

Медицинская

14 июня 2017 г.
среда
№ 42 (7760)

Газета®

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

В центре внимания

«Клинический» диалог Москва — Мехико

Сотрудничество российских врачей с мексиканскими коллегами обещает быть перспективным



В здании столичного правительства состоялось подписание меморандума о сотрудничестве между Департаментом здравоохранения Москвы и Министерством здравоохранения Мехико (Мексика). В церемонии подписания приняли участие руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун и министр здравоохранения Мехико Армандо Ауэд Ортега.

Меморандум предусматривает подтверждение готовности к развитию двусторонних связей между профильными ведомствами двух столичных мегаполисов и послужит основой для реализации различных проектов в сфере организации здравоохранения. Как отметил перед торжественным подписанием документа А.Хрипун, это очень важное событие для московского здравоохранения, которое за последние несколько лет про-

Меморандум подписан

шло большой путь и превратилось в эффективную, компактную и четко работающую структуру.

— Для нас по ряду причин крайне интересны подходы к организации здравоохранения в таком мегаполисе, как Мехико. Именно наши мексиканские коллеги разработали программу «Врач в вашем доме», предусматривающую индивидуальный подход и максимальную приближенность медицинской помощи к пациенту. Эта программа в настоящее время активно изучается и перенимается во многих городах и странах — причём не только в Центральной и Латинской Америке, но и в некоторых европейских столицах. Поэтому мы очень рады, что в числе наших партнёров появились коллеги из Мексики. Это важно, так как Мехико и Москва — два крупных мировых мегаполиса — имеют много похожих

глобальных вопросов в развитии здравоохранения, — сказал А.Хрипун.

— Мы очень рады встрече с нашими московскими коллегами — тем более что она происходит уже не в первый раз, и осенью прошлого года мы имели удовольствие впервые пообщаться на профессиональные темы с руководителями и врачами ряда медицинских центров российской столицы, — заявил А.Ортега. — Для нас это подписание меморандума о сотрудничестве между нашими ведомствами означает не только расширение профессиональных связей между враческими сообществами наших городов. Это лишь одна грань разнопланового взаимодействия Москвы и Мехико, которое сегодня развивается по самым разным направлениям.

(Окончание на стр. 2.)

Евгений НАСОНОВ,
главный ревматолог
Минздрава России, академик РАН:

Процессы междисциплинарной интеграции стали уже приметой времени, и крайне важно, что наша страна смогла эту тенденцию быстро перенять.

Стр. 7



Михаил ГУРЕВИЧ,
профессор кафедры терапии
ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского,
доктор медицинских наук:

При сахарном диабете возможно возникновение безболевых форм ишемической болезни сердца.

Стр.10-11

Татьяна МОРОЗОВА,
главный физиатр
Минздрава Саратовской области,
заслуженный врач РФ, профессор:

«Саратовская модель» физиотрической службы традиционно отличается своей результативностью.

Стр. 12



Перемены

Диагностика высокого класса на Колыме

Губернатор Магаданской области Владимир Печёный познакомился с работой нового высоко-технологического центра диагностики «МРТ лидер», недавно открытого в столице Колымы. Как рассказал главе территории руководитель центра Сергей Голубев, аналогичные учреждения уже работают на Дальнем Востоке, в Сибири и в Республике Казахстан.

Он также сообщил, что в центре установлен так называемый высокопольный аппарат МРТ, способный сканировать человека с самой высокой точностью и строить трёхмерное изображение по этим срезам, что позволяет делать широкий спектр диагностики — от невралгии до онкологии. Диагностика строится на базе телемедицины и благо-

даря широкополосной связи интернет-снимки отправляются во внутреннюю сеть филиалов центра. Врачи анализируют изображения и определяют диагноз.

В.Печёному показали оборудование и помещения центра, рассказали о характеристиках аппаратуры.

В свою очередь, губернатор подчеркнул, что «любое совершенствование методик обследования — это важный элемент здравоохранения. Для столицы Колымы магнитно-резонансная диагностика — востребованное направление. Сейчас пациентов, которым требуется МРТ, направляют за счёт областного бюджета в центральные регионы страны. Теперь этого уже не потребуются».

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

Тенденции

С началом летних каникул!

С работой двух детских оздоровительно-образовательных лагерей «Заря» и «Солнечный» под Санкт-Петербургом ознакомилась заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец.

«Я хочу пожелать всем хорошего лета. За это время вы должны окрепнуть, найти новых друзей», — сказала вице-премьер, поздравляя ребят с началом летних каникул.

О.Голодец сообщила, что в 2017 г. в летней оздоровительной кампании по всей России будет задействовано около 44 тыс. лагерей, в них отдохнут более 5 млн детей и подростков. «Все субъекты Российской Федерации стремятся создать хорошие условия для

отдыха детей. Подготовка к летнему сезону началась заблаговременно», — подчеркнула она.

Абсолютным приоритетом при подготовке летней оздоровительной кампании, по словам вице-премьера, была безопасность. Кроме того, подчеркнула О.Голодец, необходимо уделять повышенное внимание содержательным аспектам работы летних лагерей. «Должны быть созданы все условия и для досуга детей, и для спортивных занятий, и для творчества», — сказала она.

О.Голодец отметила, что Санкт-Петербург является одним из регионов, где летний отдых детей и подростков организован лучше всего. Из городского бюджета на эти

цели в 2017 г. выделено 2,2 млрд руб., в летние лагеря отправятся более 160 тыс. детей, при этом почти половина из них получают сертификаты, компенсирующие 60% затрат на путёвку.

По данным Роспотребнадзора, для большинства детей и подростков отдых и оздоровление будут организованы этим летом на базе оздоровительных учреждений с дневным пребыванием. На их долю приходится 81% оздоровительных учреждений, вошедших в план летней оздоровительной кампании 2017 г.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Stormoff®

Поздравляем с Днём медицинского работника!

Примите самые искренние пожелания крепкого здоровья, оптимизма, стабильности и профессионального успеха!

(495) 956 05 57, 780 07 90
www.stormoff.com

Новости

Зоны подтопления:
контроль в режиме ЧС

Работы по дезинфекции вышедших из подтопления жилых домов завершены в Алтайском и Пермском краях, сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

По данным Роспотребнадзора, режим «Чрезвычайная ситуация», связанный с подтоплением территорий по причине выпадения обильных осадков и паводком, продолжает действовать в Ставропольском крае, республиках Адыгея и Саха (Якутия), Омской и Тюменской областях.

Управлениями ведомства по субъектам РФ в зонах подтопления продолжается контроль за санитарно-эпидемиологической ситуацией, качеством питьевой воды, воды поверхностных и подземных водоисточников, а также за условиями проживания, организацией питания и водоснабжения в пунктах временного размещения.

В Ставропольском крае санитарно-гигиеническая обстановка оценивается как стабильная.

В этом регионе, а также в Омской и Тюменской областях, Республике Адыгея продолжает осуществляться контроль за проведением работ по очистке и дезинфекции вышедших из подтопления домовладений.

С целью профилактики кишечных инфекций среди пострадавшего населения проводится комплекс необходимых мероприятий. Продолжается иммунизация населения и лиц, занятых в восстановительных работах, против вирусного гепатита А и дизентерии Зонне.

Константин ШАРЬИН.

Москва.

В честь детской больницы

В Санкт-Петербургской академической филармонии им. Д.Д.Шостаковича прошли торжества по случаю 40-летия со дня основания детской городской больницы № 1.

Ныне 615-коечная больница – это высокотехнологичный лечебно-диагностический комплекс, имеющий в составе два десятка только одних клинических отделений, 4 отделения реанимации, мощнейшие амбулаторно-поликлиническую и диагностическую службы.

Об этом говорилось на торжественном собрании, участниками которого стали сотрудники учреждения-именинника, а также представители городского медицинского сообщества. Звучали многочисленные поздравления. Большой группе врачей и среднего медицинского персонала были вручены награды администрации Санкт-Петербурга, Законодательного собрания города, а также Федерального Собрания и Минздрава России. Начало же празднику положил флешмоб в честь медиков детской городской больницы, его устроили на углу площади Искусств и Михайловской улицы артисты детского хореографического ансамбля «Петербургский сувенир».

В стенах филармонии для медицинских работников встреча с прекрасным продолжилась. С творческими номерами выступил ряд детских музыкальных коллективов, под сводами зала плыли чарующие звуки классической музыки в исполнении государственного симфонического оркестра «Классика».

Владимир ВЕНИАМИНОВ.

Санкт-Петербург.

Туристический слёт:
и соперничество, и мастерство

Традиционный – уже десятый – туристический слёт провёл среди лечебно-профилактических коллективов региона Смоленский обком Профсоюза работников здравоохранения. В этом году мероприятие проходило на живописном берегу Днепра в Сафоновском районе и имело статус и межрегиональный, и международный.

На параде открытия участники спортивно-творческого мероприятия тепло приветствовали председатель областной думы Игорь Ляхов, председатель региональной организации профсоюзов Евгений Максименко.

В течение 3 дней в туристском городке шли соревнования по спортивному ориентированию, на полосе препятствий, по боди-арту и перетягиванию каната, конкурсы художественной самодеятельности и кулинарного мастерства, юморины и КВН... В итоге победителем стала команда клинической больницы скорой медицинской помощи Смоленска, 2-е и 3-е места – у коллективов Рославльской ЦРБ и поликлиники № 6 областного центра. Однако остальные 29 команд уехали домой отнюдь не аутсайдерами, поскольку проигравших на смоленских турслётах не бывает!

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленская область.

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

Особый случай

Нейрохирурги
Волгограда не подвели

Они вернули жизнь пациентке, когда надежды было совсем мало...

В нейрохирургическое отделение Волгоградского областного клинического кардиологического центра поступила иногородняя пациентка, долгое время страдающая хроническими болями в шейном отделе позвоночника, головными болями и головокружением с потерей сознания. Как выяснилось, до этого она получала лечение в различных, в том числе ведущих столичных клиниках без особого эффекта, состояние ухудшалось.

– Ей было проведено расширенное дообследование, которое выявило наличие глубокой нестабильной кифотической деформации шейного отдела позвоночника, которая, помимо выраженного болевого синдрома, обуславливала нарушение гемодинамики в позвоночных артериях при движении, – рассказывает заведующий нейрохирургическим отделением Анатолий Благов. – На основании полученных данных было принято решение о необходимости стабилизирующей операции на шейном отделе из двухстороннего хирургического доступа. Операция прошла успешно, и через неделю пациентка была выписана.



Нейрохирург В. Тихаев

По словам нейрохирурга Владимира Тихаева, проводившего операцию, раньше подобные вмешательства при данном виде патологии чаще всего ограничивались только передним доступом к шейному отделу позвоночника, что в подобной ситуации было бы

недостаточно с учётом грубой нестабильности шейных сегментов. В данном случае врачи скомбинировали две методики хирургического лечения – передней и задней стабилизации. Впервые в регионе были применены винтовые системы для задней стабилизации шейного отдела позвоночника через боковые массы позвонков с использованием беспроводной ручной навигации. Операция длилась около 6 часов с переворотом пациентки между двумя этапами. Грамотно оказанное анестезиологическое пособие позволило осуществить переворот без выведения пациентки из наркоза. Через неделю после операции после снятия швов она была выписана.

– Особенность подобных вмешательств в том, что шейный отдел позвоночника в силу анатомических особенностей достаточно сложен для хирургии, – поясняет В.Тихаев. – Операции подобного типа выполняются нечасто даже в мире, и в масштабах волгоградского региона – это успешный прецедент.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. корр. «МГ».

Волгоград.

Фото автора.

Проекты

В тундру к оленеводам

Высокую оценку получил на сессии Постоянного форума ООН по вопросам коренных народов, прошедшей в штаб-квартире организации в Нью-Йорке, медико-социальный проект по обследованию жителей тундры Ненецкого автономного округа «Красный чум». Опыт проекта руководством форума предложено распространить на другие территории проживания коренных народов с недостаточной инфраструктурой здравоохранения.

Проект «Красный чум» («Нярьяна мя») реализуется на территории Ненецкого округа ежегодно с 2008 г. в партнёрстве окружных властей, медицинских организаций и компаний-недропользователей, сообщили в пресс-службе администрации НАО. Благодаря проекту в первую очередь оленеводы и члены их семей получают квалифицированную медицинскую помощь и проходят полноценную диспансеризацию. За 8 лет существования

«Красного чума» были обследованы почти 5 тыс. жителей округа, среди них и жители отдалённых окружных посёлков.

В этом году в рамках проекта также запланирован выезд бригады медиков. В конце ноября – начале декабря она вылетит в один из далёких посёлков. Традиционно врачи будут работать там на протяжении 10 дней.

Жители поселений и оленеводы могут пройти флюорографическое обследование, УЗИ-диагностику, сделать электрокардиограмму, измерить артериальное давление. Оленеводы получают аптечки для оказания первой медицинской помощи.

Обследование населения Ненецкого округа в таком выездном формате проводится не только в рамках проекта, но и в рамках плановой работы передвижного отряда центральной районной поликлиники Заполярного района за счёт окружного бюджета, отмечают в Департаменте здравоохранения, труда и социальной защиты населения

округа. Кроме отдельных выездов узких специалистов по всем сёлам региона, ежегодно расширенная бригада врачей в аналогичном с «Красным чумом» составе работает в 4-5 труднодоступных поселениях округа. Проект же «Красный чум» позволяет расширить охват обследуемого населения в отдалённых населённых пунктах округа, в первую очередь кочевого.

Основная часть работы медиков во время выездов состоит в осуществлении профилактической медпомощи населению, направленной на раннее выявление заболеваний, определение факторов риска их развития, а также в диспансерном наблюдении за пациентами с хронической патологией. Состав передвижного отряда обладает полномочиями медицинского освидетельствования для выдачи оружия, управления транспортными средствами.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Cito!

В центре внимания

(Окончание. Начало на стр. 1.)

А.Ортега акцентировал внимание российских коллег на том, что заинтересовавшая их программа «Врач в вашем доме», весьма эффективно применяемая в мексиканской столице, рассчитана на оказание медицинской помощи социально не защищённым слоям населения. В первую очередь это несовершеннолетние беременные, которые не находятся под перинатальным присмотром, и дети, находящиеся вне педиатрического патронажа, а также больные, не имеющие возможности вызвать врача домой, и пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи.

– Мы надеемся, что опыт Мехико в этом направлении, который в на-

«Клинический» диалог Москва – Мехико

стоящее время активно внедряется в десятках стран не только в Новом, но и в Старом Свете, будет востребован и в Москве, – резюмировал А.Ортега.

Как отмечалось в ходе встречи, подписанный меморандум послужит основой для реализации различных проектов в сфере организации здравоохранения – в частности в области обеспечения необходимой медицинской помощью наиболее социально не защищённых граждан.

Представители высшего отраслевого ведомства столицы познакомили мексиканских коллег с особенно-

стями системы здравоохранения в нашей стране, особо подчеркнув, что она во многом аналогична мексиканской модели. В частности, это всеобщий охват населения обязательным медицинским страхованием, гарантированный государством объём медицинской помощи, включающий в том числе и жизнеспасующие высокотехнологичные операции, трёхуровневую систему оказания медицинской помощи и многое другое.

– Особенностью Москвы является не только статус главного города страны, но и очень большая плотность населения, – отметил А.Хрипун. – Порядка 12 млн человек проживают

в городе на постоянной основе, и сравнимое с этим количество людей ежедневно приезжает на работу, учёбу, с туристическими и иными целями. Организовать на должном уровне медицинскую помощь для такого количества людей – достаточно сложная задача, – подчеркнул он, добавив, что столичное правительство увеличивает уровень финансирования системы здравоохранения на регулярной основе.

Помимо подписания документа, в ходе трёхдневного визита делегация Министерства здравоохранения Мехико посетила несколько столичных медучреждений. Так, мексиканские

коллеги посетили станцию скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова, городскую клиническую больницу им. С.П.Боткина и ситуационный центр Департамента здравоохранения Москвы. Традиционно иностранные делегации знакомятся с организацией службы экстренной медицинской помощи в мегаполисе, подходами к обучению врачебного и сестринского персонала, потенциалом развития медицинского туризма и другими направлениями.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Здоровая жизнь

Яблоко вместо сигареты...

Ежегодно по инициативе ВОЗ проводится Всемирный день без табака. Консультативно-диагностический центр Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, ведущего учреждения страны по профилактике хронических заболеваний, в этот день организовал акцию, основная задача которой – популяризация здорового образа жизни и отказ от курения.

Уже у входа в центр всех встречали девушки с двумя корзинами: в одну желающие бросали пачки с сигаретами, а из другой взамен можно было взять румяное яблоко. Смысл акции – отказ от курения и предпочтение этой вредной привычке здорового образа жизни, символом которого ещё с библейских времён стало яблоко...

В этот день все желающие смогли получить консультацию специалиста по отказу от курения, задать интересные их вопросы, измерить содержание угарного газа в

лёгких с помощью специального прибора – смокилайзера.

«Люди, желающие избавиться от этой пагубной привычки, обращаются к нам всё чаще, – говорит кардиолог отделения медицинской профилактики кандидата медицинских наук Вероника Топоркова. – Курить становится не модно. Люди начинают понимать, что это разрушает их здоровье, и мы стараемся им помочь».

Для того, чтобы расширить диапазон знаний в истории курения, всем желающим в этот день было предложено поучаствовать в викторине. Самые активные получили памятные и полезные призы – блокноты, ручки и календари.

По данным ВОЗ, ежегодно от заболеваний, связанных с курением, погибают около 5 млн человек. Это приблизительно одна смерть в каждые 8 секунд! После этих красноречивых цифр в корзину с сигаретами полетели новые пачки, а яблоки закончились...

Означает ли это, что некурящий человек не имеет к этому дню никакого отношения?

«Это не так. Каждый человек может внести свой личный вклад в создание устойчивого мира без табака, приняв на себя обязательство никогда не употреблять табачные изделия и рассказывая окружающим об их вреде», – считает заместитель главного врача центра по медицинской части Светлана Воинова.

Большие надежды врачи возлагают на дальнейшую реализацию закона «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака», в результате принятия которого число курящих людей в нашей стране снизилось с 39 до 33%. Однако этого явно недостаточно, чтобы оздоровить нацию, уверена С.Воинова.

Такие мероприятия очень важны потому, что помогают мотивировать людей на отказ от курения.

Наталья ЛИДОВА.

МИА Сити!

Москва.

Праздники

Фестиваль «ГТО без границ»

В одном из центральных спортивных комплексов Москвы состоялся фестиваль «ГТО без границ», на котором около 150 спортсменов с инвалидностью попробовали свои силы в испытаниях ГТО, мастер-классах и инклюзивных активностях вместе с более 200 гостями и 100 волонтерами. Фестиваль был проведен под руководством Евгения Машковского, спортивного врача, кандидата медицинских наук, доцента кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова в рамках реализации Гранта Президента РФ.

На фестивале присутствовали как любители спорта, так и профессиональные спортсмены, победители и призёры Паралимпийских игр, в том числе трёхкратный чемпион Паралимпийских игр, обладатель действующих рекордов мира в беге на 100, 200 и 400 м Евгений Швецов. На церемонии открытия участников поприветствовали президент Фонда развития инноваций и модернизации в медицине и спорте «Гераклион» Сергей Ерёмин, заведующий кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского университета Евгений Ачкасов, а также руководитель национального фонда «Сопричастность» Олег Добровольский.

«Фестиваль «ГТО без границ» представляет собой первый уникальный опыт проведения спор-

тивного праздника для людей с различными формами инвалидности, на котором все желающие могут узнать больше о мире паралимпийского спорта и особенностях жизни людей с отклонениями в физическом здоровье. Впервые продемонстрированы и апробированы уникальные научные разработки сотрудников кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации по адаптации испытаний комплекса «Готов к труду и обороне». Полученный опыт может быть положен в основу разработки федеральных требований для испытаний комплекса ГТО для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и другими нарушениями здоровья. Этот фестиваль важен для повышения толерантности общества к лицам с ограниченны-

ми физическими возможностями, их социально-трудоустройству, адаптации, популяризации паралимпийского спорта», – считает Е.Ачкасов.

Также все желающие смогли принять участие в мастер-классах по скандинавской ходьбе, в том числе на колясках. Каждый вне зависимости от особенностей здоровья смог попробовать выполнить задания с теми же сложностями, которые испытывают люди с поражением опорно-двигательного аппарата, слуха и зрения.

Весь день каждый участник чувствовал себя в дружелюбной атмосфере праздника и спорта. Это явилось заслугой главных организаторов мероприятия – спортивных врачей-ординаторов кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского университета и главных помощников – волонтеров-медиков направления «Медицинское сопровождение», для которых это событие стало ярким и значимым.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Визиты

Ректор Алтайского государственного медицинского университета Игорь Салдан принял делегацию представителей специализированной стоматологической больницы города Урумчи из Китая. В соответствии с подписанным протоколом о сотрудничестве обе стороны намерены развивать двусторонние отношения в сфере здравоохранения и медицины, академической мобильности и научно-информационной деятельности.

Представители делегации предложили создать между больницей и АГМУ платформу приграничной телемедицины в целях повышения качества медицинской диагностики и лечения, обучения и повышения

Горизонты дружбы

квалификации кадров. Китайская сторона также проявила высокую заинтересованность в обмене визитами в рамках академической мобильности преподавателей и практикующих специалистов, а также готовность разработать программу двусторонних стажировок российских и китайских ординаторов и врачей. Два преподавателя АГМУ по приглашению больницы поедут на международную стоматологическую конференцию в Урумчи уже в июле этого года.

Одним из направлений сотрудничества станут совместные кли-

нические исследования, обмен публикациями между научными журналами АГМУ и Китая, обучение в вузе китайских студентов.

Отметим, что нынешний визит медиков из Урумчи в АГМУ стал вторым за последнее время. В ноябре 2016 г. в АГМУ с намерением подписания договора о сотрудничестве побывали также представители Центра охраны здоровья женщин и детей Урумчи.

Елизавета ГУНДАРИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Назначения

Главный кардиолог-аритмолог

По сообщению пресс-службы Минздрава России, в связи с чрезвычайной социальной значимостью и актуальностью проблемы внезапной сердечно-сосудистой смерти и необходимости повышения методологического уровня диагностики и лечения аритмий приказом Министерства здравоохранения РФ введена новая должность – главный специалист кардиолог-аритмолог министерства.

На эту должность назначена руководитель отделения неинвазивной аритмологии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева академик РАН Елена Голухова.

Елена Зеликовна Голухова – заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, доктор медицинских наук, действительный член Евро-

пейского общества кардиологов, председатель секции «Кардиология и визуализация в кардиохирургии» Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России.

С 1983 г. Елена Зеликовна работает в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, где прошла путь от младшего научного сотрудника до главного научного сотрудника и руководителя отделения.

В 1988 г. защитила кандидатскую, а в 1995 г. – докторскую диссертацию по теме «Клинико-морфо-функциональные особенности желудочковых аритмий; показания и результаты хирургического лечения».

В 2000 г. избрана членом-корреспондентом РАМН, в 2016 г. – академиком РАН.

Соб. инф.

Профилактика

У ямальских детей – здоровая улыбка

В школах и детсадах Надыма прошли уроки по гигиене полости рта. Занятия были организованы в рамках проекта ямальского центра медицинской профилактики «Здоровая улыбка – ямальским детям!»

На итоговых занятиях, которые идут уже год, специалисты центра познакомили детей со средствами гигиены и на макете челюсти показали, как правильно нужно ими пользоваться. А ещё ребята успели изучить строение зубов, повторить правила их чистки, увидели, как выглядит рот курильщика, узнали о полезных и вредных для зубной эмали продуктах. В конце урока все дружно разгадали сканворд, проверив свои знания.

К итоговой встрече с ведущей

проекта, стоматологом Викторией Рагуцкой, первоклассники приготовили трогательный сюрприз – свои рисунки по теме урока.

Всего же в течение нынешнего учебного года в образовательных учреждениях района проведено 40 занятий по гигиене полости рта, более 800 ребят выучили и закрепили на практике правила ухода за зубами. Просветительская работа в этом направлении, как и сам проект, будут продолжаться и в летний период с ребятами из школьного лагеря.

Инна ВЕРЕТИНА,
начальник отдела
межведомственных и внешних
связей центра медицинской
профилактики.

Надым.

Ну и ну!

«Расслабилась» перед мужем и медиками



Следственными органами Главного управления Следственного комитета Российской Федерации по Москве в связи с угрозами убийства в адрес медицинских работников проводится доследственная проверка.

Очередная история о нападении на медицинских работников выглядела так. Днём в конце мая бригада «скорой» приехала по вызову в одну из квартир, расположенную в 11-м микрорайоне Зеленограда, для оказания медицинской помощи мужчине, которому в ходе семейного конфликта супруга нанесла

незначительные телесные повреждения в область головы предметом домашнего обихода. При этом женщина, находившаяся в состоянии сильного алкогольного опьянения, агрессивно встретила медицинских сотрудников, стала демонстрировать им нож и высказывать в их адрес угрозы убийством.

Прибывшие по вызову сотрудники полиции задержали женщину и доставили её в следственный отдел для дальнейшего разбирательства.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

В Санкт-Петербурге в городском центре травматологии и ортопедии дал мастер-класс российским коллегам в виде открытого консультативного приёма детей с последствиями травм и ортопедической патологией старший врач медицинской организации Иерусалимского университета «Хадасса», член Европейского общества детских ортопедов (EPOS) Наум Симановски. Он же на следующий день прооперировал семилетнего пациента с врождённой косолапостью.

Пожалуй, трудно найти какую-либо экстраординарность в самом факте привлечения авторитетнейшего специалиста из Израиля. Преуспевание ближневосточной страны на медицинском направлении давно не требует доказательств. Ангажементы представителей университетской клиники с замечательной «родословной» (первая в еврейском государстве успешная операция двойного коронарного шунтирования, первая пересадка почки, первая процедура по трансплантации мозга и т.д.) в состоянии эпатировать разве что обывателя. А для «профи» они – стандартная, вполне рабочая ситуация: отечественные медики на обозначенное время кооперируются с зарубежным врачом, дабы восполнить или дополнить объём помощи, требуемой сложному пациенту. Рассуждая на предложенную тему, Автандил Микава, главный врач Детской городской больницы № 2 св. Марии Магдалины, в состав которой организационно входит городской травмоцентр, «приподнимается» над фактом: «Не бывает отдельно взятой русской, израильской или, скажем, азербайджанской медицины, если мы, конечно, не говорим о них как о функциональных единицах. Но когда речь идёт о лечении, то для человека по большому счёту не важно, поставил его на ноги русский доктор или азербайджанец. Потому что недуг не выбирает национальности. И таким же образом, как следствие из этого, нет никакой разницы, с каким «родом-племёнem» связаны корни врачующего. Давайте вспомним Дэн Сяопина, именно китайскому политику-реформатору приписывается авторство изречения: «Не важно, какого цвета кошка, главное, чтобы она ловила мышей».

Двери клиники на Васильевском острове всегда широко открыты разноязычным гостям. За те без малого полтора десятка лет, в течение которых одной из трёх старейших детских многопрофильных больниц Санкт-Петербурга руководит Автандил Георгиевич, здесь перебывало немало зарубежных специалистов в области гастроэнтерологии, аллергологии, нефрологии, нейрохирургии и ортопедии. По правде сказать, далеко не все из них занимались практической работой в «полях», большинство предпочитало формат ознакомительных экскурсий или лекций. Несравненно более сложную задачу поставил себе Н.Симановски. Он взялся провести открытый консультативный приём российских детей с врождённой патологией стопы и колена в присутствии их лечащих врачей. А кроме того – спланировал и выполнил операцию по многоуровневой мини-коррекции на деформированной стопе.

– В нашем городе иностранцы, как правило, читают лекции.

Им хлопают, с ними фотографируются. «Трибунные» врачи подписывают сертификаты. В лучшем случае они выведут на сцену одного-двух больных для разбора. Редко удаётся договориться о совместном осмотре пациентов. Вот почему нам важно было «пропустить» как можно больше пациентов через руки доктора Наума, который 2 года стажировался в Бостоне и имеет такую классическую школу подготовки, какую не получают российские ортопеды, – пояснил модератор мастер-класса Николай Румянцев.

Международной группы по изучению врождённой косолапости (ICFSG – International Clubfoot Study Group) и члену Европейского общества детских ортопедов, не зная, что именно к ортопедам израильских клиник стекаются со всего мира для переделки неудачные результаты лечения? И потому бесценный опыт его коллеги, как ничей другой, подходит в качестве источника тиражирования.

Любой врач из любой детской поликлиники или больницы Санкт-Петербурга мог с собой

За 6 часов израильский врач совместно с российским коллегой Н.Румянцевым провёл полный клинический осмотр с ортопедической точки зрения 38 тяжёлых больных. Их возраст варьировал от 6 месяцев до 13 лет, но неизменным оставался лимит времени, когда приём каждого не мог превышать 10 минут. Мало? Но это ведь была абсолютно бесплатная консультация. К тому же обе стороны постарались за столь короткое время извлечь из неё максимальную пользу. Присутствующие были

корреспондента «МГ», заданный израильскому специалисту по завершении трёхчасовой работы за хирургическим столом: «Что важно в такой развёрнутой операции?», прозвучал ответ на чистейшем русском языке: «Чётко выполнять все технические элементы операции. Однако ж есть тонкости, и они имеют значение».

В далёкие уже от нас 80-е годы прошлого столетия Наум Ефимович окончил педиатрический «мед» в Ленинграде, работал участковым педиатром, получил специализацию по детской неврологии, на излёте горбачёвской перестройки перебрался на историческую родину, послужив в израильской армии, избрал сферой своего клинического интереса детскую ортопедию и в новой ипостаси взшёл на вершины медицинского Эвереста. Поучительный рассказ об этом, возможно, требует отдельного газетного материала... В продолжение же нашей темы петербургский ортопед Н.Румянцев провёл образную параллель между хирургом и авиатором:

– Есть пилоты, которые сажают самолёт незаметно, а есть те, которые делают это грубо. Разные и хирурги: одну и ту же по сложности операцию кто-то выполняет легко, а кто-то – с немалым трудом. У уважающих себя специалистов всегда велико стремление уловить нюансы в рукоделии, которые помогут незаметно «посадить самолёт». Улавливать лучше всего, наблюдая воочию работу настоящего мастера. Вот мы подсмотрели у доктора Наума, в частности, оптимальный угол сверления кости с тем, чтобы протянуть сухожилие. Когда размер объекта небольшой, с ноготь большого пальца, желательнее направить сверло по центру в трёх измерениях. Часто эта деталь остаётся за кадром...

Не так давно между медицинским центром им. В.А.Алмазова и университетской клиникой «Хадасса» достигнута договорённость о стратегическом партнёрстве. В апреле посланцы из Иерусалима посетили в сопровождении генерального консула Государства Израиль в Санкт-Петербурге отделение химиотерапии и трансплантации костного мозга центра им. В.А.Алмазова. Между тем контактам ведущих медицинских организаций двух держав может быть задана и ещё одна траектория. «Алмазовский» центр концентрирует будущих матерей, в утробе которых последствием нарушения первичной закладки органов и тканей явилась эквиноварусная деформация стоп плода, то есть врождённая косолапость. Детей с таким диагнозом здесь начинают лечить с первых дней рождения, и имеются замечательные успехи. Подобная практика в клиниках ближневосточной страны не принята широко.

Гуманитарный визит авторитетного русскоязычного израильского врача в Санкт-Петербург, кстати, ставший во многом результативным и ввиду всякого отсутствия языкового барьера, можно расценивать как предложение начертать «ортопедическую линию» в планах взаимовыгодного международного сотрудничества.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

Сотрудничество

Доктор Наум «сажает самолёт» незаметно

У русскоговорящего израильского ортопеда есть чему поучиться



Н. Симановски с российскими коллегами за хирургическим столом в операционном зале детской городской больницы № 2

Николай Юрьевич – пожалуй, один из самых известных в нашей стране и за её пределами врачей-экспертов по ортопедии новорождённых, консультант отделения хирургии пороков развития новорождённых и детей раннего возраста перинатального центра Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Минздрава России. Ему ли, участнику

привести своего пациента по поводу какого-то непонятого или сложного случая, принять участие в обсуждении и рассчитать на сверстанном мэтром план дальнейшего лечения. Но Северной столицей «географический ареал» откликнувшись на приглашение посетит мастер-класс Н.Симановски не исчерпывался. Для встречи с ним в город на Неве приехали даже москвичи.

поражены глубиной логического анализа представителя иерусалимской клиники, где формируются стандарты современной системы здравоохранения Израиля. Российские коллеги находились всё время рядом, задавали вопросы как в отношении тактики и стратегии ведения конкретных пациентов, так и по общим темам, включая особенности и формат взаимодействия логических структур в израильском медицинском центре. Что же до письменных заключений по итогам клинического осмотра больных, то они будут высланы на электронные адреса участников мастер-класса в ближайшие дни.

Пациенты с многоплоскостной деформацией стопы нуждаются во врачебной опеке на протяжении многих лет. Покуда растёт нога, меняется план ведения. С течением времени, накапливаясь, могут проявляться, выглядывая точно шило из мешка, некоторые «лёгкие» признаки косолапости. Не всегда заметные чужому глазу, они тем не менее становятся поводом для «шлифовки» стопы на операционном столе. Подобную операцию юному петербуржцу, ещё в период новорождённости получившему базовое лечение, а в 3 года и хирургическое пособие, с блеском выполнил Н.Симановски. А ассистировали ему в операционном зале детской больницы № 2 врачи «алмазовского» центра: многоопытный Н.Румянцев и молодой Игорь Круглов.

Количество этапов оперативного вмешательства, которое требовалось для того, чтобы улучшить функциональное состояние стопы, качество походки, определяла степень выраженности проблемы. Их было четыре: ослабление контрактуры ахиллова сухожилия, ослабление натяжения подошвенной фасции, пересадка сухожилия передней большеберцовой мышцы и наконец пересадка длинного малоберцового сухожилия. На вопрос

«Фонды ОМС – это не только структуры по обеспечению финансирования здравоохранения, но и непосредственные участники всех процессов, в том числе повышения доступности и качества медицинской помощи, улучшения уровня жизни и увеличения её продолжительности. Фонды ОМС находятся в центре этих процессов, поэтому от нас зависит очень многое», – с такими словами председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко обратилась к участникам расширенного совещания Совета директоров фондов ОМС.



Выступает Н.Стадченко

Приветствуя руководителей ФФОМС, заместитель полномочного представителя Президента РФ в Южном федеральном округе Владимир Гурба отметил высокую значимость системы ОМС в сфере здравоохранения. «Под руководством ФФОМС на территориях реализуются крупные социально значимые проекты, такие как проведение диспансеризации населения, финансирование высокотехнологичной помощи, повышение заработной платы медицинским работникам и т.д.» В завершение своего выступления полпред Президента РФ в ЮФО заявил, что система ОМС должна прежде всего соответствовать потребностям граждан.

Заместитель губернатора Ростовской области Сергей Бондарев сообщил о положительной динамике в доступности медицинской помощи за счёт страховой системы здравоохранения. В качестве примера он привёл обеспеченность населения Ростовской области высокотехнологичной медицинской помощью: «В прошлом году её оказывали 18 организаций, в текущем – 24. С 2015 г. успешно проведено 38 трансплантологических операций».

Совет Федерации с начала реализации проекта по становлению института страховых поверенных мониторинг его развитие, а также поддерживает появление столь важного элемента пациентоориентированного здравоохранения. Об этом заявила первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Коконова. При этом сенатор призвала страховые медицинские организации усилить работу по информированию граждан о существовании такой возможности – обращении к своему страховому представителю.

Кроме того, Л.Коконова напомнила, что программа по строительству перинатальных центров должна завершиться в этом году. «Мы считаем, что необходима преемственность. Следует продолжать программу модернизации здравоохранения в части строительства и реконструкции детских больниц и детских поликлиник. Без этого этапа мы не сможем выстроить единую систему детского здравоохранения», – предложила она. Также сенатор озвучила и ещё одно предложение – на федеральном уровне наряду с программой «Зем-

ОМС: реальность и перспективы

К успешным и убедительным результатам

В Ростове-на-Дону состоялось расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС

ский доктор» ввести программу «Земский фельдшер». «Ряд субъектов Федерации сейчас за счёт своих бюджетов уже реализуют такие программы, но ресурсов регионов явно недостаточно. А без реализации этой программы мы не решим проблемы здравоохранения на селе», – уверена заместитель председателя социального комитета Совета Федерации.

Член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Юрий Кобзев в своём приветственном слове отметил, что на личном опыте убедился: благодаря системе ОМС удалось сохранить финансирование здравоохранения. «Обязательное медицинское страхование является одним из системообразующих институтов современной сферы охраны здоровья», – подчеркнул депутат Госдумы.

В начале своего вступительного слова председатель Федерального фонда ОМС Н.Стадченко напомнила, что в прошлом году был введён в действие институт страховых поверенных – с 1 июля 2016 г. начал работу первый уровень. «За прошедший год мы наладили технологические процессы, проработали функциональные обязанности, организовали работу колл-центров, – рассказала



Идёт заседание

руководитель ФФОМС. – С 1 января 2017 г. началась деятельность страховых представителей 2-го уровня. Наша сегодняшняя задача – это отладка деятельности существующего функционала. У нас уже есть положительные результаты: если за I квартал 2016 г. диспансеризацию в Российской Федерации прошли 3 млн 900 человек, то за аналогичный период 2017 г. благодаря выстроенной нами работе – уже 4,5 млн».

Н.Стадченко заявила, что приоритетом является персонализация работы страховых представителей: «Застрахованный должен чувствовать свою значимость и индивидуальный подход». Руководитель ФФОМС подчеркнула, что в приглашении на диспансеризацию должно быть обязательно обращение по имени-отчеству, указание адреса поликлиники и сроков возможного прохождения осмотра, а также телефоны для записи на диспансеризацию. Также она отметила важность взаимодействия ФФОМС, страховых медицинских организаций и учреждений при маршрутизации пришедших на профилакти-

вышения качества и доступности медицинской помощи, как проект «Бережливая поликлиника», который стартовал в IV квартале 2016 г. В апреле текущего года на специальном совещании был проанализирован положительный опыт трёх пилотных регионов, напомнила она. «Бережливая поликлиника» – это не перекрашенные стены, открытые регистратуры или установка пандусов. Это, прежде всего, изменение всех логистических процессов, сокращающих движение пациентов по лечебному учреждению, а также грамотное информирование населения», – подчеркнула председатель фонда, отметив, что ФФОМС вместе со страховыми компаниями должны стать неотъемлемыми участниками этого процесса, помогая медорганизациям в маршрутизации и информационном сопровождении застрахованных.

Говоря о проблемах реализации тарифной политики, Н.Стадченко обратилась к директорам ФФОМС: «Нельзя ежемесячно менять тарифы – оснований для этого не существует! Они утверждаются в начале года на текущий год и изменяются только в случае, если появляются дополнительные источники для увеличения тарифов». А также подчеркнула, что средства нормированного страхового запаса, предусмотренные на обучение медработников, на закупку и ремонт оборудования, должны использоваться по назначению, а не находиться на счетах. «Это влияет на качество и доступность медицинской помощи!» – отметила председатель ФФОМС.

В своём выступлении Н.Стадченко остановилась и на особенностях финансирования системы ОМС в 2017 г. «Благодаря новой системе финансирования базовая программа ОМС стала бездефицитной, – сообщила она. – Если в 2013 г. субвенция Федерального фонда ОМС на реализацию базовой программы была 900 млрд, то в 2017 г. – 1 трлн 543 млрд руб. Рост в 2017 г. составил 5,4%». Н.Стадченко напомнила, что эти средства пойдут на реализацию Майских указов Президента РФ по повышению заработной платы медиков: с 1 октября 2017 г. рост должен составить 180% от средней по экономике региона – для врачей, 90% – для среднего медперсонала, 80% – для младшего.

В завершение своего выступления Н.Стадченко напомнила, что в следующем году будет отмечаться 25-летие системы обязательного медицинского страхования в России. «Хотелось бы, чтобы эта дата сопровождалась подтверждением успешных, убедительных результатов завершения этапа формирования нашей страховой медицины и её становления», – призвала участников совещания председатель ФФОМС.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Фото
Виктора ИВАЩЕНКО.

События

Патологоанатомы России встретились в Челябинске

В столице Южного Урала прошёл V Съезд российского общества

«Без патологоанатомии невозможно существование современной медицины, – отметил на открытии съезда министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлёв. – В сферу их ответственности входит и прижизненная диагностика, и назначение препаратов. Например, ни один онколог без заключения специалиста по патологической анатомии не назначит лекарства. То же касается и других врачей. Кроме того, весь контроль качества лечебно-диагностиче-

«Мы расцениваем работу Челябинска в качестве принимающей стороны как знак уважения и признания заслуг нашей патологоанатомической службы, – сказал на открытии съезда первый заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин. – Челябинская область ещё в 1983 г. стала одной из четырёх пилотных территорий в России, где патологоанатомическая

ской работы в медицинских организациях построен на работе патологоанатомической службы».

«Съезд собрал ярких представителей нашей специальности из самых разных уголков Рос-

сии и зарубежных стран, – рассказал президент Российского общества патологоанатомов член-корреспондент РАН Лев Кактурский. – Возможность профессионального и личного обще-

служба оформилась в самостоятельную структуру. С тех пор она играет значимую роль в системе здравоохранения региона. Областное правительство внимательно относится к системе медицинского обслуживания в целом, выделяет серьёзные средства на приобретение специализированного лечебного и диагностического оборудования, в том числе и для этой службы».

ния, обмена опытом и мнениями по вопросам патологической анатомии очень ценна, особенно в непростых условиях развития отечественной медицины».

В рамках съезда прошли за-

седания, лекции, симпозиумы и мастер-классы, посвящённые актуальным вопросам патологоанатомии. Среди основных тем – онкоморфология, иммунная патология, болезни органов пищеварения, системы кровообращения, лёгких, невынашивание беременности и бесплодие, перинатальная и детская патология, вопросы современной диагностики.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Ректор СамГМУ, академик РАН, лауреат Государственной премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ – человек настойчивый, умеющий воплотить задуманное в действительность. Поэтому всегда интересно побывать в СамГМУ. Здесь не бывает длительного разрыва между словом и делом, а рассказывать о новых проектах, работе уникальных подразделений университета не хватит и целого номера «МГ». В беседе с Г.Котельниковым ещё раз убеждаешься, как быстро развивается медицинское образование и наука в нашей стране.

– Геннадий Петрович, СамГМУ имеет славную историю. Как ему удаётся и сегодня уверенно задавать тон по многим направлениям медицинского образования в России?

– Мы всегда стараемся работать на опережение, развиваем информационные технологии, создаём международные лаборатории и проекты, многие из которых являются ведущими мировыми трендами. Активно взаимодействуем и со всеми региональными и федеральными институтами развития. IT-медицина по решению губернатора Самарской области Николая Меркушкина ещё в 2013 г. стала отдельной инновационной отраслью экономики региона и сегодня вышла на лидерские позиции в России в этой сфере.

СамГМУ является ядром кластера медицинских и фармацевтических технологий Самарской области. В его составе 65 предприятий. Это крупные и малые предприятия,

линием деятельности Клиник является также укрепление здоровья студенческой молодёжи. Именно поэтому на базе Клиник организован межвузовский студенческий медицинский центр, к которому прикреплено более 18 тыс. студентов и преподавателей вузов Самарской области.

– Ещё одна особенность СамГМУ – мощный технопарк при университете. Что на сегодняшний день представляет эта производственная площадка?

– Технопарк СамГМУ занимает площадь более 1000 м² и имеет три подразделения: конструкторский отдел, отдел производства и аддитивных технологий, отдел микроэлектроники с «чистыми

На многих высокотехнологичных изделиях отрабатываются медицинские технологии. Они уже проходят апробацию в Самарской областной клинической больнице им. В.Д.Середавина, Самарском онкологическом диспансере и Клиниках университета.

– Развитие медицины сегодня невоз-



Г.Котельников

можно быть доступны коллегам из крупнейших клиник региона. Это повышает доступность и качество медицинской помощи. После включения аппаратно-программного комплекса «Луч-С» в Росреестр система может появиться во всех медучреждениях региона и страны.

– Приезжают ли по-прежнему студенты из-за рубежа учиться в Самару? И для каких стран готовит врачей СамГМУ сегодня?

– На сегодняшний день в СамГМУ обучаются студенты из 28 стран мира, в основном это студенты из стран СНГ (Казахстан, Таджикистан, Узбекистан, Киргизия, Туркменистан), обучаются также студенты из стран даль-

Авторитетное мнение

К новой реальности

Внедрение инновационных разработок в практическое здравоохранение – главный приоритет Самарского государственного медицинского университета

комнатами». На площадях технопарка расположено высокотехнологичное оборудование и работают мультидисциплинарные команды. Всё это позволяет учёному пройти путь от идеи до создания опытного образца в максимально короткий срок с минимальными накладными

можно без информационных технологий. Какие разработки ведёт университет в этой области?

– В структуре университета работает Центр прорывных исследований «ИТ в медицине», который активно развивает направления в области создания и применения технологий дополненной реальности, нейротехнологий, высокопроизводительных вычислений, систем принятия решений и искусственного интеллекта. Эти направления – ведущие мировые тренды.

Тренажёры «Виртуальный хирург» быстро наращивают свои функциональные возможности. Созданная учёными СамГМУ виртуальная хирургическая клиника используется для обучения студентов. Созданные компетенции позволяют смоделировать клинику для любой медицинской компании мира. Проект «Автоплан» позволяет хирургу на основе 3D-модели, созданной на базе КТ, МРТ, выработать тактику операции, увидеть особенности анатомии пациента. Ведутся работы по информационному обеспечению трансплантации печени детям от родителей. В результате анализа анатомического строения долей печени отца и матери система принятия решений определяет максимально совместимую. Эта работа ведётся с 20 ведущими отечественными центрами. Включаются в проект и медицинские центры Германии и Франции. Анатомический стол «Пирогов» даёт возможность открыть любой орган в норме и патологии, увидеть, что находится за ним, сделать срезы в разных плоскостях. Также в него можно загрузить показания КТ, МРТ, УЗИ и получить необходимые данные для комплексной диагностики. Ведутся работы и в области вычислительной гемодинамики. Например, одна из созданных систем принятия решений с большой точностью может спрогнозировать риск разрыва аневризмы аорты и срочность оперативного вмешательства. Все проекты в этой области просчитываются на собственном суперкомпьютере с учётом вычислительного сопромата и вычислительной гемодинамики. В ходе реализации этого проекта учёные СамГМУ взаимодействуют с ведущими московскими высокотехнологичными центрами.

– Как обстоят дела с коммерциализацией лучших разработок?

– В соответствии со стратегией развития мы прошли этапы создания инновационной инфраструктуры, уникальных компетенций и разработок, команд учёных, врачей, программистов, инженеров. На сегодняшний день внедрение инновационных разработок в практическое здравоохранение является нашим главным приоритетом. Например, одна из наших разработок – программно-аппаратный комплекс «Луч-С» – уже завершает этап клинической апробации и готов ко включению в Реестр отечественного программного обеспечения. Система уже работает на базе Клиник СамГМУ, используется в городской клинической больнице № 5 Тольятти, в Самарском областном противотуберкулёзном диспансере им. Н.В.Постникова, в Самарской городской клинической поликлинике № 15. «Луч-С» – это система для хранения и обработки медицин-

ного зарубежья (Африка, Азия). В этом году наш вуз оканчивают 24 иностранных студента из Казахстана, Таджикистана, Конго, Мадагаскара, Йемена. Иностранные абитуриенты проявляют большой интерес к получению высшего образования в стенах СамГМУ, ежегодно около 100 иностранных граждан становятся студентами нашего вуза, это подготовленные ребята, которые успешно сдают вступительные испытания и зачисляются на 1-й курс факультета по подготовке иностранных студентов, для тех, кто не владеет русским языком, предусмотрена довузовская подготовка на подготовительном отделении, где в течение года идёт освоение русского языка, химии, биологии.

– Что бы вы пожелали коллегам в преддверии Дня медицинского работника?

– Мы живём в интересное время. Медицина становится



Студентам доступны образовательные технологии мирового уровня, созданные учёными СамГМУ

высокотехнологичные компании, университеты и ведущие медицинские учреждения региона.

– «МГ» уже рассказывала о Клиниках СамГМУ. В них студенты учатся, как принято говорить у постели больного, восстанавливают здоровье тысячи пациентов, внедряются новые методы диагностики и лечения. Какие направления развития Клиник, на ваш взгляд, являются крайне важными для региона?

– К перспективным и важным направлениям развития Клиник относятся увеличение объёмов оперативных вмешательств с использованием методов эндовидеохирургии и рентгенохирургии, эндопротезирования и реконструктивно-восстановительной хирургии по различным профилям специализированной помощи, включая сердечно-сосудистую, абдоминальную, торакальную, эндокринную и челюстно-лицевую хирургию, хирургию лор-органов, а также развитие таких направлений, как трансплантация органов и тканей, медицинская реабилитация, высокодозная, эфферентная и уникальная в масштабах страны гравитационная терапия. Важным направ-

расходами. Все технологические процессы локализованы на одной площадке, поэтому обеспечивается высокий уровень контроля качества. Технопарк решает задачи предприятий Самарского инновационного кластера медфармтехнологий как для производства изделий для практического здравоохранения, так и для создания решений мирового уровня. Например, сделаны опытные образцы мелких суставов кисти и стопы с учётом индивидуальных особенностей пациента. Учёные могут делать и облегчённые пористые элементы сустава, и с рёбрами жёсткости в местах максимальной нагрузки. Проект ведётся совместно с Самарским национальным исследовательским университетом им. С.П.Королёва. На площадке технопарка ведутся работы по созданию имплантатов ушной раковины, глазницы, носа с креплением на специально разработанную магнитную конструкцию. СамГМУ совместно с отечественными научно-исследовательскими университетами ведёт научные исследования и в области разработки новых композиционных медицинских материалов.



Одно из перспективных направлений – научные исследования в области нейротехнологий

ских данных, которая позволяет получать снимки в формате DICOM (общепринятый мировой стандарт цифровой медицины) с любой диагностической аппаратуры: КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопов, микроскопов, офтальмологического оборудования, после чего обрабатывать их, просматривать (в том числе в режиме 3D) и передавать исследования на собственный PACS-сервер. Система интегрирована с архивом медицинских изображений Самарской области. Врачи Клиник СамГМУ получают доступ к снимкам, сделанным за пределами медучреждения, а проведённые здесь исследова-

превентивной и персонализированной. Для решения многих задач уже требуется новое качество взаимодействия специалистов и всё больше межотраслевого взаимодействия. Эта кооперация генерирует учёных нового поколения, открывает новые сферы применения знаний. Поэтому желаю прежде всего идти в ногу со временем и, самое главное, счастья и здоровья, энергии и целеустремлённости, а также удачи во всех начинаниях!

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Псориаз – заболевание, которое окутано ореолом таинственности. В древности псориазные высыпания на коже называли «розами дьявола» и нередко путали с проказой. До недавнего времени не существовало эффективных методов борьбы с этим тяжёлым недугом, ещё меньше было известно о его «младшем брате» – псориазном артрите. С прогрессом медицины приходит понимание о причинах, условиях и механизмах развития, а соответственно возможностях и принципах лечения этих тяжёлых иммуновоспалительных заболеваний.

Наука движется вперед

В последние годы с появлением новых классов лекарственных препаратов изменилась парадигма терапии псориаза и псориазического артрита. Сегодня основная цель лечения – свести проявления болезни к минимуму и купировать выраженные проявления хронического воспаления. Об этом шла речь на симпозиуме, организованном в рамках прошедшего в Москве VII съезда ревматологов России. Знаковым событием мероприятия стала блестящая лекция, в которой раскрывались ключевые аспекты иммунопатогенеза означенных заболеваний, и доклад о современных возможностях терапии псориазического артрита одного из ведущих мировых учёных, автора многочисленных научных трудов в области ревматологии и иммунологии, заведующего кафедрой терапевтической медицины Университета Эрлангена – Нюрнберга им. Фридриха Александра (Германия) профессора Георга Шетта.

Псориаз является хроническим рецидивирующим заболеванием аутоиммунной природы и одним из наиболее распространённых дерматологических заболеваний. Им страдают примерно 2-4% от всего населения земного шара. До 80% клинических случаев приходится на долю бляшечного псориаза, который характеризуется множественными очаговыми поражениями кожи. Примерно у каждого третьего пациента с псориазом может развиться псориазический артрит – гетерогенное потенциально тяжёлое заболевание, при котором поражается не только кожа, но и суставы. При псориазическом артрите высока вероятность мультиорганных нарушений, таких как пороки сердца, кардит, метаболические расстройства, поражение кишечника, атеросклероз.

«Журналист» и «читатель»

В этиологии и патогенезе псориазического артрита остаётся всё меньше «белых пятен». Как известно, одним из стартовых триггеров развития болезни является механическое повреждение кожи. Ещё в XIX веке немецкий дерматолог Генрих Кёбнер описал появление новых псориазических повреждений на травмированных участках кожи. В отличие от здоровых людей, которые забывают о ссадине или царапине через несколько дней, у больных псориазом на месте травмы всегда инициируется сильный воспалительный процесс. Впоследствии данный феномен в научной литературе получил название «синдром Кёбнера».

Но почему именно происходит подобное воспаление – долгое время оставалось неизвестным. Сегодня псориаз и псориазический артрит считают Т-клеточно-опосредованными заболеваниями, при которых отмечается активация клеточного иммунитета в коже и синовиальном пространстве с последующей гиперпродукцией и дисбалансом ключевых провоспалительных цитокинов, таких как фактор не-

кроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и интерлейкины (ИЛ).

Сложные в понимании механизмы «цитокинового шторма» профессор Шетт пояснил следующим образом: «Гибель клеток эпидермиса вследствие механического раздражения кожи высвобождает сигналы тревоги (цитокины). Образно выражаясь, это некое происшествие, несчастный случай, о котором становится известно репортёру из службы новостей. В роли ушлого журналиста выступает дендритная клетка. Репортёр быстро пишет статью о происше-

Первый и единственный

Понимание механизмов, вызывающих поражение кожи и воспаление суставов, создало предпосылки для создания препарата класса малых молекул (апремилласт). В 2016 г. две авторитетные международные организации – Европейская антиревматическая лига (EULAR) и группа по изучению псориаза и псориазического артрита (GRAPPA) – включили апремилласт в перечень целевых синтетических базисных противовоспалительных препаратов у

парата, который мог бы влиять на этот фермент, является крайне важным для регуляции иммунного ответа, подчеркнул профессор Шетт.

Рассказывая о собственном опыте применения апремилласта, он отметил, что данный препарат имеет большую доказательную базу в отношении эффективности в лечении псориазического артрита. В частности, доказано, что на фоне применения апремилласта более 40% пациентов с псориазическим артритом достигли полного разрешения энтезита, который

стало к сложному. Для некоторых пациентов достаточным является назначение нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидной терапии. В случае развития тяжёлых форм псориаза и псориазического артрита схема лечения расширяется за счёт включения в неё других групп препаратов: базисных противовоспалительных лекарственных средств и генно-инженерных биологических препаратов.

Однако наряду с высокой эффективностью эти лекарства могут нести риски развития

Тенденции

Усмирить «ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ»

О новых возможностях терапии псориаза и псориазического артрита



ствия (ИЛ-20), а потом приходят читатели (Т-клетки). Они сообщают эту историю своим родственникам и соседям (ИЛ-17, ФНО-альфа), а те, в свою очередь, передают новость по цепочке (ИЛ-22). В результате формируется тканевый ответ на повреждение кожи».

Помимо кожи при псориазическом артрите поражается энтез (воспаление в местах прикрепления к костям сухожилий и связок, которое также провоцируется механическим повреждением или травмой). Среди других свойственных псориазическому артриту симптомов – дактилит, спондилит, псориаз ногтей.

Как отмечает профессор Шетт, одна из основных целей лечения псориазического артрита заключается в достижении минимальной активности заболевания. Иными словами, надо помешать «журналисту» написать свою статью и донести эту информацию до «читателя».

больных с бляшечным псориазом среднетяжёлой и тяжёлой степени и активным псориазическим артритом. Этот препарат уже зарегистрирован в США и 23 европейских странах, а в 2017 г. российские врачи также рекомендовали его в новой версии Национальных клинических рекомендаций по ведению больных с псориазом и псориазическим артритом.

На сегодняшний день апремилласт – первый и единственный ингибитор фосфодиэстеразы 4 (ФДЭ4), зарегистрированный для лечения псориаза и псориазического артрита. Его особенность заключается во внутриклеточном воздействии на сигнальные пути и факторы воспаления, которые участвуют в патогенезе данных заболеваний. Ферменты фосфодиэстеразы представлены в разных тканях. ФДЭ4 присутствует в лейкоцитах, фибробластах и кератиноцитах, и создание пре-

часто очень трудно поддается терапии. Кроме того, у пациентов отмечается устойчивое улучшение функции суставов на фоне уменьшения боли и воспаления. Побочные эффекты незначительны (главная причина дискомфорта – послабление стула, которое, как правило, купируется через 1-2 недели от начала терапии).

Апремилласт не относится к классу стандартной системной терапии или биологическим препаратам и обладает рядом особенностей применения в клинической практике.

– Диагностические и терапевтические подходы к лечению псориазического артрита, которые используются в России, согласуются с опытом зарубежных коллег. Мы ожидаем, что внедрение в клиническую практику апремилласта позволит оптимизировать лечение наших больных. Данный препарат открывает новые возможности как в моно-, так и в комбинированной терапии заболевания, – уточняет руководитель лаборатории диагностики и инновационных методов лечения псориазического артрита Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А.Насоновой доктор медицинских наук Татьяна Коротаева. – Апремилласт пока не включён в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, но мы надеемся, что это станет следующим шагом, который позволит расширить доступ к терапии большему числу пациентов.

Step by step

Современная тактика лечения псориазического артрита основывается на принципе step by step, иными словами, от про-

серьёзных побочных эффектов. Ещё одним недостатком биологической терапии псориаза и псориазического артрита может быть развитие резистентности, то есть значительного снижения эффективности проводимого лечения со временем.

Апремилласт в этой цепочке методов лечения занимает промежуточное место, его назначают пациентам с псориазическим артритом, имеющим тяжёлые энтезиты, дактилиты, спондилиты, в случае неэффективности предшествующей терапии базисных противовоспалительных препаратов до генно-инженерных биологических препаратов, отмечает Т.Коротаева.

Другая группа – пациенты, которым показана генно-инженерная биологическая терапия, но по каким-то причинам она не может быть назначена. К примеру, возникшая поливалентная аллергия на белки. Следующий пул пациентов – те, которые уже имеют предшествующий опыт применения ингибиторов ФНО-альфа, но у них наблюдается ускользание эффекта терапии, обусловленного резистентностью или непереносимостью лечения. Кроме того, апремилласт может быть показан пациентам с системной коморбидной патологией и метаболическими расстройствами.

– В своей клинической практике мы используем следующую схему лечения псориазического артрита, – поясняет профессор Шетт. – Пациенту назначается метотрексат сроком на 3 месяца. В ситуации, когда он показывает недостаточную эффективность, или развивается индивидуальная непереносимость к данному препарату, его заменяют на апремилласт.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ» о длительности лечения апремилластом, профессор Шетт подчеркнул, что это зависит от индивидуальных особенностей конкретного пациента: «Основная терапевтическая задача в данном случае – достичь полной ремиссии заболевания, а уже затем, исходя из собственного клинического опыта, врач может варьировать назначения. Нередко, когда я только провожу первичный осмотр и лечение как таковое ещё не назначено, пациент уже интересуется, а когда же оно закончится? Как вы понимаете, быстрого ответа на этот вопрос нет».

Евгений Насонов, главный специалист-ревматолог Минздрава России, академик РАН:

– Нам удалось соединить на одной площадке две важнейшие специальности – дерматологов и ревматологов. Процесс междисциплинарной интеграции стали уже приметой времени и крайне важно, что наша страна смогла эту тенденцию быстро перенять. Очевидно, что без тесного профессионального взаимодействия, даже при наличии инновационных лекарств, успеха в лечении не добиться. Необходимо поощрять преемственность, обмен опытом и знаниями между врачами в решении общих терапевтических задач.

Татьяна Коротаева, руководитель лаборатории диагностики и инновационных методов лечения псориазического артрита Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А.Насоновой, доктор медицинских наук:

– Федеральные клинические рекомендации или протоколы лечения больных с псориазическим артритом 2017 г. должны стать настольной книгой и

руководством к действию для всех специалистов, вовлеченных в процесс диагностики и лечения больных с псориазическим артритом, я имею в виду в первую очередь врачей – дерматологов и ревматологов. Включение в документ инновационных лекарственных средств, в том числе апремилласта, имеющих большой международный опыт применения в клинической практике, позволит значительно повысить результативность и безопасность лечения.

Георг Шетт, заведующий кафедрой терапевтической медицины Университета Эрлангена – Нюрнберга им. Фридриха Александра (Германия):

– Определяющее значение имеет ранняя диагностика псориазического артрита. И чем раньше будет начато лечение, тем больше надежды на благоприятный исход. Также необходимо проводить визуальный осмотр больного, поскольку многие люди порой не признаются врачу, что помимо болей в суставах их беспокоят кожные проблемы или же просто придают этому значения.

Таблица 5

Дозировки и способы введения препаратов для лечения остеопороза

Препараты	Дозировка	Режим и способ введения	Формы остеопороза, при которых используется
Бисфосфонаты			
Алендронат	Таблетка 70 мг	Внутрь один раз в неделю*	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин, Глюкокортикоидный ОП
Ризедронат	Таблетка 35 мг	Внутрь один раз в неделю*	Постменопаузальный ОП, Глюкокортикоидный ОП
Золедроновая кислота	Флакон 5 мг/100 мл	Внутривенно один раз в год	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин, Глюкокортикоидный ОП, профилактика новых переломов у мужчин и женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости
Ибандронат	Таблетка 150 мг	Внутрь один раз в месяц	Постменопаузальный ОП
	3 мг/3 мл в шприце	Внутривенно один раз в 3 месяца	Постменопаузальный ОП
Деносумаб			
Деносумаб	60 мг в шприце	Подкожно раз в 6 месяцев	Постменопаузальный ОП
Терипаратид			
Терипаратид	2,4 мл (1 мл – 250 мкг) в шприц-ручке (1 доза – 20 мкг)	Подкожно раз в день	Тяжёлый постменопаузальный ОП, Тяжёлый ОП у мужчин
Стронция ранелат			
Стронция ранелат	Порошок 2 г/саше	Внутрь раз в день	Тяжёлый постменопаузальный ОП, Тяжёлый ОП у мужчин

* для предупреждения побочных эффектов и лучшего всасывания обязательно соблюдать рекомендованный способ приёма пероральных бисфосфонатов: утром натощак за 40-60 минут до еды, запить полным стаканом воды, после приёма 40-60 минут не принимать горизонтальное положение

Основные принципы лечения ОП
 – лечение ОП должно проводиться в рекомендованном режиме не менее 3-5 лет (А),
 – лечение одновременно двумя препаратами патогенетического действия не проводится (В),
 – монотерапия препаратами кальция и витамина D не проводится (А),
 – лечение любым препаратом патогенетического действия должно сопровождаться назначением адекватных доз кальция (1000-1500 мг в сутки с учётом продуктов питания) (А) и витамина D (800-2000 МЕ в сутки) (А),
 – для достижения эффективности лечения важна приверженность пациента рекомендованному лечению как по продолжительности, так и по правильности приёма препарата (С).
Мониторинг состояния пациентов с ОП
 – оценка эффективности проводимого патогенетического лечения ОП проводится

с помощью аксиальной ДРА денситометрии через 1-3 года от начала терапии, но не чаще чем раз в год (D),
 – для динамической оценки рекомендуется использовать ДРА аппарат одного и того же производителя (В),
 – периферическая ДРА денситометрия не может использоваться для мониторинга эффективности лечения (D),
 – лечение эффективно, если МПК увеличилась или осталась на прежнем уровне (D),
 – продолжающаяся потеря костной массы по денситометрии или новый перелом кости могут свидетельствовать о плохой приверженности пациента рекомендованному лечению (D),
 – проведение рентгеноморфометрии позвоночника при подозрении на новые переломы позвонков (D),

Приложение 1

Перечень диагностических мероприятий в первичном звене здравоохранения

1. Клинические методы обследования		
1.1	Изучение жалоб и анамнеза	Цели: 1) выявление факторов риска остеопороза 2) выявление факторов риска падений 3) выявление клинических признаков переломов костей, в том числе переломов позвонков
1.2	Стандартное клиническое обследование	Цели: 1) выявление клинических признаков переломов костей, в том числе переломов позвонков 2) выявление возможных причин вторичного остеопороза 3) оценка риска падений
1.3	Консультации специалистов	В сложных случаях пациент может направляться на консультацию к специалисту, занимающемуся остеопорозом. Это может быть городской или областной (республиканский) центр (специализированный приём) по остеопорозу, а также ревматолог или эндокринолог
2. Лабораторные методы исследования		
2.1	Общий клинический анализ крови	При постановке диагноза
2.2	Кальций и фосфор сыворотки крови, общая щелочная фосфатаза	При постановке диагноза и перед началом патогенетической терапии контроль 1 раз в год
2.3	Клиренс креатинина	Перед началом патогенетической терапии, а также у всех лиц старше 65 лет для оценки риска падения
3. Инструментальные методы исследования		
3.1	Рентгенография грудного или поясничного отдела позвоночника	У пациентов с болью в спине, снижением роста на 2 см и более за 1-3 года наблюдения и на 4 см в сравнении с ростом в 25 лет для выявления остеопоротических переломов позвонков
3.2	Денситометрия	1) у всех женщин старше 65 лет, у всех мужчин старше 70 лет 2) у женщин в постменопаузе моложе 65 лет и у мужчин моложе 70 лет при наличии у них факторов риска остеопороза 3) в динамике для оценки эффективности патогенетического лечения остеопороза

Перечень лечебных мероприятий

Приложение 2

1. Немедикаментозная терапия		
1.1	Рекомендации по физической активности	Занятия лечебной физкультурой и ходьба должны рекомендоваться всем больным. При этом при каждом последующем визите должна поддерживаться мотивация пациентки к выполнению этих рекомендаций
1.2	Образовательные программы	Образовательные программы по остеопорозу рекомендованы всем пациентам с целью повышения приверженности лечению
1.3	Профилактика падений	Рекомендации пациенту по предупреждению падений являются важной составной частью лечения остеопороза
1.4	Ношение протекторов бедра пациентами с высоким риском перелома шейки бедра	Постоянное ношение протекторов бедра следует предлагать пациентам, имеющим высокий риск развития перелома шейки бедра и имеющим факторы риска падений
1.5	Ношение корсета пациентами с переломами позвонков	У пациентов с переломами позвонков жёсткие и полужёсткие корсеты снижают выраженность болевого синдрома
1.6	Лечение и предупреждение запора	Натуживание при запоре способствует усилению болевого синдрома при остеопоротических переломах позвонков
2. Медикаментозная терапия		
2.1	Симптоматическая терапия	У больных с болью в спине, вызванной остеопоротическими переломами позвонков, используются простые анальгетики, НПВП, миорелаксанты
2.2	Патогенетическая терапия	Используется монотерапия одним из следующих препаратов: – препараты первого выбора: бисфосфонаты, деносумаб, терипаратид – препараты второй линии: альфакальцидол, стронция ранелат
2.3	Препараты кальция и витамина D	Являются обязательным дополнительным компонентом любой схемы лечения остеопороза

– измерение уровней маркёров костного обмена возможно уже через 3 месяца лечения с целью прогноза эффективности лечения, изменение уровня маркёров на 30% и больше (снижение при антирезорбтивной терапии и увеличение при лечении терипаратидом) прогнозирует хорошую эффективность лечения (А).
Показания к консультации специалистов
 – подозрение на вторичный ОП (см. классификацию) или другую костную патологию,
 – трудности в подборе патогенетической терапии при сопутствующей патологии,
 – для проведения ДРА денситометрии (если это требуется по местным условиям).
Показания к госпитализации больного с ОП
 – ОП переломы, требующие оперативного лечения (D).
Профилактика остеопороза
 – с целью профилактики ОП рекомендуются адекватный приём кальция с пищей и достаточное поступление витамина D (А),
 – людям с риском ОП или доказанным дефицитом витамина D должны назначаться добавки витамина D 800 МЕ в сутки. При недостаточном потреблении кальция с пищей необходимы также добавки кальция. Продолжительность приёма кальция и витамина

D зависит от того, сохраняется ли риск либо дефицит (D),
 – активный образ жизни, физические упражнения и отказ от вредных привычек (D),
 – женщинам моложе 60 лет в постменопаузе с целью профилактики ОП дополнительно к вышеперечисленному может назначаться заместительная гормональная терапия женскими половыми гормонами независимо от наличия климактерических симптомов при условии низкого риска сердечно-сосудистых осложнений. Вопрос о назначении и длительности заместительной гормональной терапии решается гинекологом индивидуально для каждой пациентки с учётом противопоказаний и возможного риска осложнений (D),
 – с целью профилактики ПМОП у пациенток с остеопенией может применяться золедроновая кислота (В).

Ольга ЛЕСНЯК,
 заведующая кафедрой семейной медицины
 Уральской государственной
 медицинской академии, профессор.

Наталья ТОРОПЦОВА,
 заведующая лабораторией остеопороза
 Научно-исследовательского института
 ревматологии им. В.А.Насоновой,
 доктор медицинских наук.

Список сокращений

ДРА – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия
 ОП – остеопороз
 ГК – глюкокортикоиды
 ГКОП – глюкокортикоидный остеопороз
 ПМОП – постменопаузальный остеопороз
 МПК – минеральная плотность кости
 ИМТ – индекс масс тела
 КУС – костная ультрасонометрия
 СО – стандартное отклонение.
 Уровни доказательности, принятые при разработке данных рекомендаций
Коды по МКБ-10
 M80 Остеопороз с патологическим переломом
 M80.0 Постменопаузальный остеопороз с патологическим переломом
 M80.1 Остеопороз с патологическим переломом после удаления яичников
 M80.2 Остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью
 M80.3 Постхирургический остеопороз с патологическим переломом, вызванный нарушением всасывания в кишечнике
 M80.4 Лекарственный остеопороз с патологическим переломом
 При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX)
 M80.5 Идиопатический остеопороз с патологическим переломом
 M80.8 Другой остеопороз с патологическим переломом
 M80.9 Остеопороз с патологическим переломом неуточнённый
 M81 Остеопороз без патологического перелома
 M81.0 Постменопаузальный остеопороз
 M81.1 Остеопороз после удаления яичников
 M81.2 Остеопороз, вызванный обездвиженностью
 Исключена: атрофия Зудека (M89.0)
 M81.3 Постхирургический остеопороз, вызванный нарушением всасывания
 M81.4 Лекарственный остеопороз
 Для идентификации лекарственного средства используют дополнительный код внешних причин (класс XX)
 M81.5 Идиопатический остеопороз
 M81.6 Локализованный остеопороз (Лекена)
 Исключена: атрофия Зудека (M89.0)
 M81.8 Другие остеопорозы
 Старческий остеопороз
 M81.9 Остеопороз неуточнённый
 M82 Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках
 M82.0 Остеопороз при множественном миеломатозе (C90.0+)
 M82.1 Остеопороз при эндокринных нарушениях (E00-E34+)
 M82.8 Остеопороз при других болезнях, классифицированных в других рубриках

Сахарный диабет (СД) признан экспертами ВОЗ неинфекционной эпидемией и представляет собой серьёзную медико-социальную проблему. Так, в 2010 г. СД страдали около 6,4% (285 млн) жителей планеты. К 2030 г. ожидается увеличение количества больных до 7,7% (439 млн). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти больных СД, причём 90% больных страдают сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Развитие СД2 связано с 2-4-кратным увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний и мозгового инсульта у мужчин и 5-7-кратным – у женщин. Наличие СД сопряжено с существованием не одного, а одновременно нескольких факторов риска ИБС. При одном и том же числе имеющихся факторов риска смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД значительно выше.

Особенности ИБС при СД

К 50-летнему возрасту до 40-50% лиц с СД переносят по меньшей мере один острый коронарный синдром. Среди лиц без СД он случается лишь у 7% в этом возрасте. ИБС на фоне СД часто протекает бессимптомно (безболевая ишемия миокарда), вплоть до безболевых инфарктов. ИБС при СД чаще осложняется нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда, жизнеопасными нарушениями ритма, быстрее развивается застойная сердечная недостаточность.

Факторы риска неблагоприятных исходов ИБС при СД:

- гиперкалиемия; артериальная гипертензия (АГ); андроидное ожирение
- высокий уровень свободных жирных кислот в плазме
- диабетическая дислипидемия (высокие уровни триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП)
- диабетическая ретинопатия
- заболевания периферических артерий
- инсулинорезистентность
- отягощённый семейный анамнез, генетическая предрасположенность
- синдром гиперкоагуляции.

Ускоренное развитие ИБС при СД связано с:

- дисфункцией мелких коронарных артерий, снижением коронарного резерва
- диффузным поражением коронарных артерий
- снижением фибринолитической активности крови
- активацией агрегационной функции тромбоцитов
- дисфункцией вегетативной нервной системы, повышением болевого порога миокарда, учащением возникновения желудочковых аритмий.

ИБС при СД встречается в более молодом возрасте, часто носит безболевой характер, что затрудняет диагностику и терапию. При СД следует активно проводить скрининговые исследования для выявления ИБС (обычные и визуализирующие стресс-тесты, суточное ЭКГ-мониторирование), особенно при наличии дополнительных факторов риска (АГ, ожирение, курение, гиперлипидемия и др.). При наличии СД и ИБС следует использовать коронароангиографию.

Лечение

Немедикаментозные мероприятия:

- ✓ Снижение избыточной массы тела
- ✓ Повышение двигательной активности
- ✓ Соблюдение строгой диеты
- ✓ Отказ от курения.

Медикаментозная терапия:

- ✓ Снижение артериального давления (АД диастолическое < 85 мм рт.ст.)
 - ✓ Возможно применение большинства средств, за исключением альфа-адреноблокаторов
 - ✓ Целесообразно использовать комбинированную гипотензивную терапию
 - ✓ Использование кардиоселективных β-адреноблокаторов при СД
 - ✓ Гипотензивная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонистами рецепторов ангиотензина (АРА).
- Основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у

безболевых. Наличие «тотальных» микроангиопатий и невропатий при СД предопределяет формирование безболевых вариантов ИБС. Понятно развитие безболевых инфарктов миокарда, атипичных приступов стенокардии, протекающих с эквивалентами, и в форме нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности.

Особенности ИБС у больных СД

- одинаковая частота у мужчин и у женщин

В клиниках и лабораториях

С акцентом на патогенез

Особенности диагностики и лечения сердечной недостаточности при сахарном диабете



пациентов с СД2 является диабетическая дислипидемия – повышение уровня триглицеридов, низкий уровень ХС ЛПВП, увеличение количества плотных частиц ХС ЛПНП, которые повышают атерогенный риск. Указанные изменения играют существенную роль в развитии атеросклероза и делают пациентов с СД максимально уязвимыми для ИБС, инсульта, болезни периферических сосудов. Наиболее частым проявлением дислипидемии при СД является повышение уровня триглицеридов (липопротеинов очень низкой плотности), повышение фракции малых плотных ХС ЛПНП и снижение концентрации ХС ЛПВП – «липидная триада», являющаяся типом атерогенной дислипидемии, которая не зависит от повышенного уровня общего ХС и ХС ЛПНП.

При дислипидемии развитие атеросклероза происходит без одновременного повышения уровня ХС ЛПНП. Контроль гликемии у пациентов с СД2 не всегда ведёт к нормализации повышенного уровня триглицеридов и сниженного содержания ХС ЛПВП по сравнению с лицами без СД. По данным Американской диабетической ассоциации, не менее 50% больных СД2 имеют уровень триглицеридов 2,3 ммоль/л, у 85-90% – 4,5 ммоль/л. Для пациентов с ИБС при СД2 показатель агрессивное течение атеросклероза коронарных артерий, что требует применения комбинированной гиполипидемической терапии (статины + фибраты).

Риск комбинированного неблагоприятного исхода (смерть, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, госпитализация из-за стенокардии) на фоне лечения фенофибратом (200 мг/сут.) снизился на 23%, что было показано в испытании DAJS. При выборе гиполипидемического препарата пациентам с СД фибраты могут служить альтернативой статинам. На долю атеросклеротических поражений приходится до 75% всех госпитализаций по поводу диабетических осложнений.

При СД принципиально возможно возникновение всех форм ИБС, как болевых, так и особенно

- высокая частота безболевых форм ИБС (безболевые ишемия миокарда, инфаркт миокарда)
- частое развитие постинфарктных осложнений
- смертность в остром (10 дней) и подостром (4-8 недель) периодах инфаркта миокарда в 2 раза превышает таковую у лиц без СД.

У больных СД в 2 раза чаще встречается безболевой инфаркт миокарда, что связывают с автономной кардиальной невропатией. Особого внимания при СД заслуживает форма ИБС – безболевая ишемия миокарда. Она заключается в преходящих нарушениях метаболизма, функции, перфузии, электрической активности миокарда, которые не проявляются приступами стенокардии или её эквивалентами.

В условиях СД следует стремиться к возможной ликвидации всех эпизодов ишемии миокарда, а не только купирования типичных приступов стенокардии (избавление от «общего ишемического бремени» – total ischemic burden). Этого в определённой мере можно достичь путём снижения частоты и продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST при холтеровском мониторинге ЭКГ, которое должно шире использоваться у пациентов СД для оценки эффективности антиишемического лечения.

Ведущая роль в развитии сосудистых осложнений СД принадлежит хронической гипергликемии, способствующей нарушению липидного обмена и эндотелиальной дисфункции. В лечении и профилактике сосудистых осложнений СД следует стремиться к компенсации углеводного обмена. По-видимому, контроль гипергликемии играет ведущую роль в снижении сердечно-сосудистой смертности у больных СД2.

Самый ранний маркер поражения почек при СД – микроальбуминурия. Обнаружение её при СД2 является предвестником нефропатии и существенным фактором риска формирования сердечно-сосудистой патологии.

Фремингемское исследование достаточно убедительно подтвер-

дило повышение риска развития сердечной недостаточности у больных СД: у мужчин – в 4 раза, у женщин – в 8 раз чаще, чем у лиц без СД. Наличие сердечной недостаточности, по данным отечественных исследований, является существенным предиктором развития в дальнейшем СД. В общей популяции распространённость СД составляет 2,9%, а среди больных с сердечной недостаточностью III-IV функционального класса – 15,8%. При хронической сердечной недо-

статочности наличие СД2 заметно ухудшает прогноз, особенно у женщин (на 45%).

статочности наличие СД2 заметно ухудшает прогноз, особенно у женщин (на 45%). При низкой фракции выброса и гипотонии неблагоприятный прогноз определяется выраженностью хронической сердечной недостаточности.

При СД изменения в сосудах сердца проявляются в виде микроангиопатий, нарушается микроциркуляция с морфофункциональными изменениями миокарда. Снижается сократительная способность с тенденцией к развитию декомпенсации кровообращения. Изменяется также неврогенная регуляция сердца – диабетическая вегетоневропатия. При длительном течении СД, особенно 2-го типа, атеросклеротические изменения касаются не только магистральных артерий, но и артерий среднего и малого калибра.

У больных СД2 выражена гипертрофия миокарда, способствующая нарушению коронарного кровообращения.

Прогрессирование гипертрофии и дилатации левого желудочка снижает его сократительную функцию. Как следствие, происходит напряжение его стенок во время систолы, что способствует увеличению потребности миокарда в кислороде, развитию кардиосклероза. Диабетическая кардиальная вегетоневропатия сопровождается тахикардией; при СД нередко развивается гиперкинетический вариант центральной гемодинамики с увеличением объёма циркулирующей крови.

увеличению уровня инсулина как маркера развития инсулинорезистентности, что ухудшает прогноз для этой группы больных.

Диабетическая микроангиопатия в своей основе связана с нарушением метаболизма кардиомиоцитов, имеют значение также диабетическая вегетоневропатия и микроангиопатия.

Кардиальные нарушения у больных СД2 характеризуются также нарушением диастолической функции левого желудочка. Для микро-

альбуминурии – стадии диабетической нефропатии – характерны гипертрофия и диастолическая дисфункция ЛЖ, снижение глобальной сократительной способности миокарда.

Гиперкалиемия, инсулинорезистентность и гиперинсулинемия способствуют диффузному повреждению эндотелия, развитию дислипидемии и окислительному стрессу, приводя к формированию атеросклеротических бляшек с возможным разрывом их фиброзной покрышки. Диабетическая кардиомиопатия сопровождается микроангиопатиями сосудов сердца, нарушениями микроциркуляции с последующими функциональными и морфологическими изменениями миокарда, что проявляется гипертрофией кардиомиоцитов, миокардиальным фиброзом. Повышенное содержание коллагена в миокарде, гипертрофия ЛЖ приводят к потере эластичности ригидности сердечной мышцы.

В формировании поражения сердца при СД принимают участие ряд патогенетических механизмов – макроангиопатия с атеросклерозом коронарных артерий, нарушение метаболизма миокарда, расстройства микроциркуляции в форме диабетической микроангиопатии. Поражение сердца при СД требует «агрессивного» профилактического и лечебного воздействия.

Действие гиперинсулинемии и инсулинорезистентности на формирование атеросклероза в

Тактика гиполипидемической терапии у больных СД 2-го типа

Снижение ХС ЛПНП	Ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы (статины)
Повышение ХС ЛПВП	
Снижение триглицеридов	Контроль уровня глюкозы Фибраты Статины при сочетании ГТГМ, высокого уровня ХС ЛПНП
Сочетанная гиперлипидемия	Улучшение контроля глюкозы + статины Улучшение контроля глюкозы + статины + фибраты Улучшение контроля глюкозы крови статины + никотиновая кислота

Недостаточность кровообращения при СД может быть обусловлена:

- уменьшением количества миокарда с нормальными сократительными волокнами;
- невризмой левого желудочка после инфаркта миокарда;
- митральной регургитацией вследствие дисфункции папиллярных мышц.

Инсулинорезистентность увеличивает риск развития осложнённого инфаркта миокарда и повторных кардиоваскулярных событий. Нарушения углеводного обмена как фактор риска развития инфаркта миокарда имеют большое значение для женщин, с возрастом увеличивается число пациенток с нарушением толерантности к глюкозе и СД2, имеется тенденция

большей мере связано с их влиянием на процессы свёртывания крови – увеличивается агрегация тромбоцитов, снижается фибринолитическая активность, повышаются синтез и активность ингибитора активатора тканевого плазминогена-1.

Лечение АГ у больных СД2 признаётся одним из эффективных средств снижения риска макрососудистых осложнений. У больных СД уменьшение частоты развития ИБС, инсульта, диабетической нефропатии достигалось при снижении АД < 140/90 мм рт.ст.

Мероприятия по ограничению потребления натрия, алкоголя, регулярное употребление овощей, фруктов, обезжиренных молочных продуктов, повышение физической активности способны снижать АД,

они чаще являются фоном для медикаментозной терапии, которая рекомендуется при САД > 140 мм рт.ст. и/или ДАД > 90 мм рт.ст.

Снижение АД антигипертензивными препаратами – иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, β-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция – приводит к уменьшению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных СД. Прогностическая польза активной антигипертензивной терапии у больных с впервые выявленным СД2 установлена в исследовании UKPDS.

Наиболее часто АГ и сердечно-сосудистые заболевания развиваются на фоне уже существующего СД2, поскольку органы-мишени для АГ и СД одни и те же: миокард, венечные артерии, сосуды мозга, почек и сетчатки. При подобном сочетании частота развития ИБС возрастает в 3,5-4 раза, острого нарушения мозгового кровообращения – в 3 раза, хронической почечной недостаточности – в 30 раз, полной потери зрения вследствие ретинопатии – в 4-5 раз по сравнению с изолированным эффектом АГ. Контроль уровня АД, по данным Международной федерации по диабету (1999), способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных СД2 на 51%.

Основной причиной взаимоусиливающего воздействия АГ и СД на органы-мишени является повышенная ранимость сосудистого эндотелия, который в условиях сопутствующего СД подвергается действию не только повышенного АД, но и хронической гипергликемии, конечных продуктов гликозилирования и влиянию окислительного стресса.

Выработаны более жесткие требования к контролю АД при СД. Величина АД при СД не должна превышать 130/80 мм рт.ст., а при наличии выраженной нефропатии – 125/75 мм рт.ст. При таких требованиях удаётся затормозить прогрессирование сосудистых осложнений при СД.

В исследовании DIGAMI инфузия глюкозоинсулиновой смеси с последующим 3-месячным курсом подкожных инъекций высоких доз инсулина приводила к значительному улучшению прогноза больных СД, перенёсших инфаркт миокарда.

Целью антилипидного лечения является достижение уровня общего ХС < 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП < 2,6 ммоль/л. Оптимальный уровень ХС ЛПВП > 1,02 ммоль/л у мужчин, > 1,28 ммоль/л у женщин. Существенным считается достижение концентрации триглицеридов < 1,7 ммоль/л.

Результаты собственных исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности применения ряда β-адреноблокаторов у больных с СД. Предпочтительно использование высокоселективных препаратов. Они не оказывают негативного влияния на чувствительность тканей к инсулину и липидный обмен. Следовательно, не обладают диабетогенным действием.

У больных СД с ИБС применение высокоселективных Р-адреноблокаторов эффективно и способствует снижению смертности при остром коронарном синдроме (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда). Ведущая роль принадлежит статинам в плане снижения ХС ЛПНП; фибраты особенно эффективны в уменьшении уровня триглицеридов и увеличении уровня ХС ЛПВП. Пациентам со смешанной гиперлипидемией показано назначение комбинированной терапии (статины + фибраты).

Учитывая выраженность нарушения сократительной функции сердца при СД (ФВ < 50-45%), частоту наступления токсических явлений, нами ограниченно использовались сердечные гликозиды. Была показана возможность их рациональной замены иАПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина блокаторами кальциевых каналов и др. Основными средствами лечения сердечной недостаточности при СД являются иАПФ и антагонисты

рецепторов ангиотензина, эффективность которых превосходит, по данным ФАСОН, терапию декомпенсации кровообращения у пациентов без СД.

В метаанализе (исследование SAPP), посвящённом сравнению эффективности иАПФ, β-адреноблокаторов, антагонистов кальция и диуретиков при лечении больных с сердечной недостаточностью и СД2, было показано, что назначение иАПФ достоверно снижает риск острого инфаркта миокарда на 48% и сердечно-сосудистых осложнений на 32%.

Представители класса антагонистов рецепторов ангиотензина имеют определённые предпочтения при ряде клинических ситуаций: гипертрофии левого желудочка, АГ, микроальбуминурии, поражении почек, инфаркте миокарда, хронической сердечной недостаточности, метаболическом синдроме, СД, побочных эффектах при приёме иАПФ. Широкий набор заболеваний и состояний, многие из которых имеются при СД, делают использование антагонистов рецепторов ангиотензина весьма рациональным при осложнённых формах СД.

Принципиальные отличия блокаторов рецепторов ангиотензина от иАПФ

- Дают альтернативный путь воздействия на ренин-ангиотензин – альдостероновую систему на рецепторном уровне
- Не влияют на систему брадикардии и других пептидов
- Селективно воздействуют только на рецепторы ангиотензина-1 (АТ1) и тем самым блокируют его негативные эффекты, не подавляя активности АТ2-рецепторов
- Улучшают липидный профиль крови через снижение концентрации атерогенных липидов и увеличение ХС ЛПВП
- Снижают толерантность к глюкозе через увеличение чувствительности клеточных рецепторов к инсулину, что ведёт к снижению вязкости крови.

Применяют также β-адреноблокаторы. Приоритетными являются современные кардиоселективные и неселективные β-адреноблокаторы со свойствами не прямых вазодилаторов. Гемодинамические их эффекты заключаются в снижении общего периферического сопротивления сосудов и преднагрузки, в увеличении сердечного выброса без рефлекторной тахикардии. Кроме того, препараты данной группы обладают антиоксидантной и антиаритмической активностью, имеют вазопротекторный эффект. Перечисленные свойства делают эти медикаменты весьма полезными при сочетании СД и хронической сердечной недостаточности.

Антагонисты кальция снижают частоту и продолжительность безболевой ишемии миокарда. Предпочтительнее использование вазоселективных и долгодействующих антагонистов кальция, не вызывающих рефлекторную тахикардию, увеличение уровня катехоламинов и проишемического эффекта. Кроме того, антагонисты кальция метаболически нейтральны, обладают антиатерогенным действием.

Среди диуретиков используются калийсберегающие средства; осторожно следует назначать петлевые и тиазидные диуретики под контролем показателей углеводного обмена и уровня калия в крови. Целесообразно также применение метаболических средств.

Таким образом, лечение ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у пациентов с СД имеют определённые патогенетические особенности, которые следует учитывать при проведении рациональной терапии.

Михаил ГУРЕВИЧ, профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук.

Ситуация

Оперировать или нет?

«Агрессивный» подход не всегда оправдан даже при хирургической патологии

Практикуемые в российской панкреатологии подходы к лечению больных хроническим панкреатитом с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки (ранее использовался термин «дуоденальная дистрофия») могут и должны быть пересмотрены. Убедительные доказательства этого получили специалисты Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России, которые провели первое в нашей стране научное исследование, посвящённое применению консервативных методов лечения при дуоденальной дистрофии. Подробнее о данной научной работе и её результатах рассказывает заведующий отделением абдоминальной хирургии № 1 Института хирургии им. А.В.Вишневского, доктор медицинских наук, профессор Андрей КРИГЕР.

– Мы начали заниматься этой темой 10 лет назад, и за это время в отделении пролечены более 90 пациентов с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки. Накопленный материал даёт нам возможность делать научно обоснованные выводы.

Изначально перед нами стояла задача выяснить, является ли дуоденальная дистрофия самостоятельной патологией, либо же это осложнение хронического панкреатита. Как мы теперь понимаем, от ответа на данный вопрос зависит, каким может быть арсенал методов лечения.

Клинические проявления кистозно-воспалительной трансформации у всех наших пациентов не отличались от проявлений хронического панкреатита: болевой и диспепсический синдромы, сопровождающиеся потерей массы тела. Микроскопическое исследование операционного материала с учётом нашего опыта и данной литературы позволяет расценивать строение двенадцатиперстной кишки у данной категории больных как вариант нормы. При морфологическом исследовании препаратов ткани поджелудочной железы, полученных нами после 78 операций, сопровождавшихся её резекцией, оказалось, что изменения во всех случаях соответствовали классической картине хронического панкреатита.

Таким образом, можно с уверенностью говорить, что кистозно-воспалительная трансформация двенадцатиперстной кишки – это не самостоятельное заболевание, а осложнение хронического панкреатита. Именно такой ответ является обоснованием для возможности приме-

нения консервативной тактики лечения больных с дуоденальной дистрофией.

В нашей стране традиционно основным вариантом в отношении данной патологии является хирургическое вмешательство. Но всегда ли «агрессивный» подход необходим и оправдан, учитывая высокий процент послеоперационных осложнений?

В своих рассуждениях мы опирались на анализ большого массива данных лучевой диагностики и морфологических исследований. В том случае, если имеются только изменения стенки двенадцатиперстной кишки, а поджелудочная железа не изменена, вероятность возникновения послеоперационного панкреатита близка к ста процентам, поскольку железа ферментативно активна. А послеоперационный панкреатит – это несостоятельность швов и, как следствие, кровотечение. Одним словом, все усилия хирургов и страдания пациентов напрасны.

Следовательно, когда железа не изменена, можно лечить больного консервативно. Именно такой тактики мы придерживаемся в отношении части пациентов с дуоденальной дистрофией, если у них нет других осложнений хронического панкреатита. К настоящему времени пролечены консервативно 10 больных. Схема лечения стандартная: противовоспалительная терапия, подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы и строгая диета. У 4 пациентов удовлетворительный клинический эффект достигнут после выполнения минимально-инвазивных внутрисосудистых эндоскопических вмешательств.



Отдалённые результаты (срок наблюдения 2-3 года) во всех случаях хорошие. Большинство этих пациентов – люди трудоспособного возраста, после лечения они по-прежнему социально активны.

Кстати, в поисках ответа на вопрос, возможна ли альтернатива агрессивному подходу, мы стали изучать мировой опыт и выяснили, что клиники в Вероне (Италия) и Клиши (Франция), являющиеся признанными европейскими лидерами в лечении больных хроническим панкреатитом, тоже практикуют не только хирургические, но и консервативные методы. Это может служить дополнительным аргументом для наших оппонентов, которые настаивают на хирургическом подходе как единственно возможном в отношении пациентов с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки.

Часть больных с дуоденальной дистрофией мы всё же оперируем. Показанием к операции является наличие помимо кистозной трансформации стенки двенадцатиперстной кишки ещё и других осложнений хронического панкреатита: вирусноглистаза, билиарной, портальной гипертензий. В этих случаях нет предмета для спора, необходимо выполнять панкреатодуоденальную резекцию.

Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Сотрудничество

Медиков связал телемост

Для представителей первичного звена медучреждений в Южно-Сахалинске состоялась научно-практическая конференция «Скрининг, диагностика и лечение социально значимых форм злокачественных новообразований», сообщили в Минздраве Сахалинской области. С докладами выступили профессор Тихоокеанского государственного медицинского университета (ТГМУ). Длительность конференции – 6 часов. В ходе лекций была возможность пообщаться с коллегами из Владивостока – в режиме телемоста на связь выходили преподаватели вуза.

– Социально значимые – это наиболее часто встречаемые, те, которые приносят больше всего негативных последствий, – объяснил профессор института хирургии ТГМУ Владимир Апанасевич. – Рак

молочной железы, шейки матки, поджелудочной железы, печени, лёгкого, ободочной кишки, желудка. В большинстве случаев мы можем вовремя диагностировать это заболевание и успешно лечить. Самая главная задача – вовремя поставить диагноз. Онкологи все эти вещи знают, а врачи первичного звена смогут почерпнуть для себя много значимого. Как поступать в определённых ситуациях. Вот мы и рассказываем об этом терапевтам, хирургам, врачам других специализаций. Также знакомим их с основными положениями лечения.

Система видеосвязи позволила присоединиться к процессу и представителям центральных районных больниц региона. А в зале Южно-Сахалинской городской больницы им. Ф.С.Анкудинова вместе с врачами лечебных учреждений с особенностями диагностики онкологических заболеваний

знакомились студенты сахалинской базовой кафедры ТГМУ.

– От хорошей и грамотной работы первичного звена очень многое зависит, – подчеркнул В.Апанасевич. – И здесь очень велика роль врачей первичного звена. Одно дело, когда человеку могут установить верный диагноз в своей поликлинике, и другое, когда ему надо ехать только за консультацией сотни километров. Замечательно, что в отличие от многих регионов у вас есть система дистанционного консультирования. На связи с ЦРБ находятся врачи консультативно-диагностического центра. Есть возможность обсудить каждый сложный случай и поставить диагноз.

Конференция организована в рамках соглашения о сотрудничестве между правительством Сахалинской области и ТГМУ.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».
Южно-Сахалинск.

В решении актуальных проблем профессионалам помогает межотраслевое, межведомственное, межсекторальное сотрудничество. Это напрямую касается преодоления такой большой угрозы, которую представляет туберкулез в современном обществе. В Саратове одним из механизмов «наведения мостов» между заинтересованными структурами служат межрегиональные научно-практические форумы по актуальным вопросам фтизиатрии, целью которых является обеспечение «единого здоровья» населения.

В тёплых стенах «Богемии»

Недавно в Поволжье родилась новая традиция. Статус ежегодной обрела конференция, посвящённая памяти известного в нашей стране и за рубежом фтизиатра, члена-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки РФ Владислава Всеволодовича Ерохина и получившая название «Ерохинские чтения». Произошло это с лёгкой руки продолжателя его научных идей, главного врача Саратовского областного клинического противотуберкулёзного диспансера, заведующей кафедрой фтизиатрии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского, главного фтизиатра Минздрава Саратовской области, профессора, заслуженного врача РФ Татьяны Морозовой.

В очередной раз представители разных специальностей, друзья, единомышленники, обеспокоенные проблемой туберкулёза, собрались в конференц-зале отеля «Богемия» на Вавилова». И отнюдь не случайно: именно в этих гостеприимных стенах в октябре 2013 г. состоялось последнее выступление Владислава Всеволодовича. Специально к очередной встрече саратовцы подготовили новый видеоролик о жизни и деятельности В.Ерохина, после чего собравшиеся минутой молчания почтили память выдающегося коллеги.

В.Ерохин был крупной фигурой во фтизиатрии, учёным, прекрасным клиницистом, организатором здравоохранения, педагогом, создателем научной школы морфологов, основные труды которого вошли в историю медицины. Большое внимание уделял развитию международного сотрудничества, стоял у истоков создания на базе Центрального НИИ туберкулёза Сотрудничающего центра ВОЗ в РФ. А ещё был добрым, интеллигентным, демократичным, отзывчивым человеком. Необыкновенное человеколюбие — именно эта черта характера подкупала в нём всех, в том числе и журналистов «Медицинской газеты», с которыми он дружил на протяжении десятилетий. При этом в науке он был твёрдым, даже жёстким, всегда требовал, чтобы научные доказательства были на первом плане. И по сей день масштаб личности В.Ерохина, его научное наследие определяют тренды отечественной фтизиатрии.

Со знаком качества

Несмотря на отдалённость, Саратов исторически не считался заштатным, захолустным городом. Традиционно его именуют неофициальной столицей Поволжья. В связи с этим в 1891 г. С.Краснодубровский в книге «Рассказ про старые годы Саратова» свидетельствовал: «В России есть только 3 города, которые по быстроте своего развития превосходят Саратов, — это Петербург, Одесса и Харьков...» Конечно, такой статус остался в прошлом, тем не менее, по версии Forbes, по привлекательности для бизнеса в 2013 г. Саратов занял 10-е место среди 30 городов РФ. И хотя он не блещет большими успехами, перспективы имеются, прежде всего в интеллектуальной и научной сферах.

«Саратовская модель» фтизиатрической службы традиционно отличается своей результативностью. Достижения здешних специалистов в рекламе не нуждаются, это как своеобразный знак качества: «Сделано в Саратове». Конечно, даже с учётом территориальной компоненты трудно найти что-то сверхновое в саратовских программах оказания противотуберкулёзной помощи: они включают все разделы, начиная от выявления, диагностики, лечения,

профилактики и заканчивая реабилитацией пациентов и санаторно-курортным этапом. Это реализует любой регион. И тем не менее у саратовцев свои «секреты» успеха...

Один из них кроется в тесном взаимодействии фтизиослужбы (при поддержке региональной власти и Минздрава области) со всеми министерствами и ведомствами, Саратовским государственным медицинским университетом им. В.И.Разумовского, врачами различных специальностей, прежде всего общей лечебной сети.

Ещё один «секрет» — в личности руководителя Т.Морозовой. Татьяна Ивановна — почётный работник выс-

которая здесь столь же актуальна, как и во всей России.

— Нам приятно осознавать, — отметила докладчик, — что благодаря имени и авторитету В.Ерохина на саратовской земле собралась многочисленная аудитория российских специалистов высокого уровня. Приехали члены семьи — верная спутница и супруга Владислава Всеволодовича Людмила Сергеевна, их дочь, ведущий научный сотрудник ЦНИИТ, доцент кафедры клеточной биологии и гистологии МГУ им. М.В.Ломоносова, кандидат биологических наук Мария Владиславовна. Региональная модель противотуберкулёзной службы

вёл в стенах ЦНИИТ, долгое время руководил этим учреждением, его коллективом. И всегда продолжал заниматься научной деятельностью. Мы дружили полвека, вместе работали, общались на разные темы. Это был талантливый учёный и замечательный человек, личность. Он никогда не занимался подковёрной борьбой, всегда поддерживал талантливых людей. Хочу поблагодарить руководство регионального здравоохранения и в первую очередь Т.Морозову за глубокую память о нашем выдающемся коллеге.

Как положительное начинание директор Центрального НИИ туберкулёза, доктор медицинских

явленного туберкулёза. Серьёзно занимаясь этой проблемой, можно выявлять значительно больше. По результатам исследований, проведённых учёными в 22 странах мира, являющихся основными «поставщиками» заболевания, оказалось, что мы пропускаем 65% туберкулёза. Вот почему при ВОЗ создана рабочая группа, которая занимается проблемами фтизиопедиатрии. Издано множество методических руководств, являющихся единым документом для педиатров. Оценивая ситуацию в РФ, следует заметить, что эпидпоказатели у нас снижаются во всех возрастных группах детского населения. Все

Итоги и прогнозы

Земля, богатая талантами

В Саратове во второй раз прошла научно-практическая конференция фтизиатров, посвящённая памяти Владислава Ерохина

шего профессионального образования РФ, внесена в книгу «Лучшие люди России», отмечена почётным знаком губернатора Саратовской области «За милосердие и благотворительность» и т.д. В 2016 г. награждена грамотой Президента РФ.

— Как известно, наша земля так богата талантами, что саратовцы всегда в авангарде российской медицины, — размышляет Татьяна Ивановна. — Высокоорганизованность, ясное осознание задач современных медицинских и образовательных процессов развития отрасли, интерес к профессии, нацеленность на положительный результат в лечении пациентов и в образовании новых поколений врачей — такие уроки преподает мне учителя-земляки и, конечно же, Владислав Всеволодович, у которых я непрестанно училась.

Надо подчеркнуть, что фтизиатры Приволжского федерального округа и кафедра фтизиатрии Саратовского ГМУ всегда активно сотрудничали с головным учреждением — Центральным НИИ туберкулёза, особенно когда В.Ерохин был его директором, проводили множество совместных научных исследований, участвовали в научно-практических конференциях. Сегодня в областном диспансере трудятся свыше 500 сотрудников. За эффективную работу он внесён в федеральный реестр Всероссийской книги почёта, награждён переходящим штандартом губернатора области.

На открытии межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы фтизиопульмонологии» Т.Морозова сказала проникновенное слово о своём наставнике и друге:

— Владислав Всеволодович — наш земляк, и саратовцев называл своими землячками. Хотя он был рождён в Уссурийске Приморского края в семье военнослужащего, впоследствии судьба переселила эту семью в Саратов, где прошли его детство, школьные и студенческие годы. Окончил наш медицинский институт, был первым клиническим ординатором кафедры туберкулёза, здесь дан старт его фтизиатрической и научной карьеры. Оттого-то Саратов он и считал своей малой родиной, часто приезжал сюда. Он оставил большое наследие — в своих трудах, учениках, выводах.

Из первых рук

Конференция — это обмен опытом, обогащение новым багажом знаний, живое общение как в официальной, так и дружеской обстановке. Участники «Ерохинских чтений» смогли из первых рук получить большой объём современной информации, причём вся она в той или иной мере преподавалась через личность выдающегося фтизиатра. На форуме был озвучен ряд серьёзных докладов, что также свидетельствует об уважении к личности В.Ерохина.

Первый заместитель министра здравоохранения Саратовской области Наталья Мазина подчеркнула, что в регионе пристальное внимание уделяется проблеме туберкулёза,



А.Эргешов приветствует участников конференции

целиком и полностью согласуются с федеральными подходами. У нас есть определённые достижения. Мы отмечаем активный интерес к нашей работе и к конференции со стороны Москвы. Но самое главное — мы понимаем, что с туберкулёзом надо бороться сообща, активно заниматься ранним выявлением заболевания, проводить адекватное лечение, наблюдение, медико-социальное сопровождение, выполнять все обязательства, которые взяло на себя государство перед этой категорией пациентов. И мы следуем такому подходу.

Проректор по научной работе Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского, доктор медицинских наук, профессор Юрий Черненко отметил высокую научную составляющую «Ерохинских чтений». Она несомненна, подчеркнул выступавший, поскольку во фтизиатрии, по сути, отражаются все проблемы клинической медицины — полирезистентности, сложности диагностики, эффективности лечения, коморбидности, в том числе у больных с сопутствующими социально значимыми заболеваниями, в частности с ВИЧ-инфекцией и т.д. Как детский врач особое внимание коллег он акцентировал на фтизиопедиатрических аспектах. В заключение подчеркнул, что применительно к палочке Коха часто звучат слова «борьба» и «противодействие», а потому пожелал всем победы в столь непростой битве, которую нельзя затыкать, и напомнил о необходимости оказания больным, страдающим туберкулёзом, плановой и эффективной помощи.

Научный руководитель Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом академик РАН Виталий Литвинов осветил состояние глобальной фтизиатрической проблемы лекарственной устойчивости микобактерии туберкулёза и нетуберкулёзных микобактерий. Кстати, Виталий Ильич также по праву считает себя саратовцем, поскольку в течение года обучался в Саратовском медицинском институте.

— Думается, Владислав Всеволодович был бы рад в очередной раз встретиться с нами, послушать представленные доклады, — отметил он. — Он был профессиональным учёным, что редко о ком можно сказать, несмотря на звания и учёные степени. Фактически всю свою профессиональную жизнь он про-

нау, профессор Атаджан Эргешов отметил то, что инициатива проведения «Ерохинских чтений» исходит из регионов, в частности из Саратова. Своё выступление докладчик посвятил вкладу отечественной фтизиатрии в международные интеграционные процессы борьбы с туберкулёзом. Это инфекционное заболевание не имеет границ, а потому добиться успеха в его ликвидации невозможно в отдельно взятой стране, необходимо объединяться. Сейчас фтизиослужба работает в русле стратегии ВОЗ, направленной на искоренение заболевания к 2035 г. Атаджан Эргешович затронул важную для России тему эффективности лечения. На данный момент она очень низка, едва превышает 40%, при этом количество больных с МЛУ/ШЛУ-ТБ неуклонно нарастает. Лишь объединив усилия на международном и государственном уровне, создав новые вакцины, внедрив эффективные противотуберкулёзные препараты (в том числе отечественные), можно рассчитывать на победу над этим грозным заболеванием.

Главный детский фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Валентина Аксёнова, работавшая с Владиславом Всеволодовичем с 1981 г. и решавшая с ним насущные проблемы фтизиослужбы, выразила уверенность в долгой и счастливой судьбе «Ерохинских чтений». Приветствуя от себя и от имени главного фтизиатра Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Ирины Васильевой, Валентина Александровна отметила, что В.Ерохин относится к числу ведущих учёных не только нашей страны, но и мира. Он являлся образцом служения специальности, на любой вопрос находил взвешанный ответ, всегда мог дать дельный совет.

— Объявлена амбициозная стратегия — справиться с туберкулёзом к 2035 г., — подчеркнула она. — Мы должны стараться достичь этой цели. Каков вклад нас, педиатров, в решение этой задачи? Считается, что количество детей, болеющих туберкулёзом, — ничтожно. Однако это 25% всего населения! Если начать бороться за людей с детского возраста, это поможет нам в реализации стратегии ВОЗ по элиминации данного заболевания. Сегодня на датское население приходится 10% всего впервые вы-

реже выявляются тяжёлые формы заболевания. В мире ежегодно умирают 140 тыс. детей, а в нашей огромной стране — 12 тыс. Это большое достижение фтизиопедиатрической службы. Препараты для выявления туберкулёза со временем меняются. В XXI веке благодаря прогрессу появились новые подходы к выявлению, диагностике, иммунодиагностике, расшифрован геном микобактерии туберкулёза. В связи с этим нам поступили современные диагностические методы, в частности диаскинтест. Хорошо известно, что всё новое с трудностями входит в практику, но бояться этого не следует. Практически 70% субъектов Федерации перешли на современные технологии. За ними — будущее.

Эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу в РФ и прогноз её развития представила руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза в РФ, доктор медицинских наук, профессор Ольга Нечаева. Директор Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом, доктор медицинских наук, профессор Елена Богородская познакомила коллег с опытом работы столичных специалистов по выявлению больных в группах риска. Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, доктор медицинских наук, профессор Алексей Елькин сделал доклад о неотложной хирургии осложнённого туберкулёза лёгких. Внимание участников конференции привлёк обстоятельный доклад дочери Владислава Всеволодовича Марии Ерохиной о феномене резистентности соматических клеток к противотуберкулёзным препаратам.

* * *

Съехавшиеся в Саратов специалисты ещё раз продемонстрировали, что дело учителей, в том числе В.Ерохина, продолжается, и в ответственности — сила отечественной фтизиослужбы. Опираясь на результаты многолетних исследований, нынешнее поколение учёных и практиков развивает накопленный опыт и знания, внедряет инновационные подходы к организации борьбы с туберкулёзом. «Ерохинские чтения» стали той площадкой, где в ходе обмена взглядами, мнениями формируется консолидированная позиция по вопросам совершенствования медицинской помощи больным туберкулёзом. Вне сомнения, объединение усилий регионов способствует устранению туберкулёза как проблемы общественного здравоохранения. А это так важно на современном этапе, когда палочка Коха, являясь бедой международного масштаба, бросает новые вызовы человечеству.

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

Саратов — Москва.

Новые подходы

Карл Линней изменил наше видение окружающего мира, введя бинарную номенклатуру (сравни: бином-двучлен, бинокль, бигамия-двоеженство), в которой вид определяется существительным и прилагательным, например *Penicillium notatum*. Расширение технологических возможностей, связанное с бинарностью, вдохновляет учёных на создание средств для борьбы с недугами.

Начнём с открытия Е.Дерюгиной из Исследовательского института в калифорнийском городе Ла-Джолла (Ла-Холья), установившей, что опухолевые клетки проникают в сосуды (осуществляют интравасацию), образуя в центре опухоли. Для доказательства своей правоты, идущей вразрез с мнением дутых авторитетов, они с коллегой по институту «пометили» клетки с помощью флуоресцентного протеина, после чего осуществили 3D-локацию всех сосудов, что и позволило им понять, где происходит клеточное «внедрение». Учёные сами удивились тому, что большая часть клеток входит в сосуды опухолевой «сердцевины», где стенки новообразованных сосудов более проницаемы. Авторы также доказали, что хорошим индикатором проникновения является уровень эпидермального фактора роста (EGF) и белковых рецепторов на клеточной поверхности (действие моноклональных антител при лечении опухолей молочной железы направлено против этих рецепторов). Ещё Е.Дерюгина открыла, что проникновению клеток в сосуды помогают отвечающие за воспаление лейкоциты, которые и в норме входят и выходят из сосудов.

Прогресс биологии связан с возможностью увидеть – сначала в лупу Левенгука, потом в оптический и электронный микроскопы, а затем и с помощью светящихся протеинов в живых клетках. В университетах Женевы и Тель-Авива предложили новый приём, позволивший увеличить «светимость» в 3 тыс. раз! Модифицированная учёными небольшая молекула с одним бензольным кольцом и отщепляемой в ходе реакции группой нетоксична для

Двойной удар

клеток, поэтому она может широко использоваться в качестве чувствительного сенсора различных соединений, измерения активности ферментов, считывания генов и, например, обнаружения замытой крови на месте преступления. Статья в журнале называется «Создание ярких хемоллюминесцентных проб диоксетана».

Химиотерапия давно использует платиновые препараты, например цисплатин и карбоплатин, к которым довольно быстро вырабатывается резистентность. Но её можно преодолеть, добавляя биринапант (birinapan) – блокатор белка, подавляющего апоптоз. Описание указанного подхода дано в журнале с характерным названием «Прецизионная онкология» (Precision Oncology). А сотрудники клиники Майо в городе Рочестер рассказали о своём бинарном «оружии» в виде наночастиц, которые стимулируют апоптоз, уменьшили объём первичных опухолей у мышей на 70-80%.

Апоптоз «включается» белком p53 (protein массой 53 тыс.) с функцией охранителя генома, который, подобно корректору, считывает последовательности ДНК и выявляет мутации в ней. В Рочестере создали мультивалентные биспецифические наночастицы (mBiN) диаметром не более 45 нм, не теряющие стабильности в водных растворах. На своей поверхности они несут моноклональные антитела (MAT) к рецептору упоминавшегося EGF и «запускаемого» кальцием калретикулину. Последним представляет собой «сетчатый» протеин, активность которого запускает фагоцитоз, то есть поедание чужеродного мечниковскими макрофагами. Бинарные наночастицы не

только стимулируют «поедание» макрофагами трансформированных клеток, но также стимулируют формирование клеток иммунной памяти, наличие которых препятствовало повторному приживлению перевиваемых опухолей молочных желёз. Преимуществом бинарного подхода является то, что на поверхность наночастиц можно «сажать» моноклональные антитела и против других новообразований.

Можно надеяться, что двойной удар позволит преодолеть возникающую резистентность химиотерапии, например платиносодержащему цисплатину. В Университете финского города Турку показали, что за развитие нечувствительности к химиотерапевтическому средству отвечает метилирование ДНК, то есть присоединение к ней метильных групп $-CH_3$, в результате чего меняется активность генома. Метилирование приводит к «замалчиванию» генов, что происходит после рождения ребёнка. Считается, что до 80% ДНК метилировано, и при развитии лекарственной устойчивости её драйвером становится «оживлённый» KLF, входящий в четвёрку генов, которые необходимы для «возвращения» клеток в эмбриональное (плюрипотентное) состояние. Не остаётся в стороне и IL, ген интерлейкина, представляющего собой белок взаимодействия иммунных клеток, что, возможно, способствует подавлению противоопухолевого иммунного ответа.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам *Cell Reports,*
Nature Nanotechnology.

Игеу

Употребление жирной рыбы, соевых бобов и шпината помогает организму противостоять вредному воздействию загрязнённого воздуха, сообщили исследователи Массачусетского госпиталя Гарвардской медицинской школы (США). По словам учёных, жирные омега-3 кислоты в два раза снижают вероятность воспалений, вызванных окислительными процессами организма, причина которых – грязный воздух.

«Экологичная» диета

Исследование, проведённое на мышах, выявило не только защитные свойства жирных кислот, но и способность частиц загрязнений проникать через лёгкие в жизненно важные органы, включая мозг и яички. Таким образом, предупреждают учёные, ущерб здоровью, причинённый токсичным воздухом, может быть намного больше, чем считается в настоящее время.

По словам ведущего исследователя университета доктора

Цзина Кана, ежедневная доза жирных кислот для человека должна составлять от 2 до 4 г. Такое количество кислот содержится, например, в 2-3 порциях рыбы в неделю. Восполнить необходимый рацион можно, съедая 5-10 грецких орехов в день. Ещё один источник – льняное семя. Чайная ложка семени в день, добавленная в пищу, вполне перекроет дефицит омега-3 кислот. Впрочем, если привыкнуть к растительному маслу,

то о недостатке жирных кислот в организме можно больше не беспокоиться.

Известно, что кроме защиты от вредных атмосферных выбросов омега-3 кислоты препятствуют развитию заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, улучшают память, зрение, нормализуют обменные процессы. Более того, две порции рыбы в неделю должны стать обязательной дозой беременных женщин — жирная кислота омега-3 способствует формированию мозга будущего ребёнка.

Впрочем, при всей полезности жирной рыбы, увлекаться ею всё же не следует. По словам учёных, её чрезмерное потребление более чем на четверть повышает риск развития сахарного диабета 2-го типа. Лучше всего ограничиться 4 порциями рыбы в неделю, тогда и риск диабета снизится, и омега-3 кислоты проявят себя наиболее эффективно.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению CNN.

Сообщение о проведении годового общего собрания акционеров

Уважаемый акционер!

Совет директоров открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран», место нахождения: Москва, ул. Касаткина, 3, далее – Общество, уведомляет вас о проведении годового общего собрания акционеров общества.

Вид общего собрания: годовое.

Форма проведения годового общего собрания акционеров: собрание (совместное присутствие акционеров для обсуждения вопросов повестки дня и принятия решений по вопросам, поставленным на голосование, с предварительным направлением (вручением) бюллетеней для голосования до проведения общего собрания акционеров).

Дата, на которую определяются (фиксируются) лица, имеющие право на участие в годовом общем собрании акционеров: 28 мая 2017 г.

Дата проведения годового общего собрания акционеров: 22 июня 2017 г.

Определить дату окончания приёма бюллетеней для голосования: 19 июня 2017 г.

Для участия в собрании акционеров посредством направления бюллетеней акционеру необходимо направить заполненные бюллетени для голосования или представить их лично по почтовому адресу: 129301 Москва, ул. Касаткина, 3.

Место проведения годового общего собрания акционеров: Москва, ул. Касаткина, 3.

Время начала регистрации участников годового общего собрания акционеров: 11:00.

Время проведения годового общего собрания акционеров: 12:00.

Повестка дня годового общего собрания акционеров:

1. Утверждение годового отчёта Общества.
2. Утверждение годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчётов о прибылях и убытках (счетов прибылей и убытков) Общества.
3. Утверждение распределения прибыли Общества по результатам 2016 г.
4. О размере, сроках и форме выплаты дивидендов по результатам 2016 г.
5. О выплате вознаграждения за работу в составе совета директоров (наблюдательного совета) членом совета директоров – негосударственным служащим в размере, установленном внутренними документами Общества.
6. Избрание членов совета директоров (наблюдательного совета) Общества.
7. Избрание членов ревизионной комиссии (ревизора) Общества.
8. Утверждение аудитора Общества.

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению акционером при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться в течение 20 дней до даты проведения собрания по адресу: Москва, ул. Касаткина, 3, в рабочие дни, с 9:00 до 16:00.

Категории (типы) акций, владельцы которых имеют право голоса по всем вопросам повестки дня: обыкновенные именные акции.

Для регистрации участников годового общего собрания акционеров акционеру необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а для представителя акционера – также доверенность на право участия в годовом общем собрании акционеров и (или) документы, подтверждающие его право действовать от имени акционера без доверенности.

Совет директоров ОАО «НПО «Экран».

Исследования

Катализатор нейродегенерации

Новые исследования продемонстрировали, что травмы головного мозга ускоряют развитие болезни Альцгеймера. Умеренная или тяжёлая черепно-мозговая травма является одним из самых сильных этиологических факторов риска развития нейродегенеративных заболеваний, хотя неясно, будет ли черепно-мозговая травма или сотрясение лёгкой степени также увеличивать риск развития данной патологии.

Исследователи из Бостонского университета медицины (США) изучили 160 ветеранов войны Ирака и Афганистана, у которых было одно или несколько сотрясений, а также тех, которые не получали никаких ЧМТ. С помощью МРТ была измерена толщина коры головного мозга в 7 регионах, которые первыми подвергаются атрофии при болезни Альцгеймера, а также 7 областей управления.

«Мы обнаружили, что в области сотрясения толщина кортикального слоя уменьшилась, и именно она первой страдала от дегенеративных изменений, – объяснил соавтор исследо-

вания Джасмит Хейс. – Наши результаты свидетельствуют о том, что в сочетании с генетическими факторами сотрясения могут привести к уменьшению толщины кортикального слоя, быстрому и прогрессирующему снижению памяти и развитию болезни Альцгеймера».

Особо следует отметить, что эти аномалии головного мозга были обнаружены в относительно молодой группе, средний возраст её участников составлял 32 года.

Учёные надеются, что благодаря этим выводам можно будет найти точные механизмы сотрясения мозга, которые связаны с ускоренным наступлением нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, хроническая травматическая энцефалопатия, болезнь Паркинсона и др.

«В один прекрасный день может быть разработано лечение, направленное непосредственно на эти механизмы и способное задержать начало нейродегенеративной патологии», – уверены учёные.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению CNN.

Мнения

Побочный эффект урбанизации

Согласно данным официальной статистики, жители городов чаще болеют шизофренией, чем те, кто проживает в сельской местности. По какой причине это происходит? Правда ли, что в городе психика человека страдает больше? В этом разбирались учёные из разных стран.

Так, исследователи из Королевского колледжа Лондона (Великобритания) и Университета Дьюка (США) проинтервьюировали более 2 тыс. 18-летних близнецов, спросив их, слышали ли они какие-либо голоса в голове, начиная с 12 лет, ощущали ли паранойю, казалось ли им, что их еда отравлена, и не было ли у них других необычных или пугающих мыслей.

Среди тех, кто жил в городах с высокой плотностью населения, положительные ответы на эти вопросы дали 34%, а среди сельских жителей – 24%. Учёные были в курсе различных аспектов жизни участников, так как исследование было долговременным (оно началось в 1994–1995 гг.), и даже после учёта дополнительных факторов риск развития шизофрении у го-

родских подростков был на 67% выше, чем у деревенских.

Затем специалисты использовали стандартные статистические инструменты, чтобы выявить, есть ли сопутствующие факторы, которые влияют на развитие заболеваний психики, кроме собственно жизни в городе как таковой. В городе достаточно много неимущих людей, не имеющих образования, а также многие люди, увидев у своих близких первые признаки шизофрении, могут переехать из деревни в город, так как в городе больше возможностей для лечения. Кроме того, некоторые наркотики, которые также могут спровоцировать шизофрению, гораздо проще найти в городе. После учёта всех этих факторов оказалось, что городские жители всё же болеют шизофренией на 43% чаще.

До этого исследования в 2005 г. шведы и датчане выяснили, что чем дольше человек живёт в городе, тем больше у него риск развития шизофрении. Однако и этот риск скорее объясняется внешними факторами, описанными выше. В Каролинском институте (Швеция) в минувшем году учёные подготови-

ли статью по итогам исследования среди 1,5 млн сиблингов, в которой отметили, что шизофрения чаще развивается у жителей бедных, неблагополучных районов – а такие районы также чаще характерны для городов, чем для деревень.

Ещё на один фактор указал сотрудник Университета Колумбии (США), эксперт по психозам Джеффри Либерман. Он заявил, что шизофренией достаточно часто могут болеть мигранты, которые также предпочитают селиться в городах. Они имеют более высокую предрасположенность к болезням психики, так как часто не понимают местного языка и местных устоев, и связанный с этим стресс может выступить в качестве катализатора.

В среднем после учёта всех факторов вывод следующий: городские жители страдают шизофренией на 35% чаще, но это не «города делают людей сумасшедшими». Некоторые аспекты жизни в некоторых городах в какой-то момент могут спровоцировать развитие заболевания у склонных к нему людей, но это влияние не города в целом, а каких-либо отдельных факторов.

Эксперименты

Несмотря на постоянную работу в этом направлении, вирус иммунодефицита человека пока ещё непобедим. Во многом работе врачей и учёных препятствует то, что часто вирус находится в «спящем» состоянии, и поэтому сложно сказать, действительно ли пациент вылечился, или болезнь просто временно отступила. Группа сотрудников Питтсбургского университета (США) разработала новый высокочувствительный тест, который поможет обнаружить скрытые вирусы.

В надежде на победу

Ведущий автор исследования Фалгуни Гупта сообщил, что усилия, которые предпринимают учёные для уничтожения вируса, достаточно существуют, но технологии до сих пор были не так развиты, чтобы с высокой точностью выявить, вылечился ли человек, удалось ли уничтожить последние резервуары вируса.

Антиретровирусная терапия помогает людям с ВИЧ в настоящее время жить намного дольше и значительно повышает качество их жизни, но для того, чтобы сделать вывод об успешности терапии, нужно понять, сохранили ли поражённые вирусом клетки способность к репликации. В настоящее время для этого используется тест Q-VOA, который требует большого количества крови, делается достаточно

долго, а стоимость его высока (около 1200 долл.).

Специалисты из США предложили альтернативу, которую назвали TZA – этот тест делается быстрее, он дешевле, крови для него нужно меньше. Принцип действия TZA – поиск гена, который активируется только при репликации вируса. Используя новый тест, учёные показали, что у инфицированных людей ВИЧ никак себя не проявляет в результате антиретровирусной терапии, резервуары вируса значительно больше, чем считалось ранее, – примерно в 70 раз. Однако исследователи заявили, что их открытие – не повод отказываться от Q-VOA совсем, так как у него и TZA разный механизм действия, и в зависимости от конкретного случая нужно будет использовать определённый тест.

Ну и ну!

Плата за перевес

Избыточная масса тела (если она не обусловлена тем или иным заболеванием) должна стать столь же неприемлемым в обществе, как курение, а полные люди должны платить дополнительный налог. С таким предложением выступил известный британский телеведущий Стив Миллер.

«Если вы носите XXXL размер или больше, вы и должны платить больше. Можете назвать это «налогом на жир» или «премиум» – не имеет значения», – заявил С.Миллер. По его словам, это также справедливо, как и повышенная плата для людей с ожирением за место в самолёте.

Телеведущий считает, что такая мера будет мотивировать людей сбросить вес. В настоящее время четверть людей в Великобритании страдают от лишнего веса,

как ожидается к 2030 г., их станет треть. Система здравоохранения Великобритании тратит на лечение связанных с этим заболеваний миллиарды фунтов стерлингов ежегодно.

С.Миллер предлагает переложить эти затраты на тучных людей, включив специальный налог в стоимость одежды больших размеров.

Примечательно, что ранее глава колледжа Ньюхэма Кембриджского университета (Великобритания) Кэрл Мэри Блэк заявила, что общество политкорректно относится к лишнему весу, а должно относиться к нему столь же нетерпимо, как к курению. Нынешнее отношение, по её мнению, безответственно, так как ожирение является причиной таких заболеваний, главным из которых в плане вреда человеческому здоровью является сахарный диабет 2-го типа.

Опрос

Запретный плод сладок

Среди нелегальных наркотических веществ самым популярным оказалась марихуана, свидетельствуют данные ежегодного анонимного опроса, проведённого в нынешнем году, хотя бы раз в жизни её пробовали почти 80% опрошенных.

Из исследования следует, что наиболее популярными психоактивными веществами и их комбинациями являются: алкоголь (98,7% опрошенных употребляли хотя бы раз в жизни), марихуана (77,8%), табак (63,1%), энергетические напитки (57,5%) и табак в комбинации с марихуаной (55%).

Самыми популярными психоактивными веществами, не обладающими легальным стату-

сом, являются: марихуана (77,8% респондентов употребляли хотя бы раз в жизни), MDMA (33,5%), кокаин (29,5%), галлюциногенные грибы (24,4%) и амфетамины (22,9%).

Согласно данным опроса, нелегальные наркотические средства когда-либо употребляли 79,3% человек, легальные наркотические средства – 99,7%. Лишь 20,7% утверждают, что употребляли только легальные наркотические средства, и 2,3% признались, что когда-либо делали инъекции наркотических средств.

Употребление наркотических веществ нередко вынуждает обращаться за экстренной медицинской помощью. Наиболее

часто это делают люди, употребляющие метамфетамин (4,8% опрошенных), синтетические каннабиноиды (3,2%) и алкоголь (1,3%).

В исследовании приняли участие более чем 115 тыс. респондентов из 50 стран. Среди опрошенных 68% – мужчины и 32% – женщины. Наибольшее число респондентов составляют жители Германии, Дании и США.

Как известно, во многих странах мира марихуана используется в медицинских целях. Лидером по медицинским исследованиям марихуаны является Израиль, где фармацевтическим компаниям может быть предоставлена возможность экспорта препаратов на её основе.

Гипотезы

Исследователи из Ирландии обнаружили прямую связь между частотой сексуальных контактов женщины и ростом нервной ткани в гиппокампе – области мозга, которая контролирует эмоции, память и нервную систему.

Для эксперимента учёные привлекли 78 гетеросексуальных женщин в возрасте до 30 лет, которые должны были запоминать лица людей и абстрактные слова. Кроме того, женщины заполнили анкету, где отметили среднюю частоту секса, способы сексуальных контактов и варианты предохранения от беременности.

Как показали опросы, женщины, которые часто занимались сексом, обладали лучшей абстрактной памятью и более легко запоминали слова. Причём эта зависимость проявлялась только в случае обычного вагинального контакта. Все другие формы секса на абстрактную память не влияли. Память на образы вообще никак не зависела от интенсивности сексуальной жизни женщины.

Там, в Ирландии...



Полученные данные, утверждают исследователи, свидетельствуют о том, что секс связан с

функцией памяти через гормоны и нейромедиаторы, которые вырабатываются во время секса как

«награда» для мозга. Эти химические вещества облегчают тяжкие психические состояния, такие как депрессия и стресс, снимают их губительное воздействие на мозговые нейроны и особенно на функции памяти.

Таким образом, гормональный фон напрямую связывает способность запоминать абстрактные символы и сексуальную активность. Отдельным выводом исследования стало предположение, что с возрастом женщины должны ещё более часто заниматься сексом – это повысит их уверенность в себе и разовьёт коммуникативные навыки.

Что характерно, нижняя палата парламента Ирландии приняла без голосования законопроект об использовании марихуаны в медицинских целях, так как в правительстве страны заявили, что не будут выступать против

его принятия. Законопроект будет окончательно принят после того, как президент Ирландии Майкл Хиггинс подпишет его.

В соответствии с законопроектом использование марихуаны и производимых из неё лекарств разрешается тяжелобольным пациентам, страдающим раком, рассеянным склерозом, эпилепсией, фибромиалгией, а также хронической болью, только с разрешения врача.

Как известно, в США марихуана частично или полностью легализована в 25 штатах, однако на федеральном уровне её использование находится под запретом. Так, Управление по борьбе с наркотиками США (DEA) отказалось исключить марихуану из перечня наркотиков.

Подготовил
Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Daily,
Stat News, The Sun, Independent,
RTE, Global Drug Survey.

1940-е годы. Калифорния. Побережье Тихого океана. Городки, удобно расположенные близ Лос-Анжелеса. В округе мегаполиса – то в одном, то в другом городе-спутнике – живёт семья не слишком выдающегося джазового музыканта и композитора Мюррея Уилсона. Каждые два года в семье рождается мальчик: 1942 г. – Брайан, 1944 г. – Деннис, 1946 г. – Карл. Немного раньше, в 1941 г., родился их кузен Майк Лав – сын сестры Мюррея. Через полтора десятка лет братья сформируют группу The Beach Boys – «Парни с пляжа».

Деспотичный отец

Отец Уилсон строг и суров. Методы его воспитания едва ли одобрила бы ювенильная юстиция. В семье установлена жёсткая дисциплина. Сыновья наказываются за малейшую провинность. (Брайан говорил, что оглох на правое ухо после отцовской затрещины). Уилсон-старший внедряет в семью музыкальное образование с напором бульдозера. Церковный хор – радиозаписи – пластинки... И репетиции, репетиции, репетиции... У сыновей отличный слух, особенно выделяется Брайан. Талант следует развивать. Но ведь если дать этим юнцам волю, они моментально смотаются на побережье, на пляж – все эти ласты, маски, трубки для подводного плавания... И время будет безвозвратно упущено: никто до захода солнца и не вспомнит о гаммах и сольфеджио. Только жёсткая рука способна держать в узде эту компанию. Поэтому – бег по замкнутому кругу: репетиции, хор, теория, гаммы, этюды, снова репетиции... Пляж и океан – это потом, когда все задания будут сделаны. И сделаны хорошо. Какой уровень следует считать «хорошим», решает Мюррей Уилсон. А задания удаётся выполнить без изъёна так редко. Мытьём или катаньем, кнутом или пряником, но все дети в семье научились играть на нескольких музыкальных инструментах, усвоили контрапункт и премудрости гармонии. Кусок хлеба с арахисовым маслом был им обеспечен.

Bom Bom Dit Di Dit Dip Surfin'...

В августе 1961 г. родители улетели в отпуск в Мексику, оставив сыновьям по 100 долл. на еду. Эти деньги братья Уилсоны потратили на аренду музыкальной аппаратуры и всю неделю провели дома, репетируя. Результаты были записаны на плёнку, которую дали послушать отцу. Уилсон-старший был настолько впечатлён, что связался со своим издателем, и тот пригласил музыкантов на прослушивание.

В октябре 1961 г. был записан первый сингл, причём барабаном стало днище мусорного бака. Для дебюта Деннис посоветовал Брайану сочинить песню о сёрфинге – модном калифорнийском увлечении 1960-х годов. Незамысловатая песенка с припевом Bom Bom Dit Di Dit Dip Surfin' возглавила местные хит-парады. К концу 1961 г. в США было продано 40 тыс. экземпляров сингла.

И понеслось: записи, гастроли, концерты – сначала на небольших площадках, но размер залов быстро рос, достигнув пика уже в 1963 г., – после выпуска второго альбома группы. The Beach Boys стали именовать авторами нового стиля рок-музыки, названного по виду спорта, регулярно фигурировавшего в их песнях, – surf-music. Ребята, выросшие на побережье, но попадавшие на пляж куда реже, чем можно было себе представить, пели о

том, что знали, главным образом, теоретически и видели в основном со стороны. Но песни звучали так, словно их исполнители были завзятыми сёрфингистами и не знали иных забот, кроме малой волны и слабого прибора. На самом деле только у Денниса получалось хоть как-то обращаться с доской: прочие, не научившись сёрфингу вовремя, так и не стали его любителями.

За успехом пришли деньги. Самому старшему из музыкантов было всего 22 года, младшему – 17 лет. И им вдруг стали доступны многие радости жизни, которых они были лишены не только по силу возраста, но и по причине

деловые встречи. Не стояло ли за этим чудачеством неосознанное желание перевернуть песочные часы, возвратив время, проведённое не на близком, но недостижимом (репетиции, хор, теория, гаммы, этюды...) песке пляжа детства, а за инструментом?

Альбом Pet Sounds (1966) вызвал у критиков и поклонников противоречивые чувства: музыка существенно отличалась от предыдущих работ группы. Считается, что альбом «повлиял на музыку 60-х, в частности на диск Sergeant Pepper's Lonely Hearts Club Band: это признавали и продюсеры The Beatles Дж.Мартин и П.Маккартни. Вместе с тем представляется, что

ростков – основного контингента её почитателей – пошла на убыль. Вскоре Б.Уилсон задумал альбом Smile, назвав его «подростковой симфонией для Бога», всё ещё рассчитывая на прежнюю аудиторию и не постигая простой вещи: он вырос, а его слушатели – нет. Его интересовали странные вопросы, в то время как тинэйджером не были нужны даже заурядные ответы. (Позже в интервью журналу «Роллинг Стоун» Уилсон говорил: «Я слишком увлекался наркотиками и стал создавать совершенно бредовые вещи... Я стал слишком заумным, слишком претенциозным и стал делать вещи, которые, в общем, были далеки от духа The Beach Boys...»)

Оставив тему пляжных удовольствий, The Beach Boys переключились на другие тематику и стилистику, но, желая сохранить целевую аудиторию, ориентировались именно на подростков, рассчитывая на то, что среди них окажется немало «социально активных». Но в таких случаях кризис идей часто наступает по мере того, как автор удаляется от возрастного интервала своих слушателей, переставая понимать их интересы изнутри. Переставая быть «одним из...», музыкант часто не понимает, какую музыку ему сочинять дальше, ибо ориентир утрачен. Популярность группы среди американских под-

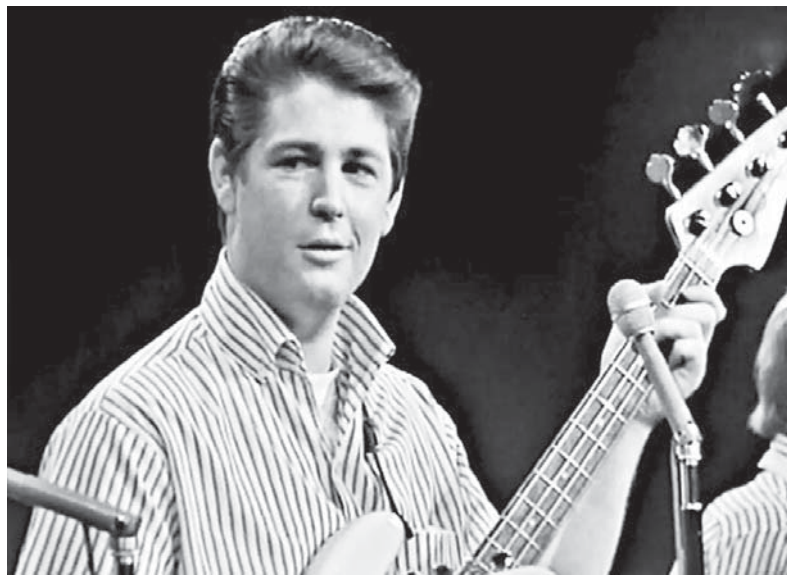
Кокаин, депрессия, передание...

А в 1982 г. Брайан вернулся к былым привычкам, впад в прежнее состояние. Снова кокаин,

Болезни великих

Когда-то все от него были в восторге...

75 лет назад родился знаменитый американский музыкант Брайан Дуглас Уилсон



ростков – основного контингента её почитателей – пошла на убыль.

Вскоре Б.Уилсон задумал альбом Smile, назвав его «подростковой симфонией для Бога», всё ещё рассчитывая на прежнюю аудиторию и не постигая простой вещи: он вырос, а его слушатели – нет. Его интересовали странные вопросы, в то время как тинэйджером не были нужны даже заурядные ответы. (Позже в интервью журналу «Роллинг Стоун» Уилсон говорил: «Я слишком увлекался наркотиками и стал создавать совершенно бредовые вещи... Я стал слишком заумным, слишком претенциозным и стал делать вещи, которые, в общем, были далеки от духа The Beach Boys...»)

Психический кризис

В ноябре 1966 г. признаки психического расстройства Брайана стали очевидными. Когда записывалась композиция Fire, он предложил музыкантам надеть пожарные каски, дабы «создать соответствующий настрой». Спустя несколько дней в доме, стоявшем напротив студии, случился пожар. Уилсон «понял, что всё дело именно в песне, и тут не обошлось без колдовства». Сверившись со статистикой пожаров, он увидел, что число возгораний в период записи Fire оказалось необычно высоким, и, параноически связав события друг с другом, прекратил работу над композицией.

Он всё больше отходил от дел группы. Его творческий и психический кризис был усугублён смертью отца. Запись Smile была остановлена. (Альбом был выпущен лишь спустя 38 лет). Уилсон почти перестал выходить из спальни, обособившись от мира, сутками валяясь в постели, накуряваясь всем, что могло быть вдыхаемым, и поглощая огромное количество еды – «заедая» депрессию. Вот так, заглушая тоску и «голоса», он провёл в спальне несколько лет. Из-за интенсивного курения Уилсон потерял голос. Только в 1975 г. неторопливая жена музыканта обратилась к психотерапевту Ю.Лэнди. У музыканта было диагностировано

снова депрессия, снова передание... И на этот раз Лэнди помог ему справиться с болезнью. В 1985 г. Уилсон снова вышел на сцену. Вскоре после этого психотерапевт заявил: «Я влияю на все аспекты мышления Брайана. По существу, я – член группы». И потребовал 25% выплат по авторским правам на все песни своего пациента. Кроме этого, с 1983 по 1986 г. Лэнди ежегодно получал от семьи Уилсон около 430 тыс. долл. В конце 1980-х годов под влиянием своего врача Брайан оставил группу. Причиной был, разумеется, финансовый конфликт, и подстрекателем стал психотерапевт, видимо, имевший собственные планы на музыканта и его доходы. В 1995 г. Карл Уилсон обвинил Лэнди в том, что тот назначает Брайану психотропные препараты без должных на то показаний и это негативно сказывается на здоровье пациента (дискинезия, обусловленная побочным действием нейролептиков, действительно имела место). Карл был прав: решением суда общение врача с Б.Уилсоном, который на этот раз попал в зависимость не от наркотиков, а от человека, было запрещено.

Дальнейшая судьба музыканта оказалась (по крайней мере на сегодняшний день) достаточно гладкой – несмотря на дальнейшие стрессы, потери и переживания. Он выпустил множество альбомов; о нём сняли документальный фильм; он наконец-то закончил альбом Smile, перезаписав весь материал в духе саунда 1960-х годов, и журнал «Роллинг Стоун» поставил этот альбом на 88-е место в «Топ-100 альбомов десятилетия»; он совершил успешное мировое турне...

Но девушки уже больше никогда не встречали его так восторженно, как в 1960-е годы, когда он и его группа пели своё Bom Bom Dit Di Dit Dip Surfin'. И он уже больше не ставит песочницу в своей студии: на пляж надо ходить вовремя – старикам там не место.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

строгую отцовского контроля. Девчонки, приходившие в восторг от их музыки; алкоголь, постепенно ставший постоянным аккомпанементом межконцертных интермеццо; марихуана, оказавшаяся доступной и казавшаяся совсем не страшной; LSD, который вроде бы вначале позволял генерировать новые музыкальные идеи... Ассортимент веселящих веществ расширялся. Молодых людей трудно было остановить. Особенно преуспел в отношении психоактивной фармакологии старший брат – Брайан.

Рояль в песочнице

Он был лидером группы, определяя её стиль. С октября 1962 по май 1966 г. Б.Уилсон сочинил, аранжировал и спродюсировал музыку 12 альбомов. Постепенно нехитрый лексикон Sky-Sun-Beach-Girls-Bom Bom Dit Di Dit Dip и сама музыка surf-rock стали казаться музыканту исчерпанными. Брайан решил, что следует двигаться дальше.

Всю вторую половину 1965 г. он сочинял концепцию нового альбома. В столовой виллы была устроена песочница, в ней стоял рояль. «Я хочу играть в песке. Я хочу чувствовать себя ребёнком», – говорил Брайан. – Сочиняя эти песни, я хочу ощущать то, что пишу». В песочнице он проводил и

музыка группы – с поправкой на её довольно высокую музыкальную культуру – предвосхитила концепцию «мальчиковых групп», boys-band'ов типа The Bay City Rollers, Backstreet boys или «На-На». Любопытна характеристика, данная альбому Pet Sounds П.Таунсендом: «Это для женской аудитории». Несмотря на то, что критики высоко оценили альбом, пластинка раскупалась довольно вяло, юные поклонники ожидали бодрый рок-н-рольный альбом, а получили интроспективную симфонию о сомнениях, проблемах перехода от юности к зрелости, поисках места в жизни... Тинэйджеры предпочитали всем этим нравоучительным бла-бла-бла – весёлое Bom Bom Dit Di Dit Dip Surfin', запиливая до дыр первые альбомы The Beach Boys до тех пор, пока на дисках не начинал шуршать песок калифорнийских пляжей.

Подростковая симфония для Бога

На вопросы о смене музыкального стиля группы Брайан ответил: «Мы не играем surf... Мы просто делаем музыку, которую понимают подростки, и к ней можно приложить любую тему. Тема сёрфинга исчерпала себя... Мы будем оттапливаться от жизни социально активного тинэйдже-

Ура – первая зарплата! Первая врачебная зарплата! Я так была горда и довольна, но всё равно не помню, на что именно я потратила свою первую врачебную зарплату. Быть может, на эту юбку, которую я уже давно не ношу, но тридцать лет не решаюсь выбросить? На подарок маме? На сладости? Нет, не помню... А вот на что потратила свою первую зарплату моя дочь, я не только сейчас помню: я всю жизнь это помнить буду!

Знакомство

Я была категорически против. Вы сейчас неправильно меня поняли. Я не против зарплат вообще. Я против щенка – в частности! Особенно против того щенка, который так вероломно приобретается на первую дочку зарплату. Который будет скулить, болеть, всё грызть и всё пачкать. Которого надо кормить правильно, выгуливать часто, прививать по возрасту... Я же всё-таки педиатр! Я же понимаю, какая это ответственность – малыш в доме! А вот господина-психолога (и моя дочь в их числе) не понимаю. Для них важно, что такое приобретение улучшает эмоциональный статус, микроклимат в семье. Как же, улучшило и подняло – сразу после первой прогулки, на которой наша малышка сломала лапу...

Пациентка

Я ещё как педиатр возмущалась и ругала заводчиков: частые многоплодные беременности, недостаток кальция, снижение плотности кости... Но, если честно... заводчики здесь не сильно виноваты. Вы лапы у них видели? Да они всегда будут ломать свои тонюсенькие лапки при неудачном прыжке, падении. Это главный минус искусственно выведенной породы, который с лихвой окупается ласковым нравом, игривостью и преданностью пса. Уже через неделю Тося стала главным членом нашей семьи, ибо умела внимательно всех выслушать; добросовестно доест любую, даже не очень удобоваримую, приготовленную наспех пищу; развеселит какой-нибудь вы-

ходкой; обласкать всех уставших на работе и от этого чрезмерно раздражительных.

Поэтому её травму все члены нашей семьи приняли близко к сердцу. Сначала понеслись в ветеринарную академию. Но оказалось, что вечером приём ведут студенты, мало сведущие

на другом конце Москвы. Ну что же, конечно, мы туда поехали. Нашу любимую собаку прооперировали – уже на мою «тысяча первую» врачебную зарплату... Сработали замечательно, даже попутно два ретинированных зуба удалили, даже прокапали, чтобы легче из наркоза вышла, даже

Домчали до дачи быстро. Ведь благодаря усилиям педиатра, стоматолога и немного психолога из чудосочного заморыша наша Тося превратилась в очаровательную собаку – сильную, ловкую, смелую. Ну прелесть, а не пёс! А о правильном сбалансированном питании косвенно свидетель-

минут на улицу, а носиться по этой самой «улице» целый день. Как здорово не дрыхнуть на надоевшем диване, а поваляться сначала в молодой щекочущей травке, а потом на тёплой грядке с огурцами. Море ощущений, почувствуйте разницу: диван или огурцы! А ещё – налаяться всласть на юрких птиц, что беспечно расселись на ветках старой яблони, на соседского кота, что решил вероломно проникнуть на охраняемую территорию, да и просто на соседа – чтоб даже и не пытался, как его кот, пролезть под забором. Да, день у моего пса был трудный, «дозорный». Но и ночью кто-то не давал ему покоя – каждые полчаса собака лаяла, злилась, рвалась наружу. Я тоже ночью не сомкнула глаз, но в отличие от смелого пса дрожала под одеялом. В предрассветных сумерках, замирая от страха, всё же решилась выглянуть в окно – посмотреть на врагов, которые нас «обложили». В этих мутных майских сумерках я узрела сгорбленную фигуру соседа, семяющего к туалету. Диагноз я ему поставила прямо из окна: острая диарея. А утром посетовала пришедшей за лекарствами соседке, что из-за хворобы её мужа не спала всю ночь. Но соседка мне справедливо заметила, что не спали все кругом и отнюдь не из-за дачной болезни её супруга, а из-за лая моей собаки: её муж страдал тихо и стойко до утра, не нарушая никакого общественного порядка. Так что проштрафился мой «дозорный» пёс!

С возрастом страсть к охране у Тоси улеглась. Теперь она редко беспокоит нас бестолковым лаем. А все остальные положительные качества только гипертрофировались в умелых «руках» педиатра, стоматолога, ну и немного психолога.

Что же касается зарплат – я не помню, на что я потратила свою первую, долгожданную, врачебную. Но вот на что потратила её моя дочь, буду помнить всегда.

А вы, коллеги, помните, на что потратили свою первую зарплату?

Любовь КОЛОСОВА, врач.

Москва.

А ещё был случай

Первая зарплата



ствуют гладкая шерстка и всегда игривое настроение.

Только вот что-то сейчас испортилось это настроение, не больно игривое – скулит и на руки просится. Я только ландыши в вазочку поставлю... Боже мой, что случилось с моей собакой: глаза заплыли, мордочка распухла, и дышит так тяжело! Отёк Квинке! На ландыши! Да какая вообще разница, на что – главное, что аллергическая реакция немедленного типа, и действовать надо немедленно! Думать о том, как добраться до «цивилизации», нет смысла! Спасая ситуацию удивительная привычка моих соседей по даче ходить ко мне за лекарствами: раз я врач, то у меня с собой везде и всегда должно быть всё. Я пыталась возражать, что я всё же врач, а не аптечный сотрудник, но потом с этим смирилась. Теперь у меня на даче было всё (на всякий случай!). Даже шприц «двоечка», даже просроченная ампула преднизолона откуда-то завалаялась. Она-то и спасла ситуацию вкупе с супрастином... Но ландыши я разлюбила. И действительно, как много других прекрасных цветов, на которых у моей любимой собаки нет аллергии!

В дозоре

Несмотря на первый неудачный опыт, дачу наш пёс полюбил. Конечно, какая красота – не ждать весь день у двери, когда тебя выпустят на пятнадцать

в травматологии вообще и в закрытых переломах со смещением в частности.

Дальше – на такси в соседнюю коммерческую клинику. Здесь я встретила профессионалов: прежде чем что-либо решать и делать со сломанной лапой, нужен рентген. Последний показал значительную степень смещения отломков и опасность повреждения нерва при попытке сопоставить кости. Собаку внимательно осмотрели, ввели обезболивающее, куда-то звонили... Оказалось, что нужный нам специалист, который сможет успешно провести столь ювелирную операцию, находится

такси домой заказали. Вот какова сила врачебной зарплаты!

Ландыши

«Ландыши, ландыши, светлого мая привет!» – напевала я в душе, когда весной мы впервые с нашим замечательным псом отправились на дачу. Наша Тося была в прекрасной спортивной форме, радовалась солнцу и теплу, прогулке с хозяйкой, обилию лесных запахов. Особо привлёк её чуткий нюх очаровательный подарок весны – ландыш. Я его тоже очень люблю, вот и сорвала несколько цветочков для дачного букета.

СКАНВОРД. A crossword puzzle grid with clues in Russian. Includes a list of words and their positions on the grid.

Full contact information for the publisher, including address, phone numbers, and website details.