмо. Остальные обитатели «заповедника» ученики этой миловидной. сосредоточенной женщины в роговых очках. Впрочем, здесь все называют себя не иначе, как жителями Кунсангара (потибетски - «благословенного»), а тихую и неприметную хозяйку – просто Доктором.

Лагерь Северный Кунсангар (а, оказывается, есть ещё Южный - в Крыму) пустил корни посреди хвойного леса. Перед глазами заезжего гостя (туриста ли, востоковеда, а то и просто любознательного человека) посреди вековых сосен раскинулся уникальный «действующий макет» буддийского поселения. Островерхие кирпичные, а то и бревенчатые избушки по своей архитектуре смахивают на буддийские строения в Индии и Непале.

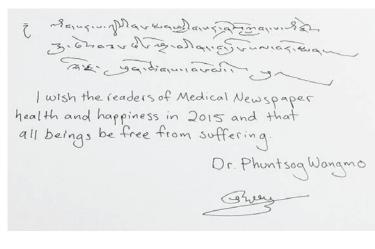
В главном здании Кунсангара, молельном доме - «Гомпе» - нас приветливо встречает сама Пунцог Вангмо. Какое-то представление о возрасте доктора даёт такой факт: ещё в 1988 г. она получила диплом Университета традиционной тибетской медицины в Лхасе, где училась у самых выдающихся врачей.

Подобно древней тибетской фее Пунцог Вангмо также использует самую обычную каменную ступку. В горах Тибета собирает целебные травы, растирает их пестиком и скатывает в чуть горькие на вкус шарики (пилюли).

Эти билалы доктора Пунцог Вангмо произвели сильное впечатление на врачебные круги в Индии и Европе. А ещё – в США, где методика Пунцог Вангмо взята на вооружение для исцеления сахарного диабета.

Конечно же, на фоне таких успехов всемирно известная женщина-врач получала много заманчивых предложений. Но, впервые побывав пару лет назад в России по приглашению российских коллег, доктор Пунцог Вангмо твёрдо решила: здесь её место, здесь осуществится её врачебное призвание. И основала филиал своей школы тибетской медицины не где-нибудь на Великих Озёрах или в Швейцарских Альпах, а в подмосковных лесах. Учатся в этой школе российские врачи, уже имеющие дипломы государственных медицинских вузов, то есть доктора, желающие расширить свою квалификацию, постичь методы тибетских врачевателей.





Доктор Пунцог Вангмо:

ет ничего против употребления алкоголя. У нас есть притча об одном древнем просвещённом мастере буддистской медитации - Меларепе. Он вышел из трёхлетнего затворничества, выпил стакан ячменной водки и... получил столь мощные откровения, что по своей значимости они равнялись предыдущим трём годам непрерывной медитации. Особенно полезно спиртное в северных странах, а Россия, конечно же, страна северная. Алкоголь имеет природу огня, он согревает и тело и душу. Но всё дело в дозах. Я приветствую умеренное потребление в лечебных и профилактических целях. Вино - один бокал в день, крепкие напитки - три столовых ложки

Здоровая Россия спасёт этот безумный мир

приёма всех желающих я не увидел ни цветастых драконов, ни осклабленных инфернальных морд, ни витиеватых буддийских панно. У доктора Пунцог – чинно, почти по-европейски.

Беседуем через тибетского переводчика:

Доктор Пунцог, почему именно Россия?

- Россия с древних времён сильна своим богатырским духом, и он никуда не делся с течением веков. Здесь вообще всё вокруг богатырское. Природа, климат, человеческие эмоции, сами людские типажи – всё в превосходной степени, с избытком, щедростью невиданной. Меня покорили ваши леса, подобных которым я больше нигде не встречала, ни на Востоке, ни на Западе. Россия – это что-то особое. Я полюбила русских людей - открытых, доброжелательных, волевых. Считаю, что Россия, именно здоровая Россия в конечном итоге спасёт этот безумный мир. И я была бы не прочь посодействовать в этом

- Гм... Выходит так, что «русские богатыри» всё-таки нуждаются в лечении? Причём, как ни странно, тибетском...

- Ну, не больше, чем все другие люди. Может быть, россияне даже здоровее, во всяком случае нравственно. В вашей стране до сих пор очень много значат такие вещи, как совесть, стыд, порядочность. Здесь крепка вера, старинные народные обычаи и традиции, причём не только в глухих деревнях, но и среди жителей Москвы. Сильны такие понятия, как честь семьи, доброта, взаимопомощь и милосердие, супружеская верность и бескорыстная дружба. Конечно, я встречала все эти замечательные людские качества и у представителей многих других народов, но мне кажется, что в России они сохранились в более цельном состоянии. А здоровье телесное напрямую связано

...В просторном кабинете для с душевным здравием. Работая с духовно крепкими, целостными личностями, мне легче добиваться успеха при помощи своих травяных смесей.

– В чём же, по-вашему, основные причины заболеваний на Руси?

- Россияне очень много нервничают, они открыты для стрессов, потому что их жизнь заполнена переживаниями... скажем так... по поводу не самых важных вещей. И ещё - здесь, в России, люди очень много и тяжко работают, тут работа для многих - смысл жизни. Негативные эмоции и напряжённый труд вызывают проблемы с сердечно-сосудистой системой и с печенью - я в своей практике здесь постоянно сталкиваюсь с печёночной недостаточностью у пациентов. Стрессы и усталость россияне компенсируют жирной пищей, алкоголем, курением всё это также плохо действует на печень. Есть в России и главная, общечеловеческая проблема, напрямую связанная со здоровьем. Это - неправильное питание. Оно для каждого человека индивидуально, только люди об этом не знают.

- И вы что же, помогаете человеку понять себя, определить, «чего и сколько» ему

- Если серьёзно, то это именно так. Толку от лечения моими препаратами будет немного, если человек при этом не переменит свой привычный, вредный для здоровья образ жизни. В первую очередь – режим питания. И я для каждого посетителя чётко определяю его повседневный рацион на долгие годы.

- Как же вы ухитряетесь за каких-то полчаса увидеть все особенности организма?

 В этом заключается тысячелетний опыт тибетской медицины, который я изучаю с детства. Наш традиционный метод - прослушивание пульса на обеих руках. Это открывает мне очень

многое, а порой даже всё о состоянии организма человека.

– И всё-таки, вкратце: на чём основан ваш подход к лечению самых разных людей?

- Есть основополагающие истины многовековой тибетской медицины. Мы верим в то, что правильное питание и достойное поведение - важнее всего для здоровья любого человека. В тибетской медицине выделяют шесть базовых вкусов: сладкий, кислый, солёный, острый, горький и вяжущий, каждый из которых, в свою очередь, состоит из пяти элементов. Вот они - ветер, огонь, вода, земля, пространство. Кстати, наше тело и душа также состоят, согласно тибетской медицине, из тех же пяти элементов. Когда все пять элементов сбалансированы, то человек здоров. Я в своей врачебной практике определяю нарушения баланса и рекомендую правильную диету согласно шести базовым вкусам, сочетающим пять элементов (повашему - стихий).

А в чём же роль ваших пилюль?

- Мои травяные шарики также представляют собой своего рода сочетание названных пяти элементов, поэтому для каждого пациента - свой комплекс трав. И наконец, в тибетской медицине значительное место отводится внешней терапии - массаж, ванны, иглоукалывание... Но чаще всего достаточно диеты, правильного поведения и травяных препаратов.

– Сейчас зима, есть ли у вас какие-то особые, сезонные рекомендации?

- Зима - это холод, особенно здесь, в России. Значит, следует употреблять согревающую пищу, то есть имеющую огненную природу. Это, к примеру, мясо, сало, острые пряности.

В России к тому же принято согреваться водкой... Особенно в праздники, да и вообще...

- Тибетская медицина не име-

в день, это примерно 50-60 г. Ну а последствия злоупотреблений, думаю, известны всем и без меня.

- Вы упоминали ещё и о таком факторе здоровой жизни, как достойное поведение...

- В первую очередь это касается сильного пола. Мужчина. по нашим тибетским представлениям, должен быть немногословным, несуетливым, рассудительным. Как бы сказать... веским. Наверное, в горах Тибета достичь этого проще - там сама окружающая природа, суровая и величественная, способствует формированию чувства собственного достоинства, жизнь неспешна и созерцательна. А у вас в России, конечно же, самые степенные и основательные личности – это мужчины-крестьяне.

– А жители городов?

- Городские люди, даже солидные мужи, поневоле подвержены суете. А суетливый, многоречивый и постоянно перевозбуждённый мужчина вряд ли окажется подарком для женщины в постели! И, напротив, немногословие, душевное равновесие весьма и весьма положительно сказываются на потенции, мужской «богатырской» силе. Эти качества характера куда более важны для долгой и интенсивной супружеской жизни, чем какие бы то ни было травяные смеси. Тем более что, согласно тибетской медицине, зима для мужчин самый благоприятный период частых и длительных соединений с женщиной. Именно зимой с наибольшей вероятностью можно зачать исключительно здорового и талантливого ребёнка. Чего я и желаю, от всей души, российским супружеским парам!

Александр АННИН.

Москва.

В автографе «МГ» доктор Пунцог Вангмо написала: «Я желаю читателям «Медицинской газеты» здоровья и счастья в 2015 г., и чтобы не было печалей!»

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

Материалы, помеченные значком \square , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответство

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, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора). Директор-издатель В.МАНЯКО. Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, κ /c 3010181040000000225, 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 № 14-12-00400 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; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124