

Медицинская

25 марта 2015 г.
среда
№ 21 (7543)

Газета®

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

Решения

Ближе к сердцу

2015 год действительно становится годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями



Вступило в силу распоряжение Правительства РФ «Об утверждении плана мероприятий по проведению в 2015 г. в России Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Документом, подготовленным Минздравом России во исполнение перечня поручений Президента РФ по реализации Послания Федеральному Собранию от 4 декабря 2014 г., предусмотрено проведение научно-практических мероприятий в целях повышения уровня квалификации медицинских работников и возможности обмена международным опытом по указанной проблематике.

Планируется также организация волонтерского движения с привлечением студентов и учащихся

В борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями многое зависит от уровня квалификации медиков...

образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования, направленного на пропаганду здорового образа жизни и проведение мероприятий по выявлению и предотвращению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Предполагается проведение тематических мероприятий по вопросам борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в рамках Всероссийского образовательного форума «Селигер» и Международного молодежного слёта «Таврида». Запланированы массовые физкультурные мероприятия среди различных возрастных групп, направленных на

пропаганду физической культуры и спорта. Также намечено создание школ для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Принятые решения будут способствовать координации деятельности и общего методического обеспечения профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а также совершенствованию системы медицинской реабилитации.

**Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Сито!**



Майкл ХЕЙДЕН, президент глобального подразделения по исследованиям и разработкам и директор по научной деятельности израильской фармацевтической компании Teva:

...Я впечатлен уровнем знаний российских неврологов, их глубокой приверженностью к своей работе.

Стр. 6

Андрей ДЕМИН, президент Российской ассоциации общественного здоровья, профессор:

Обеспечение высокого уровня здоровья и развитие соответствующей эффективной системы здравоохранения находятся в ряду жизненно важных национальных интересов.

Стр. 7



Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ:

В каждом периоде черепно-мозговой травмы важны все его слагаемые, но всё же решающее значение приобретает клиника.

Стр. 10–11



В особых условиях

Треть населения без медицинской помощи

Спикер Госсовета Республики Саха (Якутия) Александр Жирков в ходе выездного «круглого стола» Госдумы РФ рассказал о проблемах здравоохранения в республике. По его словам, в настоящее время больше трети населения Якутии оказалось вне отлаженной структуры медицинской помощи.

«Из 382 населённых пунктов 346 относятся к труднодоступным или отдалённым», – констатировал А.Жирков и добавил, что ещё одной особенностью региона является отсутствие на основной части северных территорий дорог с твёрдым покрытием. По его словам, перечисленные факторы создают трудности для работы медиков.

Спикер также подчеркнул, что новый Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» практически устранил возможность оказания первичной медицинской помощи в стационарных условиях.

В частности, этот закон не даёт территориям права оказания такой помощи даже с привлечением собственных финансовых ресурсов.

Именно поэтому, по словам А.Жиркова, «решение проблемы невозможно без внесения изменений в действующее законодательство, разрешающее субъекту действовать так, как он считает необходимым в конкретной ситуации. Поэтому сегодня надо искать реальные пути выхода из сложившейся ситуации...»

**Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сито!**

Якутск.

Тенденции

Их ждут в сёлах и деревнях

В Ярославской области мобильные фельдшерско-акушерские пункты показали свою незаменимость для сельского населения.

Передвижные ФАПы недавно начали действовать в Борисоглебском, Пошехонском и Рыбинском муниципальных районах, и вскоре необходимость подобного нововведения уже ни у кого не вызвала сомнений. В нынешнем году состоялось около 200 выездов, во время которых было обследовано почти 2,5 тыс. человек. Передвижные ФАПы выезжают

по графику в сёла и деревни, где фельдшеры принимают пациентов. Это делает первичную медико-санитарную помощь более доступной и качественной для жителей отдалённых посёлений. В случае экстренных ситуаций (например, заболел фельдшер, который работает на стационарном пункте) специалисты мобильного ФАПа заменяют коллегу.

Такие мобильные учреждения незаменимы для проведения диспансеризации населения. Особенно

это удобно для профилактических осмотров пожилых людей, ветеранов.

ФАПы оборудованы электрокардиографом, ростомером, набором медикаментов для оказания неотложной медицинской помощи. Есть возможность выполнить экспресс-анализы крови на сахар и холестерин.

В течение нынешнего года мобильные фельдшерско-акушерские пункты будут работать в режиме пилотного проекта.

**Елена МАРЬИНА,
вншт. корр. «МГ».**

Ярославль.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Без лицензии

В Крыму разрешили заниматься медицинской деятельностью без получения лицензии. Об этом говорится в Постановлении Правительства РФ № 207 от 09.03.2015, которое вступит в силу 19 марта.

Медицинская деятельность без лицензии возможна до 2017 г. Заявитель должен уведомить об этом Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и соблюдать обязательные требования, которые будут установлены Минздравом России до 1 апреля 2015 г. Проверки соблюдения этих требований могут проводиться внепланово и без согласования с прокуратурой.

Олег ТРОФИМОВ.

Симферополь.

Цели — определены

На итоговой коллегии Минздрава Республики Тыва определены два приоритетных направления в работе на 2015 г.: снижение смертности от болезней системы кровообращения и туберкулёза, а также профилактика этих заболеваний.

По информации ведомства, показатель общей смертности в регионе стабилен на протяжении последних 2 лет — 10,8 на тысячу населения, что на 2% меньше среднероссийского. При этом уровень смертности от болезней системы кровообращения, к сожалению, снизился пока не удалось, хотя данный показатель по-прежнему в 1,5 раза ниже среднего по стране (Тува — 387,6 на 100 тыс. жителей, РФ — 698,1).

Участники коллегии высказали оптимистичное предположение, что по итогам этого года статистика потерь населения от ССЗ улучшится. Лечебные учреждения республики активно лицензируются на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Как подчёркивают в Минздраве Тувы, с открытием регионального сосудистого центра стало возможным проведение операций при внутримозговых гематомах, ишемическом инсульте, аневризме сосудов головного мозга. Благодаря применению тромболитика удалось в 2 раза сократить летальность при остром инфаркте, на 20% — при инсульте. С этого года специалисты Республиканской больницы выполнят коронарографию и стентирование при сосудистых катастрофах.

Что касается туберкулёза, основной вектор действий тувинских медиков на нынешний год — организация флюорографического обследования лиц, которые не проходили его 2 и более года. Причём речь идёт об обеспечении равной доступности данного диагностического метода как для городских жителей, так и для проживающих в самых отдалённых районах.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

Миллионы за невнимательность

В последнее время всё больше случаев, когда пациенты подают в суд на медиков, которые допустили ошибки при проведении лечения. Так, по сообщению из Тобольска, неудачно прооперированный пациент хочет взыскать с больницы в судебном порядке 3 млн 630 тыс. руб.

В 2013 г. в областной больнице № 3 в Тобольске ему сделали операцию на сломанном бедре, зафиксировав кость металлической пластиной. Однако состояние истца ухудшалось. В конце 2014 г. его снова госпитализировали в больницу. И оказалось, что на металлической пластине осталась марлевая салфетка. Именно поэтому перелом никак не хотел срастаться. А больной получил вторую группу инвалидности и снижение трудоспособности.

Теперь от решения Тобольского городского суда зависит, получит ли потерпевший пациент от областной больницы 130 тыс. руб. за вред здоровью и 3,5 млн за нанесение морального вреда.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Тобольск.

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

Перемены

Окна с видом на Победу

Ветераны Великой Отечественной поправляют своё здоровье в достойных условиях

Омский областной госпиталь для ветеранов войн пополнился новым лечебно-диагностическим оборудованием. В его перечне многоканальный электрокардиограф и аппарат УЗИ экспертного класса, системы холтеровского мониторирования артериального давления.

— Новая аппаратура, в отличие от прежней, более удобна для наших пациентов, а главное — рассчитана не на сутки, а на 72 часа работы. И это большой плюс, поскольку иногда суточного мониторирования недостаточно для безошибочного диагностирования сердечно-сосудистых заболеваний, — рассказывает главный врач госпиталя Евгений Захаров. — Скажем, та же ишемия нередко протекает бессимптомно, а развитие этого недуга очень опасно для человека.

Ежегодно в поликлинике и стационаре госпиталя получают медицинскую помощь около 10 тыс. человек. Это в первую очередь участники и инвалиды Великой Отечественной войны, локальных военных конфликтов, те, кто ковал Победу в тылу, чернобыльцы, ветераны труда. Теперь по технической оснащённости это специализированное лечебно-профилактическое учреждение не уступает ведущим клиникам Омска. Здесь давно внедрены высокоинформативные диагностические методики с использованием видеозондоскопической установки, гематологического и биохимического анализаторов, нарочно-дыхательного аппарата, электрокардиографов, спирографа, небулайзера. Не внове для госпитальных врачей и проведение щадящих малотравматичных оперативных вмешательств. Несколько лет назад в госпитале создали и гериатрический центр — людям в преклонном возрасте необходимо особое внимание медиков.

На приобретение нового медицинского оборудования из областного бюджета было выделено 10 млн руб. А немного раньше, накануне 2015 г.,



Рядовому Великой Отечественной войны Ивану Магде, награждённому орденами Красной Звезды, Славы и двумя медалями «За отвагу», есть что рассказать лечащему врачу — терапевту Людмиле Беленко

госпиталь обновился и внешне. Министерство здравоохранения Омской области профинансировало масштабную замену оконных блоков в его трёхэтажном здании в самом центре города. А их — 147!

— В этой затратной и трудоёмкой работе было два сложных момента, — рассказывает Евгений Захаров. — Первый: Окна большие, нестандартные по размеру, где-то больше, где-то меньше по ширине или высоте. Второй: госпиталь — это памятник архитектуры, поэтому профиль рам в оконных блоках должен был остаться таким же, каким был. Поэтому и сумма, необходимая для их замены, получилась внушительной — 2 млн 300 тыс. руб. Подрядчик, как и положено, выбирался на торгах. Специалисты подрядной организации выполнили свою работу чётко, доброту, без претензий. Конечно, приходилось переводить дедушек из одной палаты в другую. Но никто из них не сетовал. А теперь, смотришь, ветераны подолгу стоят у новых

окон, вспоминая, наверное, свою боевую молодость. Эти окна для них, думаю, особенные — с видом на Победу. Очень радует и то, что власти обращают внимание на наше учреждение. Недавно, скажем, уже после таких значительных перемен, в госпитале побывал первый заместитель губернатора Омской области Вячеслав Синюгин. Он заверил, что выделенные из бюджета средства на ремонт и модернизацию оборудования — не последнее вложение...

Люди поколения победителей, вынесшие на своих плечах войну, заслужили право на то, чтобы лечиться, поправлять своё здоровье в достойных и комфортных условиях. И именно в здании, которое стало госпиталем в первые дни Великой Отечественной войны, 70-летие Победы в которой мы встретим совсем скоро — 9 Мая.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Санитарная зона

Туберкулёз: одни цифры снижаются, другие растут

111 случаев на 100 тыс. населения — такой прогноз уровня заболеваемости туберкулёзом в Новосибирской области по итогам 2014 г. главный фтизиатр регионального Минздрава Валерий Изупов сделал в середине декабря прошлого года на совещании с руководителями учреждений противотуберкулёзной службы. Окончательные данные ещё формируются, но очевидно, что показатель заболеваемости будет ниже значений прошлых лет, равно как и смертность от туберкулёза: в 2011 г. было зарегистрировано 25,8 случая на 100 тыс. жителей, а за 11 месяцев 2014 г. — 20.

В Министерстве здравоохранения Новосибирской области уже рапортуют о падении основных показателей, характеризующих ситуацию с этой социально значимой патологией, объясняя достигнутые успехи результатом реализации долгосрочной целевой программы по оказанию медицинской помощи больным туберкулёзом.

В списке её мероприятий упоминаются и такие обязательные для всех территорий РФ действия, как вакцинация против туберкулёза и внедрение методики кожной пробы

рекомбинантным туберкулиновым аллергеном, и собственно региональные идеи — приобретение передвижных дезинфекционных установок для работы в очагах туберкулёза, организация работы патронажной службы для лечения социально дезадаптированных пациентов на дому, создание возможностей для оказания фтизиатрической помощи лицам без определённого места жительства, обеспечение приверженности амбулаторных больных к лечению с помощью ежедневных продуктивных наборов.

Все эти усилия, безусловно, ценны. В то же время эпидемия туберкулёза не хочет сдавать позиции без боя, и на том же декабрьском совещании главный фтизиатр с горечью сообщил о росте на 2,4% абсолютного числа людей, заболевших туберкулёзом в Новосибирской области за прошлый год. Основную массу «новичков» составляют ВИЧ-инфицированные, армия которых в этом субъекте Федерации растёт стремительно: больше 3 тыс. вновь выявленных случаев инфицирования за 2014 г., а в целом уже 24 тыс. больных.

— Это серьёзный вызов, который брошен нам, фтизиатрам, — обращается к коллегам Валерий Изупов, обращая их внимание на необходимость выстраивать эффективное взаимодействие противотуберкулёзной службы с Центром по профилактике и борьбе со СПИДом по

профилактике туберкулёза у ВИЧ-инфицированных.

Говоря о первоочередных задачах на 2015 г., главный фтизиатр Новосибирской области называет также более широкое внедрение в практику современных методов диагностики туберкулёза — Диаскин-теста, ПЦР, компьютерной томографии. Ещё одна задача — пополнить индикаторный показатель по охвату населения региона профилактическими флюорографическими осмотрами и повысить эффективность таких осмотров. В минувшем году ФЛГ-показатель составил 72,5%, а в текущем необходимо обследовать 75% жителей, подлежащих осмотрам — такое условие ставит региону федеральный центр. Чтобы справиться, фтизиатрам Новосибирской области необходимы дополнительные технические ресурсы. В планах прошлого года значилась покупка

14 передвижных флюорографов, однако кризисная ситуация может внести в эти планы серьёзные коррективы.

Что же касается эффективности профилактических флюороосмотров на туберкулёз, которые проводятся на уровне первичного звена, она, к сожалению фтизиатров, снижается: ФЛГ проходят одни и те же лица, а доля тех, кто не делал снимок грудной клетки 2 года и больше, не сокращается. Руководить работой поликлиник по выявлению туберкулёза фтизиатры не могут, остаётся одно — учить, убеждать и договариваться. В противном случае нынешние достижения региона по снижению «туберкулёзных» показателей окажутся недолговечными.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

В центре внимания

Медицина завтрашнего дня

Первое заседание Совета по развитию социальных инноваций прошло в Совете Федерации

Задача совета, созданного при Совете Федерации, – поддерживать творческие и инновационные проекты и идеи, – заявила председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко. – В первую очередь те, которые рождаются на местах, в регионах, отвечают на актуальные вопросы и способны обеспечить прорыв в той или иной области. Не менее важная задача – это совершенствование законодательства, регулирующего реализацию социальной политики.

Главным событием на заседании стало выступление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, которая рассказала о перспективах и проблемах развития инновационной медицины в нашей стране.

Новые биомедицинские технологии позволяют увеличить среднюю продолжительность жизни человека на 30 лет, снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 23-47%, злокачественных новообразований – на 30%, от ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней патологий – на 40%, – подчеркнула она. – Мы входим в новую эпоху, то есть медицину «3П» – персонализированную, профилактическую и предиктивную, основанную на внедрении новых достижений науки – геномных, пост-геномных, протеомных, метаболомных и когнитивных технологий. Эффективное овладение ими должно обеспечить «технологическую независимость» медицины всего государства. Внедрение данных подходов и технологий должно привести к смене социально-экономического уклада всего общества.

Среди направлений современной науки биомедицина является одним из наиболее активно развиваемых. В США, Великобритании, Германии, Франции, Японии медицина занимает первое место среди других научных дисциплин по количеству публикаций и междисциплинарности. В России биомедицина следует после многих направлений – физики, астрономии, инженерного дела, химии. Одними из причин такой расстановки приоритетов являются

высокая стоимость и длительность медицинских исследований, что ставит медицинскую науку в более трудное положение, чем науки, в которых теоретические исследования преобладают.

Важно отметить, что, в отличие от большинства стран, в которых нейронаука, иммунология и микробиология, фармакология и фармацевтика кластеризуются вокруг медицины, в России – они группируются преимущественно вокруг поисковых фундаментальных исследований. Это приводит к оторванности инновационной деятельности от актуальных задач практической медицины и недостаточному её влиянию на показатели эффективности здравоохранения, а также к отставанию накопленных компетенций.

Из-за отсутствовавшего в 90-е годы системного внимания к развитию науки и технологий сегодня наблюдается отставание технологического потенциала России в области биомедицины. В 2012 г., занимая четвертое место по числу учёных и девятое – по финансовому обеспечению научной деятельности, Россия значительно уступала по уровню публикационной активности, уровню цитирования статей.

Анализ показал, что в прорывном развитии в нашей стране нуждается ряд «критических» технологических областей, таких как «геномика и геновая инженерия», «фармакогенетика и персонализированная терапия», «клеточные технологии» и др. Инвентаризация Минздравом российских достижений всех основных направлений медицинской науки, в сравнении с международными, выявили неравномерность развития разных областей медицинской науки. Так, например, в области онкологии наблюдается заметное отставание в фундаментальных исследованиях канцерогенеза, изучении молекулярных механизмов иммунного ответа, а также в разработке технологий массового скрининга опухолей. В основном усилия направлены на модификацию имеющихся методов лечения опухолей (в том числе хирургических).

Иная картина наблюдается в области исследований инфекционных

заболеваний. Можно сделать вывод о наличии в Российской Федерации абсолютных компетенций по всему спектру фундаментальных и прикладных исследований в данной области и ряде других.

Интересный опыт был представлен регионами. Директор Научно-исследовательского института антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии Роман Козлов проинформировал участников встречи, насколько значима эта проблема, которая приводит к потере жизни людей, увеличению экономических затрат на лечение, ухудшению прогноза для здоровья и жизни пациентов. «Создание самостоятельной федеральной программы по контролю устойчивости к антимикробным препаратам, расширение сети бактериологических лабораторий за счёт работы аккредитованных центров, создание условий для средних и крупных компаний, участвующих в разработке новых антибиотиков, во многом будет способствовать победе над инфекциями», – подчеркнул Р.Козлов.

Инновационный проект «Научно-внедренческий биомедицинский технопарк «Новоуральский» представил член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Александр Петров. Генеральный директор Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко Мария Морозова рассказала о созданной в регионе системе профилактических осмотров с использованием мобильно-дистанционных технологий. Главный врач Межрегионального медицинского центра ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний Николай Чевардов показал в своём докладе, что деятельность возглавляемого им лечебного учреждения является успешным проектом государственно-частного партнёрства.

Судя по представленным проектам и докладам, новая площадка выглядит весьма привлекательной для учёных, депутатов и инвесторов.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Из первых уст

На особом контроле

О первых результатах проверки оказания медицинской помощи бывшему кардиологу Российского научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева 86-летнему Эдмунду-Михаилу Люде рассказал на брифинге для журналистов министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

По её словам, покончивший жизнь самоубийством якобы из-за отказа в госпитализации врач не страдал онкологическим заболеванием.

– Эдмунд-Михаил Николаевич Люде последние годы тяжело болел, практически не мог самостоятельно передвигаться, страдал распространённой патологией, путанным сознанием и зрительными галлюцинациями, – поведала В.Скворцова. – При вскрытии был обнаружен рак верхней доли лёгкого. Но при жизни такой диагноз ему поставлен не был.

Прежде чем решиться свести счёты с жизнью, по сведениям ряда изданий, он в течение 2 суток 3 раза вызывал скорую помощь.

Но несмотря на сильные боли, бригады «скорой» делали уколы и рекомендовали обратиться в поликлинику к лечащему врачу. Поэтому этот случай никак не связан со сложностями получения сильных обезболивающих препаратов.

Министр заявила, что изучается медицинская документация, показывающая, как лечили и обследовали Э.-М.Люде. И по результатам проверки её будет дана соответствующая оценка работы медиков.

Она подчеркнула, что в последнее время были приняты серьёзные меры, чтобы обеспечить каждого нуждающегося в обезболивании онкологического больного необходимыми лекарственными препаратами. Сегодня лечащий врач может выписать до 40 ампул таких препаратов, чтобы их хватало на более продолжительное время. При этом присутствие больного обязательно, лекарства могут быть выданы социальному работнику, родственнику или сиделке.

К сожалению, как выяснил корреспондент «МГ», Эдмунд-Михаил Люде, не обращался за помощью в НЦССХ им. А.Н.Бакулева, где

он проработал много лет. Он был ограничен в передвижении, а его супруге было сложно помогать ему добираться даже до ближайшего лечебного учреждения. Поэтому помощь предоставлялась ему по месту жительства.

По информации В.Скворцовой, реже всего совершают суицид жители Москвы и Санкт-Петербурга, Северного Кавказа и Астрахани. При этом есть территории, где частота суицидов существенно превышает критический показатель ВОЗ – 20 случаев на 100 тыс. человек. «Это территории Уральского, Приволжского федеральных округов, определённые сибирские территории», – сообщила она. По данным статистики, средний возраст людей, которые заканчивают жизнь самоубийством, среди мужчин – 42 года, среди женщин – 52 года. В каждом регионе действует специальная служба экстренной психологической помощи при кризисных ситуациях.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Москва.

Акци

Здоровые почки для всех

В подмосковном Подольске прошла научно-практическая конференция для врачей различных специальностей, посвящённая Всемирному дню почки.

Открывая конференцию, главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Министерства здравоохранения Московской области Е.Иванова подчеркнула важность регулярного проведения подобных форумов, направленных на повышение информированности медицинских работников о факторах развития хронических неинфекционных заболеваний, приводящих к преждевременной смерти, и о методах их раннего выявления и коррекции.

Главный нефролог Минздрава России, президент Ассоциации нефрологов России, профессор Е.Шилов отметил, что Подмосковье является проводником многих передовых направлений в нефрологии, здесь предпринимаются многолетние усилия, направленные на пропаганду знаний среди медиков и населения о профилактике развития заболеваний почек. Главный нефролог Центрального федерального округа и Минздрава Московской области, профессор А.Ватазин заявил, что хроническая болезнь почек

является одной из важнейших медицинских и социально-экономических проблем, поскольку широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почек.

Об актуальных вопросах профилактики и лечения болезней почек рассказали заведующий отделением хронического гемодиализа отдела оперативной нефрологии и хирургической гемокоррекции Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского В.Сулов, ведущий научный сотрудник отдела нефрологии НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова М.Швецов, заведующий отделением органного донорства МОНИКИ Л.Бельских, главный нефролог медицинского округа № 1 Московской области А.Солдатенко.

Юрий ШАЛЯГИН,
заведующий отделом
Московского областного центра
медицинской профилактики.
Московская область.

Акценты

Покурил – заплати



По фактам нарушений требований, установленных нормами Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) в 2014 г. было привлечено к административной ответственности 13 675 правонарушителей.

Общая сумма штрафов, наложенных на граждан, не соблюдавших запрет на курение, составила 4,4 млн руб.

За несоблюдение требований к знаку о запрете курения, обозначающему места, где курение запрещено, а также к оснащению специальных мест для курения (статья 6.25 КоАП) оштрафовано свыше 2,5 тыс. правонарушителей на общую сумму административных штрафов 43 млн руб.

В течение года по фактам стимулирования продажи табачной

продукции или потребления табака (ч. 1 ст. 14.3.1 КоАП) к административной ответственности Роспотребнадзор привлёк 233 физических и 12 юридических лиц. Сумма административных штрафов при этом составила около 2 млн руб.

Несоблюдение ограничений в сфере торговли табачной продукцией и табачными изделиями (статья 14.53 КоАП) повлекло административную ответственность для 520 юридических лиц и 1115 индивидуальных предпринимателей. Общее же количество правонарушителей, привлечённых Роспотребнадзором по указанной статье КоАП, составило 4,2 тыс. лиц, из них 995 лиц привлечено к ответственности по фактам продажи табачной продукции несовершеннолетним. Сумма административных штрафов при этом составила более 35 млн руб.

Ситуация остаётся на контроле Роспотребнадзора.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Сити!

Москва.

В рамках подготовки к Всероссийскому форуму Общероссийского народного фронта (ОНФ) по здравоохранению эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» обсудили в Калининградской области проблемы эффективности бюджетных трат в отрасли.

Грамотно обосновать потребность

В центре внимания были расходы при госзакупках лекарственных препаратов и медицинской техники. Участники «круглого стола», организованного региональным отделением ОНФ, отметили, что за последние 20 лет население области выросло на 3,5%, а рождаемость за последние 4 года увеличилась на 11,4%. Однако этот показатель всё же ниже, чем в среднем по России, – 12,7% на тысячу населения против 13,3%.

Также отмечалось, что в 2014 г. по сравнению с предыдущим годом произошло снижение смертности от болезней системы кровообращения на 13,2% – с 731,1 случая до 634,3 случая на 100 тыс. населения. Это лучше среднероссийских показателей и показателей по всему Северо-Западному федеральному округу.

Говоря о недочётах в работе региональных чиновников здравоохранения, директор Фонда «Здоровье», член Центрального штаба ОНФ Эдуард Гаврилов указал на неполное исполнение поручения Президента РФ о рейтинговании медицинских организаций, которое дано в апреле 2011 г. на Всероссийском форуме медицинских работников. Мониторинг информационного сайта областного Минздрава показал, что последний рейтинг медучреждений был составлен ещё за I квартал 2014 г.

Ряд вопросов, которые активисты ОНФ адресовали и.о. министра здравоохранения Калининградской области Веронике Карташовой, касался госзакупок лекарств и медицинской техники. Э.Гаврилов напомнил, что Росздравнадзор выявил в регионе просроченные лекарства на сумму около 28 млн руб. Со слов руководителя региональной службы по контролю качества медицинской помощи и лицензированию Татьяны Николаевой, речь идёт о 515 упаковках невостробованного в 2013 г. препарата иматиниб для

Тенденции

Насколько эффективны бюджетные траты?

Расходы при госзакупках лекарств и медтехники – в центре внимания экспертов Общероссийского народного фронта



На учёте – каждый рубль

лечения онкогематологических больных. Она пояснила, что заявка была сформирована ещё в марте 2012 г., но позднее часть включённых в неё пациентов по рекомендации федеральных медцентров были переведены на более адекватную терапию – так называемую терапию второй линии. И поэтому препараты из заявки оказались невостробованными.

Вице-премьер правительства Калининградской области Алексей Силанов заявил, что на данный момент в области нет проблем с реализацией программы «Семь нозологий». «На складе Калининградской фармацевтической компании нет лекарств, которые рискуют быть невостробованными, имеющиеся на складе препараты, несмотря на то, что срок их хранения ограничен, будут своевременно выданы пациентам», – заверил он.

«В любом случае речь идёт о необходимости грамотного обоснования расчётов потребности в лекарствах. Мы не призываем врачей лечить пациентов менее

эффективными препаратами только потому, что лекарства уже успели закупить, и они лежат на складах, но впредь рекомендуем крайне внимательно подходить к вопросу эффективности бюджетных трат такого рода», – сказал Э.Гаврилов.

Руководитель фонда обратился также к руководству регионального Минздрава с просьбой обосновать проведённую в декабре 2014 г. закупку уникального компьютерного томографа на 256 срезов для Калининградской областной больницы стоимостью в 68,8 млн руб., поставка которого запланирована на апрель.

По мнению В.Карташовой, закупка такого оборудования целесообразна. «Это продуманное решение, согласованное на федеральном уровне и принятое с учётом мнения внештатных специалистов Министерства здравоохранения России», – сказала и.о. министра.

«Оборудование такого уровня требуется в исключительных случаях и устанавливается, как правило, в федеральных высо-

котехнологичных медицинских центрах. Регионами обычно закупается томографы достаточной функциональности в несколько раз дешевле. Практику госзакупки лекарств и медоборудования субъектами РФ мы обобщим и представим свои выводы на Всероссийском форуме ОНФ по здравоохранению в июне», – заявил Э.Гаврилов.

Выздоровление отложено

Фонд «Здоровье» провёл в рамках подготовки к Всероссийскому форуму ОНФ мониторинг льготного лекарственного обеспечения, в ходе которого выяснилось, за 2 месяца доля отсроченных рецептов на бесплатные лекарства (отсроченным рецептом считается, если в течение 10 дней с момента его выписки льготник не может получить лекарство в аптеке) выросла в 14 раз. Число таких рецептов, предъявляемых льготниками в аптеках, критически увеличилось за это время в 57 регионах.

Отсроченные рецепты впервые выявлены в 23 регионах, в том числе в Республике Карелия, Липецкой, Орловской, Ульяновской, Магаданской областях. А наиболее сложная ситуация сложилась в Республике Калмыкия, где зафиксирован рост объёма нерезализованных льготных рецептов в 548 раз, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – в 121 раз. Также высок процент отсроченных рецептов в Ленинградской, Псковской, Мурманской областях, Еврейской автономной области, Кабардино-Балкарской Республике, Камчатском крае.

«Понятно, что ключевой вопрос здесь – финансовый. То, что ситуация с закупками лекарств будет осложняться, было

очевидно ещё осенью прошлого года. И здесь руководство региональных органов управления здравоохранением должно было предпринять превентивные меры, чтобы те, кто наиболее зависим сегодня от заботы государства, не остались без помощи», – считает Э.Гаврилов.

По его мнению, власти субъектов РФ упустили из вида такой резерв экономии для обеспечения необходимого запаса препаратов для льготников на складах, как централизация закупок лекарств на региональном уровне. «Кроме того, региональные власти, которые принимали решение о снижении финансирования программ по обеспечению льготников лекарствами, должны были просчитать последствия таких шагов. И не менее важный момент: следует внимательно оценить потребность в лекарствах, для этого списки льготников должны регулярно обновляться. Нельзя забывать о том, что обеспечение населения льготными лекарствами – критически важная составляющая социального самочувствия граждан, в целом отношения общества к власти», – подчеркнул руководитель фонда «Здоровье».

Проблемы обеспечения льготных категорий граждан бесплатными лекарствами эксперты фонда поднимали в Карелии, Липецкой, Ростовской областях. «В рамках подготовки Всероссийского форума ОНФ мы предложим рабочей группе фронта «Социальная справедливость» обсудить назревшую в стране в этой области ситуацию и пути её решения», – заключил Э.Гаврилов.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

В этом году так называемую бесплатную медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования получат меньше россиян, заявил член рабочей группы Общероссийского народного фронта «Социальная справедливость», сопresident общероссийского общественного движения «За сбережение народа», академик РАН Сергей Колесников.

«Расходы на здравоохранение в этом году не вырастут. С учётом падения ВВП и инфляции реальные затраты на здравоохранение снизятся. Минфин и правительство могут говорить, что хотят», – сказал советник РАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ.

Аудиторы Счётной палаты РФ уже зафиксировали сокращение доступности медицинских услуг. Судя по их данным, правительство в этом году запланировало выделить на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) средств меньше, чем в 2014 г.

Реальные затраты снизятся

Уже фиксируется сокращение доступности медицинских услуг

Предполагалось, что за счёт средств фонда обязательного медицинского страхования в этом году ВМП будет профинансирована в объёмах, превышающих объёмы прошлого года. Однако правительством изначально был утверждён принцип распределения средств по числу пролеченных больных за 9 месяцев 2014 г., отмечают в Счётной палате. Это может привести к сокращению числа больных, которые в 2015 г. смогут получить ВМП. Правда, позднее прошло сообщение, что «по итогам проверки данные за 9 месяцев были пересчитаны Минздравом на весь год, и уже на основе этих расчётов ФОМС распределит весь объём средств».

С.Колесников ожидает, что в связи с ростом стоимости ле-

карств, расходных материалов, а они в большинстве своём импортные, будет сокращаться база для высокотехнологичного лечения. «И это противоречие может быть решено только выделением дополнительных средств на такие методы лечения», – считает учёный. Он привёл ряд факторов, влияющих на снижение доступности как самой медицинской помощи, так и высокотехнологичной.

«В большей части медицинских организаций зарплата составляет более 70% от общих расходов учреждения. И в ближайшие годы этот показатель вырастет до 80%. Соответственно, на расходные материалы, содержание учреждения, другую деятельность количество денег снизится», – говорит представитель ОНФ. –

И тут есть два пути. Первый – это сокращение персонала и количества коек, по этому пути уже идут. Второй вариант – привлечь средства самого пациента в государственном учреждении, а при невозможности это сделать – перенаправление в частную систему здравоохранения. «Но в частной системе практически не оказывается высокотехнологичная помощь за исключением нескольких учреждений», – подытожил С.Колесников.

По данным официальной статистики, цены на платные медицинские услуги уже выросли с начала года примерно на 8,1%. Однако, по словам самих участников рынка, из-за подорожания зарубежных расходных материалов в среднем их расценки

увеличились на 15-20% и могут повыситься до конца года ещё на 20-30%, а в отдельных сегментах – на 50%. Но опасаясь, что всё большее число пациентов будет откладывать лечение «на потом», клиники уже привлекают их акциями и программами рассрочек.

Однако дальнейший рост цен неизбежен. Многие компании, до этого сдерживавшие цены за счёт старых запасов расходников, только начинают корректировать расценки. Как следствие, стоимость медицинских услуг в среднем может вырасти ещё на 25-30%, а в сегментах, где высока доля затрат на импортные материалы, – на все 50%.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Сити!

1 марта 2015 г. в субъектах Сибирского федерального округа в очередной раз «отметили» Всесибирский день профилактики ВИЧ-инфекции. Эта дата была учреждена 15 лет назад по инициативе Совета главных врачей СФО как возможность дополнительно привлечь внимание населения к проблеме.

«Информации много не бывает – бывает её недостаток», – вероятно, именно так рассуждали в своё время инициаторы Всесибирского дня профилактики ВИЧ-инфекции. И ведь как в воду глядели: информации об этом особо опасном заболевании до сих пор недостаёт. Немудрено, что статистика ВИЧ-инфицирования становится пугающей.

«Это ещё не катастрофа...»

В 2014 г. в регионах Сибири выявлено более 26 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции. В целом же на сегодняшний день в СФО зарегистрировано 184 заболевших. Наиболее напряжённая ситуация в Иркутской, Кемеровской, Новосибирской областях, Красноярском и Алтайском краях.

Настораживает высокий темп роста распространения инфекции. Так, в Республике Алтай, которая до сих пор оставалась более-менее благополучной в отношении ВИЧ, приток новых случаев заболевания в минувшем году составил... 68,6%! А в Новосибирской области, где на протяжении последних 5 лет ежегодно регистрировалось от 2,5 до 3 тыс. новых больных, в 2014 г. выявлено более 4 тыс. инфицированных.

Однако, быть может, беспокоиться рано? Во всяком случае главный врач Новосибирского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Наила Черноусова на недавней пресс-конференции поправила журналиста, задавшего вопрос «Почему в Новосибирской области ситуация со СПИДом катастрофическая?»: «Я бы не назвала ситуацию катастрофической. Да, действительно, у нас заболеваемость в 3 раза выше, чем по России: в среднем по РФ этот показатель – 53,2 на 100 тыс. населения, в Новосибирской области – 151,5. Впереди нас по уровню заболеваемости Томская область и Кемеровская».

Ну что тут скажешь: действи-

Острая тема

Ни денег, ни результатов

Почему статистика ВИЧ-инфицирования вызывает ужас?



Вольное поведение часто заканчивается СПИДом

тельно, есть места и похуже... Только вряд ли это может служить утешением для региона, где вирус расползается с такой скоростью.

Тенденция, однако...

В Омской области, по данным регионального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на учёте 10 425 ВИЧ-инфицированных, основная доля – люди в возрасте 20-39 лет. Только 63% из этого числа – наркоманы, остальные заразились при сексуальных контактах.

В Иркутской области за период наблюдения выявлено 44 119 случаев ВИЧ-инфекции. По словам министра здравоохранения региона Николая Корнилова, за 10 лет портрет среднестатистического ВИЧ-инфицированного существенно изменился: если раньше чаще всего это был потребитель инъекционных наркотиков моложе 30 лет, то теперь это человек среднего и старшего возраста, ведущий активный образ жизни.

В Красноярском крае известно о 22 877 случаях ВИЧ-инфекции у населения территории. Здесь в официальной сводке первым называют половой путь заражения и лишь вторым – использование нестерильного инструментария для инъекционного употребления наркотиков.

Чиновники, которые составляют официальные сводки, почему-то избегают чётких формулировок. И вместо ясного определения «очень плохая ситуация», читаем «неблагоприятная», вместо понятной фразы «растёт число заразившихся половым путём» находим туманную «прослеживается тенденция к увеличению доли полового пути передачи». Какая уж там тенденция, если половой путь инфицирования уже отчётливо приблизился к 40%, а в отдельных субъектах (Республика Алтай) составил 49,4%, о чём сообщил региональный Минздрав. В Иркутской области в 2014 г. зафиксировано 40 новых случаев инфицирования в возрастной группе старше 60 лет: пожилые люди пренебрегли средствами контрацепции.

Впору не просто говорить, а кричать на всех углах, что в группе риска по ВИЧ-инфекции КАЖДЫЙ сексуально активный сибиряк, независимо от возраста и социальной принадлежности. Однако на телевидении, в печатных и электронных СМИ предупреждение об этом почему-то не мозолит глаза, как мозолят их реклама лекарств и медицинских услуг.

– Я согласна, что недостаточно в СМИ информации о путях передачи заболевания, о методах профилактики. Разместить информацию чаще всего нам предлагают за деньги, а в нашем бюджете это не предусмотрено. У нас ролики есть, мы предлагали нашим каналам крутить их. Также предлагали показывать их в метро, но всё предусматривает оплату. У нас нет социальной рекламы, – признаётся главный врач Новосибирского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Молодёжь обезопасим. А остальных?

Да и «специалисты» по профилактике, работающие в антиСПИД-центрах, в своих информационных компаниях по-прежнему делают ставку на старшеклассников и студенческую молодёжь. Не потому ли так происходит, что к школьной и студенческой аудиториям легче пробиться: договорились с директором учебного заведения, пришли в класс, прочли лекцию, поставили галочку?

Не стала исключением и информационная компания, приуроченная к 1 марта в 2015 г. «Специалистами СПИД Центра в учреждениях среднеспециального профессионального образования города Красноярск будут организованы и проведены тематические выставки «Мы объ-

являем войну СПИДу!» для привлечения внимания молодёжи к проблеме ВИЧ-инфекции», – читаем на сайте учреждения. «Сотрудниками ГБУЗ НСО Центр СПИД запланировано проведение ряда мероприятий: информационные тренинги и лекции в образовательных учреждениях и центрах молодёжи г. Новосибирска, информационные и обучающие семинары в ЛПУ и организациях социальной защиты», – сообщают их новосибирские коллеги.

Примерно такие же программы приготовили к Всесибирскому дню профилактики ВИЧ-инфекции и в остальных регионах, оставив без внимания взрослую аудиторию, которая не относится к категории наркоманов, но о безопасном сексе может не знать и для которой именно половой путь ВИЧ-инфицирования является единственно возможным.

Но, может, дело вовсе не в отсутствии денег на проведение информационно-профилактической работы? Ведь помимо бюджетного финансирования тот же Новосибирский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, как и другие аналогичные учреждения, имеет доход от внебюджетной деятельности.

По мнению автора этих строк, причина того, что профилактика ВИЧ не даёт результатов, в отсутствии именно правильной информационной политики региональных служб антиСПИД. До тех пор, пока формированием и реализацией этой политики будут заниматься исключительно «дипломированные специалисты: врачи-эпидемиологи, инфекционисты», как подчеркнула Наила Черноусова, а не опытные пиарщики, журналисты и рекламисты, толку не будет. Равно как люди моей профессии, не имея соответствующей подготовки, никогда не станут лечить больных, врачам не следует путать разные сферы деятельности – медицину и связи с общественностью. Пусть каждый занимается своим делом, и тогда, вне всякого сомнения, и контакты антиСПИД-центра со СМИ будут налажены, и информационные компании станут более эффективными, и статистка распространения ВИЧ-инфекции перестанет вызывать ужас.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Деловые встречи

У психиатрической службы Республики Карелия давние, профессиональные связи с Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М.Бехтерева. С начала 50-х годов в Петрозаводске ежегодно приезжали ведущие профессора института, читали лекции, консультировали больных.

К сожалению, в последние годы контакты со специалистами института утратили системный характер. Но потребность в профессиональном общении, в методической и консультативной помощи петербургских коллег сохранялась всегда, тем более сейчас, на этапе современного развития психиатрической службы Карелии. Наступило время возродить былые традиции.

И вот на днях в Петрозаводске, в Республиканском психоневрологическом диспансере состоялась встреча с главным детским

Возрождая традиции

Психиатрическая служба Карелии расширяет профессиональные контакты

психиатром Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, руководителем отделения детской психиатрии Института им. В.М.Бехтерева, доктором медицинских наук Игорем Макаровым.

Встреча явилась знаковым событием для детской психиатрической службы республики, потребовала подготовки и анализа проделанной работы. Этот анализ был представлен в докладе главного детского психиатра Минздравсоцразвития Республики Карелия, заведующей детско-подростковым отделением психоневрологического диспансера Ириной Макаровой. Об итогах

работы своих подразделений за прошедший год рассказали заведующая детским отделением Республиканской психиатрической больницы А.Кузьмина и старший ординатор центра патологии речи и других высших психических функций Детской республиканской больницы М.Сойникова.

Украшением встречи явилась большая лекция И.Макарова – «Современные вопросы диагностики и лечения органических психозов у детей и подростков». Лектор не только давал необходимые профессиональные знания и щедро делился своим практическим опытом, но старался на конкретных исторических

примерах расширить профессиональный кругозор участников встречи. С большим вниманием и интересом его слушали более 50 специалистов, оказывающих в республике психиатрическую, психотерапевтическую, наркологическую и психологическую помощь несовершеннолетним.

Гости диспансера ознакомились с работой детско-подросткового отделения. В конце встречи И.Макаров провёл «круглый стол», на котором был обсуждён целый ряд актуальных клинико-организационных, клинико-правовых и клинических вопросов детской психиатрии.

Встреча прошла под началом

главного психиатра Минздравсоцразвития Республики Карелия, главного врача Республиканского психоневрологического диспансера Л.Лупандиной. Активное участие во встрече приняли уполномоченный по правам ребёнка в Республике Карелия О.Старшова и главный педиатр Минздравсоцразвития Республики Карелия С.Мокуров.

Участники встречи просили о продолжении профессиональных контактов с Институтом им. В.М.Бехтерева. И такие контакты запланированы, ближайшая встреча пройдёт в мае 2015 г.

Валентин БОЯРОВ.

Петрозаводск.

– Доктор Хейден, одно из направлений вашей научной деятельности – изучение этиопатогенеза нейродегенеративных заболеваний, таких как рассеянный склероз, хорея Гентингтона и др. Какие перспективы вы видите в лечении данной группы заболеваний? Ведь до недавнего времени врачи были бессильны помочь таким больным.

– В настоящее время мы вплотную подошли к пониманию причин, вызывающих развитие данной группы заболеваний. Благодаря научному поиску и достижениям в области генетики у учёных появилась возможность детального исследования и выявления механизмов, лежащих в основе развития нейродегенеративных нарушений. Теперь мы можем помочь таким пациентам с помощью новейших лекарственных препаратов, адресно воздействующих на эти клеточные поломки. Это ещё не окончательная победа над болезнью, но мы с оптимизмом смотрим в будущее. Образно выражаясь, вслед за полной темнотой забрел рассвет, и восход солнца уже не за горами. Мы в преддверии революционных открытий в данной области медицины.

– Компания Teva является крупнейшим в мире производителем генериков. В то же время Teva в своём портфеле продуктов имеет такой оригинальный препарат-блокбастер, как иммуномодулятор Копаксон, одно из наиболее широко применяемых в мире лекарственных средств (ЛС) для лечения рассеянного склероза. Каким вы видите дальнейшее развитие компании в плане соотношения разработки генерических и инновационных лекарственных препаратов?

– Исторически сложилось, что компания Teva занимается разработкой как генерических, так и оригинальных ЛС, и мы ищем пути синергического взаимодействия между этими двумя группами препаратов. Возможно вы не знаете о том, что каждый день 200 млн пациентов во всём мире принимают наши лекарственные препараты. На заводах компании Teva производится более 1200 наименований ЛС, и мы обладаем значительным клиническим опытом их применения у колоссального числа пациентов в разных странах мира.

Практика показывает, что одной из серьёзнейших проблем клинической медицины является нонкомплаенс, то есть невыполнение либо неполное выполнение больным врачебных назначений и рекомендаций. К примеру, при бронхиальной астме, лишь 20% пациентов продолжают лечение после 3 месяцев терапии. Зачастую это обусловлено неудобным режимом дозирования, сложностями с использованием разных форм ингаляторов. Недавно мы создали новую форму ингалятора для своего препарата-генерика, которая более комфортна для пациента и проста в применении. При этом этот ингалятор может сам «предупреждать» пациента о том, что тот неправильно принимает лекарство. Сегодня мы работаем над созданием такого устройства, которое позволит подсоединить эти «умные» ингаляторы к смартфонам пациентов и компьютеру врача.

Ещё одно направление – разработка комбинированных лекарственных препаратов, объединяющих в своём составе несколько действующих веществ. Пациенту гораздо удобнее выпить одну таблетку, чем несколько, иногда в разной дозировке. Также ищем пути безопасного использования обезболивающих ЛС, прежде всего опиоидных анальгетиков. В частности, работаем над созданием такой лекарственной формы, которая не позволит передозировать препарат или неправильно его использовать.

Наши интервью

Лекарственное равновесие

О сложностях современной фармакологии, экспрессии генов, высоких стандартах качества лекарств и параллелях между творчеством и болезнью

В биотехнологическом бизнес-инкубаторе Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова с лекцией, посвящённой генетике, созданию лекарств и персонализированному подходу к лечению нейродегенеративных заболеваний, выступил известный учёный – клиницист и специалист в области молекулярной биологии, президент глобального подразделения по исследованиям и разработкам и директор по научной деятельности израильской фармацевтической компании Teva доктор Майкл ХЕЙДЕН.

Выпускник медицинского факультета Гарвардского университета, Майкл Хейден посвятил свою научную карьеру исследованиям по разработке лекарственных средств. Его работы в области фармакогенетики и персонализированной медицины имеют международное признание. Сегодня он один из ведущих мировых экспертов в области изучения болезни Гентингтона. Доктор Хейден основал и возглавил Центр молекулярной медицины и терапии Университета

Таким образом, производя генерики, мы используем инновации и современные подходы, которые делают эти продукты оригинальными. Для нас важно не только произвести качественные и безопасные лекарственные средства, но сделать их максимально удобными в применении у пациентов, что в конечном итоге непременно скажется на исходе лечения.

– Вы упомянули в вашей лекции, что препарат Копаксон был создан компанией Teva на основе разработок израильских учёных. Что можно сказать о взаимодействии компании с учёными и научными организациями в мире, в том числе и в России?

– Я уверен, что вместе мы гораздо сильнее, чем поодиночке. Компания Teva открыта к сотрудничеству с российскими специалистами. В вашей стране имеются значительные достижения как в области неврологии, так и в других отраслях медицины. Сегодня я также читал лекцию в Научном центре неврологии, и хочу сказать, что впечатлён уровнем знаний российских неврологов, их глубокой приверженностью к своей работе.

– Развитие биологии и медицины в последнее десятилетие приобрело революционный характер, сделано немало открытий, касающихся патогенеза ряда тяжёлых заболеваний. В то же время, что касается развития фармакологии, исследований по созданию новых направлений поиска лекарственных средств, то действительно принципиально новых, прорывных достижений в этой области не так много. С чем, на ваш взгляд, это связано?

– Действительно, принципиально новых лекарств не так уж много. Я думаю, что отчасти это как раз связано с тем, что сегодня учёные располагают большими знаниями о природе возникновения тех или иных заболеваний, а соответственно, о подходах к их терапии. Поясню это на примере рака молочной железы (РМЖ). Это гетерогенное заболевание, которое объединяет несколько типов рака. До недавнего времени все пациентки с таким диагнозом, независимо от типа опухоли, получали одинаковое лечение в моно- или комбинированной терапии. С обнаружением различных видов нарушений в структурах ДНК и РНК клеток и их изучения изменились подходы к терапии РМЖ, она стала адресной. Соответственно, эффективность такого лечения повысилась. Теперь каждой пациентке можно подобрать тот препарат, который подходит именно ей. Аналогичные подходы используются и при лечении других тяжёлых заболеваний.

– В научной литературе появились данные о том, что глатирамера ацетат (Копаксон)



оказывает отчётливое влияние на экспрессию около 500 генов, регулирующих иммунные реакции. Как подобное свойство можно использовать для характеристики генериков Копаксона.

– Это очень важный вопрос. По определению генерик должен быть идентичен оригинальному препарату. С прорывом в области иммуномодулирующей терапии рассеянного склероза в течение последних десятилетий проведено большое количество исследований глатирамера ацетата. Собрано большое количество данных, формирующих общую картину механизма действия препарата. Мы также провели структурный анализ заявленных копий Копаксона. На первый взгляд, их физико-химические свойства оказались одинаковыми. Но при более глубоком геномном анализе, с использованием специфических методов исследования, выяснилось, что эти препараты не приводят к экспрессии тех же генов, что и Копаксон, а, соответственно, не имеют должного терапевтического эффекта.

Ситуация усугубляется тем, что некоторые из заявленных копий Копаксона уже выведены на рынки некоторых стран, в частности, Мексики. В настоящее время имеются многочисленные данные, свидетельствующие об увеличении числа побочных реакций на терапию этими препаратами, о росте рецидивов заболевания. В частности, эта информация размещена в открытом доступе на сайте Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) и регуляторных органов других стран мира. И это очень тревожный сигнал, который, увы, подтверждает наши самые худшие опасения.

– Сегодня существует общая мировая регуляторная проблема, заключающаяся, с одной стороны, в нехватке государственных средств, а с другой, в острой потребности внедрения последних научных технологий

Британской Колумбии, является профессором Канадской кафедры наук в области генетики человека и молекулярной медицины. Его содержательное выступление, мягкий юмор, глубокий анализ обозначенных тем буквально заворочили многочисленную аудиторию – студентов, аспирантов, учёных и преподавателей ведущего вуза страны и сотрудников ряда научных учреждений Москвы.

Полтора часа пролетели на одном дыхании. По окончании лекции в эксклюзивном интервью «Медицинской газете» доктор Майкл Хейден поделился своим видением перспектив развития персонализированного подхода в лечении больных, создания лекарств и научно-исследовательской деятельности компании Teva. В беседе мы затронули не только практические и клинические аспекты, но и общечеловеческие темы, через призму которых открылась ещё одна сторона этой незаурядной личности – гуманизм и тонкое видение движений души страдающего человека.

для лечения миллионов пациентов. Как, по вашему мнению, системам здравоохранения во всём мире найти баланс?

– Прежде всего, мы должны сконцентрировать свои усилия на результатах лечения. В этой связи одной из основных целей деятельности компании Teva является поддержание устойчивости функционирования систем здравоохранения. Мы активно сотрудничаем с государственными органами, правительствами стран для достижения этих результатов. В своих научных исследованиях мы нацелены, в том числе, на изучение эффективности применения лекарственных средств по таким параметрам, как исходные медицинские помощи, социальная значимость и экономический эффект.

И конечно, самое пристальное внимание мы уделяем производственному процессу. Все этапы производства должны соответствовать самому высокому уровню качества и безопасности. Мы должны быть уверены в том, что каждая серия препарата, каждая отдельная таблетка соответствуют этим требованиям.

– Мы много говорим о Копаксоне, патент которого истекает. Ситуация, характерная для многих оригинальных препаратов. Каким вы видите решение ситуации? Как обеспечить качество жизни тысяч пациентов на неизменно высоком уровне?

– Разработка генериков имеет важное медико-социальное значение, поскольку уменьшает финансовое бремя на систему здравоохранения, делает качественное лечение доступным для большего числа пациентов. Но при одном ключевом условии – генерики должны обладать теми же характеристиками по качеству, эффективности и безопасности, что и оригинальные лекарственные средства.

И если на рынке появится такой генерик, который продемонстрирует свою полную биологическую эквивалентность Копаксону по критически важным параметрам (основные из них: исход терапии, частота рецидивов заболевания, степень атрофии мозга), а также будет оказывать влияние на те же механизмы, что и оригинальный препарат, мы это будем только приветствовать. Но, к сожалению, пока лишь вынуждены публиковать информацию о различиях этих препаратов с Копаксоном.

– Сегодня вы выступили на мощной учебной и научной площадке России, в Московском государственном университете. Что бы вы могли пожелать новому поколению российских учёных?

– Дерзайте, творите, продвигайте ваши научные идеи в жизнь, чтобы они получили практическое воплощение. Обменивайтесь знаниями и навыками с коллегами

из других стран, это обогащает друг друга, даёт импульс к развитию. Ставьте цель и всегда добивайтесь её. Не бойтесь неудач. Если что-то не получается, ищите другие пути решения проблемы. Поверьте, для этого многого не надо, иногда достаточно просто сходить в кино или прогуляться на природе. Это поможет вашему мозгу отдохнуть и проникнуться новой идеей.

– Доктор Хейден, вы много и напряжённо работаете. Как вам удаётся снять усталость. Есть ли у вас хобби?

– Мне нравится то, чем я занимаюсь, и это даёт мне силы и энергию. Но, конечно, бывают минуты усталости. Для меня лучшее «лекарство» от напряжения – кратковременный сон. Я также получаю вдохновение от природы, театра, искусства и общения со своими близкими и детьми. Ну, и ещё я страстный коллекционер – являюсь поклонником живописи конца XIX – начала XX века. В моей коллекции есть полотна К.Малевича, Н.Альтмана, М.Шагала и других известных русских и зарубежных живописцев.

– Вы сказали, что любите театр. Я знаю, что сегодня перед лекцией вы посетили выставку в Театральном музее им. А.А.Бахрушина «Вершины еврейского театра в России». Поделитесь вашими впечатлениями об увиденном.

– Посещение выставки навело меня на определённые размышления. Театры «Габима» и ГОСЕТ – один из фантастических и трагических сюжетов XX века. Можно провести определённые параллели между творческим сооществом, объединённым общей идеей и непростой судьбой, и больными, страдающими неизлечимым заболеванием, к примеру, таким, как рассеянный склероз.

Для меня, прежде всего как врача и учёного, всегда было важным понять, как люди, оказавшиеся в непростой жизненной ситуации, находят в себе силы, чтобы выжить и принять с достоинством постигшее их испытание. Нередко кризисная ситуация открывает новые возможности для личностного роста. Первая беседа с людьми, которые только что узнали о своём диагнозе, самая сложная. Для них жизнь потеряла свои краски, а будущее мрачно. И в эту тяжёлую минуту врач должен найти правильные и нужные слова, чтобы поддержать их, вселить надежду на лучший исход.

– Оказывается, вы не только учёный, но и философ...

– Это точно отражает мою сущность. Я никогда не работал за деньги. Если бы мне было нужно только финансовое благополучие, тогда я стал бы банкиром.

Беседа велась
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Ребрендинг общественного здоровья

Обеспечение высокого уровня здоровья и развитие соответствующей эффективной системы здравоохранения находятся в ряду жизненно важных национальных интересов, являются залогом стабильного, устойчивого и безопасного развития. Национальные интересы являются общими для личности, общества и государства. При этом уровень общественного здоровья и состояние системы здравоохранения в России пока можно оценить как малоудовлетворительные.

Существенно, что проблемы общественного здоровья и здравоохранения приходится решать в условиях растущих ресурсных ограничений. Это заставляет нас разрабатывать эффективные, но малозатратные подходы, соответствующие современному развитию экономики, управленческих технологий и общественному запросу.

Такие подходы можно разделить на четыре группы:

- ребрендинг общественного здоровья;
- ребрендинг здравоохранения;
- повышение ответственности профессиональных работников здравоохранения и укрепление доверия со стороны населения, контроль качества;
- оптимизация управления и финансирования.

Начнём с возможностей ребрендинга общественного здоровья. Общепринятое в мире понятие «общественное здоровье» появилось в России только после 2000 г. До этого у нас использовали исключительно термин «здоровье населения» как комплекс демографических данных, показателей заболеваемости и физического развития.

«Общественное здоровье», в дополнение к названным параметрам, включает в себя также широкий ряд социальных факторов, так называемых социальных детерминант здоровья, воздействие которых в нашей стране отрицалось в течение многих десятилетий, и субъективных оценок, ценность которых у нас была занижена.

Отметим, что в нашей стране проблемы здоровья населения находились в разряде государственной тайны с 1929 по 1993 г., то есть на протяжении жизни нескольких поколений, и многими до сих пор так и воспринимаются отчасти в силу инерции и нежелания обсуждать вопросы, считающиеся тяжёлыми и специальными, «негативом».

Сама формулировка «общественное здоровье» подразумевает достижение его высокого уровня на принципах солидарности, сплочённости, справедливости, взаимной ответственности, на базе объективной информации и совместных конструктивных действий.

Свои предложения по ребрендингу общественного здоровья в стране начинаю с необходимости создания, утверждения и распространения общенационального бренда «общественное здоровье России». Соответствующие логотип, флаг, гимн, символику и т.п. целесообразно принять на основе общенационального конкурса. С этим тесно связано создание позитивных примеров, международных сравнений, рейтингов. Почти безграничная сила брендов в современном мире общеизвестна и признана.

Достижение высокого уровня общественного здоровья во всех случаях необходимо рассматривать как национальный и государственный приоритет, находящийся под постоянным кон-

тролем государства и патронажем руководства страны.

Предстоит достигнуть широкого признания общественного здоровья в качестве ресурса для обеспечения безопасности, социальной сплочённости, стабильного политического и экономического развития, адекватного места РФ в мировой экономике.

Необходимо, в качестве основы для конструктивного обсуждения проблем, обеспечить открытость

обновляемая межведомственная программа типа программы Healthy People – «Здоровые люди» в США, с количественным определением приоритетных проблем, исходного состояния и целевых показателей, этапов работ. Для выполнения программы и контроля работ потребуются формирование открытой широкой сетевой коалиции на базе государственно-частного партнёрства.

Примером адекватной роли

США, проигрывают развивающимся странам по ключевому показателю межгосударственной конкуренции – рождаемости. Это значит, что лозунги типа «сначала разбогатеем, потом займёмся здоровьем» фальшивы и не могут быть основой наших действий.

Впереди – усиление роли России как спонсора мирового развития в области общественного здоровья с учётом признанного авторитета отечественной тра-

неинфекционных заболеваний в Москве, что добилась исключения табачной промышленности из всемирных объединений предпринимателей. А в России многолетний представитель интересов иностранных табачных компаний и одновременно депутат Государственной думы РФ, надев белый халат, в окружении журналистов под вспышки камер посещает с депутатскими наставлениями учреждения здравоохранения.

Необходим запрет на финансирование общественных объединений и политических партий всеми сторонами, связанными с разрушительной для общественного здоровья продукцией и её продвижением.

Предстоит сформировать пул авторитетных для государства и общества экспертов по общественному здоровью, свободных от конфликта интересов. В настоящее время значительная часть таких «экспертов», выступающих якобы с позиций государственных и общественных интересов, в России связаны с социально опасным бизнесом.

Необходима ревизия и оптимизация контента ключевых коммуникационных каналов по общественному здоровью, в направлении адекватного информирования, учёта общественного мнения, конструктивного, плодотворного обсуждения. Возможно, потребуются учреждение соответствующего этического комитета, разработка и принятие специальной хартии.

Хорошие результаты может дать организация открытой конкуренции между субъектами Федерации на основании показателей общественного здоровья, рейтингов и т.п., «вытаскивание» всей страной регионов, попавших в неблагоприятное положение.

Желательно более полное привлечение потенциала религиозных конфессий в сфере общественного здоровья. В частности, в России есть положительные примеры и возможности их участия в решении острой алкогольной проблемы.

Предстоит уделить должное внимание здоровью мигрантов, так как завтра больной мигрант может стать большим гражданином страны. Кроме того, современное состояние общественного здоровья мигрантов, проживающих в ключевых регионах страны, угрожает принципиальным снижением социальных стандартов, формированием негативных социальных детерминант здоровья для населения России в целом, взаимному «обогащению» проблемами. В частности, отказ от полного законодательного запрета на жевательный табак, потребляемый мигрантами из Азии, приводит к распространению этой зависимости среди наших подростков.

Надеюсь, что предложения по ребрендингу общественного здоровья найдут отклик и поддержку со стороны государства, частного бизнеса, гражданского общества в нашей стране, будут способствовать широкому обсуждению новых возможностей решения накопившихся проблем. Приглашаю уважаемых читателей откликнуться, поделиться своими наблюдениями и размышлениями в предложенном мной направлении.

Андрей ДЁМИН,
президент Российской ассоциации
общественного здоровья,
профессор.

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Точка зрения

Перезагрузка

О некоторых малозатратных путях решения проблем общественного здоровья и здравоохранения



Забота о здоровье должна стать интересом не только личным, но общественным и государственным

всех данных об общественном здоровье для всех заинтересованных сторон.

Уйти от «медиализации»

Целесообразно рассмотреть возможность осуществления современных стратегий, разработанных и принятых Всемирной организацией здравоохранения при участии России. В частности, стратегия ВОЗ Health in All Policy – «Здоровье во всём» основана на ответственности всех секторов экономики и населения за общественное здоровье при профессиональном экспертном сопровождении со стороны системы здравоохранения. При этом желательно обеспечить приоритет современных подходов, основанных на использовании социальных детерминант здоровья. При этом возможно привлечение ресурсов социальной защиты, правозащитных механизмов, возможностей потребительских объединений. Необходимо преодоление сложившейся «медиализации» общественного здоровья, то есть попыток решить все проблемы общественного здоровья в рамках ведомства здравоохранения. Также пора отказаться от «обвинения жертвы», то есть органов управления здравоохранением и людей, деструктивной политизации проблем общественного здоровья.

Назрело создание механизма стратегического планирования межсекторальной деятельности в области общественного здоровья под руководством государства и под контролем гражданского общества, при экспертном сопровождении со стороны здравоохранения, с учётом принятых и разработанных нормативных документов, концепций и т.п., опыта их выполнения. В частности, могла быть создана, принята постоянно действующая, периодически

здравоохранения в современном обществе и государстве является основанная на международном опыте государственная монополия на оборот алкоголя под контролем Минздрава. В РФ пока что Минздрав отвечает во многом за последствия экономических и управленческих решений, находящихся вне его компетенции.

Предстоит развить современную систему мониторинга общественного здоровья и соответствующих потребностей населения, на основе демографических показателей и факторов риска, а также современных определений индивидуального и общественного здоровья, социальных детерминант здоровья. При этом необходимо обеспечить приоритет психического здоровья. Неравенство в здоровье будут рассматривать как несправедливость.

Борьба с мифами

Интересно, что перед нами стоит задача разрушения укоренившегося мифа об абсолютной зависимости общественного здоровья от уровня и тенденций экономического развития страны, экономического благосостояния населения и «свободы» человека распоряжаться своим здоровьем. В докладе, подготовленном к заседанию Общественной палаты РФ 2009 г. по алкогольной проблеме я привёл данные, что ожидаемая продолжительность предстоящей жизни мужчин в десятках стран с низким достатком, таких как Йемен, Мавритания, Сенегал, Таджикистан, Гондурас, Пакистан и др., выше, чем в России, а смертность в отечественных тюрьмах может быть ниже, чем среди свободнорабочих. Добавим к этому, что практически все экономически развитые страны, за исключением

медицины и вклада СССР. Выступление РФ в 2011 г. в качестве глобального лидера в сфере профилактики инфекционных заболеваний – только начало этих процессов.

Что делать?

В стране предстоит повышение социальной ответственности за общественное здоровье всех субъектов экономики:

- в отношении здоровья организованных контингентов, в частности детей, учащихся, работающих, военнослужащих, заключённых, будет введён простой принцип – с каким здоровьем приняли, с таким обязаны выпустить или возместить ущерб. В этом случае появляются экономические стимулы для устранения причин нарушений;

- внедрение обязательного требования предоставления социальной отчётности, включающей меры по общественному здоровью, от всех субъектов экономики, в первую очередь получающих государственные заказы;

- законодательное введение экспертизы экономических решений, в том числе внешнеэкономических соглашений, по критерию воздействия на общественное здоровье, аналогично принятой в начале 1990-х годов экологической экспертизе, а также введение оценки и возмещения ущерба здоровью;

- необходимо адекватное регулирование социально опасного бизнеса, ставшего главной причиной болезней и смерти в современном мире, в том числе в России, в интересах общественного здоровья. Среди легкоисправимых примеров – решения Правительства РФ по представлению налоговых льгот на импорт оборудования для производства табачной и алкогольной продукции, по приостановке санэпиднадзора за импортируемым сырьём для производства табачной продукции, масштабное сотрудничество системы образования, культуры, творческого класса с алкогольной и табачной промышленностью.

Целесообразно ввести запрет на прямые иностранные инвестиции в сектора экономики, разрушающие общественное здоровье. Также предстоит исключить компании, продукция которых вредна для общественного здоровья, из Консультативного совета по иностранным инвестициям, РСПП, других объединений предпринимателей на всех уровнях.

Вот только один ободряющий пример: генеральный директор Всемирной организации здравоохранения д-р Маргарет Чен заявила в 2011 г. на совещании высокого уровня по профилактике

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 20 (1872)

(Окончание. Начало в № 20 от 20.03.2015.)

Возможности нанотехнологий **военного направления** просто устрашающи. Ещё в 1991 г. С.Лийима (Япония) разработал так называемые нанотрубы – материалы из однослойных молекулярных соединений, которые в тысячи раз прочнее, чем любой известный до сих пор материал при очень малой массе. Солдат, герметично одетый в такой бронезилет (а это вполне реально) будет практически неуязвим, разве что его можно устранить механически. Но ведь можно сделать танк с такой бронёй. Танк этот будет вездеходен, вес его будет минимальным, маневренность – непредставимой, и он будет практически неуловим и неуязвим. Могут быть созданы невидимые и неслышимые нанопули, самонаводящиеся на цель, которые могут поражать противника на любом расстоянии и за любыми оборонительными сооружениями.

Вполне реально создание самолётов-роботов небольших размеров, которые недоступны никаким современным локаторам и которые могут летать над любыми военными объектами и целями и выполнять задачи от шпионского сбора сведений до уничтожения этих самых военных объектов.

На современную атомную электростанцию могут прилететь несколько наноракет взрывного назначения. Первая ракета пробивает микроскопическое отверстие в стенке реактора, вторая углубляет её и, наконец, энная из них дойдёт до реактора и спокойно взорвёт его... Последствия представить нетрудно. Однако все танки, пехота, ракеты и прочая военная техника могут оказаться совершенно ненужными. Дело в том, что вполне реально разработка оружия, которое называют «наномуха». Это летающее существо наноразмеров. Его трудно увидеть, но оно может летать на любые расстояния и в соответствии с настройкой впрыскивать смертельный яд любому человеку. Таких «наномух» в одном чемодане может поместиться 50 млрд. И этого достаточно, чтобы убить всё население Земли!

При этом у такого оружия есть одно качество, которое делает его в макроразы опаснее атомного. А заключается оно в том, что для производства, хранения и доставки по месту назначения атомного оружия нужны очень громоздкие заводы, технологии, ракеты и пр., которые в чемодане не спрячешь. Поэтому мировое сообщество пока худобно контролирует работы по ядерному оружию и не даёт ему расползаться по планете и предотвращать попадание его в чьи-то безумные руки. Нанооружие лишено всех этих видимых технических моментов, его производство невозможно ни обнаружить, ни контролировать, оно может быть налажено любым богачем с нарушенной психикой. И результаты могут быть самые непредсказуемые.

Можно было бы думать, что возможности и угрозы молекулярных производств являются чрезвычайно далёкими, а не проблемами ближайшего времени. Но... К проблеме уже сегодня следует отнестись весьма серьёзно. Дело в том, что за прошедшие около полвека эры нанотехнологий было разработано существенное число реальных крупных научных и технических проектов, преобразовавших микротехнологии в нанотехнологии.

Вот примеры.

Уже давно получены первые результаты по перемещению единичных атомов и сборки из них определённых конструкций, разработаны и изготовлены первые нанозлектронные элементы. Нанотехнологический контроль изделий и материалов, буквально на уровне атомов, в некоторых областях промышленности стал обыденным делом. Реальный пример – DVD-диски, производство которых было бы невозможно без нанотехнологического контроля матриц.

Во многих странах мира развёрнуты научные изыскания по разработке нанотехнологических методов, позволяющих создавать активные элементы (транзисторы, диоды) размером с молекулу и формировать из них многослойные трёхмерные схемы. Повидимому, именно микроэлектроника будет первой отраслью, где «атомная сборка» будет осуществлена в промышленных масштабах. Разработанные в последние годы нанозлек-

тронные элементы по своей миниатюрности, быстродействию и потребляемой мощности составляют серьёзную конкуренцию традиционным полупроводниковым транзисторам и интегральным микросхемам на их основе как главным элементам информационных систем.

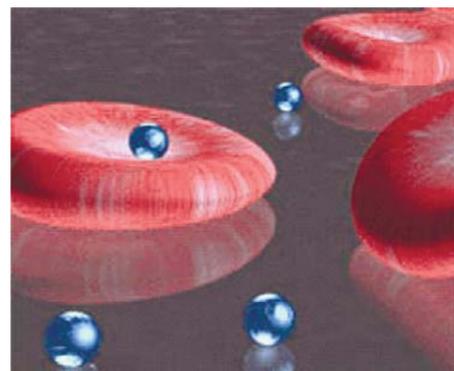
При переходе к наномасштабам, на первый план выходят квантовые свойства рассматриваемых объектов. Уже сегодня техника вплотную приблизилась к теоретической возможности запоминать и передавать 1 бит информации с помощью одного

электрона, локализация которого в пространстве может быть задана одним атомом. Это позволяет уменьшить размеры одного транзистора приблизительно до 10 нм, а рабочие частоты увеличить до порядка 1012 Гц. Уже сегодня в числе машин, имеющих отношение к электронике и информатике, – высокоэкономичный квантовый лазер, диоды, излучающие свет, ячейки солнечных батарей и одноэлектронные транзисторы.

Оставив в стороне сложные теоретические вопросы квантовой физики, можно сказать, что имеющиеся технологии взаимодействия металл – диэлектрик позволяют путём так называемого туннелирования осуществлять перенос заряда в структуре порциями, равными заряду одного электрона. Уже появились элементы на резонансном туннелировании. Об их размерах можно судить по следующему примеру. Если представить один бит информации как наличие или отсутствие одного электрона, то схема памяти ёмкостью 100 гигабайт разместится на кристалле, площадью всего 6 см². Для сравнения – память самых высококлассных современных компьютеров равняется примерно 500 гигабайт. Следовательно память всего такого компьютера можно будет разместить на матрице размером 30 см².

МЕДИЦИНА. Говоря о перспективах использования нанотехнологий, я специально не затронул проблему медицины и нанотехнологий. А как раз именно в области медицины предложены и делаются попытки внедрения в жизнь одних из самых фантастичных проектов нанотехнологий.

Вот несколько примеров.



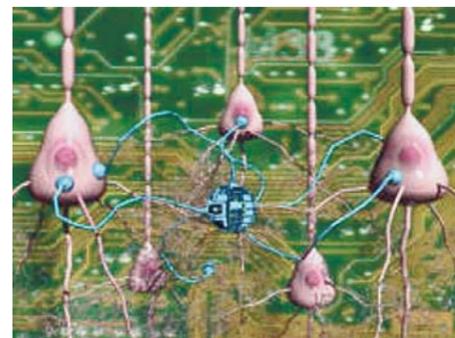
1. Искусственные клетки крови нанометрических размеров «респираторы» (синие шарики) и эритроциты (красные структуры) в сравнительных размерах (рисунки Ю.Свиденко).

Респираторы – это роботы, искусственные эритроциты диаметром в 1 нм из атомов углерода, собранные атом за атомом на кристаллической решётке алмаза или сапфира, что придаёт им высокую прочность. Столь малый размер обеспечивает респиратору доступ во все ткани и капилляры.

В респираторе имеются «баки» для хранения O₂, CO₂, H₂O и глюкозы. Он сферической формы, что позволит давлению

газов равномерно распределяться по его поверхности. Из-за алмазной или сапфировой основы поверхность респиратора отличается высокой прочностью, что даёт возможность повысить давление газов в «баках» до 1000 атмосфер. Основная функция респираторов – накопление в себе и отдача в кровяную плазму и в нуждающиеся в нём ткани молекул газов.

Из вышесказанного легко можно понять ареал высокой востребованности респираторов в медицине. Прежде всего, они могут стать универсальными донорами в любой ситуации плановой или срочной показанной гемотрансфузии. Это и кровопотеря в операциях, при травмах, геморрагических синдромах и т.д., и тяжёлые анемии и лейкозы, и акушерская патология, и многое другое. Респираторы могут использоваться при разных видах анемии, заболеваниях лёгких, генетических отклонениях (например, серповидноклеточная анемия).

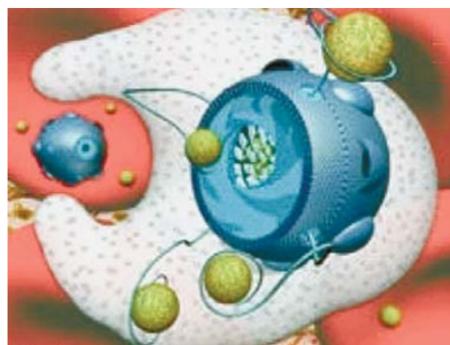


4. Механические наноконьютеры.

Такие наноконьютеры, имплантированные в мозг человека, смогут намного увеличить скорость мыслительных процессов. Из-за своих наноразмеров их доставка в мозг не встретит никакого затруднения. Они могут доставляться в мозг путём введения небольшой инъекции в сонную артерию.

Нанотехнологии и проблемы биоэтики и биомедицинской этики

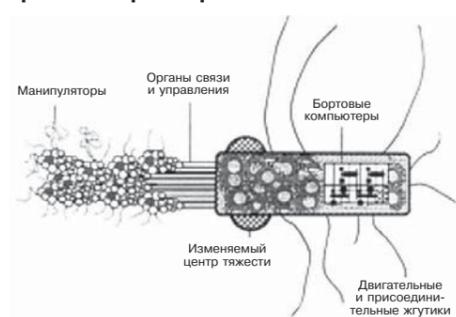
Нетрудно представить себе также преимущества, которые дадут респираторы при замене компонентов крови. Человечество раз и навсегда будет избавлено от опасности трансфузионных инфекций – ВИЧ, вирус гепатита, малярийных паразитов и т.д. и посттрансфузионных реакций. Возможно избавление от малокровия, связанного с наследственными заболеваниями крови. Особенно такие наноустройства помогут при трансплантации в качестве носителя кислорода. Роботы способны обеспечить дыхание новорождённых младенцев при маточной асфиксии, травмах и других заболеваниях.



2. Механический фагоцит – составляющая искусственной иммунной системы человека

Данное устройство будет входить в состав искусственной механизированной крови. Небольшая концентрация этих устройств способна полностью уничтожить бактерии, вирусы и микропаразиты размером не более 2 мкм, что позволит быстро очистить кровь животного или человека от заражения. Они могут обеспечивать искусственный иммунитет, что позволит увеличить сопротивляемость организма болезням.

3. Клеточный реконструктор нанометрических размеров.



Искусственная ремонтная клетка, введённая в кровеносную систему человека, способна на клеточном уровне устранять «неисправности» повреждённых по разным причинам клеток организма. Имеет 1000 биоманипуляторов, управляемых с помощью наноконьютера. В перспективе развития это один из важнейших инструментов наномедицины.

5. ДНК-анализатор – способен на нуклеотидном уровне анализировать эту структуру, вырезать повреждённые участки и заменять их на работоспособные нуклеотиды. Позволит корректировать и устранять различные дефекты ДНК, ликвидировать генетические болезни и в будущем изменять конфигурацию ДНК по желанию пациента.

6. Одно из наиболее грандиозных мегидико-биологических наноустройств не ближайшего будущего – **васкулоид** – нанотехнологическое устройство, в значительной мере заменяющее кровеносную систему и васкулярное дерево человека. Устройство крайне сложное, которое будет состоять из ~ 500 трлн независимых нанороботов, согласовывающих все свои действия.

Эта наномашина использует целый ряд искусственных клеток для транспорта жизненно важных нутриентов и биологических клеток к тканям, сохраняя их в «танкерах» (для молекул) или в «грузовиках» (для клеток). **Энергия, как и для большинства медицинских нанороботов, доставляется от естественных источников глюкозы и кислорода, которые широко доступны в человеческом теле, поэтому, васкулоид может оказаться первым «вечным двигателем».** Введённый один раз в организм, он может работать на протяжении всей жизни человека. Нужно будет лишь периодически пополнять запасы его «танкеров» и «грузовиков».

Нанотехнологии и проблемы биоэтики. Не исключено, что многие проблемные и прогнозируемые нанотехнологические машины (особенно военные), ассемблеры, компьютеры и прочие – не более чем плод слишком буйной фантазии Ричарда Фейнмана и Эрика Дрекслера. И эти фантазии не являются поводом для беспокойства.

Тем не менее эти технологии не могут быть сброшены со счетов, от них нельзя просто так отмахнуться. Дело в том, что наука нанотехнология ставит ряд этических, юридических и политических проблем, с которыми может столкнуться международное сообщество в ближайшем будущем.

Развитие науки и техники значительно изменяет человеческое существование. Технология делает жизнь более безопасной и менее обременительной. Медицинские технологии, особенно последних десятилетий, внесли существенный вклад в совершенствование общественного здоровья. Информационные технологии обеспечили фантастические возможности коммуникации человека. Экологическая наука развила наиболее безопасные пути производства и потребления.

Нанотехнологии пересекаются со всеми этими областями, что приводит к появлению множества этических проблем и вопросов. Например, особенно в конце XX и начале XXI века создалась такая ситуация, когда индустриально развитые страны запускают разные макро- и микротехнологии в менее развитых странах. При этом широко эксплуатируются материальные и людские

ресурсы последних, однако результаты и изделия потребляются развитыми странами, а не странами-производителями. Вместо страны получается некая суррогатная мать, при помощи экономических рычагов понуждаемая к выдаче чужакам своего продукта. Это и есть одна из больших биоэтических проблем нанотехнологий.

Дело осложняется тем, что и этические вопросы этих проблем разрабатываются под стандарты развитых стран, тогда как такие положения неприемлемы для слаборазвитых. Даже одно это показывает необходимость координированных международных действий в области этики технологий и нанотехнологий, в том числе и в области биоэтики.

В связи с этим ещё в 1993 г. государства – члены ЮНЕСКО создали Международный комитет этики биологических исследований (The International of bioethics Committee – IBC). В комитет входит 36 экспертов из многих стран мира, специалистов по самым различным научным дисциплинам. Комитет имеет своей целью выработку рекомендаций относительно трудных биоэтических проблем.

С 1998 г. в ЮНЕСКО работает также COMEST (Commission on the ethics of scientific knowledge and technology – Комиссия по этике научного знания и технологии), состоящая из 18 экспертов. Она работает в области прикладной этики: этики науки, экологической и этики технологий. На основе этического мандата ЮНЕСКО COMEST анализирует этику информационных технологий, использования гидрологических технологий, энергии и космических технологий и др.

IBC также имеет подобные функции, но она больше сосредоточена на этике биологических исследований, этических и юридических проблемах, возникающих при исследованиях в науке о жизни и связанных с их внедрением в практику.

В вопросах нанотехнологий в обязанности комитетов ЮНЕСКО входит задача означения гражданских обществ стран с этическими проблемами, связанными с внедрением в практику таких технологий. Для достижения этой цели эксперты иден-

тифицируют и анализируют проблемы новых технологий так, чтобы они были понятны широкой публике, специализированным группам и лицам, принимающим решения.

IBC и COMEST предназначены для того, чтобы непрерывно контролировать возможные выгоды и вред новых научных достижений, в том числе нанотехнологий, чтобы предотвратить беспокорство и моральное осуждение со стороны общества.

ЮНЕСКО считает, что даже если нации неактивно проводят исследования по нанотехнологиям, они тем не менее должны знать фактический курс исследования, согласно нормам акции, правосудия и справедливости, и иметь долю в использовании полученных результатов. Граждане каждой нации должны иметь право знать, что такое нанотехнологии и к чему они могут привести.

Если со стороны международной ответственности не будет необходимого и эффективного контроля, нанотехнологии могут быть использованы корпорациями и нациями по своему усмотрению и в своих собственных корыстных интересах.

Нанотехнологии и проблемы биомедицинской этики. Нанотехнологии могут создать множество проблем, связанных с биомедицинской этикой. Например, проблема оживления крионизированных ныне людей. В последние десятилетия в печати открыто заявляется, что в ожидании успехов нанотехнологий следует наращивать темпы крионизации безнадежно больных людей. И не только заявляется. В настоящее время в США (к сожалению, также и в России) в печати открыто и широко проводится кампания по наращиванию темпов крионизации. В результате число криоконсервированных людей в США и России в последние десятилетия значительно возросло. А такие заявления и действия несут в себе множество этических проблем.

Дело в том, что при самом высоком развитии нанотехнологий шанс на оживление таких людей нулевой. Научные исследования доказывают, что при замораживании теплокровного объекта больше сперматозоида происходит полный разрыв всех клеток, вследствие перехода клеточной воды в лёд.

Отсюда ясно, что никакие наноремонтные клетки не смогут «собрать» заново фактический труп человека, восстановить все клетки, межклеточные взаимосвязи и т.д.

В этих условиях рекомендации развивать сегодня креонику нарушают множество принципов биомедицинской этики – «не навреди», «делай добро»; происходит осознанное поощрение эвтаназии и ятротаназии, путём обмана нарушается право человека на достойную смерть.

Остро могут встать также проблемы работы этических комитетов. Ныне в России в подавляющем большинстве лечебных учреждений не созданы этические комитеты. Более того, их юридический статус в нашей стране так и остался неясным. Следовательно, можно ожидать бесконтрольного и аморального распространения и применения различных нанотехнологий, как это ещё недавно имело место в нашей стране со стволовыми клетками.

Этической проблемой станет также добровольность информированного согласия пациента на применение нанотехнологий. В таких условиях будет ли информированное согласие пациента добровольным или оно будет связано с его обманом заинтересованными лицами, в том числе и врачами? В этой ситуации просматривается также проблема коммерциализации нанотехнологий, что также противоречит положениям ВОЗ и ЮНЕСКО, Конвенции Совета Европы и другим этическим документам.

Множество проблем биомедицинской этики просматриваются и в самих нанотехнологиях, которые могут быть внедрены в медицину в ближайшие десятилетия. Так, сразу возникнет проблема всеобщей их доступности и соблюдения принципа справедливого распределения ресурсов в медицине. Готово ли современное капиталистическое общество России к этому? Не возобладают ли уже сегодня достаточно распространённые явления – региональный эгоизм, когда технологии будут доступны в основном жителям тех регионов, где они будут производиться, или принцип большого кошелка или связей в высших сферах? Несомненно возникновение коммерциализации нанотехнологий, что также

противоречит положениям ВОЗ и ЮНЕСКО, Конвенции Совета Европы и другим этическим документам.

Едва ли есть сомнение в том, что при нынешнем состоянии нравов российского общества нанотехнологии будут распределяться избирательно, в соответствии со служебной или денежной иерархией, и они окажутся доступными в основном в тех регионах, где они будут разрабатываться.

Имплантирование наноконфигураторов, могущих увеличить на порядок мозговую деятельность человека. Какова будет реакция людей на создание искусственных гениев? Каковы будут сами эти гении? Не окажутся ли новыми франкенштейнами?

Требуют чрезвычайно точного подсчёта проблемы продления жизни людей на Земле за счёт внедрения в организм молекулярных роботов, предотвращающих старение клеток, а также перестройки и «облагораживания» тканей человеческого организма. Если не осуществится другая нанотехнологическая проблема – искусственный синтез продуктов питания, то значительное удлинение жизни человека может иметь катастрофические последствия. Уже сегодня Земля не может прокормить более 7 млрд своих жителей. Более миллиарда живут в условиях постоянного недоедания и голода. Если же жизнь людей будет продлена, то могущие возникнуть проблемы очевидны. Актуальной окажется проблема, поставленная ещё Мальтусом, – рост числа людей в геометрической, а продуктов обеспечения жизнедеятельности – в арифметической прогрессии – голод и все остальные прелести такого развития, что также порождает громадное число биоэтических проблем.

Ибрагим ШАМОВ,
эксперт ЮНЕСКО по биоэтике,
член Глобального наблюдательного совета ЮНЕСКО по биоэтике,
Международного центра здоровья,
права и этики ЮНЕСКО,
заведующий кафедрой пропедевтики
внутренних болезней Дагестанской
государственной медицинской академии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Центральным моментом книги Дж. Уотсона «Двойная спираль» (Double Helix) было определение пар оснований, или «букв» генетического кода (АГТЦ – АГТС), в которых Г почти всегда «спаривается» с Ц, а Т с А (замены букв называются мутациями, отражающимися в замене аминокислот в протеинах).

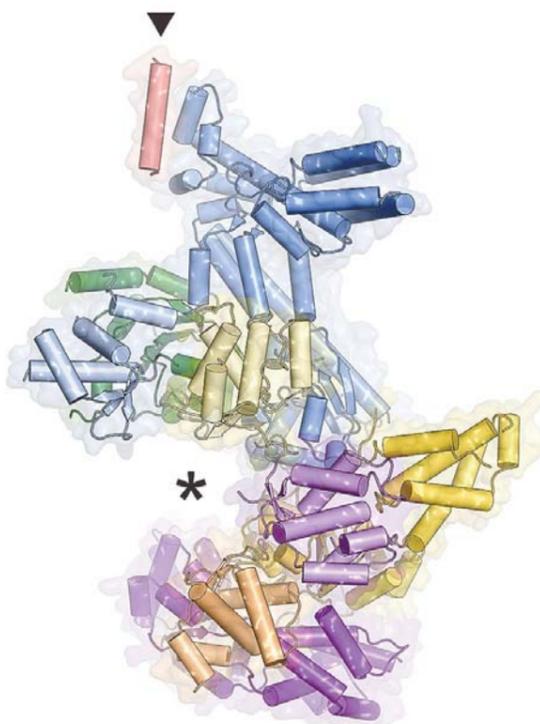
Сообщения иностранной прессы: женщина с опухолью мозга после экспериментальной вакцинации живёт 9 лет и стала за эти годы бабушкой 5 внуков; сотрудники лондонского Кингс-колледжа выделили из коралловых водорослей-симбионтов вещество, защищающее кожу от действия ультрафиолетовых лучей солнца.

Ж.-Б. Ламарк ввёл в научный оборот слово «эволюция», подразумевая, что её движущей силой является некое «внутреннее стремление». Иллюстрировал это положение автор «Философии зоологии» удлинением шеи «верблюдо-леопарда» – Camelopardis, то есть жирафа, предки которого стремились дотянуться до сочных листьев африканских акаций. Ламарк высмеял барона Кювье, проповедовавший «катастрофизм» наподобие Ноева всемирного потопа, не раз приводившего к вымиранию прежних форм жизни. Естественно, что французы не догадывались о том, что основа жизни покоится на нуклеиновых кислотах, которые стремительно начали менять свои последовательности после выхода растений и животных в атмосферу, насыщенную кислородом, «газопомпой» которого были океанические водоросли, использовавшие для расщепления воды энергию солнечных фотонов.

Не удивительно, что ДНК в таких условиях постоянно находится в состоянии окислительного стресса, испытывая на себе атаки агрессивных радикалов, способных приводить к порывам цепей и изменению структуры букв генетического кода (азотистых оснований). Если подобного рода изменения можно считать «внутренними» по отношению к клетке, то французам можно считать провозвестником биологии геномного миллениума. Жизнь немыслима без самовоспроизведения, начинающегося с прогресса клеточного

Исследования

Кожа и солнце



ORC (жёлтый) и теломераза на спирали ДНК

цикла в направлении митоза. В нормальной клетке имеется много молекулярных «тормозов», препятствующих её переходу из состояния покоя к делению. Одним из них является белок циклин, блокирующий действие фермента киназы, который переносит энергоёмкие фосфатные группы на протеины, тем самым включая их активность. У бактерий есть белковый токсин, блокирующий переход к делению клеток, в результате чего те вырастают до крупных размеров, давая пищу патогенам, а затем подвергаясь (апоптозу).

Сотрудники Национальной лаборатории в Брукхейвене, что неподалёку от Манхэттена, рассмотрели структуру комплекса, начинающего удвоение ДНК (ORC – Origin of Replication Complex). Протеин ORC представляет собой молекулярное кольцо с открывающим его «хвостиком», мутация в гене которого приводит к карликовости, позволяя ему «сесть» на ДНК и начать «спрямление» спирали и разведение цепей (для синтеза с помощью энзима полимеразы). В Мюнхенском университете выяснили механизм ультрафиолетового повреждения ДНК (DNA damage), применив сверхбыстрые – фемтосекундные (10^{-15} с) – импульсы инфракрасной спектроскопии. Их заокеанские коллеги из Университета Дьюка в городе Дареме описали детальный механизм защиты от подобного рода мутаций, который «принадлежит» самой ДНК. В Дареме использовали МРТ, позволивший определить, что аномальные пары существуют всего 50-200 пикосекунд, после чего происходит «исправление».

К сожалению, несмотря на все «охраняющие» системы геном обременён мутациями, приводящими не только к появлению людей с небольшим ростом. Каждый день 30 жителям далёкой солнечной Австралии врачи ставят диагноз «меланома», а ежегодно там умирает от неё около 1200 человек.

Меланома растёт из меланоцитов

кожи, в которых идёт синтез меланина, стимулируемый лучами «мягкого» ультрафиолета. Включение синтеза происходит под действием входящего через белковые каналы кальция, «включающего» соответствующие гены-мишени. Улавливание света происходит за счёт... родопсина, который вроде бы присутствует только в палочках и колбочках сетчатки глаза. Считается, что разросшиеся меланоциты прикрывают ядра клеток кожи, защищая их ДНК от повреждения. Однако, как выяснили в Йельском университете, это не совсем так, поскольку действие ультрафиолета продолжается долгие часы даже в полной темноте. Статья учёных в Science называется «Химическое возбуждение производных меланина, индуцирующих фотопродукты ДНК в течение долгого времени после облучения ультрафиолетом».

Учёные Йельского университета предположили блокировать теломеразы раковых клеток и одновременно небольшой белок (упомянутую выше киназу), передающий сигналы к делению. Теломераза – это фермент концов хромосом (теломер), который чрезвычайно активен в 90% опухолей человека. Авторы назвали свой подход «синергическая супрессия опухоли». В марте 2015 г. сходный метод при лечении метастазирующих меланом применили в Пенсильванском университете (Филадельфия). Новую «тройную» терапию авторы назвали RadVax, поскольку лечение начинается со стандартного облучения, после чего следует пассивная «вакцинация» с помощью моноклональных антител. Первые из них (Ipilimumab) атакуют цитотоксические лимфоциты – «натуральные киллеры», вторые (Pembrolizumab с Nivolumab) действуют против белка на клетках меланомы, который защищает их от атаки лимфоцитов, делая опухоль «невидимой» для иммунной системы. Остаётся надеяться, что RadVax покажет свою эффективность и в клинических испытаниях.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Daily Mail, Nature, PNAS.

Черепно-мозговой травме (ЧМТ) свойственна определённая последовательность развития и исчезновения посттравматических изменений, что указывает на наличие разных периодов в её течении. Периодизация ЧМТ есть содержательно-временная характеристика динамики её проявления – от момента повреждающего воздействия на мозг механической энергии и до конечного результата лечения пострадавшего (выздоровление, инвалидизация, смерть). Этот развёрнутый во времени процесс во многом различен по своим патологическим механизмам, клиническим проявлениям, вариантам возможных осложнений, уровню бытовой и социально-трудовой реадaptации и т.д., что лежит в основе выделения периодов ЧМТ.

Травматическая болезнь головного мозга

Унифицированная периодизация течения ЧМТ необходима для: 1) современного раскрытия концепции травматической болезни головного мозга и понимания сущности патогенных и саногенных механизмов в разные сроки после ЧМТ; 2) обоснования динамичной преемственной системы лечения и реабилитации, её направлений и целей в зависимости от давности ЧМТ; 3) прогнозирования ближайших и отдалённых исходов ЧМТ; 4) создания классификации последствий и осложнений ЧМТ; 5) адекватного учёта, наряду с клинической формой, роли возрастных, преморбидных, иммунных, генетических и прочих факторов в течении и исходе ЧМТ; 6) сопоставимости данных по ЧМТ, определяемых разными авторами из разных учреждений; 7) улучшения социальной и правовой помощи пострадавшим с ЧМТ и её последствиями.

Периодизация течения ЧМТ неотделима от её классификации, есть её непереносимое слабое и наоборот. Адекватная периодизация ЧМТ, как и её классификация, – обязательное условие, методическая основа как для изучения патологических процессов, запущенных травмой, так и для разработки эффективных способов предупреждения и лечения её нежелательных последствий.

Основоположник учения о травматической болезни головного мозга Л.Смирнов определял её как совокупность единств этиологии, патологической анатомии, патофизиологических механизмов, развития, исходов, осложнений.

Следующие причины обосновывают необходимость уточнения периодов течения травматической болезни головного мозга: 1) в периодизации Л.Смирнова примат отдан открытой проникающей ЧМТ, её морфологии и воспалительным осложнениям; 2) появились новые знания по биомеханике, морфогенезу, патогенезу и саногенезу ЧМТ; 3) появились методы прижизненной неинвазивной визуализации головного мозга; 4) раскрыта роль аутоиммунных процессов в течении ЧМТ; 5) существенно изменилась клиника ЧМТ; 6) появились принципиально новые возможности нейрохирургии, неврологии, интенсивной терапии, психофармакологии, реабилитации.

Предлагаемая периодизация течения ЧМТ, отражая нынешний уровень знаний, является естественным продолжением и развитием учения Л.Смирнова о травматической болезни головного мозга.

Выделение периодов травматической болезни головного мозга строится нами на сумме критериев: 1) клинических (общеорганизменные, общемозговые, стволые, полушарные признаки и их динамика); 2) патофизиологических (отёк, набухание,

Врач и пациент

Периодизация клинического течения черепно-мозговой травмы

гиперемия мозга, сосудистые, нейромедиаторные, гормональные, ферментные, иммунные и другие реакции и их динамика); 3) морфологических (травматический субстрат и динамика его санации, организации).

В течении ЧМТ сложно переплетаются последовательные и параллельные факторы: биомеханика травмы, первичные субстраты повреждения мозга; патологические органические и организменные реакции; возрастные, преморбидные, генетические особенности; вторичные внутри- и внечерепные осложнения; саногенные реакции и компенсаторно-приспособительные процессы; функциональные и социальные исходы. При этом следует помнить, что между направленностью развития, выраженностью, сочетанием различных слагаемых и временными характеристиками того или иного периода травматической болезни головного мозга корреляции часто отсутствуют.

Энергетическая и пластическая перестройка мозга после ЧМТ длится долго (месяцы, годы и даже десятилетия). ЧМТ запускает среди многих других два противоположно направленных процесса, причём не только местных, но и дистантных – дистрофический-деструктивный и регенеративный-репаративный, которые идут параллельно с постоянным или переменным преобладанием одного из них, определяя во многом наличие или отсутствие тех или иных клинических проявлений в том или ином периоде ЧМТ.

В каждом периоде ЧМТ важны все его слагаемые, но всё же решающее значение приобретает клиника. Допустимо говорить о клиническом выздоровлении – при стабильно хорошем самочувствии, отсутствии неврологической, психопатологической, соматической симптоматики, полном восстановлении прежней трудоспособности и адекватной социальной активности, даже если имеются морфологические изменения в головном мозгу.

В современной периодизации

травматической болезни головного мозга учтены новые знания по биомеханике повреждений (особенно при травме ускорения-замедления, обуславливающей диффузные аксональные повреждения), по патогенезу ЧМТ (концепция нарушения саморегуляции мозгового метаболизма), по прижизненной неинвазивной верификации травматических субстратов и реакций мозга (данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии, радионуклидных исследований,

рубцовых, атрофических, гемолитвородискуляторных, вегетовисцеральных, аутоиммунных и других процессов.

Острый период

Определение: промежуток времени от момента повреждающего воздействия механической энергии на головной мозг с внезапным расстройством его интегративно-регуляторных и локальных функций до стабилизации на том или ином уровне нарушен-

ные нарушения метаболизма, вегетатики и жизненно важных функций – от незначительных до угрожающих.

Острому периоду ЧМТ соответствует посттравматическая иммуносупрессия и нарастание аутоиммунных реакций. При этом, судя по направленности аутоантител к различным нейроспецифическим белкам, при лёгкой ЧМТ определяются аутоантитела, в основном к элементам глии, при тяжёлой ЧМТ определяются антитела как к глии, так и к нейронам.



ных общемозговых и общеорганизменных функций либо смерти пострадавшего.

Временная протяжённость острого периода от 2 до 10 недель в зависимости от клинической формы ЧМТ. Примерные сроки острого периода ЧМТ: при сотрясении мозга – до 2 недель, при лёгком ушибе мозга – до 3, при среднетяжёлом ушибе – до 4-5, при тяжёлом ушибе – до 6-8, при диффузном аксональном повреждении – до 8-10 недель, при сдавлении мозга – от 3 до 10 недель (в зависимости от фона).

В пределах острого периода ЧМТ можно различить несколько периодов: 1) первичного максимума нарушений функций мозга; 2) лабильных вторичных нарушений функций мозга; 3) стабилизации

– на том или ином уровне – нарушенных функций мозга. По данным экспериментальной модели ЧМТ (сотрясение мозга), для острого периода характерна первоначальная интенсификация обменных процессов («пожар обмена»), переходящая в развитие энергетического дефицита в нервной ткани и вторично обусловленных изменений.

Клинически для острого периода ЧМТ характерна симптоматика дезинтеграции и выпадения мозговых функций. Типичны нарушения сознания по типу угнетения и выключения с количественным снижением психической деятельности (оглушение, сопор или кома), преимущественно за счёт страдания срединно-стволовых структур.

Среди очаговых неврологических признаков в остром периоде ЧМТ доминируют симптомы выпадения функций мозга, структура и степень выраженности которых определяются локализацией и видом травматического субстрата. При тяжёлой ЧМТ, особенно компрессии мозга, характерно появление вторичной дислокационной симптоматики, преимущественно со стороны ствола мозга, а также дистантной очаговой патологии сосудистого генеза. В зависимости от тяжести ЧМТ проявляются централь-

По данным КТ и МРТ, острый период ЧМТ характеризуется различными очаговыми и диффузными изменениями мозговой ткани, тем или иным сужением или смещением ликворосодержащих пространств, отражающими особенности травматического субстрата (очаги ушиба или размозжения, гематомы и др.) и реакций мозга на него (отёк, набухание, диссемия).

Патоморфологически острый период ЧМТ характеризуется: при очаговых ушибах и размозжениях деструкцией мозговой ткани с образованием детрита, кровоизлияниями (крупно или мелкоочаговыми, ректическими или дипедезными), гемолитвородискуляторными нарушениями, отёком и набуханием мозга, а также развивающимися процессами очищения от продуктов распада мозговой ткани и излившейся крови; при сотрясении мозга – диффузными ультраструктурными изменениями синапсов, нейронов, глии; при диффузном аксональном повреждении – первичными разрывами аксонов; при сдавлении мозга – нарушениями микроциркуляции, отёчными и ишемическими изменениями нейронов.

Промежуточный период

Определение: промежуток времени от стабилизации нарушенных травмой общеорганизменных, общемозговых, очаговых функций до их полного или частичного восстановления или устойчивой компенсации. Временная протяжённость промежуточного периода: при лёгкой ЧМТ – до 2 месяцев, при среднетяжёлой ЧМТ – до 4 месяцев, при тяжёлой ЧМТ – до 6 месяцев. Клинически для промежуточного периода характерно восстановление сознания, однако могут наблюдаться синдромы его дезинтеграции (психотические или субпсихотические). Выражена астенизация. После длительной комы возможны вегетативный статус, состояние минимального сознания и акинетический мутизм. Очаговые симптомы выпадения (двигательных, речевых, чувствительных, статокординаторных и других мозговых функций) регрессируют полностью или частично. Обычно более стойко держатся парезы черепных нервов. Формируются различные синдромы раздражения: оболочечно-боловые, три-

геминальные, эпилептические, подкорковые и др. Начинает развиваться разнообразная психовегетативная симптоматика.

В промежуточном периоде происходит восстановление гомеостаза либо в устойчивом режиме, либо в режиме напряжения и последующего истощения активности адаптационных систем с формированием затем отдалённых прогрессирующих последствий.

Иммунологически в промежуточном периоде часто сохраняются различные изменения показателей клеточного иммунитета (в частности, снижены уровень Т- и В-лимфоцитов и их бласт-трансформирующая способность). В то же время гуморальный иммунитет обычно нормализуется. Именно в промежуточном периоде выявляется динамика иммунных показателей, определяющая формирование посттравматических последствий либо прогрессирующего, либо регрессирующего характера. По данным КТ и МРТ, промежуточный период характеризуется расправлением и редислокацией желудочков мозга, базальных и конвекситальных субарахноидальных пространств и развёртыванием различных очаговых и диффузных посттравматических процессов с разнонаправленными изменениями вещества головного мозга.

Морфологически в промежуточном периоде в ответ на ЧМТ в полной мере разворачиваются репаративные и регенеративные процессы. Повреждение нейрона, глии или нервного волокна обуславливает внутриклеточную регенерацию. Деструкция отдельных полей, слоёв коры приводит к усиленному функционированию, вследствие гипертрофии или гиперплазии, клеток соседних участков. В промежуточном периоде продолжают также местные и дистантные процессы демиелинизации, фрагментация аксонов, формирование кист, спаек и др.

Отдалённый период

Определение: период клинического выздоровления, либо максимально достижимой реабилитации нарушенных функций, либо возникновения и/или прогрессирования обусловленных перенесённой ЧМТ новых патологических состояний.

Временная протяжённость отдалённого периода: при клиническом выздоровлении – до 2 лет, при прогрессивном течении – не ограничена.

Клиническая симптоматика, если она не исчезает, приобретает устойчивый характер резидуальной, сочетая признаки выпадения, раздражения и разобщения. Могут появляться новые неврологические симптомы.

Иммунологически в отдалённом периоде определяются аутоантитела к нейронам и глиальным клеткам в 50-60% случаев. С учётом этого выделяют две формы посттравматического развития: иммунозависимую и иммунонезависимую. Для первой характерны вторичные иммунологические реакции.

По данным КТ и МРТ, отдалённый период характеризуется посттравматическими очаговыми и диффузными изменениями мозговой ткани, подбололочных пространств и желудочковой системы лёгкой, средней и тяжёлой степени (в зависимости от характера, тяжести, локализации повреждений мозга, наличия хирургического вмешательства, гнойно-воспалительных осложнений и последствий ЧМТ).

Пластическая перестройка моз-

га после ЧМТ продолжается и в отдалённом периоде, сложно сочетая в различных соотношениях деструктивные и регенеративные процессы.

Возрастные и преморбидные особенности

При характеристике периодов течения ЧМТ следует учитывать дотравматическую неврологическую патологию, сопутствующие соматические заболевания и возрастные факторы. У педиатрического и гериатрического контингентов пострадавших для содержательно-временной квалификации течения ЧМТ весьма значимы возрастные особенности организма, причины и биомеханика повреждений.

Детский возраст отличает особая ранимость незрелого мозга, склонность к генерализации отёка, тропность к диффузным аксональным повреждениям и в то же время высокие компенсаторные возможности развивающегося мозга.

Пожилые и старческий возраст отличают торпидные реакции с преобладанием внутричерепной гипотензии и сосудистых нарушений, доминирование очаговой симптоматики, сравнительная частота внутричерепных гематом, тропность к очаговым поражениям.

У детей острый период часто оказывается значительно короче, чем у взрослых (при лёгкой ЧМТ – до 10 суток, при травме средней степени – до 15-20, при тяжёлой ЧМТ – до 21-28 суток). Вместе с тем у детей могут существенно удлиняться промежуточный период (при лёгкой ЧМТ – до 6 месяцев, при травме средней степени – до 1-1,5 года, при тяжёлой ЧМТ – до 2 лет) и отдалённый (при лёгкой и средней степени тяжести – до 1,5-2,5 года, при тяжёлой – до 3-4 лет).

У пожилых и стариков острый период ЧМТ часто затягивается, по сравнению с лицами молодого и среднего возраста, что обусловлено появлением или обострением сосудистой и висцеральной патологии; удлиняются также промежуточный и отдалённый периоды, смыкаясь с частым усугублением после ЧМТ инволюционных нарушений.

Последствия и осложнения

В промежуточном и отдалённом периодах, а порой уже и в остром, формируются разнообразные последствия ЧМТ. Вместе с тем гнойно-воспалительные осложнения чаще развиваются в остром периоде, реже – в промежуточном и отдалённом.

Нисколько не преуменьшая значения различных морфологических и функциональных показателей, подчеркнём, что в отрыве от клиники их применение малопродуктивно. Именно клиническая картина точнее отражает компенсаторно-приспособительные возможности организма, когда, например, при одном и том же субстрате (атрофический, рубцово-спаечный процесс, ликворные кисты и т.д.) отмечается либо практически полная социально-трудовая реадaptация и отсутствие грубой неврологической и психиатрической симптоматики, либо тяжёлая инвалидизация пострадавшего с выраженной общемозговой и очаговой симптоматикой.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Ориентиры

Здесь уходит отчаяние...

У каждой третьей женщины, своевременно обратившейся к этим докторам с проблемой бесплодия, наступает беременность

Цифры статистики заставляют тревожиться: на момент 2010 г. в России насчитывалось около 3 млн бесплодных граждан репродуктивного возраста, что составляет 4,5-5% от репродуктивного населения страны.

Можно долго рассуждать о том, почему Всевышний порой даёт детей тем, кому они не нужны, и лишает этого счастья других, но – применительно к обозначенной проблеме это как раз тот случай, когда первый извечный вопрос «кто виноват?» не имеет ответа в принципе, и поэтому есть смысл сразу перейти ко второму – «что делать?»

Когда в 1992 г. в Астрахани открылся областной Центр охраны здоровья семьи и репродукции, он уже тогда был очень актуален: о проблеме бесплодия широко заговорили в середине 80-х годов. Может быть, за четверть века работы этого центра астраханские медики и не совершили революцию в демографической ситуации региона, зато динамика все эти годы была положительной и стабильной. Так, только в прошедшем 2014 г. 149 женщин получили долгожданную беременность в результате помощи, оказанной специалистами центра; ещё 35 женщин обрели возможность стать мамами после проведения экстракорпорального оплодотворения. Эффективность работы центра растёт год от года и составляет сегодня 35% от числа впервые взятых на учёт женщин.



Приём ведёт репродуктолог Дилара Зульбалаева

«Внутри» проблемы бесплодия есть и другая. Так, во всяком случае, считает заместитель главного врача по медицинской части Центра охраны здоровья семьи и репродукции Дилара Зульбалаева:

– Как показывают наши статистические данные, пациентки, прежде чем обратиться в центр, в среднем больше 5 лет лечат бесплодие в других ЛПУ, частных кабинетах и клиниках. Всё это время они проходят там обследование и лечение, которое зачастую не соответствует современным критериям, а сама причина бесплодия или невынашивания беременности, как правило, не диагностируется. Пациенток часто не информируют о существовании специализированного лечебного учреждения для лечения нару-

шений репродукции. На момент обращения к нам у таких женщин уже появляются новые, ятрогенные причины бесплодия после необоснованных вмешательств и бесконечных противовоспалительных лечений, а сами пациентки уже находятся в отчаянии.

Конечно, в каждом конкретном случае человек сам принимает решение, кому доверить своё здоровье. Но у астраханцев, которых так или иначе коснулась проблема бесплодия, есть все основания идти к специалистам Центра охраны здоровья семьи и репродукции. Залог этого доверия – громадный опыт работы медиков.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Астрахань.

Фото Анны ЛЮБЕЗНОВОЙ.

Особый случай

Моряки сухогруза «Улус Скай» проходят лечение

В отделении острых отравлений городской клинической больницы № 3 им. С.М.Кирова Астрахани проходят лечение моряки, доставленные накануне с борта сухогруза «Улус Скай».



Пятерых моряков врачи территориального Центра катастроф госпитализировали в лечебное учреждение, эвакуировав с помощью вертолёта. После прибытия судна в морской порт, были госпитализированы оставшиеся четверо. Всё время пока сухогруз возвращался в Астрахань и до передачи специалистам ГКБ № 3 с четырьмя пострадавшими находились врачи Центра катастроф.

Напомним, что на сухогрузе с зерном, идущим в один из иранских портов, скончался старший помощник капитана. Недомогание чувствовали и остальные члены экипажа.

Как рассказала заместитель главного врача ГКБ № 3 по лечебной работе Гульниса Зверева, все поступившие находятся в состоянии средней степени тяжести. В специализированном отделении острых отравлений пострадавшие получают необходимое лечение.

Что стало причиной отравления людей, выяснят следственные органы. По оценке врачей, анализы крови косвенно подтверждают, что моряки сухогруза отравились ингаляционными газами.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Мужчина 86 лет, инженер на пенсии, поступил с симптомами сердечной недостаточности, продолжающимися в течение 3 недель. В анамнезе биотрансплантация аортального клапана (23 см Perimount), имплантированного 10 лет назад по поводу тяжёлого аортального стеноза, вызванного возрастной дегенерацией, ишемической болезнью сердца (коронарное шунтирование), хронической болезнью почек 2-й стадии, дислипидемией и продолжительным курением. Больной находился под постоянным наблюдением местного кардиолога по поводу медленно прогрессирующей дисфункции пересаженного аортального клапана. Предполагалось, что это связано с дегенерацией клапана, которая протекала бессимптомно и лечилась консервативно. Важно отметить, что отсутствовали симптомы, на основании которых можно было предположить хронический эндокардит. Внезапно наступившее ухудшение с симптомами левожелудочковой недостаточности послужило поводом для госпитализации.

При осмотре гемодинамических нарушений отмечено не было, больной не лихорадил. Никаких периферических стигм инфекционного эндокардита также не было. Давление в яремной вене – 5 см, на нижних конечностях – отёки. При аускультации грудной клетки с обеих сторон выслушивались крепитирующие хрипы. Определялся также постоянный шум протического клапана и шум регургитации. Живот мягкий без признаков гепатоспленомегалии. В анализе периферической крови – без отклонений. На рентгенограмме грудной клетки выявлена кардиомегалия. Трансторакальная ЭхоКГ показала выраженную регургитацию протического клапана, утолщение его лепестка с умеренным стенозом аорты. Максимальный

Клинический разбор

Хронический эндокардит, вызванный лихорадкой Q

ральных анализа, результат – отрицательный. Катетеризация коронарных сосудов показала наличие нативной коронарной болезни трёх сосудов сердца, трансплантат левой внутренней грудной артерии и лёгкую, но проходимость болезни венозного трансплантата.

На основании клинических симптомов и ЭКГ-находок сделано заключение о показаниях

стернотомии и хирургическое замещение аортального клапана. Достигнуто согласие на повторную коронарную операцию с повторной трансплантацией биопротического аортального клапана.

Состояние больного стабилизировано медикаментозно, и он был подвергнут повторной стернотомии и поперечной аортотомии. Макроскопическая оценка эксплантированного биопротического аортального клапана показала значительное структурное ухудшение с кальцификатами в центре узелков

Больной, его лечащий врач общей практики и кардиолог были срочно информированы о находках. Назначено лечение доксициклином на 18 месяцев и гидроклорокином по совету команды специалистов по инфекционным болезням.

Исследование на лихорадку Q показало наличие антифазы IgG в титре 3200 (норма < 800), что свидетельствовало о хронической лихорадке Q. Детальный анамнез исключал сведения о Q-инфекции в прошлом, а также контакт с сельскохозяйственными животными или потребление

неспецифичны и неопределёны, делая диагноз особенно при хронической лихорадке Q трудным.

Эндокардит при лихорадке Q – наиболее часто вызван грамотрицательной культурой. *S. burnetii* вызывает дегенерацию и повреждение нативного аортального или митрального клапанов. Трансплантированные ранее клапаны также предрасположены к поражению при эндокардите, вызванном лихорадкой Q (ЭQL-ТК).

Диагноз ЭQL обычно основывается на серологическом

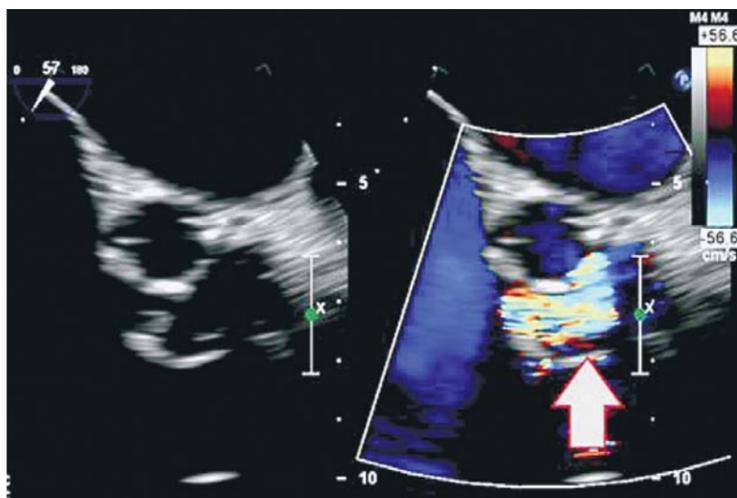


Рис. 1. Утолщение лепестков клапанов (слева), в центральной зоне выраженная аортальная регургитация (стрелка справа)

градиент составил 96 мм рт.ст. и средний градиент – 51 мм рт.ст. Трансэзофагальная ЭхоКГ подтвердила наличие тяжёлой трансальвулярной регургитации и утолщение протезных лепестков, но не выявила наличия вегетаций (рис.1).

Было выполнено три культу-

к повторной пересадке аортального клапана. Это наблюдение было рассмотрено на мультидисциплинарном консилиуме специалистов по клапанам сердца, чтобы решить, что предпочесть – клапан в клапане (valve-in-valve), трансплантацию аортального клапана или повторную



Рис. 2. Препарат, полученный при хирургической операции: узловое утолщение лепестков трансплантированных клапанов и их деструкция

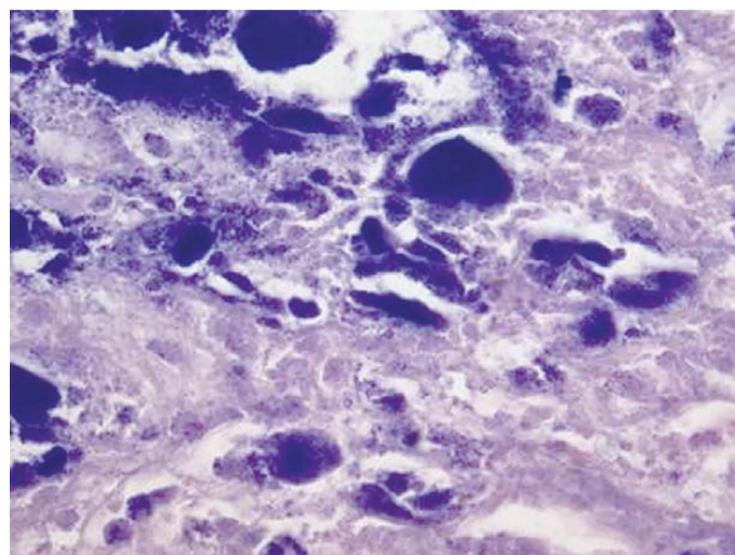


Рис. 3. Световая микроскопия (400-кратное увеличение). Макрофаги с Гимза-позитивными цитоплазматическими гранулами



Рис. 4. Электронная микрофотография – гранулы, содержащие интерцеллюлярно *Coxiella burnetii*

на всех трёх лепестках, окружённых эритемой, и разрушение ткани лепестков (рис.2). 23 мм Perimount был оставлен на месте. После операции у больного развилась фибрилляция, была проведена экстренная терапия. Выписан на 8-й день после операции.

Патологоанатомическое исследование материала показало значительный нодулярный фиброз и кальцификацию. Как уже указывалось, культуральные исследования дали отрицательный результат. Однако трансмиссионная электронная микроскопия иссечённых тканей подтвердила наличие микроорганизмов, ассоциированных с хроническим активным эндокардитом – *Coxiella burnetii* (рис.3 и 4).

непастеризованного молока. Однако больной проживал в регионе Австралии, который эндемичен по *S. burnetii*.

Бактерия представляет собой облигатный внутриклеточный грамотрицательный микроорганизм, впервые описанный Derrick в Австралии в 1937 г. Лихорадка Q является зоонозом, передающимся от первичного хозяина, обычно домашнего животного к человеку главным образом ингаляционным путём, а также при употреблении в пищу непастеризованных продуктов. Инфекция может поражать печень, селезёнку, кожу, лёгкие, почки и ЦНС. Поражение сердца представляет собой грамотрицательный эндокардит, миокардит и перикардит. Клинические симптомы, как правило,

исследовании, бактериальной культуре и ПЦР. ЭхоКГ может выявить клапанные вегетации только в 30% случаев.

Эндокардит, вызванный *S. burnetii*, потенциально фатальное заболевание, если не диагностируется и не лечится своевременно. Рекомендуется пациентам с трансплантированными клапанами, но без инфекционного эндокардита, которые успешно получали лечение по поводу лихорадки Q, проводить серологическое исследование каждые 4 месяца в течение 2 лет. При наличии текущей лихорадки Q вследствие риска обострения болезни даже при успешном лечении рекомендуется повторять серологическое исследование в течение по крайней мере 5 лет.

Приведённое наблюдение предподносит уникальный урок, что ЭQL-ТК может прогрессировать бессимптомно при наличии дисфункции трансплантированных клапанов. В последние 5 лет в больнице Брисбена (Австралия) у 13 больных с прогрессирующей дисфункцией биотрансплантированных клапанов был выявлен инфекционный эндокардит при повторной операции. У двоих из них инфекционный эндокардит был вызван ЭQL-ТК. Клиницисты не часто предпринимают исследование для выявления лихорадки Q у больных с трансплантированными клапанами, проживающих в регионах, эндемичных по этой болезни.

Второе положение, которого следует придерживаться, – выполнение серологических исследований на лихорадку Q при TAVI (катетерная имплантация аортального клапана). Если TAVI выполнена в контексте возможной *S. burnetii*, инфекция скорее всего не была определена, и как результат, развилась дегенерация трансплантированных клапанов вследствие рецидивирующего эндокардита.

О наличии у больного ЭQL-ТК следует думать при обнаружении у него дисфункции трансплантированных клапанов. Рекомендуется повышать знания об этом заболевании и проводить у любого больного с дисфункцией (регургитация или стеноз) трансплантированных клапанов серологические исследования на выявление *S. burnetii*.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
Medical Journal of Australia.



ПРЕМИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

ЗА ВКЛАД В РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ПОВЫШЕНИЕ УВАЖЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Крупнейшее мероприятие медицинской отрасли – конкурс на соискание
Премии Национальной медицинской палаты проходит в феврале-апреле 2015 года во всех регионах России.
Торжественная Церемония награждения победителей состоится в рамках внеочередного Съезда НМП в Москве в мае 2015 года.

НОМИНАЦИИ ПРЕМИИ

ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СМИ

Престиж врачебной профессии во многом зависит от общественного мнения. А формирует его «четвертая власть» – средства массовой информации. Поэтому мы благодарны тем, кто публикует объективные материалы о деятельности врачей, и считаем этих людей достойными награды.

«ВРАЧ ПОД ЗАЩИТОЙ», «ПРОФЕССИЯ – ВРАЧ», «ДИАГНОЗ»

УЧАСТНИКИ: официально зарегистрированные федеральные и региональные СМИ (ТВ, радио, печатные и электронные СМИ, информационные агентства).

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Молодые и опытные, столичные и провинциальные, педиатры и геронтологи, нас всех объединяет любовь к профессии и чувство долга. Сейчас у нас есть возможность выбрать самых лучших и поблагодарить за то, что они делают для всех нас!

«ЗЕМСКИЙ ДОКТОР», «КАРЬЕРА», «ПОЧЕМУ Я ХОЧУ СТАТЬ ВРАЧОМ»,
«МОЙ НАСТАВНИК»

УЧАСТНИКИ: медицинские работники, студенты медицинских вузов.

ДЛЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В каждом регионе нашей страны зарегистрировано огромное количество профессиональных общественных медицинских объединений. Одни существуют лишь на бумаге, а другие реально работают для того, чтобы хоть немного изменить ситуацию в лучшую сторону.

«ПРАВО НА ЗАЩИТУ», «ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»,
«НАШ МАЯК»

УЧАСТНИКИ: территориальные и профессиональные общественные медицинские организации.

СРОК ПРИЕМА ЗАЯВОК – С 17 ФЕВРАЛЯ ПО 20 АПРЕЛЯ.

ВРУЧЕНИЕ ПРЕМИИ СОСТОИТСЯ В МОСКВЕ 22 МАЯ 2015 ГОДА
В ДОМЕ МУЗЫКИ, В РАМКАХ СЪЕЗДА НАЦИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ.

+7 (495) 640 79 32 | WWW.PREMIANMP.RU

За рубежом

Самопомощь при глаукоме

Команда специалистов из Стэнфордского университета (США) разработала имплантируемое сенсорное устройство, позволяющее больным глаукомой с помощью специального приложения на смартфоне самостоятельно проводить мониторинг внутриглазного давления, резкое повышение которого при этом заболевании может привести к потере зрения.

Не лишним будет напомнить, что глаукома стоит в мире на втором месте после катаракты среди причин потери зрения и затрагивает, по приблизительным оценкам, порядка 65 млн человек. Единые представления о причинах возникновения и механизме развития заболевания, равно как и эффективные методы его лечения в настоящее время отсутствуют.

Средства терапии при глаукоме в основном направлены на контролирование роста внутриглазного давления, поэтому этот показатель требует регулярного мониторинга, для чего пациентам приходится посещать офтальмолога. Однако из-за того, что внутриглазное давление зависит от таких факторов, как время суток и положение тела, одномоментное его измерение может быть

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

приглашает на постоянную работу врачей
следующих специальностей:

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

Местность приравнена к районам Крайнего Севера,
предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок (34675) 34-120.
Резюме с указанием контактных телефонов присылать
по факсу 8 (34675) 31-573 или по адресу:
г. Советский, ул. Киевская, 33,
ХМАО – Югра 628240.
E-mail: sovhospital@mail.ru

бесполезным, для правильной оценки состояния больного необходима динамическая картина изменения этого параметра. Для решения этой проблемы исследователи встроили в интраокулярную линзу, которая имплантируется на место естественного хрусталика после операции по удалению катаракты, сенсорное устройство длиной несколько миллиметров, которое работает как миниатюрный барометр, позволяя пациенту в любой момент получить данные о своём внутриглазном давлении и сохранить историю колебаний этого параметра.

Данное устройство состоит из

опоясывающей линзу трубочки, один конец которой погружён в ткани глаза, а второй заканчивается газовым резервуаром. Под действием давления внутриглазная жидкость поднимается по трубочке. Специально разработанная, прикрепляемая к смартфону камера с оптическим адаптером, будучи поднесена к глазу, передаёт данные о высоте столбика внутриглазной жидкости в соответствующее приложение, конвертирующее их в цифровое выражение. Эта информация может быть доступна в режиме реального времени как пациенту, так и его лечащему врачу через удалённый доступ.

Сообщение о проведении годового общего собрания акционеров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика»

Место нахождения акционерного общества:
Фармацевтический проезд, д. 1, Москва
Собрание состоится 16.04.2015 в 10:00.
Годовое общее собрание акционеров проводится в форме совместного присутствия акционеров.

Место проведения годового общего собрания акционеров:
Фармацевтический проезд, д.1, Москва (зал заседаний).
Время начала регистрации участников собрания – 9:00.
Список лиц, имеющих право на участие в годовом общем собрании акционеров, составлен на основании данных реестра акционеров общества по состоянию на 23 марта 2015 г.

Повестка дня годового общего собрания акционеров

1. Утверждение годового отчёта за 2014 г.
2. Утверждение годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчётов о прибылях и убытках общества, а также распределения прибыли, в том числе выплаты (объявления) дивидендов по результатам 2014 г., а также выплаты вознаграждений членам совета директоров, связанных с выполнением ими своих обязанностей, выплаты вознаграждений членам ревизионной комиссии, связанных с выполнением ими своих обязанностей.
3. Избрание членов совета директоров общества.
4. Избрание ревизионной комиссии общества.
5. Утверждение аудитора общества на 2015 г.
6. Избрание генерального директора общества.

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению лицам, имеющим право на участие в общем собрании акционеров при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться с 28 марта 2015 г. в помещении ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика» по адресу: **Фармацевтический проезд, д. 1, Москва** (в рабочие дни с 13:00 до 17:00).

Акционеру необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а для представителя акционера – доверенность на право участия в годовом общем собрании акционеров.

Совет директоров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика».

Основным недостатком разработки, признают авторы, является её доступность лишь для ограниченного круга пациентов, перенёвших операцию по поводу катаракты с установкой искусственного хрусталика. Однако учёные прогнозируют, что в случае, если клинические испытания подобного

устройства пройдут успешно, в дальнейшем оно может быть усовершенствовано таким образом, чтобы быть имплантированным в радужную оболочку здорового глаза.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам
Nature Medicine.

Исследование

Сердечная привязанность

Кофе очищает артерии и предохраняет от инфаркта

Выпивая несколько чашек кофе в день, вы очищаете свои артерии, снижая тем самым риск сердечно-сосудистых заболеваний. К такому выводу пришли учёные из Южной Кореи на основе изучения данных 25 тыс. мужчин и женщин, проходивших диспансеризацию по месту работы.

Известно, что кофе содержит стимулирующее вещество кофеин, а также многочисленные другие компоненты, однако до сих пор остаётся неясным, причиняют ли кофе больше пользы или вреда организму. В настоящее время среди учёных нет консенсуса в этом вопросе. Одни исследования указывают на неблагоприятные для сердца факторы, такие как повышение артериального давления и уровня холестерина. Другие, напротив, находят в употреблении этого напитка пользу для сердца. Однако к окончательному и однозначному выводу никто до сих

пор не пришёл, и результаты исследования южнокорейских учёных лишь подливают масла, вернее кофе, в огонь спора.

Специалисты из Южной Кореи изучали здоровье сердца с помощью сканирования. В частности, их интересовало состояние коронарных артерий, снабжающих сердце кровью. При возникновении коронарно-сосудистых заболеваний в первую очередь происходит засорение артерий жировыми отложениями, медленно образующимися в их стенках. С помощью сканирования исследователи как раз и выявляли крошечные вкрапления кальция в стенках коронарных артерий, которые могут свидетельствовать о ранних стадиях заболевания.

Ни один из обследуемых не показывал явных признаков сердечно-сосудистых заболеваний, однако на снимках более чем у 10% были выявлены заметные отложения кальция на стенках сосудов. После этого исследователи сравнили снимки людей,

ежедневно употреблявших кофе, принимая при этом во внимание другие побочные факторы, потенциально влияющие на риск сердечно-сосудистых заболеваний, такие как курение, наследственную историю болезней сердца и сосудов.

В результате выяснилось, что у людей, выпивающих от 3 до 5 чашек в день, реже проявлялись первичные признаки сердечно-сосудистых заболеваний – они имели меньше отложений кальция на стенках коронарных артерий, чем те, кто пил больше кофе или не пил его вовсе. Таким образом, в давно идущем споре о пользе или вреде кофе для сердца появился новый аргумент. Но, по мнению авторов доклада, для подтверждения и обоснования такой зависимости потребуются дополнительные исследования.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам Heart.

Ракурс

Меланколия, дульче мелодие

Люди, страдающие сахарным диабетом, в большей степени подвержены развитию депрессии и тревожных расстройств, нежели те, у кого имеются иные заболевания, при которых также необходимо соблюдать определённый режим питания. К такому выводу пришли исследователи из Гарвардской медицинской школы (США).

Сообщается, что в ходе эксперимента учёные генетически модифицировали мышей. Гры-

зунов сделали устойчивыми к инсулину. Оказалось, устойчивость к этому гормону связана со снижением уровня ключевого нейромедиатора дофамина в областях мозга, связанных с депрессией и тревогой. Сначала специалисты отметили, что животные демонстрировали поведение, характерное для депрессии и тревожных расстройств. Чуть позже удалось определить механизм, снижавший уровень дофамина в мозгу.

Молодые, генетически модифицированные мыши вели

себя так же, как нормальные грызуны. Однако у подопытных животных в возрасте 17 месяцев (окончание зрелого возраста у мышей) развивались серьёзные поведенческие расстройства. Пока учёным не удалось понять, почему изменения в поведении появляются именно в определённом возрасте.

То же самое наблюдается при некоторых неврологических заболеваниях у лабораторных мышей и у людей.

Ян РИЦКИЙ.
По материалам Meddaily.

Осторожно!

Неподвижный образ жизни, который предпочитают вести многие британцы, скорее сведёт их в могилу, чем курение, предупреждают ведущие медики, озабоченные тем, что заболевания, связанные с гиподинамией, могут обанкротить Национальную систему здравоохранения.

по 6 часов в день сидя, поскольку современные технологии и приспособления облегчают работу по дому, а телевизоры и компьютеры вместе с мобильными телефонами и «таблетками» притягивают людей как магнит.

«К сожалению, физическая пассивность не воспринимается в Англии как опасность для здо-

Физическая пассивность
пострашнее никотина

Каждая шестая смерть в стране вызвана пассивным образом жизни, а население в целом двигается на 20% меньше, чем в 60-е годы. Сегодня люди не выполняют даже минимальные рекомендации – совершать полчасовые прогулки 5 раз в неделю.

Данные организации «Общественное здоровье Англии» (ОЗА) свидетельствуют о том, что две трети взрослого населения недостаточно активны. Это в 2 раза больше, чем во Франции или Германии. (Что в том странного, если припомнить кредо сэра Черчилля: лучше сидеть, чем стоять, лежать – чем сидеть.)

Больше трети британцев, и молодых и пенсионеров, проводят

роья, – сетует один из руководителей ОЗА Кевин Фентон. – А между тем это четвёртая самая распространённая причина заболеваний в стране и основной фактор, приводящий к таким последствиям, как ожирение, диабет и слабоумие».

В ОЗА считают, что нормы общественного поведения должны измениться, чтобы физическая активность стала обычным делом. При этом вовсе не обязательно устраивать себе специальный режим, говорят эксперты, ведь работа в саду или танцы помогают ничуть не хуже, чем тренировки в спортивном зале.

Юрий БОРИСОВ.
По материалам Times.

Религия

В британских больницах уже давно существует капелланская служба, часто в виде священника или викария, который кормит пациентов. А теперь в системе государственного здравоохранения появятся схожие услуги для атеистов и агностиков.

кризиса, которую должна оказывать капелланская служба», – говорится в новых указаниях, поступивших в больницы Англии. В прошлом политика государственного финансирования таких служб подвергалась критике со стороны атеистических и гуманистических организаций. Они

И Фоме – капеллана

Больницы ищут священников для атеистов

Со времени своего основания в 1948 г. британская Национальная служба здравоохранения оплачивала работу священников в больницах с тем, чтобы они удовлетворяли духовные нужды пациентов, в основном христиан. В последние годы в больницах стали всё чаще появляться равнины, имамы, индуистские и сикхские священнослужители. Эти меры рассматриваются в рамках гуманистической модели отношения к человеческим страданиям – наряду с научными достижениями в области уменьшения боли и продления жизни, забота о душах людей, которые попадают в нелёгкое положение, считается важнейшим делом.

Нынешнее внимание к духовным нуждам атеистов и агностиков отражает изменения в статусе религии в современной Британии. Многочисленные исследования свидетельствуют, что растущее число жителей страны отвергают религию. И англиканская, и католическая церкви сообщают об общем снижении числа прихожан, посещающих воскресные службы. (За исключением Лондона, где иммиграция привела к росту числа прихожан-католиков.) Перепись 2011 г. показала, что число христиан в Англии и Уэльсе снизилось на 4 млн за 10 лет, хотя они остаются самой многочисленной группой верующих. Однако второй по численности группой являются люди, которые не имеют религиозных верований, – около 25% населения.

«Важно отметить, что люди, не относящие себя ни к какой религиозной конфессии, нуждаются в духовной поддержке во время

указывают, что в условиях жёсткой экономии средств приоритетом при финансировании должны пользоваться расходы на медицинских работников, оборудование и лекарства, поэтому считают, чтобы расходы на капелланов при больницах должны брать на себя церковные организации.

Британская гуманистическая ассоциация имеет собственную капелланскую службу, которая занимается, в частности, подготовкой кадров для оказания духовной поддержки неверующим. Глава ассоциации Эндрю Копсон приветствовал новые меры в государственном здравоохранении, но заявил, что они идут недостаточно далеко.

В крупнейшей больнице Лондона – больнице Св. Фомы взяли наряду с пастырской службой обслуживать и неверующих. Схожие перемены происходят и в других институтах Британии.

И добрый пример заразителен: Фонд тюремных реформ добивается того, чтобы неверующие заключённые имели право обращаться за духовной поддержкой к капелланским службам. Кстати, в вооружённых силах Британии действует экуменистическая (все-христианская) служба, которая оказывает духовную поддержку всем военнослужащим, независимо от вероисповедания. Однако она пока не обслуживает атеистов, в отличие от Нидерландов, где имеется около 30 сотрудников гуманистической службы, которая занимается окормлением голландских новобранцев.

Адам БЕЛИАЛОВ.
По материалам BBC Medicine.

Почему бы и нет?

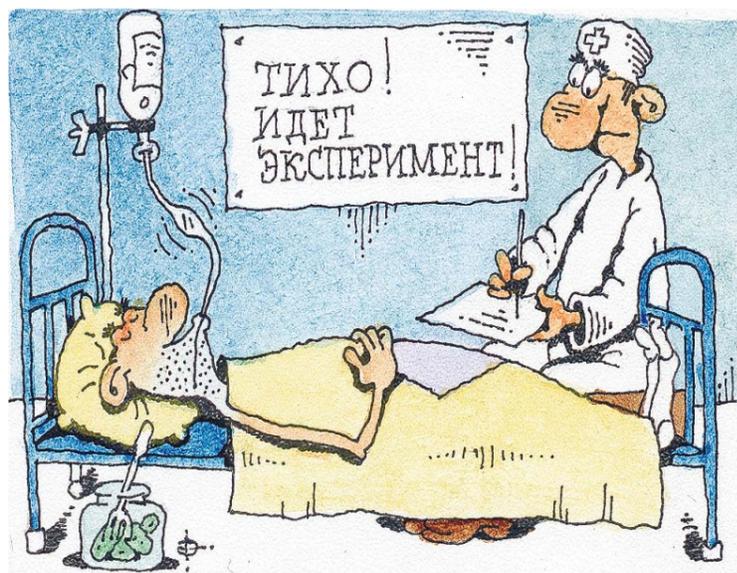
Можно, если осторожно

Спиртное оказывает положительное влияние на здоровье людей старше 50 лет, потребляющих алкоголь в умеренных количествах. К такому выводу пришла группа исследователей из Великобритании и Австралии, проанализировавшая результаты масштабного опроса о здоровье, проводившегося в Англии в 1999-2008 гг.

В ходе опроса респонденты должны были ответить на вопрос о среднем количестве потребляемого спиртного в течение недели за прошедший год. Участниками данного опроса стали около 35 тыс. человек, за здоровьем которых следили в среднем на протяжении 6 лет после этого. К этим данным исследователи добавили информацию о более чем 4 тыс. смертей за последующие годы.

Оказалось, что умеренное потребление спиртного оказывает защитное влияние на мужчин в возрасте от 50 до 64 лет и на женщин в возрасте от 65 лет (по сравнению с теми, кто вообще не пьёт алкогольные напитки) – у них оказался снижен риск наступления смерти почти на 50%.

Под умеренным потреблением



алкоголя понимается приём 15-20 алкогольных единиц в неделю у мужчин и менее 10 алкогольных единиц у женщин. Одна алкогольная единица представляет собой 10 мл этилового спирта.

Таким образом, для мужчин умеренное потребление спиртного составляет 375-500 мл водки в не-

делю или 1,8-2,5 л вина с 8%-ным содержанием этанола.

При этом, что примечательно, в исследовании не вошли участники опроса, страдающие алкоголизмом.

Алина КРАЗУЗЕ.
По материалам
British Medical Journal of Medicine.

Развитию медицинской реабилитационной помощи пациентам на территории Брянской области было посвящено совещание, организованное Департаментом здравоохранения области. Главные врачи и заместители руководителей центральных районных больниц целого ряда районов ознакомились с проведением такой работы в Юдиновской участковой больнице Погарского района. Почему выбрали именно это сельское лечебное учреждение? Что тут, как пишут в официальных документах, показательного?

Впервые я побывал в Юдиновской участковой больнице ещё в 80-е годы, тогда и узнал историю её создания. Говорят, что в селе Юдиново две достопримечательности. Первая – это необыкновенный по богатству экспонатов и развёрнутой здесь исследовательской работе краеведческий музей. Ещё 8 октября 1934 г. газета «Правда» напечатала небольшую информацию о том, как местным энтузиастам удалось открыть здесь ещё одну страницу в истории человеческого общества. Как явствовало из заметки (мне удалось прочитать её в своё время в бывшей Ленинской библиотеке), при проведении сельхозработ Илья Герасков, Иван Колбаса и другие местные жители обнаружили на территории этого древнего села кости... мамонта. А потом и весь учёный мир узнал о существовании на берегу Судости стоянки первобытного человека времён верхнего палеолита. Со временем в негритном доселе населённом пункте создали третий тогда по счёту в СССР музей наших пращуров.

А совсем неподалёку от этого музея располагается и Юдиновская участковая больница, которая также имеет свою необычную историю. Ещё в начале прошлого века здесь создали фельдшерский пункт, который располагался в крестьянской избе. Там же определился на постой и приезжий фельдшер. Сгоревшее после большого пожара, это лечебное учреждение переместилось после событий 1917 г. в большой дом местного помещика, где и развернули в 1937 г. небольшую больницу.

После Великой Отечественной войны на огороженной деревянным штакетником территории расположились стационар, амбулатория, прачечная и небольшой сарай

Далёкое – близкое

Кавказский задор врача

Он очень умело и ярко проявился на Брянщине



Сельский доктор К.Ибрагимов в пору руководства Погарским районом.

для хозинвентаря. В стационаре было всего 5 многоместных палат, включая и 2 палаты родильного отделения. Кое-как нашли уголок и для небольшой аптеки. Впрочем, в те годы подобный стеснённый уют был вещью обыденной и воспринимался как должное. И только в 1961 г. сессия Юдиновского сельского совета приняла решение о строительстве межколхозной больницы, а в Погарском отделении Госбанка открыли специальный счёт, на который окрестные колхозы начали перечислять деньги.

Так уж получилось, что на завершающей стадии строительства руководить всеми работами довелось прибывшему в село новому главному врачу Курбанали Ибрагимову.

Познакомился я с Курбанали, выпускником Махачкалинского медицинского института, когда он был избран в «лихие 90-е» главой Погарской районной администрации. Случай, согласимся, в практике

работы врачей вовсе не рядовой. Тем более что сражаться пришлось в конкурсной борьбе с серьёзными конкурентами. Однако избиратели большого района поверили уроженцу дагестанского горного села Аргвани. И не ошиблись. Ещё бы! Стараниями главного врача в сельской глубинке появилось к той поре современное диагностическое и лечебное оборудование, включая невиданный доселе японский фиброгастроскоп, аппарат УЗИ, достойно оснастили стоматологический кабинет...

Курбанали Казанбиевичу удалось даже добиться открытия в селе пункта скорой медицинской помощи. Надо ли особо пояснять, почему именно в Юдиновскую участковую больницу стали стремиться на лечение даже пациенты из других районов? А газета «Известия» писала в те годы: «...Главврач Ибрагимов, приехавший в село по распределению из Махачкалы, су-

мел создать чудо, которому не поверишь, если не увидишь...» (И эту публикацию в центральной газете я нашёл в своё время в «Ленинке»). А тогдашний министр здравоохранения Вячеслав Калинин сказал после посещения села Юдиново, что «второй такой сельской больницы в России я не знаю...»

Добавим ещё, что избранному депутатом Брянского областного совета Курбанали Ибрагимову удалось построить в селе Бобрик среднюю школу, устроить асфальтированные дороги от Юдиново до Березовки и Долбатово, заселить жильцами 12-квартирный дом в Погаре... Удалось руководителю района построить и мост через Судость.

Вернувшись со временем на должность руководителя Юдиновской участковой больницы, Курбанали Казанбиевич стал заслуженным врачом Российской Федерации, с новыми усилиями принялся оснащать лечебное учреждение по самым лучшим отечественным и зарубежным образцам. И всё ему по-прежнему удавалось.

...Вернёмся, однако, к областному совещанию по развитию медицинской реабилитационной помощи пациентам.

Для начала главный врач провёл небольшую экскурсию по лечебному учреждению, показал собравшимся всё, чем тут можно законно гордиться.

– Действительно, база для участковой больницы – что надо», – дружно согласились участники совещания.

А неугомонный Курбанали Казанбиевич пригласил всех спуститься в подвал. А там... Представьте себе, что вы сходу окунулись в курортный микроклимат с запахом трав и хвои, а к вашим услугам не только ванны и сауны, но и просторный бассейн!

По словам проводившего совещание заместителя директора Департамента здравоохранения

области Максима Панова, все медицинские учреждения Брянщины могут направлять сюда больных на реабилитацию. А выступившая с основным докладом «Медицинская реабилитация как средство повышения качества оказания медицинской помощи» главный врач медицинского центра города Жуковки Юлия Мартынович отметила, что, кроме Юдиново, и в этом небольшом городке можно пройти лечебные курсы озон- и криотерапии, там устроена грязелечебница, есть даже соляная пещера...

Участники совещания отметили, что пока на Брянщине открыто 8 таких реабилитационных учреждений, которые активно развиваются. На очереди – другие.

Не обошлось и без обсуждения острых вопросов. Для проведения реабилитационных мероприятий нужны прежде всего помещения, а с этим, мол, на местах туговато. Но так ли это? Вот в городе Унече, скажем, есть большое отремонтированное здание, построенное ещё в 30-е годы прошлого века. И площадь там – несколько тысяч квадратных метров. И высота потолков подходящая... Строеение сейчас пустует, так что искать помещение для будущего реабилитационного центра и не нужно, коек 150 там можно запросто развернуть. Да и в других районах, если постараться, можно найти что-нибудь подходящее. Нужно только хорошо постараться!

А для этого важна прежде всего личная инициатива. И пусть не всем присущ кавказский задор Курбанали Ибрагимов, примеры всё же налицо.

Василий ШПАЧКОВ,
соп. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото автора.

Архивариус

Мозговые странности творцов

Когда здоровый разум терпел поражение

Весна, если вы заметили, в самом разгаре. А в эту переменчивую пору особенно видно, как каждый человек сходит с ума по-своему. Чудачества свойственны как простым смертным, так и великим и талантливым. Последние часто имеют ещё и странно-изошрённые жизненные привычки.

Здравомыслящему человеку непонятно, зачем Бальзак при писании романов облачался в монашескую рясу, а Дюма-сын надевал для того же широкие заужские шаровары? В красную куртку во время процесса творчества одевался Франсуа Копля. Виктор Гюго писал только стоя. Декарт и Лейбниц могли думать о высоких материях бытия, исключительно лёжа. Шиллер и Шатобриан перед тем, как взять в руки перо, снимали с ног сапоги или другую обувь.

Жан Жак Руссо прогуливался под солнцем с непокрытой головой для уяснения хода собственных мыслей. И лишь после их упорядочения мог уйти в тень и записать

надуманный материал в тетрадь. Он же имел странное пристрастие ходить вне дома в плаще, ничего из другой одежды под ним не имея. Об этом же упоминает Фёдор Достоевский в своём произведении «Подросток». Там даже написано, что Руссо мог внезапно распахнуть своё единственное облачение.

Сен-Санс, чтобы получить новую музыкальную мысль, должен был непременно выйти на улицу, найти народную толпу и изрядно потолкаться в ней. Дарвин, прежде чем приниматься за написание своей теории разнообразия и выживания видов, сосредоточенно играл разные мелодии на скрипке.

Над этими странностями в психике известных людей, вероятно, не стоит смеяться. Можно обратить внимание на себя и отметить собственные непростые привычки при исполнении работ. Возможно, подходу к компьютеру, кто-то засучивает, как перед началом грязных работ, рукава или ставит у монитора цветок в горшке и непременно бутылку с питьём, чтобы не допустить даже приближения обе-

зоживания организма. Мы уже не удивляемся, когда в элитной парикмахерской нам предлагают кофе в открытой чашке и на блюде: «Вам с сахаром или без?» Наверное, считается удобным, если в процессе наблюдения за срезанием локонов мы можем периодически утлыть внезапно появляющуюся перед зеркалом нестерпимую жажду, бороться со сном, слегка бодриться и не замечать, как в чашечку попадает то, что вовсе не должно там быть и радовать эстета.

Случаются и другие чудо-чудачества в мире людей искусства.

Любопытен рассказ из жизни одной известной французской оперной певицы первой половины XIX века госпожи Дюпы.

Певица замечательно играла на арфе. Она была вполне убеждена, что обязана этим своим талантом... собственной кошке. Известно, что музыка интересным образом влияет не только на змей, крыс, пауков, разных гадов, но и на животных высших видов. В том числе, как оказалось, и на домашних кошечек.

Всякий раз, когда Дюпы на-

чинала играть, её любимица выбегала из своего угла, садилась поблизости и слушала звуки арфы с напряжённым вниманием. В местах произведений, наилучшим образом исполняемых, кошка, мурлыкая и изгибаясь, выражала некоторые признаки сочувствия и удовольствия. Смотри на неё, госпожа могла судить о том, что было хорошо или чего не доставало в музыкальной игре. Домашнее животное выполняло роль самого проникновенного слушателя и возможного рецензента. Во всём прочем мяука была вполне обыкновенной.

В старости, когда Дюпы почувствовала приближение смерти, она приказала позвать нотариуса и продиктовала ему своё духовное завещание. Последней волей госпожа назначила своей наследнице дом в городе и дачу в пригороде, которые давали значительный доход. Этой наследницей оказалась та милая подружка-кошечка. Дюпы хотела обеспечить кистонке приятную и счастливую жизнь после себя. Правда, без перспектив-

ных музыкальных прослушиваний арфы.

Вместе с тем в завещании нотариус, без тени сомнения в умственных отклонениях хозяйки, по её желанию отметил ещё несколько значительных сумм разным лицам с некоторым условием. Назначенные люди должны были строго наблюдать за точным исполнением первой главной воли Дюпы и несколько раз в неделю посещать её хвостатую любимицу, поступавшую под опеку специальной прислуги.

Конечно, позднее обнаружилось, что в окружении артистки были и нормально мыслящие близкие. Поэтому впоследствии духовное завещание Дюпы неоднократно оспаривалось. Наилучшие адвокаты высказывали в судах свои мнения «за» и «против» действия странного рода завещания.

И что же? В судах победил здоровый разум? Вовсе нет. Музыкально проникновенная кошечка, в конце концов, выиграла своё дело.

В связи с этой историей напрашивается простой совет. Если вам случится в жизни счастье приобщения к миру великих людей, не бойтесь надеть заужские шаровары, обнажить на солнце лысину, взять в руки чашечку кофе и, найдя какую-нибудь уличную толпу, раствориться в ней.

Татьяна БИРЮКОВА,
историк.

Москва.

На литературный конкурс

Евгений ТАРАСОВ

Музыкальная история

Мефодий Афанасьевич Бердинский, очередной раз взглянув на потолок, наморщил лоб и, наконец, упёршись взглядом в монитор компьютера, начал стучать одним пальцем по его клавиатуре:

«Руководителю окружного Департамента культуры!

Уважаемый господин руководитель! Ровно неделю тому назад мне довелось побывать на необычном концерте, организованном Вами в окружном Дворце культуры в честь Дня науки и знаний.

Не могу не заявить честно и где-то даже откровенно, что был глубоко разочарован, а также огорчен качеством увиденной там программы, а особенно безответственным выступлением некоего представителя оригинального жанра О.Кышперловского.

Вышеозначенный представитель решил продемонстрировать нам ряд своих психологических опытов. Которые явно были антинаучным обманом рядового зрителя. Поскольку О.Кышперловский, пользуясь помощью своих ассистентов, пытался читать некоторые затаённые мысли присутствующих в зале людей, а также одними ладонями якобы читал книги. Что антинаучно и давно уже разоблачено.

Однако не только это вызвало моё недоумение и законное возмущение. А в первую очередь то, что г-н О.Кышперловский избрал мою супругу – Веронику Спиридонову в качестве подопытного объекта. Заставив её сцепить руки за головой и уговаривая при этом всех нас успокоиться и задремать, вышеозначенный господин добился того, что натруженные за трудовой день руки моей законной супруги поум



так и не разомкнулись, а сама она почти не перестала дремать. В результате чего он сумел заставить её выйти на сцену и принять участие в своих возмутительных и антиэстетичных опытах.

Вначале, повинувшись команде г-на О.Кышперловского, моя супруга Вероника Спиридонова плавала в отсутствующем на сцене море, рвала на несуществующей на ней поляне цветы и убегала от неизвестно какой свирепой собаки. Что роняло её авторитет как хозяйки нашего дома с 30-летним стажем. И вызывало нездоровый смех присутствующих в зале зрителей.

Потом моя супруга Вероника Спиридонова под воздействием О.Кышперловского вообразила себя бабочкой и принялась порхать по сцене, разломав по пути пару казённых стульев.

Далее она стала щебетать го-

лосом неизвестной мне птицы и вести за собой на водопой якобы выведенных ею птенцов.

Но самое ужасное произошло в конце этого так называемого психологического опыта, когда г-н О.Кышперловский сумел внушить моей супруге Веронике Спиридоновой, что она – певица! В связи с чем моя супруга исполнила фрагменты неизвестной мне арии из столь же неизвестной мне оперы «Чио-чио-сам» и романса «Соловей» под аккомпанемент унизительного хохота всего зрительного зала!

Оскорблённый до глубины души действиями так называемого представителя оригинального жанра, я решительно прекратил наше с моей супругой дальнейшее пребывание на этом «психологическом представлении» и немедленно увёл её домой.

Каковы же были моё разочаро-

вание и в некотором роде ужас, когда уже на следующий день моя супруга Вероника Спиридонова принялась петь дальнейшие фрагменты арий, каватин и романсов русских и зарубежных композиторов, заглушая ими любые, найденные мною в телевизоре выступления отечественных шоу-звёзд. Причём не прекратила заниматься этим и во все последующие дни недели.

Учитывая вышеизложенное, прошу Вас срочно обязать артиста так называемого оригинального жанра О.Кышперловского снять певческое внушение с моей законной супруги Вероники Спиридоновой. Или же оперативно решить вопрос о зачислении её в штат вверенного Вам Дома культуры на должность солистки!

В чём прошу срочно не отказать!»
Москва.

Сокровенное

Валентин ФИГУРНОВ

Мальчишкам войны

Мне было шесть в далёком сорок пятом,
Но помню я тот день в цветущем мае.
Как шли домой усталые солдаты,
Детей и женщин крепко обнимая.

Мальчишки, мальчишки военной поры,
В больших телогрейках, ушанках лохматых,
Чужие сады, проходные дворы,
И игры в войну – без фашистов проклятых.

Мальчишки, мальчишки той страшной войны,
Вы быстро выросли, отцов провожая.
И встали к станкам мужики-пацаны,
За труд ваш мы голову низко склоняем.

Победный май в поверженном Берлине,
Солдаты шли к нему от Сталинграда.
А мы храним, как память, как святыню,
Их письма, похоронки и награды.

Мальчишки, мальчишки Великой войны,
Мы внуков ведём к обелискам и плитам.
И вновь в караулах стоят пацаны.
Никто не забыт и ничто не забыто.

ОБ АВТОРЕ. Валентин Фигурнов родился в 1939 г. Окончил Хабаровский медицинский институт. Заведует кафедрой инфекционных болезней в Амурской государственной медицинской академии. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Дубильное растение	Спорт. игра	Желчегонное средство	Место, автомобиль	Рубчик на обложке	... на час	Богиня утр. зари	"Лесная ... Клевер	Медь, олово	Попугай	Хакасия	Чита, река
Древнегреч. математик	Берилл	Стая рыб	Самолет	Топор	Часть круга	Цита-лопрам	Дерганье клювом	Рос. терапевт	Чужой горек	Мелвилл, повесть	
Трафарет	Австрийский писатель	Украшение у нанайцев	Единичный вектор	Ящерица, Юж. Азия	Злак	Карнеол	"Пусть всегда будет солнце"	Генри Хаггард	Роговцева		
Найроби	Во что бы то ни ...	Франц. социалист	Садовая замазка	Спирт. напиток	Сельдь	Ломоть	Ш Г К Н В У М С	К О К А П И Б Е Н О К С И А Ф А Р Ш У К О	Р О М Б З А Т О Р Л Л Л О Р Е Ф Р Б	Д Б О У Р Т У М Б А Я П О Р О Г П А Л А	Х А О С С Л И П А Р У Б Л Е В Н И В Я Н И К
Автор Валерий Шаршуков	... Фабий	Антокольский, поэма					Е О В К А З А Р Е Г У Т А Ь	С О В Е Н И И К И Р Ю Р О К	Т Ю К Н О В А А Н Г И Н А	<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 19 от 18.03.2015.</p>	