

Медицинская

18 октября 2017 г.
среда
№ 78 (7796)

Газета®

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

Актуально

Командная работа

Клеточное измерение приходит и в хирургию



Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского Министерства здравоохранения Краснодарского края – учреждение особое. Через клинику проходит огромный поток больных.

Главное – в этих стенах спасают доставленных в самых жизнеугрожающих ситуациях, применяя наиболее передовые методы лечения. Но работать сегодня, не занимаясь

На лёгком оперирует академик Владимир Порханов

научными исследованиями и не создавая собственных технологий, значит, не быть первыми в оказании медицинской помощи. Поэтому даже доклады заведующих отделений и ведущих специалистов на ежедневных врачебных конференциях в чём-то похожи на небольшие выступления на научных форумах. Поступил, к примеру, пациент со сложной проблемой – пояснение, почему следует считать эту пато-

логию крайне серьёзной, рассматриваются возможные варианты лечения. В резюмирующей части – каких результатов удалось достичь при операции. Учитывая огромный поток поступающих больных (это около 300 человек ежедневно), каждое научное исследование, проводимое в НИИ – ККБ № 1, имеет практическое применение.

(Окончание на стр. 10.)

Начало

Молодые медики едут на село

Вчерашние выпускники медицинских вузов всё чаще выбирают местом работы медицинские учреждения, расположенные в сельских населённых пунктах.

В Омской области в нынешнем году ряды сотрудников государственных учреждений здравоохранения пополнили 660 молодых специалистов. Это, как сообщили в региональном Минздраве, на 36 человек больше, чем в прошлом году. В кадровом пополнении – 285 врачей и 375 специалистов со средним медицинским образованием. В первичное звено трудоустроились 74 врача, из которых 37 – участковые терапевты и 37 – участковые педиатры.

Активно привлекать молодёжь в медицинскую отрасль в Прииртышье помогают меры социальной поддержки – различные доплаты из всех видов бюджетов, в том числе единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. врачам, прибывшим на работу в сельскую местность. За время реализации этой программы по миллиону рублей получили 375 врачей, устроившихся в сельские больницы и амбулатории.

Кроме того, как отметил министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженко, муниципальные власти на местах оказывают помощь молодым медикам в приобретении

жилья. К примеру, врачи, арендующие жильё, сами за него не платят.

Единовременные выплаты в размере от 20 до 50 тыс. руб. и ежемесячные выплаты в размере от 1 до 10 тыс. в зависимости от места работы и занимаемой должности назначены 113 молодым врачам и 203 средним медицинским работникам. Работа по назначению этих выплат продолжается. К слову, сегодня в здравоохранении Прииртышья работают 44 322 человека, из них 7900 врачей и 18 927 специалистов со средним медицинским образованием.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.
МИА Сито!

Омск.

Галина КАРЕЛОВА,
заместитель председателя
Совета Федерации:

Бюджет страны на предстоящий период по-прежнему социально ориентирован, и это – один из главных его плюсов.

Стр. 5



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:

Развитие биомедицинских технологий определяет уровень экономического, социального и технологического развития.

Стр. 11



Дмитрий ПУШКАРЬ,
член-корреспондент РАН:

Задача прикладной генетики в отношении дисфункции тазового дна у женщин состоит в накоплении данных, их воспроизведении в разных популяциях и этнических группах.

Стр. 12-13



Съезды

...И телетрансляция из Афин!

Географические границы Центрального федерального округа РФ оказались чрезвычайно узки для масштабов первого съезда ортопедов-травматологов округа: в Смоленске, выбранном местом проведения форума, собралось более 400 специалистов не только из разных уголков России, но и из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Участники съезда в течение 2 дней обсуждали вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, использования альтернативных методов лечения при хронических дегенеративных заболеваниях суставов, применения малоинвазивных технологий, дискутировали по поводу внедрения новейших методик, демонстрировали собственные профессиональные находки.

Наиболее запоминающимися событиями съезда ста-

ли прямая телетрансляция из Афин «Эндопротезирование коленного сустава с применением робототехники» (операцию провёл доктор медицинских наук Константин Детракис), сателлитный симпозиум с докладом профессора Рейнера Шнеттлера (ФРГ), деловая экскурсия в Смоленский федеральный центр травматологии и ортопедии.

В рамках съезда работала выставка ведущих российских и мировых производителей, на которой демонстрировались новейшие достижения в медицинской технике и аппаратуре.

Екатерина Каракулина, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России, сообщила журналистам, что такой съезд теперь планируется проводить ежегодно.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

DIXION

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ
АРЕНДЫ

Лампы фототерапии
и «лучистое тепло»

- Светодиодные и УФ лампы фототерапии новорожденных
- Обогреватели для новорожденных «Лучистое тепло»
- Выгодное ценовое предложение, наличие на складе



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

Новости
Быстрым шагом — к здоровью

«Движение — это жизнь», гласит известная поговорка. Учёные уже давно подтвердили эту народную мудрость и доказали, что люди, которые ведут малоподвижный, особенно сидячий образ жизни, живут меньше, чем те, кто посвящает двигательной активности как минимум 30 минут в день.

В очередной субботний день все надымчане имели отличную возможность укрепить своё здоровье, зарядиться бодростью и позитивом. В рамках Всероссийского дня ходьбы в муниципалитете прошла акция «Шагай к здоровью». Более 200 горожан откликнулись на приглашение и с большим удовольствием прошли по отмеченному организаторами маршруту. К мероприятию присоединились неравнодушные депутаты и общественники.

Специалисты Ямальского центра медицинской профилактики совместно с представителями региональной общественной организации «Общество специалистов профилактической медицины» также приняли активное участие в организации и проведении акции. Для сотрудников центра такие мероприятия стали хорошей традицией: они не только организуют их сами, но и являются активными социальными партнёрами других заинтересованных ведомств и учреждений.

2000 шагов участники акции прошагали за один миг! А помогли им в этом заместитель главного врача центра Наталья Половодова, которая рассказала о пользе ходьбы, и врач по медпрофилактике Наталья Ивлева — она провела мастер-класс по скандинавской ходьбе, чем привлекла любителей здорового образа жизни в настоящий восторг.

Поистине, ходьбе все возрасты покорны. По дорожкам гуляли и годовалые малыши, и ветераны-надымчанки, которые ещё дали фору молодёжи. А всё потому, что многие из пожилых участников являются энтузиастами проекта общества профилактиков «Пусть осень жизни будет золотой», где систематически занимаются скандинавской ходьбой. Так что к физическим нагрузкам им не привыкать!

По итогам акции все участники, в том числе и коллектив Ямальского центра медицинской профилактики, были награждены памятными дипломами.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Надым.

Спаси жизнь!

Так называется акция по обучению подростков навыкам оказания первой медицинской помощи, которая проходит в эти дни в школах Республики Ингушетия. Мероприятие организует команда преподавателей Пятигорского медико-фармацевтического института по инициативе полномочного представителя Республики Ингушетия в Ставропольском крае Башира Даурбекова.

Общеизвестно, что в экстремальной ситуации — а это может быть ДТП, несчастный случай, травма — важны как профессионализм врачей, так и время оказания первой медицинской помощи, так называемый золотой час. И здесь первостепенное значение имеют грамотные действия тех, кто оказался рядом с пострадавшим. Их знание основ оказания первой доврачебной помощи поможет спасти множество человеческих жизней.

Пятигорчане показали, как сделать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца на учебном тренажёре в виде человека. На таком высокотехнологичном устройстве-симуляторе отрабатывают профессиональные навыки студенты института.

Подобные тренинги очень популярны среди школьников Пятигорска и Кавминвод и проходят в рамках бесплатных лекториев «Школы юного провизора» и «Юного медика и логопеда», которые организуются непосредственно в медфарминституте.

Арина СТЕПКО.

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

На 62-м году жизни скоропостижно скончался

ШАБАНОВ Валерий Эминович

главный врач Полевого многопрофильного госпиталя Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», доктор медицинских наук, заслуженный работник здравоохранения РФ.

Трудовая деятельность Валерия Эминовича была тесно сопряжена с личным участием в организации и оказании медицинской помощи пострадавшим во всех самых сложных чрезвычайных ситуациях как в нашей стране, так и за рубежом. В тяжелейших условиях благодаря его руководству, целеустремленности были спасены жизни не одного десятка тысяч пострадавших.

В повседневной деятельности Валерий Эминович успешно руководил коллективом, поддерживая и совершенствуя высокий уровень готовности госпиталя к реагированию на чрезвычайные ситуации. Его профессиональные, человеческие и морально-волевые качества обеспечивали успешное выполнение стоящих перед госпиталем задач.

За особые заслуги в здравоохранении Валерий Эминович награждён «Орденом Почёта», медалями «За спасение погибавших», «За заслуги перед Отечеством в здравоохранении», а также другими ведомственными наградами Минздрава, МЧС, Министерства обороны РФ. Удостоен Национальной премии «Призвание» в номинации «Лучшим врачам России, оказывающим помощь при войнах, террористических актах и стихийных бедствиях».

Его жизнь — пример профессионализма и самоотдачи делу спасения людей.

Руководство и коллектив ВЦМК «Защита» глубоко скорбят о невозможной потере, связанной с кончиной Валерия Эминовича Шабанова, и выражают самые искренние соболезнования родным и близким покойного.

Сотрудничество

Тонкости мастерства

В Челябинском областном клиническом центре онкологии и ядерной медицины прошёл мастер-класс «Возможности эндоскопии в лечении некоторых заболеваний ЖКТ».

Методикой владения техникой при таких патологиях, как пищевод Барретта, а также при удалении новообразований в толстой кишке поделился заведующий отделом эндоскопии Московского клинического научно-практического центра им. А.С.Логинава Департамента здравоохранения Москвы Кирилл Шишин.

В онлайн-режиме он провёл вмешательство 3 пациентам, а затем провёл разбор клинических случаев для участников.

Прямая трансляция из операционной была организована в конференц-зале онкоцентра. Специалисты рассмотрели редкие случаи заболеваний, при которых решающее значение имеют высокотехнологичная техника и мастерство хирурга. У первого пациента клетки слизистой оболочки желудка «заблудились»: вместо «нормальных» заместились клетками слизистой кишечника и привели к развитию доброкачественного новообразования.

«Это так называемый пищевод Барретта, — говорит К.Шишин. — Заболевание возникает при длительном желудочно-пищеводном рефлюксе. Организм пытается приспособиться к новой для него ситуации и замещает слизистую пищевода на слизистую тонкой кишки. К сожалению, само такое замещение тканей увеличивает риск возникновения онкологических заболеваний».

Вторая история почти уникальна. Многие годы пациентка жаловалась на боли за грудиной, постоянную изжогу, прошла разнообразные курсы лечения от хронического гастрита, но боли не уходили. В результате исследования специалисты обнаружили небольшое подслизистое образование — типа «шишечки» или «жировика». Но расположено оно крайне неудачно — так что не даёт работать жому, «дверям» между желудком и пище-



Операцию ведёт заведующий отделом эндоскопии МКНЦ им. А.С.Логинава Кирилл Шишин

водом. В результате резко щелочная среда попадает в кислоту, вызывает постоянное раздражение, и человек мучается от боли.

Третий пациент, к сожалению, обратился к врачам уже в запущенном состоянии. Ворсинчатые новообразования в толстой кишке практически перекрыли просвет. Если их не удалить, они превратятся в злокачественные и заблокируют все ходы и выходы. Ещё недавно таким пациентам могла помочь только большая полостная операция.

«Любое лечение всегда связано с определённой агрессией, которая может привести к развитию заболеваний другого профиля, — подчёркивает организатор мастер-класса, заведующий отделением эндоскопии центра Константин Кулаев. — С помощью эндоскопического оборудования мы прижигаем этот эпителий, который расположился в неправильном месте. Это тонкий процесс, при котором нужно и не перестараться, и сделать всё в должном объёме. Результат очень сильно зависит от техники вмешательства — одно неосторожное движение — и можно превратить его в глубокий некроз, который приведёт к развитию

поздних осложнений. Поэтому наша задача — соблюсти баланс и на примере данных пациентов научить владению этой технологии наших коллег».

В качестве зрителей на мастер-класс позвали врачей смежных специальностей: эндоскопистов, онкологов, гастроэнтерологов и колопроктологов со всей области.

Специалисты считают, что подобные мероприятия помогают правильно выстроить маршрутизацию пациентов. Если врачи в районных и городских больницах будут знать, что подобные операции возможны в пределах своей области, то смогут направлять пациентов с такой патологией в более ранние сроки, не ожидая приглашений из крупных федеральных клиник. Таким образом можно спасти гораздо больше людей со сложными патологиями ещё на ранней стадии, не прибегая к тяжёлой открытой операции.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

ОМС: реальность и перспективы

Развитие невозможно без инвестиций

Руководство Федерального фонда ОМС выступило на I Международном медицинском инвестиционном форуме

В приветствии председателя Федерального фонда ОМС Натальи Стадченко в адрес участников и организаторов мероприятия говорится, что в ходе создания пациентоориентированной модели здравоохранения «на первый план выходят мероприятия, направленные на внедрение инновационных технологий в первичную медико-санитарную помощь, а инновационные подходы к развитию отрасли невозможны без инвестиций».

— Внедрение современной сервисной модели оказания медицинских услуг стало возможным только благодаря использованию современных инновационных технологий. Убеждена, участники форума внесут свой вклад в развитие алгоритма деятельности системы медицинского страхования, обсуждаемые здесь вопросы помогут повысить качество медицинской помощи и организации профилактических осмотров, — отметила руководитель ФОМС.

Обращаясь к участникам мероприятия, заместитель председателя ФОМС Елена Сучкова

напомнила, что приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения обеспечивают доступность и качество медицинской помощи, а модернизация системы ОМС, поддерживаемая Президентом РФ, направлена прежде всего на усиление страховых принципов.

Е.Сучкова обратила внимание присутствующих, что отечественная система ОМС находится на рубеже своего 25-летия, и относительно зарубежного опыта российская страховая модель ещё довольно молода. «Динамично развиваясь, ОМС реализует механизмы государственно-частного

партнёрства, — заметила заместитель руководителя ФОМС. — До 2010 г. частный сектор составлял всего 7,6% от общего числа медицинских организаций в ОМС. В 2010 г. был принят федеральный закон, который не только расширил правовое поле для участников ОМС, но и чётко определил их права и обязанности. После этого сфера обязательного медицинского страхования стала более привлекательной для частного бизнеса. С 2011 г. число частных медицинских организаций, работающих в ОМС, постоянно увеличивается, и на сегодняшний день их число составляет более 2,7 тыс. (почти 30%)».

В завершение своего выступления заместитель председателя ФОМС особо подчеркнула: «Мы ждём от медицинского бизнеса социальной ответственности».

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

В центре внимания

Сделать жизнь детей счастливой

Совершенствование нормативного правового регулирования оказания медицинской помощи в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях стало одной из центральных тем III Московского городского съезда педиатров.

В рамках форума состоялось заседание рабочей группы Комитета Госдумы РФ по охране здоровья по этому вопросу, созданный после парламентских слушаний в нижней палате парламента, обнаживших целый пласт проблем в нормативно-правовом регулировании школьной медицины. Участники встречи заслушали доклады представителей Департамента здравоохранения Москвы о проведенных организационных мероприятиях, направленных на улучшение состояния здоровья обучающихся, а также выступления представителей органов управления здравоохранения субъектов РФ, участвующих в реализации пилотного проекта «Школьная медицина».

Первый заместитель главы Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погонин отметил, что данная работа была начата в столице в 2015 г., когда мэром Сергеем Собяниным было принято решение апробировать новую модель организации медицинской помощи школьникам силами городской поликлиники № 122. «Сейчас в пилотном проекте уже более 50 поликлиник и организовано более 4 тыс. медицинских кабинетов в образовательных организациях города, – цитирует докладчика пресс-служба думского комитета.

– Основную задачу мы видим в раннем выявлении и профилактике заболеваний, которые могут возникнуть в процессе обучения ребенка в школе или детском саду».

Представители Смоленской, Тамбовской областей и Ямало-Ненецкого автономного округа доложили членам рабочей группы о проведенных в этих регионах мероприятиях в области школьной медицины. Они направлены на совершенствование межведомственного взаимодействия, создание территориальных моделей здоровьесбережения, рациональное использование кадровых ресурсов и пропаганду здорового образа жизни. При этом одним из наиболее сложных была обозначена проблема разработки и внедрения программ оказания первой помощи обучающимся при неотложных состояниях.

Директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Анатолий Кулаков призвал определить на законодательном уровне место школьной стоматологии в системе школьной медицины. «Необходимо в ближайшее время разработать и утвердить алгоритм работы школьного стоматологического кабинета в современных условиях с приоритетом профилактики основных стоматологических заболеваний, а также наладить взаимодействие между образовательными организациями и органами управления здравоохранением для улучшения стоматологического здоровья детей в школах», – подчеркнул А. Кулаков.

Поблагодарив участников пилотного проекта, председатель Комите-

та Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов отметил, что благодаря этой работе «мы теперь можем оценить объем предстоящей работы и, что самое главное, принять решение о тиражировании приобретенного опыта на всю страну».

«Уверен, что и в дальнейшем мы с вами будем творчески и успешно решать проблемы в области охраны здоровья детей, способствовать его сохранению и укреплению. Ведь только так, совместными усилиями, можно сделать жизнь наших детей счастливой», – подчеркнул, выступая на съезде, Д. Морозов.

«Само обучение является тяжёлым трудом и серьёзной нагрузкой на маленького человека: на его зрение, психику. Здесь и физическая нагрузка, и гиподинамия... Словом, множество разных факторов. Всё это ставит перед нами, профессионалами, совершенно ясную задачу: ребёнок должен окончить школу не только со знанием литературы и математики, он должен выйти оттуда здоровым молодым человеком. Если мы не рассчитаем нагрузку, у нас получится, возможно, очень толковый, образованный человек, но постоянно болеющий», – заявил Д. Морозов. Он отметил, что тема школьной медицины давно и очень серьёзно обсуждается на самых разных уровнях: её вопросы активно поднимают родители и педагоги, региональные власти. Работа с экспертным сообществом, профильными министерствами и ведомствами ведётся и профильным думским комитетом.

В числе важнейших задач Д. Морозов отметил необходимость гармонизации законодательства образования и здравоохранения, что позволило бы обеспечить учащимся образовательных учреждений доступ к медицинской помощи и в первую очередь вернуть врачей в школы.

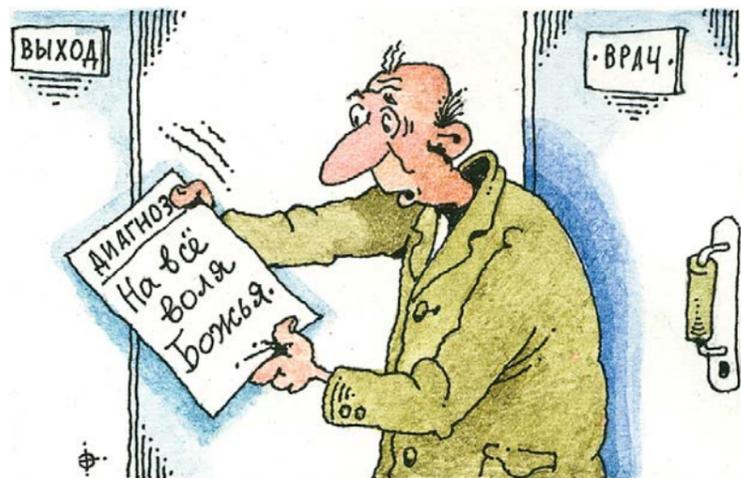
Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

Москва.

Ну и ну!

Врачебная ошибка вне закона



Следственное управление СК РФ по Тульской области сообщает, что в городе Алексине врач признана виновной в причинении пациенту смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

Собранные правоохранителями доказательства признаны судом достаточными для вынесения обвинительного приговора в отношении 55-летней женщины – терапевта одной из больниц Алексина. Она признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

Как говорится в пресс-релизе, следствием и судом установлено, что в сентябре 2016 г. в Алексине терапевт при осмотре поступившей в больницу 74-летней женщи-

ны не предприняла необходимых лечебно-диагностических мероприятий, направленных на установление точного диагноза заболевания, не назначила процедуру, позволяющую объективно оценить тяжесть состояния и риск развития осложнений, в связи с чем не было выявлено основное заболевание. Спустя несколько дней после поступления в больницу пациентка от этого заболевания скончалась. Между допущенными дефектами оказания медицинской помощи и наступлением смерти установлена причинно-следственная связь.

Приговором суда женщине назначено наказание в виде ограничения свободы на срок 1 год 6 месяцев с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на 1 год. Между тем ни официальное сообщение, ни СМИ не сообщают, какие меры не были приняты и какие диагностические процедуры не были проведены.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Назначения

Директором Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского назначен доктор медицинских наук профессор Дмитрий Юрьевич СЕМЁНОВ.

Д. Семёнов родился 15 сентября 1965 г. в Ленинграде. В 1990 г. окончил 1 ЛМИ им. И.П.Павлова (в настоящее время – Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова) по специальности врач (лечебное дело). В 2006 г. он занял должность заведующего кафедрой и директора клиники общей хирургии СПбГМУ им. И.П.Павлова.

Дмитрий Юрьевич – хирург высшей квалификационной категории, сертифицированный онколог, хирург

экспертного класса, владеет всеми существующими современными методами оперативных вмешательств, в том числе малоинвазивными и роботизированными. Выполняет полный спектр открытых и лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и органах малого таза. Он автор более 150 научных работ (включая публикации в журналах по списку ВАК, тезисы международных конференций), 3 рационализаторских предложений, имеет 5 патентов, публикации в иностранных журналах и сборниках научных трудов и является автором пособий для врачей.

Подготовил

Алексей ПИМШИН.

Деловые встречи

Старикам тут место

В Москве завершила работу V Национальная конференция «Общество для всех возрастов». В её работе приняли участие свыше 600 специалистов разного профиля – врачи, социальные работники, представители радио, телевидения, архитекторы и многие другие. В дискуссиях принимали участие и зарубежные эксперты. На конференции были подняты важные темы, касающиеся жизни старшего поколения, а её девизом на этот раз стали слова несколько даже «провокационного» характера: «Старикам тут место», акцентирующие внимание на актуальности проблемы.

В день открытия конференции обсуждался вопрос «Зачем старикам государство, обществу, семье, себе?». Выступавшие поднимали проблемы, которые важны для пожилого человека и влияют на качество его жизни, – государственной поддержки стариков, об отношении к ним окружающих, медико-социальных услугах для пожилых, как помочь семье с больными, об эпидемии века – деменции, о таком этапе, как уход из жизни. Большой интерес вызвал также разговор, как поставить знания и опыт старшего поколения на службу профессии, как обучить их компьютерной грамотности, о молодых, которые завтра тоже станут стариками, о городах, в которых должны жить люди всех возрастов.

Содержательным стал и второй день работы конференции, на которой поднимались такие вопросы, как: зачем помогать пожилым и заботиться о них, какова их роль в обществе, почему Россия в рейтинге стран, уделяющих незначительное внимание пенсионерам, как это исправить. И, конечно же, вопросы отношения врачей к здоровью пожилых, как перестать

считать пенсионный возраст «возрастом дожития».

Хотелось бы отметить, что Президент РФ В. Путин в своих последних выступлениях говорит о важности решения проблем пожилых, а на прошедшем недавно заседании Госсовета по вопросам развития системы их социальной защиты подчеркнул необходимость улучшать социально-экономическую помощь пожилым, доступность здравоохранения. Отраден и такой факт, что уже не в первый раз на мероприятиях, посвящённых проблемам старшего поколения, среди участников видим много молодых, которые своими делами помогают решать острые проблемы. И на этой конференции их было немало.

Всё это обнадеживает и вселяет уверенность, что наша страна со временем станет уделять должное внимание вопросам, как сохранить активность в зрелом возрасте, какой будет старость у будущих поколений, как «расти нам всем без старости до 100 лет». Пусть везде у нас молодым будет дорога, а старикам – почёт.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Москва.

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

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

Министерство здравоохранения РФ выступило с разъяснением норм приказа Минздрава России № 403н от 11.07.2017 «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».

Первое – по вопросу отпуска лекарственного препарата по рецепту, срок действия которого истёк в период его нахождения на отстроченном обслуживании (пункт 9 Порядка).

Норма, предусмотренная пунктом 9 Порядка, распространяется на все группы лекарственных препаратов, в том числе подлежащих предметно-количественному учёту, за исключением наркотических и психотропных лекарственных препаратов, внесённых в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утверждённого постановлением Правительства РФ № 681 от 30.06.1998 (далее – перечень).

Для вышеуказанных наркотических и психотропных лекарственных препаратов действует норма, предусмотренная частью 6 статьи 25 Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.1998 «О наркотических средствах и психотропных веществах», в части запрета их отпуска по рецептам, выписанным более 15 дней назад.

Второе. По вопросу отпуска иммунобиологических лекарственных препаратов (пункты 3 и 13 Порядка).

В соответствии с абзацем шестым пункта 3 Порядка отпуск иммунобиологических лекарственных препаратов по рецептам осуществляется только аптечными организациями (аптеками, аптечными пунктами).

Указанная норма регламентирована пунктом 3 статьи 12 Федерального закона № 157-ФЗ от 17.09.1998 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», согласно которой отпуск

гражданам иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики производится по рецепту на лекарственный препарат аптечными организациями в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

ется на этапе их государственной регистрации, условия отпуска указываются в регистрационных документах на лекарственные препараты, в том числе в инструкции по медицинскому применению.

Приказ № 403н регулирует только сроки хранения рецептов и не вводит дополнительных ограничений на оборот вышеуказанных лекарственных средств.

Пунктом 14 Порядка введена новая норма о хранении в течение

срока действия до года. В последнем случае рецепт остаётся и хранится в течение установленного срока после отпуска пациенту последней партии лекарственного препарата.

Информация о процентном содержании этилового спирта в жидких лекарственных формах препаратов, а также о соответствии лекарственных препаратов определённым группам АТХ также содержится в инструкции по медицинскому применению

наркотические и психотропные лекарственные препараты, внесённые в список II перечня. Так, указанные препараты могут получать: пациенты, которым выписаны указанные лекарственные препараты; их законные представители (если пациентами являются несовершеннолетние или недееспособные); иные лица при наличии доверенности от пациента, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Акценты

Минздрав разъяснил нормы приказа

Данную информацию следует учитывать всем ответственным лицам

При отпуске иммунобиологических лекарственных препаратов должны соблюдаться требования, предусмотренные пунктом 13 Порядка. При этом помимо термоконтейнеров могут применяться и другие устройства, позволяющие сохранить температурный режим, необходимый для хранения иммунобиологического лекарственного препарата, на период его доставки в медицинскую организацию.

Третье. По вопросу хранения рецептов на лекарственные препараты (пункт 14 Порядка).

Приказом № 403н не вводится норма о необходимости получения пациентами рецептов на лекарственные препараты, которые в установленном порядке зарегистрированы в качестве безрецептурных и имеющих соответствующую запись в инструкции по медицинскому применению «Отпускается без рецепта».

Отнесение лекарственных препаратов к рецептурному или безрецептурному отпуску осуществля-

3 месяцев рецептов в аптечной организации или у индивидуального предпринимателя, имеющего лицензию на фармацевтическую деятельность: на лекарственные препараты в жидкой лекарственной форме, содержащие более 15% этилового спирта от объёма готовой продукции; на лекарственные препараты, относящиеся по анатомо-терапевтическо-химической классификации (далее – АТХ), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения к антипсихотическим средствам (код N05A), ангиолитикам (код N05B), снотворным и седативным средствам (код N05C), антидепрессантам (код N06A) и не подлежащие предметно-количественному учёту.

При этом специалисты Минздрава обращают внимание, что подлежат хранению рецепты на лекарственные препараты вышеуказанных групп, выписанные на рецептурных бланках формы № 107-1/у, как имеющие срок действия до 60 дней, так и имеющие

конкретного лекарственного препарата.

Например, лекарственные препараты с международными непатентованными наименованиями хлорпромазин (амиазин) и хлорпротиксен (хлорпротиксен, труксал) относятся к группе антипсихотических средств (код N05A), с международными непатентованными наименованиями тофизопам (грандаксин) и бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам, элзепам, фезанеф, фенорелаксан и др.) – к группе ангиолитиков (код N05B), с международными непатентованными наименованиями амитриптилин (амитриптилин), сертралин (золофт, серната, асептра и др.) и эсциталопрам (селектра, ленуксин, элицей и др.) – к группе антидепрессантов (код N06A).

Четвёртое. По вопросу отпуска наркотических и психотропных лекарственных препаратов (пункт 20 Порядка).

Пунктом 20 уточнена норма о лицах, имеющих право получать

В отношении доверенности от пациента на получение наркотических и психотропных лекарственных препаратов отмечаем, что она оформляется в простой письменной форме (статья 185 Гражданского кодекса РФ) и может быть нотариально удостоверена по желанию пациента или при невозможности им написать доверенность (статья 163 и 185.1 Гражданского кодекса РФ). При этом если в доверенности не указан срок её действия, она сохраняет силу в течение года со дня её подписания.

Министерство здравоохранения РФ предлагает довести данную информацию до сведения всех руководителей территориальных органов управления здравоохранением, аптечных организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность и осуществляющих отпуск лекарственных препаратов.

Подготовил Андрей ДЫМОВ.

Конференции

Урологические школы соревновались во Владивостоке

Представителей многих урологических школ России собрала научно-практическая конференция под названием «Современная клиническая урология: вопросы взаимодействия стационарного и амбулаторного звена при оказании высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи». Она состоялась по инициативе отделенческой больницы на станции Владивосток ОАО «РЖД», чья урологическая служба по праву считается лучшей в Приморье.

В составе учреждения действует центр урологии и литотрипсии, специалисты которого осуществляют лапароскопические вмешательства на всех отделах мочевого пузыря, активно внедряют авторские методики для функционального исследования и малоинвазивного оперативного лечения патологии, связанной с её функциональным состоянием. Это оказалось возможным в созданном творческом союзе профессора Тихоокеанского государственного медицинского университета Вадима Данилова с командой урологов больницы.

Второй день конференции ознаменовался проведением 13 мастер-классов посредством телеконференции в режиме онлайн, которые транслировались одновременно из 4 операционных в конференц-залы стационара и поликлиники негосударственного учреждения здравоохранения. Как рассказал «МГ» главный врач ОКБ Пётр Нидзельский, этому

и лечения профильных патологий. Слушатели из разных городов России – от Южно-Сахалинска до Санкт-Петербурга – задавали интересующие их вопросы, на которые выступавшие с трибуны отвечали исчерпывающе и с большим удовольствием. Со стороны можно было подумать, что урологические школы во главе со своими учителями соревнуются между собой в оформлении презентаций, в содержательности докладов и раскрытии темы. Обсуждения в лекционном зале продолжались и во время кофе-брейков.

В ходе трансляции участникам была предоставлена возможность живого диалога с операторами. Всего же оказывали пациентам высокотехнологичную помощь с применением малоинвазивных технологий 25 хирургов-урологов – посланцев разных уголков страны. Длительность выполнения ими показательных оперативных вмешательств – реконструктивных пластических операций, лапароскопической простатэктомии, резекции почки, перкутанной и миниперкутанной литотрипсии при мочекаменной болезни, аденомэктомии – варьировалась от одного до 7,5 часов. Все 13 пациентов смогли получить данную медицинскую помощь от светил медицины совершенно бесплатно и, что немаловажно, не покидая пределов Приморского края.

предшествовала длительная подготовка, включающая подбор пациентов и расходных материалов. Начиная с февраля, заведующий центром урологии и литотрипсии кандидат медицинских наук Игорь Вольных с коллегами тщательно обследовал каждого отобранного пациента, а во время диагностических процедур просчитывал все варианты.

Владимир КЛЫШНИКОВ, корр. «МГ».

Владивосток.

Признание

Торжественная церемония открытия памятника работникам инфекционной службы состоялась в Махачкале. В ней принимал участие министр здравоохранения Республики Дагестан Танка Ибрагимов. Глава ведомства поздравил всех работников службы с этим знаменательным для них событием и поблагодарил за добросовестный труд, высокое профессионализм и чуткое отношение к пациентам.

людям, которые служат своему делу верой и правдой», – отметил Т.Ибрагимов. Трёхметровое сооружение с гранитной плитой украшает двор Республиканского центра инфекционных болезней.

По словам главного врача Республиканского центра инфекционных болезней Муртазаали Магомедова, идея создания памятника назревала давно. Однако воплотить её в жизнь было решено после массовой

За самоотверженный труд

«Вы – люди самоотверженного труда, и вы это не раз доказывали. Вспоминая события прошлого года, когда в столице республики была массовая вспышка кишечной инфекции, я хотел бы поблагодарить вас снова за то, что вы без сна и отдыха стояли на страже здоровья наших граждан. Труд медиков, особенно в такие непростые моменты, трудно переоценить – это ежедневный подвиг, его нельзя измерить ни деньгами, ни словами. Я искренне благодарен каждому медицинскому работнику за ту большую работу, которую мы тогда вместе проделали. Этот памятник – дань уважения

вспышки в Махачкале кишечной инфекции в прошлом году, когда врачи сутками напролёт находились рядом с пациентами и боролись за их здоровье. «Этот памятник не только врачам и медицинским работникам, он посвящён всем сотрудникам службы, независимо от того, где они проживают и какую работу выполняют», – подчеркнул главный врач. На церемонии открытия были приглашены работники инфекционной, эпидемиологической и бактериологической служб со всей республики.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА, вент. корр. «МГ».

Махачкала.

Дискуссия об этом набирает силу в парламенте и медицинском сообществе. Проекты федерального бюджета на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. объёмом 10 526 страниц и бюджета Федерального ФОМС на 2018 г., внесённые Правительством РФ в Государственную Думу, вызвали далеко неоднозначные оценки.

Дефицит – дефицитом, а расходы растут...

«Мы сделали прогноз сбалансированности консолидированных бюджетов. Дефицит бюджета, по нашим оценкам, не будет превышать в следующую трёхлетку 50 млрд руб. Будет колебаться где-то от нуля до 50 млрд. Это нормально, это говорит об устойчивости бюджетов», – успокоил министр финансов РФ Антон Силуанов, выступивший с основным докладом на парламентских слушаниях «О параметрах проекта федерального бюджета на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.», состоявшихся в Совете Федерации. В них приняли участие сенаторы, депутаты Госдумы, руководители Минфина России, Счётной палаты РФ, высшие должностные лица и руководители финансовых органов субъектов Федерации, представители экспертного сообщества.

Проект федерального бюджета на 2018 г. и плановый период 2019-2020 гг., «реалистичен и надёжен, сомнений нет», отметил на Ярмарке финансовых и биржевых услуг Finfair в Москве и глава Центра стратегических разработок Алексей Кудрин. В то же время бывший министр финансов РФ заметил, что «конечно, он приводит к дальнейшей консолидации бюджетной системы, так как есть риски сохранения низких доходов в условиях низких цен на нефть».

Однако, по замыслу нынешнего Минфина, бюджет должен помочь отечественной экономике перейти от стабилизации к перспективе роста за счёт бюджетного правила, которое призвано снизить зависимость российской экономики от цен на нефть, и фискальной нейтральности.

...Пока финансисты дискутируют о бюджетных манёврах, заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова по итогам парламентских слушаний заявила журналистам: бюджет страны на предстоящий период по-прежнему социально ориентирован, и это один из главных его плюсов. Так, в частности, предусмотрен рост бюджетных ассигнований по государственной программе «Развитие здравоохранения» на все три предстоящих года. В 2018 г. они будут увеличены на 18 570,2 млн руб. Особое внимание, подчеркнула вице-спикер верхней палаты Федерального Собрания РФ, уделено финансированию таких направлений, как развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины. Больше средств предусмотрено на развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей. Расходы на обязательное медицинское страхование вырастут на 20,5%. Значительный рост расходов предусмотрен и на информационное обеспечение отрасли.

Расходы федерального бюджета на программу «Развитие здравоохранения» вырастут в 2018 г. на 14% и составят 300,1 млрд руб., подтвердила на встрече с Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья глава Минздрава России Вероника Скворцова. Общие расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2018 г. вырастут, по её словам, на 18,3% – до 460,3 млрд руб., расходы бюджета Федерального фонда ОМС составят 1,994 трлн, региональных бюджетов – 940,8 млрд.

Таким образом, бюджет ОМС по сравнению с 2017 г. увеличится

Главная тема

Страсти по бюджету

Хватит ли средств на развитие здравоохранения и обещанное повышение заработной платы медикам

на 14,9%, региональные бюджеты – на 15,8%, а федеральный – на 18,3%. Общий рост консолидированного бюджета составит 15,1%, а подушевой норматив должен увеличиться на 21,5%.

В программе финансирования здравоохранения появились новые пункты. В частности, в 2018 г. 90 млн руб. будет выделено на проект «Бережливая поликлиника», в котором уже участвуют 200 поликлиник, а к концу следующего года должно быть уже 2 тыс. медицинских организаций.

Ещё одно новшество – приоритетный проект «Укрепление здорового образа жизни», который должен будет мотивировать граждан отказаться от табакокурения, чрезмерного употребления спиртных напитков, абортот и т.д. На эти цели в проекте бюджета предусмотрено 403,5 млн руб.

Наконец, третье направление – проект «Новые кадры современного здравоохранения», на который потратят 1,5 млрд руб., связан с формированием системы аккредитационных площадок для узких медицинских специальностей. Всего таковых – 94, для проведения аккредитации по ним необходимо закупить симуляционное оборудование, программное обеспечение, разработать специальные тесты.

Сэкономим на здоровье?

Между тем в проекте федерального бюджета на 2018 г. заложено существенное снижение ассигнований на совершенствование помощи онкологическим больным – с 800 млн до 58,2 млн руб. Не предусмотрено пока и повышение финансирования закупки лекарств

СПРАВКА «МГ».

Дефицит федерального бюджета в 2018 г. сокращён в окончательном варианте проекта до 1,271 трлн руб. (ранее – 1,332 трлн), в 2019 г. – до 819,1 млрд (с 867 млрд), в 2020 г. – до 870 млрд (с 960 млрд).

Доходы бюджета в 2018 г. составят 15,257 трлн руб. (ранее – 15,182 трлн), в 2019 г. – 15,554 трлн (15,548 трлн), в 2020 г. – 16,285 трлн (16,28 трлн).

Расходы в 2018 г. планируются на уровне 16,529 трлн руб. (ранее – 16,515 трлн), в 2019 г. – 16,373 трлн (16,415 трлн), в 2020 г. – 17,155 трлн (17,24 трлн).

и вакцин. Так, на иммунопрофилактику запланировано потратить 11,57 млрд руб., что практически совпадает с расходами текущего года – 11,8 млрд. Практически по миллиарду теряют программы по закупке препаратов для ВИЧ-инфицированных (с 17,84 млрд в текущем году до 16,93 млрд в проекте на 2018 г.) и «Семь нозологий» (с 43,61 млрд до 42,74 млрд).

Спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко уже заявила на слушаниях, что верхняя палата российского парламента будет добиваться государственного финансирования закупки лекарств для детей, страдающих редкими заболеваниями.

Ранее она поднимала эту тему в беседе с Президентом РФ Владимиром Путиным в конце июня. «Мы договорились, что, в частности, мукополисахаридоз, который особенно часто болеют дети, – это самая расходная статья на лекарства, – поднимут со следующего года в федеральный бюджет, и Министерство здравоохранения будет централизованно закупать лекарства: не деньги рас-



Где прибавить, а где убавить?

пределять, а передавать в нужном объёме регионам, – сказала тогда В.Матвиенко. – Наша позиция совершенно определённая – такой раздел в бюджете должен быть. Как минимум необходимо предусмотреть в 2018 г. оплату лекарств для лечения детей с орфанными заболеваниями, а в ближайшей перспективе и оплату лекарств для взрослых».

Как сообщила на встрече с депутатами Комитета Госдумы РФ по охране здоровья В.Скворцова, расходы на лекарства надо увеличить: «Семь нозологий» – на 6,7 млрд, ВИЧ – на 2 млрд, туберкулёз – на 2 млрд, вакцинопрофилактику – на 1,6 млрд руб.

Но основной проблемой, считают в Минздраве, по-прежнему является задолженность по софинансированию регионами расходов на оказание населению медицинской

его словам, доктор должен быть высокообразованной личностью. «Когда мы долго и за большие деньги готовим такого специалиста, то он оправдывает все вложенные ресурсы. А если мы делаем это некачественно, то и траты оказываются неэффективными», – заметил депутат.

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, обращаясь к представителю Минфина России, возмущился низкой долей расходов на медицину в целом, порядка 3,7% от ВВП. А президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» Александр Саверский предложил разорвать порочный круг, отметив, что вся амбулаторная помощь идёт «через кассу» в ФГБУ, а пациенты линейными специалистами туда не направляются из-за отсутствия финансирования.

Первичная медицинская помощь, лекарственное обеспечение и финансирование подготовки медицинских кадров – три приоритетных направления, которые депутаты будут учитывать при подготовке поправок ко второму чтению законопроектов о федеральном бюджете и бюджете Федерального фонда ОМС на 2018-2020 гг. Об этом Д.Морозов заявил на заседании думского Комитета по охране здоровья, которое тем не менее рекомендовало эти проекты к рассмотрению на пленарном заседании Госдумы в первом чтении.

Зарплата: хватит ли денег?

Это, согласитесь, отдельный вопрос. Согласно Майским указам Президента России, в 2018 г. зарплаты некоторых категорий бюджетников, в том числе медицинских работников, должны достичь 200% от средней зарплаты в экономике региона. К тому же, как стало известно в середине сентября, правительство обсуждает вопрос о продлении действия данных целевых показателей на 2019-2020 гг. На это, по оценкам экспертов, регионам может потребоваться дополнительно до 422 млрд руб.

В проекте бюджета на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. предусмотрены необходимые средства для выполнения Майских указов Президента в части увеличения заработной платы медицинским работникам, заявил на заседании кабинета министров

труда и социальной защиты РФ Максим Топилин. «Мы со следующего года должны обеспечить исполнение: по отдельным категориям это 200%, по другим – 100%, то есть выполнение указов будет обеспечено, и средства предусмотрены в полном объёме, – заверил он. – Главной задачей Минздрава является заблаговременное доведение этих средств до учреждений, чтобы с первых месяцев 2018 г. начать платить зарплату в соответствии с Майскими указами».

Внесённый в Госдуму проект бюджета РФ на 2018-2020 гг. предусматривает выделение 2,2 трлн руб. на исполнение Майских указов главы государства, как следует из сопроводительных документов к проекту. В частности, на проведение долгосрочной экономической политики предполагается за 3 года направить почти 266 млрд руб., на выполнение социальных обязательств – 791,2 млрд, на реализацию государственной политики по образованию и культуре – почти 118 млрд.

Пока же, как указал на «круглом столе» фракции «Единой России» в Госдуме Д.Морозов, Майские указы далеко не всегда исполняются добросовестно. «На встречах с избирателями мы часто слышим жалобы на невероятно низкие зарплаты врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Врач высшей категории даже сейчас может получать 12-14 тыс. руб. Где же эти средние показатели зарплат медицинских работников, о которых нам постоянно говорят?», – спрашивает парламентарий.

Хотя в противовес ему заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников огорчил нас на встрече со студентами Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова: «Сегодня средняя заработная плата врачей поликлиник приближается к 110 тыс. руб. в месяц, это сопоставимо со средней заработной платой врачей общей практики в европейских странах».

Вот и рассуди тут...

Хотя рассудить взялась вроде В.Скворцова, сообщив на встрече с профильным комитетом Госдумы, что субвенции регионам из бюджета Федерального фонда ОМС на 2018 г. составят 1 трлн 870,5 млрд руб., это плюс 21,7% по отношению к 2017 г. В рублях – 333,2 млрд. Указанный размер субвенции позволяет выполнить указ Президента по заработной плате. Эту и другие субвенции планируется повысить за счёт роста подушевого норматива: в 2018 г. он увеличится на 21,5% и составит 10 812,7 руб.

Так или иначе, а основные страсти по бюджету ещё впереди: проекты бюджета РФ на 2018 г. и плановый период 2019-2020 гг., а также внебюджетных фондов планируется вынести на рассмотрение пленарного заседания Госдумы до первого ноября. А пока страсти только закипают в думских комитетах и экспертных сообществах. Не так-то просто: взять и поделить...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

На протяжении многих лет в больнице Петровск-Забайкальского – города практически на границе Забайкальского края и Республики Бурятия, известного тем, что здесь отбывали ссылку декабристы, складывалась и формировалась своя, особая хирургическая служба высочайшего уровня. Попробуем разобраться, почему именно тут, а не в каком-то другом из трёх десятков административных районов Забайкалья, сложилась такая уникальная аура, способствовавшая тому, что многие врачи, прошедшие «Петровскую школу хирургии», взяли в дальнейшем высоты российского и мирового уровня.

Однозначного ответа на этот вопрос нет. Возможно, им улыбнулась судьба? Но кто-кто, а хирурги не особо верят в предначертанную судьбу, предпочитая философским размышлениям ежедневный кропотливый труд, бессонные ночи и бесконечные дежурства. Осмелюсь кивнуть на «человеческий фактор». Именно неординарные, талантливые люди определили на десятилетия саженю поступь здешней хирургии, она знавала и небывалый подъём, и звучала не только на сибирском, но и на советском и российском уровне.

Первая типовая хирургическая больница на 50 коек в Петровске-Забайкальском была открыта в 1928 г. Спустя 11 лет главным врачом был назначен Максим Старосельский – будущий главный хирург облздрава, заслуженный врач РСФСР. После его отъезда в Читу в 1941 г. для работы в эвакогоспиталях больницей руководила супруга «главного» – Ксения Корнакова, прославившаяся впоследствии на всём Забайкалье как замечательный хирург и онколог.

В числе первых в большом списке хирургических мэтров значится легендарное имя Александра Шалимова, в дальнейшем – одного из основателей украинской хирургической школы. Он родился в 1918 г. в Липецкой области, окончил школу и рабочий факультет при Кубанском мединституте, до войны учился на лечебном факультете этого вуза, а затем получил распределение на работу в Читинскую область. С 1941 по 1945 г. работал в Нерчинском заводе, на границе с Китаем. Прикоснёмся к воспоминаниям самого Шалимова: «Шла война. Почти всех врачей забрали на фронт. Я, молодой хирург, был один на весь район. 300 км от железной дороги, 700 км от областного центра. Направить больного просто некуда. Мне приходилось делать все операции – и по скорой помощи, и плановые. Конечно, тогда я ещё многого не знал. В таких случаях сначала изучал литературу, которая была у меня, потом отрабатывал операцию на трупах, затем – на собаках. И только после этого оперировал людей. Приходилось оказывать помощь и бойцам погранотряда – тогда на границе часто случались перестрелки. А это уже военно-полевая хирургия. В течение первого года я уже делал резекцию желудка. Скоро молва обо мне дошла до областного центра. Из Читы приехал главный областной хирург. Я в это время делал очередную резекцию желудка. После операции он сказал, что видел меня в работе и что мне здесь делать нечего. В Петровске-Забайкальском, районном центре Читинской области, втором городе после Читы, не было ни хирурга, ни гинеколога. Отделения есть, а врачей нет. Он предложил мне должность заведующего этими двумя отделениями. Я согласился. Межрайонный центр, в котором работал, обслуживал 4 района. Оперировал днём и ночью: днём оперировал людей, ночью отработывал новые операции на трупах, собаках, кроликах. Так проработал до 1946 г.». Коллеги помнят старый операционный журнал, где рукой Шалимова был отражён ход всех его операций.

Хирургический талант А.Шалимова был высоко оценён в Советском Союзе: доктор медицинских наук (1958), профессор (1961), организатор Киевского НИИ клинической и экспериментальной хирургии. Без сомнения, работа в Петровск-Забайкальском наложила отпечаток на всю его жизнь.

Из воспоминаний моего однокурсника Юрия Коннова (выпуск ЧГМИ 1985 г., в прошлом главный хирург Забайкальской железной дороги, а сегодня – заместитель начальника Забайкальской дирекции здравоохранения ОАО «РЖД»): «Летом 1988 г. после симпозиума в Улан-Удэ Александр Шалимов приехал в Петровск, искал могилы

помнили его манеру оперировать: со стороны его движения казались медленными, неторопливыми, на самом деле операция проходила идеально и быстро.

Научная жилка Георгия Цыреновича, которая не погасла и по сегодняшний день, уже тогда дала первые результаты. Трудясь практическим врачом, защитил кандидатскую диссертацию на тему «Механоэлектрический метод регистрации моторики желудочко-кишечного тракта». Вместе со своим другом и коллегой Георгием Жерловым он много внимания уделял экспериментальной хирургии, оперируя собак в виварии. В середине 70-х годов прошлого столетия

дневной напряжённой работы районного хирурга Г.Жерлов вместе со своим учителем Г.Дамбаевым проводил экспериментальные работы по внедрению в практику новых оперативных вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода и желудка. По словам очевидцев, искусно оперировал, владел техникой прецизионного шва. В 1981 г. с успехом защитил кандидатскую диссертацию в Томске. Через 3 года, шагая по стопам старшего товарища и коллеги, переехал в Томск, где возглавил хирургическое отделение. В последнее десятилетие ушедшего века защитил докторскую, получил звание профессора. Главная

реанимации нынче работает внук Денис...

Руководил медучилищем в Петровск-Забайкальском в своё время и Вениамин Коновалов. Будучи прекрасным хирургом, заведовал отделением хирургии, был главным врачом больницы.

Почётный гражданин Петровска-Забайкальского Степан Клочков хорошо известен землякам как хирург и травматолог, главный врач больницы на протяжении четверти века, заведующий райздоровотделом. Он был инициатором открытия травматологического отделения в больнице, выполнял большой объём оперативных вмешательств. За годы его работы в качестве главного врача больница несказанно преобразилась.

Родными пенатами считает Петровск-Забайкальский, где преподавал в медицинском училище и 9 лет трудился в легендарном хирургическом отделении центральной районной больницы руководителем ЦРБ Читинского района и следующие 9 – главным врачом Геннадий Емельянов.

Мой близкий друг и коллега Иван Шовдра отработал в Петровске-Забайкальском хирургом на протяжении долгих 17 лет. Работы хватало: экстренные и плановые операции, бесконечные дежурства, выезды в районы по санавиации, ножевые и огнестрельные ранения. Заведовал отделениями гнойной и чистой хирургии. Активный, коммуникабельный, настойчивый – такой специалист вскоре понадобился на краевом уровне. Иван Иванович возглавил реабилитационную больницу в Смоленске, навёл там идеальный порядок и через несколько лет стал главным врачом городской клинической больницы № 1 в Чите. Сегодня он – первый заместитель министра здравоохранения региона.

Яркими хирургическими «звёздами» стали недолго обретавшиеся в Петровске-Забайкальском известные всем забайкальским врачам Николай Мунгалов и Элла Чехонина. Значительный вклад в развитие хирургии района и региона внесли онколог Анна Поломошних, хирурги Виктор Додзин и Константин Тонких, травматологи Евгений Федюлин и Александр Максимов, уролог Светлана Гребенщикова, гинекологи Вера Егорова и Ирина Мальярчикова, детский хирург Зоя Деревцова, оториноларинголог Владимир Егоров, окулист Альбина Никулова. Свои высоты в анестезиологии-реанимации взяли те, кто начинал вместе со всеми трудиться хирургом: Юрий Котов и Владимир Пришляк, работавшие в созданном ими самими отделении реанимации.

Петровская школа хирургии представлена и на международном уровне. Талантливый хирург, выпускник Читинского ГМИ Сергей Акопян трудился в больнице с 1986 по 1989 г. В настоящее время Сергей Арутюнович – ведущий гепатохирург Армении, заведующий отделением хирургии печени Института хирургии им. А.Л.Микаеляна. Его младший родной брат Рубен Акопян, проходивший практику в больнице Петровска-Забайкальского после 4-го курса, трудится детским ортопедом-травматологом в городе Ванадзор (Кировакан).

В наши дни достойно несут свою службу в больнице, овеванной хирургической славы, хирурги Дмитрий Гринченко и Игорь Машуков, известный опытный травматолог-ортопед Юрий Попов и его молодой коллега Роман Дуденко. На базе больницы в полную силу работает травмоцентр второго уровня, сосудистый центр.

Традиции хирургической службы Петровска-Забайкальского продолжают и сегодня. Храни вас бог, мои дорогие коллеги...

Алексей САКЛАКОВ,
депутат Законодательного собрания
Забайкальского края,
кандидат медицинских наук.

Чита.

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

Наша коллега

Всегда на голову выше других!

О Петровской школе хирургии слагают легенды...



Травматолог-ортопед Петровск-Забайкальской ЦРБ Р.Дуденко (слева) – самый молодой продолжатель славных традиций здешней хирургической школы

своих родственников. Посетил больницу, встретился с коллективом. Отцу, Анатолию Ивановичу, подарил и подписал книгу. Попросил встречу со своей операционной сестрой. Было очень трогательно, когда они, близкие люди и коллеги, не встречавшиеся полвека, обняли друг друга. Шалимов подарил ей заранее купленные духи...

А вот следующие герои моего повествования составляли поистине звёздный дуэт. Два Георгия, Жерлов и Дамбаев, два человека, которыми гордится Читинская государственная медицинская академия и весь Забайкальский край. Немало научных открытий, которые в последующем спасли жизнь сотням людей, на счету этих хирургов, учёных, энтузиастов своего дела. Для нас главное то, что становление их, стремительный профессиональный рост происходили на петровской земле.

Учитель для многих друг моего отца Виктора Саклакова Георгий Дамбаев после окончания Читинского меда в 1965 г. 4 года работал хирургом Баялинской участковой больницы в Петровск-Забайкальском районе, наркоз в ходе оперативных вмешательств приходилось давать ему самому. Потом он поступил и успешно окончил клиническую ординатуру в Томском мединституте. С 1971 по 1976 г. заведовал хирургическим отделением больницы № 1 в Петровск-Забайкальском. Многие за-

тис перебрался в Томск. Позднее защитил докторскую диссертацию, стал профессором, бессменным заведующим кафедрой госпитальной хирургии с курсом онкологии СибГМУ, Забайкалье не забывает, в 2007 г. по моему приглашению выступил с программным докладом на конференции «Хирургия Забайкалья в России», тема – «Имплантаты в память формы в экспериментальной хирургии». Большой хирург – большие задачи, именно Георгию Цыреновичу принадлежит авторство в создании искусственного пищевода, а также в разработке искусственной прямой кишки. Мудрейший, по-восточному тактичный, он спас тысячи людей от смертельных недугов. Жалеет в жизни только об одном, что не смог вырвать из лап смерти своего ближайшего друга Георгия Жерлова, с которым вместе тысячи раз стояли плечом к плечу в операционных.

Под руководством академика Г.Дамбаева защищено 16 докторских и 36 кандидатских диссертаций. Он – автор 60 изобретений, 400 публикаций, в том числе 20 монографий.

Почти на всех фотографиях Георгий Жерлов улыбается. Таким он и был в жизни – светлым, добрым человеком, а ещё настоящим учёным, хирургом-легендой. Уроженец Бурятской АССР и выпускник ЧМИ, он в 1972 г. приступил к работе в Петровск-Забайкальской ЦРБ в качестве хирурга. Помимо еже-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 75 (2105)

Наивысшим и совершеннейшим человеком приспособлением называл нашу звуковую речь великий русский физиолог И.Павлов. В своей знаменитой книге «Лекции по оториноларингологии» академик РАМН Герой Социалистического Труда И.Солдатов приводит восторженные слова замечательного мастера сценической речи народного артиста СССР Ю.Юрвева «Ни один музыкальный инструмент из самых совершенных не может конкурировать с голосом человека, который обладает такой исключительной чувствительностью и восприимчивостью, что на нём с мельчайшими подробностями могут отпечататься все тончайшие изгибы человеческой души, раскрыться все тайники психологической жизни» (Записки).

Фонастения (греч. phone – голос, stenosis – узкий, тесный) нервное функциональное заболевание голоса без видимых изменений в голосовом аппарате. Выражается в быстрой утомляемости, фальшивой интонации (преимущественно в низком и среднем регистре), тремолировании, изменении тембра, «тяжёлом» пении. Причиной фонастении могут быть форсированное пение, злоупотребление крайними звуками диапазона, пение в несоответствующей голосу tessitura, а также нервные потрясения, различные заболевания, пение в больном состоянии. Развивается при неправильном использовании голосовым аппаратом и чрезмерной голосовой нагрузке. В основе её возникновения, помимо повышенной голосовой нагрузки, ведущей к перенапряжению гортани, лежат различные неблагоприятные ситуации, вызывающие расстройство нервной системы. Некоторые специалисты объясняют возникновение фонастении исключительно неправильной деятельностью фонаторного аппарата, другие исследователи считают, что в основе расстройств иннервации гортани лежат нервно-психические заболевания (истерия, неврастения, психастения, функциональные неврозы и др.).

Профессиональный характер поражения

Кроме того, возникновение данного заболевания возможно у лиц голосоречевых профессий – вокалистов, актёров, чтецов, лекторов, экскурсоводов. По данным различных авторов, возникновение голосовых расстройств зависит от стажа работы вокалиста, его занятости в репертуаре и положения в театре (солист или артист хора); занятий артиста педагогической деятельностью, наличия дополнительной работы в других театрах. Фонастения возможна у медицинских работников, занимающихся педагогической деятельностью, – профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов, преподавателей медицинских и фармацевтических училищ и колледжей.

Для определения профессионального характера заболевания голосового аппарата необходимо: тщательно изучение анамнеза заболеваний и санитарно-гигиенической характеристики условий труда с целью выяснения степени голосовой нагрузки; динамическое наблюдение за больным с применением методов функционального исследования состояния гортани. Следует учитывать, что условно допустима норма голосовой нагрузки для лиц голосоречевых профессий 20 часов в неделю.

Исследованиями выделено три ведущих фактора в возникновении голосовых расстройств: психогенный, перенапряжение, функциональная неполноценность голосового аппарата. Причина функционального перенапряжения голосового аппарата во многом определяется длительной безотдыха голосовой деятельностью, неумелым использованием фонаторного дыхания, модулированием высотой и силой звука, неправильной артикуляцией. Помимо основного этиологического фактора – перенапряжения голосового аппарата

– в возникновении профессиональных поражений голосового аппарата имеют значение и специфика условий труда (нервно-эмоциональное напряжение, повышенная интенсивность фонового шума, плохая акустика помещений, перепады температуры окружающей среды, повышенная сухость и запылённость воздуха). Способствуют развитию профессиональных заболеваний гортани также несоблюдение гигиены голоса (табакокурение, алкоголь), воспалительные заболевания полости носа и глотки. Существенную

Поражения голосового аппарата от функционального перенапряжения

роль играют аллергизация организма с развитием повышенной чувствительности к таким раздражителям, как пыль, осыпь красок с декораций, гримы, а также утомление и психогенная травма.

Необходимо тщательное изучение анамнеза больного с целью исключения других этиологических факторов развития заболевания – например указания на частую обращаемость в ЛПУ по поводу острых воспалительных заболеваний гортани и глотки. Кроме того, в качестве профессионального заболевания при перенапряжении голосового аппарата возможно развитие вазомоторного монохордита, контактных язв голосовых складок (встречаются достаточно редко). Рассматривая с саногенеза хронический гипертрофический ларингит как предопухольный процесс, также возможно признание развившихся впоследствии необластом гортани (при отсутствии других этиологических факторов) профессиональным заболеванием у пациента, относящегося к группе голосоречевых профессий.

Различают истинную и ложную фонастению. Истинная – это координационный невроз, ложная – повышенная утомляемость голоса в связи с несоответствием голосового аппарата и нагрузкой. Ложная фонастения представляет собой типичное профессиональное заболевание лиц голосовых профессий и, как правило, носит гиперкинетический характер.

Основными жалобами лиц, использующих в своей профессиональной деятельности как орудие труда голосовой аппарат, является быстрая утомляемость голоса, звучание голоса в неполном диапазоне (голос «садится»), неловкость в горле. Возможны различные парестезии в области горла и гортани, першение, саднение, щекотание, жжение, ощущение тяжести, напряжённости, боли, спазма, сухости или повышенной продукции слизи. Весьма типичны для этого страдания обилие жалоб и большая детализация их больным.

Ларингоскопическая картина часто не соответствует обилию предъявляемых жалоб: отмечаются некоторая вялость истинных голосовых складок и реактивные изменения слизистой оболочки – незначительная гиперемия, сухость или повышенное количество секрета. Течение гиперкинетической дисфонии может осложниться появлением узелков посередине длины голосовой связки (так называемые узелки певцов, узелки крикунов у детей).

Узелки голосовых складок (певческие узелки, узелки певцов, узелки крикунов) – доброкачественное образование голосовых складок, характеризующееся локальной гиперплазией слизистой оболочки на границе передних и средних их третей. Заболевание возникает вслед-

ствие чрезмерных голосовых нагрузок, особенно при использовании громкого голоса театральными актёрами, вокалистами, дикторами, менеджерами и т.д. в возрасте от 20 до 50 лет, то есть находящихся в самом работоспособном периоде. Среди профессий с повышенной голосовой нагрузкой также можно выделить педагогов средней и высшей школы, воспитателей детских садов, лекторов, чтецов, экскурсоводов. По данным разных авторов, заболеваемость данной патологией у профессионалов голоса составляет от 11,6 до 23,4%. При этом отмечается чёткая стадийная динамика в сторону роста заболеваемости в группах, обследуемых при стаже работы более 10 лет. Причиной возникновения узелков является острое или хроническое перенапряжение голосовых складок, особенно при использовании в процессе голосообразования так называемой твёрдой атаки или форсированной манеры звуковедения. Возникновению

нищаемости, что обеспечивает выход из сосудистого русла вначале жидкой части плазмы, а затем и белков. Вышедший за пределы сосудов плазменный белок свёртывается, уплотняется и в виде плотных гомогенных включений откладывается в строме.

Патологическая анатомия

Морфологической основой певческих узелков является хронический гипертрофический ларингит. При хроническом гипертрофическом ларингите гиперплазии подвергаются как эпителиальный покров, так и подслизистая ткань. Гиперплазия многослойного плоского эпителия без или с ороговением поверхностных слоёв ведёт к развитию пахидермии, лейкоплакии и кератоза. При диффузной форме хронического гипертрофического ларингита ларингоскопически выявляется утолщение слизистой оболочки гортани и её гипе-

певческих узелков способствуют также курение, употребление алкоголя, профессиональная деятельность во время респираторных заболеваний, неправильная постановка голоса. Обычно узелки возникают у лиц голосоречевых профессий и детей вследствие крика. Кроме того, происходящие в последние годы изменения в социально-экономической сфере, возросшая напряжённость жизни способствуют увеличению числа тревожно-депрессивных расстройств, что также является одним из факторов, приводящих к развитию узелков голосовых складок, вследствие чего чаще заболеванием страдают женщины с восприимчивой психикой на фоне эмоционального напряжения. У взрослых узелки чаще встречаются в возрасте от 20 до 50 лет. Дополнительные предпосылки к развитию узелков создают местные нарушения микроциркуляции и вегетативной иннервации. Узелки чаще формируются на двух складках симметрично, напротив друг друга. Голосовая щель при этом приобретает форму деформированной восьмёрки. Иногда узелки могут быть различных размеров, так что при непрямой ларингоскопии может быть виден только один из них. Определённую роль в диагностике узелков играет воспаление, маскирующее их на фоне утолщённой и гиперемизированной слизистой оболочки.

Патогенез

Часто возникновению узелков голосовых складок предшествуют катаральный ларингит и длительно текущая фонастения. Последняя вынуждает больного напрягать голосовой аппарат, а первая способствует пролиферативным процессам, результатом которых могут быть не только узелки, но и другие доброкачественные опухоли гортани. В начальном периоде образования узелков больные ощущают лёгкое утомление голосового аппарата и неадекватное образование певческих звуков при пиано (тихие звуки), особенно на высоких тонах. Затем возникает деформация голоса при любых звуках: создаётся ощущение «расщеплённости» голоса, примеси вибраторных звуков, при этом громкая речь требует значительного напряжения голосового аппарата. Это обусловлено тем, что при фонации узелки препятствуют полному смыканию голосовых складок, из-за чего образующаяся щель вызывает повышенный расход воздуха, понижается подскладочный воздушный подпор, и сила голоса не может достигнуть желаемого уровня.

Важное место в патогенезе певческих узелков отводится сосудистым нарушениям, связанным с перенапряжением голосового аппарата при фонации и расстройством вегетативной иннервации. Обнаруживаемые при гистологическом исследовании изменения сосудистых стенок указывают на нарушение их про-

ремия в период обострения. При гипертрофии складок преддверия отмечается их увеличение с одной или двух сторон, они частично или полностью прикрывают голосовые складки. Иногда такие больные фонировать складками преддверия. Узелки голосовых складок, именуемые также «певческими узелками» или гиперпластическими узелками, представляют собой небольшие парные узелки, симметрично расположенные на краях голосовых складок на границе латеральной и средней их третей, весьма незначительного размера (булавочная головка), состоящие из фиброзной ткани. Иногда они принимают диффузную форму и распространяются на большую поверхность складок, вызывая значительные нарушения тембра голоса. Эти узелки не являются опухолями в морфологическом понимании этого термина, а имеют вид разрастаний собственной соединительной ткани голосовой складки.

Обычно эти образования возникают при перенапряжении их во время крика, пения, декламации громким голосом, особенно, по данным ряда зарубежных фониатрических исследований, в тех случаях, когда при голосообразовании используют звуки высоких регистров, поэтому певческие узелки встречаются у сопрано, колоратурного сопрано, теноров и контратеноров и очень редко у контральто, баритонов и басов. Предполагают также, что этиологическим фактором узелков голосовых складок могут служить подслизистые микрогематомы, которые образуются при сверхсилы голосовой нагрузке, после резорбции которых возникает фиброзная пролиферация соединительной ткани с образованием узелков.

Основным симптомом заболевания у певцов, лекторов и лиц других голосоречевых профессий служит охриплость различной степени выраженности, дисфония, мешающие выполнению профессиональных обязанностей и приводящие иногда к потере трудоспособности пациентами на длительный период времени. У вокалистов, актёров, предъявляющих очень высокие требования к качеству голоса, могут отсутствовать жалобы на охриплость, но при этом отмечаются затруднения при интонировании высоких нот, тремолировании или «некачественное» звучание голоса в определённом регистре. Выраженность дисфонии вариабельна и может быть незначительной.

Певческие узелки имеют три стадии развития: в I в связи с повреждением эпителиального покрова при ларингоскопии обнаруживается стояние мокроты в типичном месте; во II развивается катарально-экссудативная реакция (при ларингоскопии виден узелок, вокруг которого имеется слабо выраженная сосудистая реакция); в III происходит формирование узелка.

(Окончание на стр. 8-9.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

Ю.Василенко, О.Павлихин, З.Изгарышева (2000) при изучении режима работы и отдыха певцов вокалистов Музыкального театра им. К.С.Станиславского и В.И.Немировича-Данченко, музыкальных театров «Амадей» и «Геликон-опера» было установлено, что нагрузка на голосовой аппарат варьировала в зависимости от стажа работы вокалиста, его занятости в репертуаре и положения в театре (солист или артист хора), а также занятий артиста педагогической деятельностью, наличия дополнительной работы в других театрах. «...Ведущие солисты в возрасте от 28 до 50 лет со стажем работы 10-20 лет, активно занятые в репертуаре, имеют ежедневную нагрузку до 7-8 часов (уроки с концертмейстером, разучивание новых партий с дирижёром, оркестровые сценические прогоны текущих спектаклей, репетиции новых постановок). При этом иногда в силу организационных проблем (отсутствие необходимого количества исполнителей или болезнь страхующего солиста), особенности репертуарной политики театра (когда спектакль идёт блоками по 45 представлений подряд), один и тот же исполнитель, помимо занятости в репетиционном процессе, иногда вынужден петь до 10-12 спектаклей в месяц, выступая иногда в совершенно разноплановых по tessiture, технической и драматической сложности партиях. Нередко приходится сталкиваться с ситуациями, когда певец вынужден петь партии, не свойственные его tessiture. Например, когда лирический тенор поёт партии драматического, или лёгкое центральное сопрано исполняет драматические или меццо-сопрановые роли».

Диагностика

Диагноз «певческие узелки гортани» можно установить в поликлинике по месту жительства, оториноларингологической клинике, либо в фониатрическом кабинете (лаборатории певческого голоса). Для постановки диагноза необходимо провести стандартный оториноларингологический осмотр, а также эндоларингоскопическое и при необходимости стробоскопическое исследование. В ряде случаев при затруднении осмотра гортани у пациентов с анатомическими особенностями (толстая короткая шея, гипертрофия язычной миндалины и т.д.) выполняется фиброларингоскопия. Для объективной оценки степени нарушения голосовой функции используются определение времени максимальной фонации и спектральный компьютерный анализ голоса.

При микроларингоскопии на свободном крае голосовой складки выявляется ограниченный стекловидный отёк, умеренное разрыхление слизистой оболочки или ограниченное выбухание в типичном месте – на границе передней и средней трети голосовых складок (в так называемой узелковой зоне). Узелки выглядят в виде куполообразного выпячивания, реже – едва заметного утолщения в области «узловых точек». По цвету они не отличаются от голосовых складок, то есть имеют белесоватый или серовато-жёлтый цвет.

Возможно обнаружение как «мягких», так и «твёрдых» узелков. «Мягкие» узелки являются более молодыми, недавно возникшими полупрозрачными, отёчными утолщениями слизистой оболочки голосовых складок. Возникновение «мягких» или «отёчных» узелков обусловлено чаще всего острой перегрузкой гортани вследствие чрезмерной голосовой нагрузки, пения в больном состоянии (на фоне ОРВИ, острого ларингита, в дни менструаций у женщин). При микроларингоскопии в зависимости от срока обращения вокалиста к врачу, на свободном крае голосовой складки выявляется стекловидный отёк, умеренное разрыхление слизистой оболочки или ограниченное выбухание в типичном месте – на границе передней и средней трети голосовых складок (в так называемой узелковой зоне). Возможно незначительное усиление сосудистого рисунка.

«Твёрдые» узелки – это более зрелые и плотные образования, имеющие внутри как бы меловые вкрапления. «Твёрдые» узелки являются следствием того, что по ряду причин вокалисты работают с постоянной перегрузкой голосового аппарата, меняют манеру голосообразования, приспособившись к пению с патологическим процессом в гортани. «Твёрдые» узелки

являются следствием хронического перенапряжения гортани, обусловленного различными причинами (неправильная манера голосообразования у актёров, вынужденное исполнение партий, не соответствующих возможностям голоса исполнителя, а также на фоне уже имеющихся изменений в гортани (гипотонусная дисфония, «мягкие» узелки голосовых складок и т.д.) при наличии выгодного контракта. Это в большинстве случаев приводит к перерождению «мягких» узелков в «твёрдые», переходу острого заболевания в хроническое. При мягких узелках фонаторные колебания голосовых складок сохранены, при твёрдых узелках в результате их контакта друг с другом фонаторные колебания могут не определяться.

При стробоскопических исследованиях было установлено, что на том уровне, на котором возникают певческие узелки, при фонации высоких тонов голосовые складки принимают более выпуклую форму и тем самым более тесно и на более продолжительное время прилегают друг к другу. В результате этого сначала на указанном месте возникает двусторонний ограниченный очаг воспаления, вслед за которым при продолжающихся голосовых нагрузках возникает гиперплазия соединительнотканых волокон, наиболее чувствительных к механическим и воспалительным раздражениям.

При проведении эндоларингоскопии отмечаются синхронные колебания голосовых складок, амплитуда, как правило, средняя или малая. В фазе остановки при фонации на mezzo-voce нередко фиксируется щель в форме «песочных часов». При фонации на mezzo-forte или forte, как правило, достигается полное смыкание голосовых складок.

Функциональное состояние гортани исследуют с помощью показателя времени максимальной фонации, использование которого рекомендуют для ранней диагностики нарушений голоса в практической работе врачей-фониастров. Техника исследования времени максимальной фонации заключается в том, что для определения состояния гортани проводят исследование во время фонации с произношением гласных звуков «и», «а», «э» на вдохе и на выдохе. Такой приём позволяет более детально и тщательно провести осмотр гортани и обнаружить причины, ведущие к развитию голосовых нарушений. Результат исследования оценивается при помощи обычного секундомера (в секундах). Следует учитывать, что время максимальной фонации может меняться у одного и того же больного в зависимости от его функционального состояния (тревога, усталость, боль и т.д.). Каждый испытуемый должен обследоваться дважды с перерывом 10-15 секунд.

Дифференциальный диагноз узелков голосовых складок (гипертрофического ларингита) следует проводить прежде всего с другими формами ларингитов, приводящих к функциональным дисфониям (и прежде всего атрофической формой ларингита). Из лиц голосоречевых профессий возможно обнаружение атрофической формы ларингита у медицинских работников-педагогов высшей и средней медицинской школы, которые кроме голосовой нагрузки имеют также контакт с различными химическими соединениями. В медицине из раздражающих веществ достаточно широко и постоянно применяются соединения хлора (хлорная известь, соляная кислота) и серы (сероводород, серная кислота), азотная, уксусная кислоты, формальдегид и др. Их используют в клинических и биохимических лабораториях, танатологических и анатомических отделениях, при дезинфекции и дезинсекции и т.д.

Хронические поражения органов дыхания развиваются в результате длительного воздействия относительно малых концентраций химических веществ раздражающего действия. Они могут иметь различную распространённость и выраженность, что определяется как степенью контакта с химическими веществами, так и реактивностью организма. В основе патогенеза поражения лежит агрессивная форма хронического воспаления со значительной глубиной поражения, склонностью к деструктивным процессам, персистенцией инфекционных процессов с последующим развитием склеротических изменений.

Поражение верхних дыхательных путей химическими веществами раздражающего действия проявляется в форме неспе-

цифических катаров слизистой оболочки, которые могут быть катаральными, суб- и атрофическими, реже – гипертрофическими. Это во многом зависит от стажа работы: при небольшом стаже преобладают катаральные изменения, при продолжительном – суб- и атрофические. Длительность работы влияет и на распространённость поражения – сначала развивается хронический ринит, затем хронические фарингиты и ларингиты. У стажированных работников наиболее часто наблюдается комбинированное поражение слизистых оболочек носа, глотки и гортани.

Основным симптомом хронического атрофического ларингита, как и при его гипертрофической форме, является дисфония, при которой голос может приобретать различные оттенки. При хроническом атрофическом процессе дисфония продолжается до тех пор, пока не отойдут корки, образовавшиеся на голосовых складках. Кроме изменений голоса больных могут беспокоить ощущение упорного першения и неловкости в горле, кашель, хрипота разной степени выраженности.

Узелки голосовых складок также необходимо дифференцировать с мелкими папилломами (C.Dean и соавт., 2001), полипами и кистами (R.Sataloff и соавт., 1997). Следует отметить, что напротив папиллом, кисты или полипы могут образовываться контактный узелок, создающий полную ларингоскопическую иллюзию двусторонних узелков голосовых складок. Также проявления хронического гипертрофического ларингита нужно дифференцировать с опухолями, склеромой, туберкулёзом и сифилисом гортани. На ранней стадии певческие узелки гортани необходимо отличать от таких заболеваний, как фиброма гортани, ретенционная киста гортани, папиллома гортани, диффузные полипозные образования, ангиома гортани, контактная гранулёма.

Ранним симптомом рака является охриплость. Позже присоединяются тягостные позывы к откашливанию, местные боли с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при разговоре. Ларингоскопические данные: небольшая краснота на одной стороне с незначительной припухлостью. Иногда видна ограниченная или полиповидная опухоль с бугристой поверхностью, беловатого или матово-красного цвета. Голосовая складка инфильтрирована и ограничена в подвижности. Затем охриплость усиливается до афонии, возрастают боли и дисфагические явления, присоединяются первые симптомы сужения гортани, в мокроте появляются прожилки крови.

Первичный сифилис в гортани наблюдается крайне редко. Появляется твёрдый шанкр на надгортаннике, черпаловидном хряще, черпалонадгортанных складках, реже в области голосовой щели. Проявления вторичного сифилиса зависят от формы. При эритематозной форме имеется разлитая гиперемия всей слизистой оболочки, которая затем принимает багровый оттенок. Эрозивная форма характеризуется множеством поверхностных эрозий, окружённых ярко-красной каймой. Сифилитическому хордиту свойственны изолированные инфильтраты, асимметрично располагающиеся на голосовых складках отдельными или сливающимися бляшками величиной меньше чечевицы, жемчужного цвета, возвышающиеся на гиперемированной слизистой оболочке. При третичном сифилисе образуется глубокая третичная язва с характерными, резко очерченными краями, сальным дном. Язва мало болезненна.

Симптомы туберкулёза гортани разнообразны и зависят от локализации процесса. Вначале больной отмечает быструю утомляемость голоса и неприятные ощущения при разговоре. Со временем инфильтрация увеличивается, и голосовая складка приобретает веретенообразную форму. Инфильтрат имеет вид плоского, сидящего на широком основании утолщения серо-красного или синевато-серого цвета. В последующем появляется туберкулёзная язва. Склеромное поражение гортани проявляется инфильтратами, расположенными в подскладочном пространстве. При больших размерах инфильтратов голосовая щель может быть резко сужена.

Лечение

Выбор тактики лечения проводится после обследования пациента, включающего сбор анамнеза заболевания и профессионального анамнеза, слуховую

оценку голоса, микроларингоскопию, эндоларингоскопию, спектральный компьютерный анализ голоса. При повышенной тревожности, мнительности пациента целесообразно проведение скринингового исследования по шкале HADS для выявления соматоформных расстройств и по показаниям проведение консультации психолога и/или психотерапевта. Лечение всегда начинается с рациональной психотерапии с целью создания у пациента мотивации на успех. Показаны полная элиминация профессиональной голосовой нагрузки и максимально щадящая голосовая нагрузка в быту. Длительность голосового режима устанавливается индивидуально для каждого пациента. Назначение полного молчания нецелесообразно, поскольку для профессионалов отсутствие голоса является психотравмирующей ситуацией.

При фонастении на первом этапе физиотерапии назначают общую гидротерапию преимущественно в виде углекислых или скипидарных ванн, введение ионов кальция в область воротника или общий кальций электрофорез по Вермелю; при наличии парестезий в области гортани – дарсонвализацию этой области грибовидным электродом (5-8 мин ежедневно, на курс лечения – 7-10 процедур). При наличии реактивных изменений слизистой оболочки гортани применяют средства, стимулирующие тканевый обмен, в виде ингаляций крупнодисперсным аэрозолем, преимущественно щелочные минеральные воды температуры 37°C с последующим ингалированием растительных масел, содержащих (или с добавлением) ретинола и токоферола ацетат. Первая половина курса проводится на фоне полного голосового покоя и назначения дыхательной гимнастики. Со второй половины курса приступают к ортофонической терапии, целью которой – правильная постановка голоса (включение резонирующих полостей, использование «опоры» и т.д.).

Это особенно необходимо лицам речевых профессий – педагогам, лекторам, адвокатам и др. Всем больным, страдающим функциональными нарушениями двигательной функции гортани, показана санаторно-курортное лечение в санаториях психоневрологического профиля. Как при истинной, так и при ложной фонастении большое значение имеет вторичная физиопрофилактика, которая заключается в систематической ингаляционной терапии или гидроионотерапии в домашних условиях, использование методов закаливания с применением контрастных компрессов на область воротника или гортани, общих гидропроцедур соответственно адаптационным возможностям организма. Ежегодно пациент должен получить один из курсов физиотерапии, направленных на нормализацию функции центральной и вегетативной нервной системы: общий электрофорез кальция по Вермелю, курс «воротниковой терапии», общие УФ-облучения и т.д.

При выборе лечебной тактики при певческих узелках следует помнить, что в основе возникновения узелков голосовых складок всегда лежит неправильный механизм голосообразования, и назначение только голосового режима и проведение медикаментозного лечения часто не решают проблемы, поскольку после возобновления нагрузок пациент пользуется теми же приёмами голосообразования, что и до болезни, что достаточно быстро приводит к рецидиву заболевания. Поэтому перед началом лечения необходима консультация фониагра, а для профессиональных актёров и вокалистов – педагога по сценической речи и вокального педагога. У работников голосовых профессий узелки обычно исчезают после соответствующего неоперативного фониатрического лечения и достаточно продолжительного (несколько месяцев) голосового отдыха. Нередко узелки голосовых складок возникают у молодых певцов, форсирующих свой голосовой аппарат без соответствующей вокально-педагогической подготовки. В этом случае требуется квалифицированная консультация фониагра и педагога-вокалиста.

Недавно существующие певческие узелки, как правило, обратимы. Непродолжительное ограничение голосовых нагрузок и консервативная терапия оказываются эффективными. Однако сложными проблемами заключается в невозможности исключения причин возникновения узел-

ков. Больные вынуждены продолжать использовать голос, являющийся их профессиональным «инструментом» и средством существования. Это обуславливает неизбежный рецидив заболевания, что постепенно приводит к формированию стойкой гиперплазии слизистой оболочки голосовых складок.

Консервативная терапия включает в себя медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, фонопедию. Используются препараты кальция, антигистаминные, комплексные ферментные препараты, которые оказывают противовоспалительное действие, уменьшают выраженность местных экссудативных явлений. При органических изменениях применяют противовоспалительное лечение, приём антигистаминных средств, инстилляцию масел в гортань. При вазомоторных изменениях хороший лечебный эффект оказывает вливание в гортань масел в сочетании с суспензией гидрокортизона, аскорбиновой кислоты. При фонастении широко показана дополнительная седативная терапия (приём диазепама, хлордиазепоксида, оксазепам и др.). Для повышения тонуса этим лицам рекомендуют назначать пантов благородного оленя экстракт (пантокрин), женьшень. Параллельно с проведением медикаментозной терапии проводится фонопедия с целью выработки фонационного дыхания и физиологичной манеры голосообразования.

В ряде случаев показано парентеральное введение протеолитических ферментов, ускоряющих рассасывание твёрдых узелков. Отмечен положительный эффект от использования иглорефлексотерапии. Физиотерапия наиболее эффективна на первых двух стадиях развития певческих узелков. Следует отметить, что в этот период только голосовой покой достаточно быстро вызывает обратное развитие узелка. В связи с этим существует неверное представление о нецелесообразности проведения терапии. Вместе с тем, появившись однажды, узелки рецидивируют, подвергаются организации, то есть переходят в ту фазу, когда лечение значительно менее эффективно. На протяжении первых двух фаз развития назначается голосовой покой, средства и методы, направленные на устранение гиперкинеза связок. Применяется бром-электрофорез в область воротника, йодобромные или жемчужные ванны, детям – облучения УФ-облучения. Одновременно проводится масляная ингаляция (растительные масла) и выраженной воспалительной реакции на фоне голосового покоя могут быть назначены кальций-электрофорез в область гортани, дарсонвализация или ток надтональной частоты. После проведённого курса больной должен быть

направлен к фониатру для правильной постановки голоса.

С целью совершенствования функции центральной нервной системы и её вегетативного отдела в домашних условиях больной должен периодически принимать гидропроцедуры в зависимости от адаптационных возможностей – наиболее часто хлоридно-натриевые или хвойные ванны (температура 37°C, продолжительность 12-15 минут, на курс – 12-15 ванн).

В III стадии процесса – электрофорез йода на область воротника или гортани, всего – не менее 20 процедур; грязелечение – аппликации на область воротника или шеи (температура 42°C, ежедневно или через день, 12-15 процедур); ингаляции препаратами, содержащими йод, или сульфидными водами; гидротерапия – преимущественно радоновые ванны в умеренных дозировках (80 нКи/л). При неэффективности консервативного лечения производится оперативное удаление, однако голос после хирургического вмешательства нормализуется редко.

Если неоперативные методы не достигают желаемого результата, то предпринимают хирургическое удаление узелков. Следует отметить, что хирургическое лечение узелков у профессионалов голоса, предьявляющих крайне высокие требования к его качеству (особенно у пациентов с большим стажем работы), проводится реже по сравнению с пациентами неголосовых профессий. Это объясняется тем, что существующий (даже незначительный) риск развития профессиональной непригодности певца или драматического актёра (что в ряде случаев может угрожать профессиональной репутации пациента и привести к финансовым потерям) заставляет их соглашаться на операцию только в тех случаях, когда нарушения голоса становятся слишком явными и делают невозможной профессиональную деятельность пациента, провоцирует возможность судебных исков по отношению к медицинским работникам.

К. Treole, M. Trudeau (1997) проводили исследование голосовой функции у пациентов с двусторонними узелками до и после фонопедической коррекции. Авторы выявили, что результаты измерений были сходны в группе больных с узелками до лечения и контрольной группе обследуемых без патологии голосовых складок. Таким образом, фонопедическую коррекцию можно считать эффективным методом лечения певческих узелков. S. Yang (2000) изучил эффективность иглорефлексотерапии в лечении узелков голосовых складок у 109 больных и показал, что она достигает 93,6%. В лечении стойких гиперпластических изменений узелков голосовых складок наиболее эффективным методом следует считать фонохирургию с применением микроларингоскопической техники (N. Kleinsasser, 2001).

На сегодняшний день большинство авторов считают лазерную технику наиболее удобной для удаления узелков голосовых складок. Предпочтение отдаётся CO₂-лазеру, используемому в дистантном режиме, в сочетании с микроларингоскопической техникой. Большой опыт проведения фономикрохирургических вмешательств при узелках голосовых складок у вокалистов и профессионалов голоса накоплен S. Zeitels и соавт. (2002). Авторы провели оперативные вмешательства 201 пациенту. Во всех случаях были получены хорошие функциональные результаты. При этом подчёркивается, что залогом успеха служат прецизионность вмешательств и активная послеоперационная голосовая реабилитация.

После стихания воспалительных явлений в месте операции назначаются дыхательная гимнастика и фонопедия, направленные на координирование работы нервно-мышечного аппарата гортани под контролем микроларингоскопии, эндоларингоскопии и спектрального компьютерного анализа голоса.

Вопрос о начале профессиональной деятельности и объёме голосовой нагрузки решается индивидуально для каждого пациента. В послеоперационном периоде пациенты находятся под постоянным наблюдением фониатра.

Экспертиза трудоспособности

Временное нарушение трудоспособности у лиц голосоречевых профессий возникает в том случае, когда возникший патологический процесс недлителен, обратим, то есть через небольшой промежуток времени трудоспособность может быть полностью восстановлена. Это может наблюдаться при фонастении, травмах и кровоизлияниях в голосовые складки (то есть при начальных формах профессионального поражения). Следует учитывать, что временное нарушение профессиональной трудоспособности у лиц голосоречевых профессий полное, то есть работник на этот период полностью непригоден к выполнению своих профессиональных обязанностей, так как любое нарушение голосового режима (режима молчания) может усугубить течение нарушений голосового аппарата.

Стойкое нарушение трудоспособности у работников голосоречевых профессий чаще возникает при обострениях хронического ларингита, рецидивирующих фонастениях, монохордитах и других заболеваниях гортани. В этих случаях больные нуждаются в длительном стационарном лечении. При отсутствии положительного клинического эффекта от проводимой терапии больного направляют в Бюро медико-социальной экспертизы для установления степени утраты трудоспособности. Такие больные нуждаются в наблюдении у фониатра и проведении активного лечения.

Профилактика

Профилактика профессиональных заболеваний голосового аппарата включает правильный профессиональный отбор, обучение молодых специалистов и студентов технике речи, привитие навыков гигиены голоса. Целесообразно в профотбор включать предварительную беседу с психоневрологом и консультацию фониатра. Претенденты должны быть достаточно эмоциональны, способны быстро реагировать на ситуацию. Необходима санация очагов хронической инфекции в верхних дыхательных путях. После их санирования необходимо повторное решение вопроса о профессиональной пригодности. Абсолютно противопоказана работа в голосоречевых профессиях при острых и хронических заболеваниях гортани и глотки дистрофического (особенно субатрофического) характера, вазомоторных и аллергических нарушениях в слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

Для профилактики инфекционных осложнений может быть использован фузафунгин. Из физиотерапевтических процедур при фонастении хороший эффект оказывают гидропроцедуры (обтирание водой, хвойные ванны). Можно использовать полоскание горла настоем из листьев шалфея лекарственного, цветков ромашки аптечной. Для профилактики рецидива фонастении следует избегать перенапряжения голоса и различных конфликтных ситуаций, отрицательно влияющих на нервную систему.

Также необходимым условием профилактики профессиональных заболеваний голосового аппарата от функционального перенапряжения является проведение предварительных и периодических медицинских осмотров согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Дарья БУДАШ,
ассистент кафедры профессиональных
болезней и клинической фармакологии.

Самарский государственный
медицинский университет.

(Окончание. Начало в № 77 от 13.10.2017.)

Синпневмонический плеврит. Антибиотики вводятся по указанным выше правилам. Плевральная пункция важна для диагностики, внутриплевральное введение антибиотиков нецелесообразно – оно не влияет на течение плеврита. При умеренном экссудате и хорошем ответе на лечение пункция не нужна.

Дренаж плевральной полости необходимо при быстром накоплении экссудата после 1-2 повторных пункций, а также при пиопневмотораксе с признаками сдавления лёгкого; прекращение экссудации и стойкая нормализация температуры позволяют удалить дренаж.

Метапневмонический плеврит дренирования не требует, как и замены антибиотика, при снижении лейкоцитоза, несмотря на лихорадку, возможен переход на оральный препарат. Назначение НПВС (ибупрофен и др.) или стероидов (преднизолон внутрь 1 мг/кг/сут на 2-4 дня) ускоряет снижение температуры. Введение в полость плевры протеаз (фибринолизина, стрептокиназы) при массивном отложении фибрина не получило распространения из-за возможности пневмоторакса и пирогенных реакций. Рассасыванию фибрина способствует ЛФК.

Пиопневмоторакс (не клапанный) лечится консервативно, при наличии клапанного механизма или накопления жидкости показан дренаж с подводным клапаном (по Бюлау), а при его неэффективности – с отсасыванием (начальное давление 5-10 см вод. ст., затем – в зависимости от растравления лёгкого).

Большинство плевральных осложнений

Диагностика и лечение острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечение пневмонии у детей

Клинические рекомендации Минздрава России

пневмонии возможно излечить без наложения дренажа плевральной полости.

Активное дренирование показано только при напряжённом пиопневмотораксе.

Немедикаментозная терапия, включая физические методы удаления мокроты, в остром периоде пневмонии не играет существенной роли. Электропроцедуры излишни, они затягивают пребывание в стационаре и создают угрозу суперинфекции в поликлинике. ЛФК, дыхательная гимнастика (амбулаторно) показаны для ускорения рассасывания плевральных изменений.

Выписка. Ранняя выписка из стационара (на 3-4-й день, сразу по достижении эффекта при наличии условий для продолжения лечения) на дому, понимание родителями его необходимости и возможности последующего наблюдения) позволяет избежать суперинфекции. Сохранение увеличенной СОЭ, хрипов в лёгких или остаточных рентгенологических изменений не препятствуют ранней выписке ребёнка.

Реабилитация. Большинство больных пневмонией в специальных реабилитационных мерах не нуждаются, долечивание детей с остаточными явлениями плеврита лучше проводить в санатории. Так называемая медикаментозная реабилитация (экстракт алоэ, «биостимуляторы» и т.п.) не может быть обоснована, она недопустима.

Прогноз

Несвоевременно или неправильно леченая пневмония может закончиться развитием пневмосклероза и деформацией бронхов в зоне поражения. Такие исходы сейчас наблюдаются в основном у детей с муковисцидозом, пороками развития и др. Усиление и деформация лёгочного рисунка, которое может сохраняться в течение нескольких месяцев (нередко принимаемые на КТ за склеротические изменения), не требует ни уточняющих исследований, ни лечения.

В процессе рассасывания пневмонии у ряда детей выявляются obstructивные нарушения вентиляции, однако они исчезают через 1-2 месяца; гиперреактивность бронхов, как правило, не выявляется. Стойкое, хотя и небольшое, снижение функционального лёгочного кровотока в зоне пневмонии наблюдается лишь у некоторых детей, перенёвших в возрасте до 3 лет осложнённую деструкцией пневмонию.

Профилактика

Профилактика пневмоний предусматривает прежде всего вакцинопрофилактику детских капельных инфекций и гриппа, на фоне которых развиваются бактериальные пневмонии, а также массовую вакцинацию против пневмококковой и гемофильной инфекций.

Под редакцией главного педиатра
Минздрава России,
академика РАН Александра БАРАНОВА.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В начале был мега-грант

С заведующей лабораторией разработки и изучения новых технологий лечения заболеваний НИИ – ККБ № 1 Ирины Гилевич мы идём знакомиться с подразделением, которое уже сегодня помогает хирургам применять во время операции не только скальпель, но и клеточные технологии. Как это и бывает, когда попадаешь в такую лабораторию, первоначально складывается впечатление, что вступаешь в неведомый мир. На такие мысли невольно настраивает строгий режим стерильности, который должен защитить используемые материалы от мира микроорганизмов, в котором мы живём. Наконец, шлюз закрывается, мы вступаем в святая святых – лабораторию. Оснащение по самому высокому уровню для клеточной культуральной работы. Здесь видим «ламинарный» шкаф, CO₂-инкубатор, центрифугу, мощный микроскоп, криохранилище для клеток и тканей. В одном из отсеков установлен биореактор для создания тканеинженерных конструкций или органов.

История таких исследований в НИИ – ККБ № 1 началась в 2012 г. с мегагранта Правительства РФ. Его выиграла Кубанский государственный медицинский университет и клиника, которая стала центральным звеном, где проходила практическая часть реализации научного проекта. Тогда в больнице проводились первые клинические исследования по этой тематике.

Инициатором и идеологом открытия нового подразделения, которому в эти дни исполняется ровно год, был главный врач НИИ – ККБ № 1, академик, Герой Труда России Владимир Порханов. Владимир Алексеевич – человек, которому свыше дана неумная энергетика. Он – блестящий торакальный хирург. Казалось бы, человек, обладающий настоящим талантом врача, мог бы работать совсем в другом ритме. Но В.Порханов не может по-другому. Его волнует не только день сегодняшней, когда ЛПУ в Краснодаре добились отличных результатов в масштабе и качестве проведения вмешательств, но и завтрашний день кубанской медицины. А, как известно, он во многом будет определяться, насколько успешно в практику будут внедряться биотехнологии. Владимир Алексеевич настаивал: надо создавать новые методы, которые стимулируют развитие трансплантологии. Донорских органов никогда не будет хватать, а это значит, что без искусственных тканей медицине в ближайшее время не обойтись.

Как и любое большое дело, начинали не без проблем. Но шаг за шагом их удалось преодолеть. Сегодня лаборатория больницы и КубГМУ серьёзно продвинулись вперёд в своих работах в области регенеративной медицины.

Первый успех в комбустиологии

Применение на практике клеточных технологий началось при лечении больных с глубокими ожогами и имеющими дефицит собственной ткани. В НИИ – ККБ № 1 стали проводить исследования по протоколу применения аутологичных фибробластов в лечении ожоговой раны.

– Сегодня уже накоплен опыт получения и использования разных типов клеток для закрытия кожных дефектов, таких как кератиноциты, фибробласты, мезенхимальные стромальные клетки разного происхождения, – поясняет И.Гилевич. – Однако до сих пор получение полноценной тканеинженерной кожи, которая заменила бы аутопластику перфорированным кожным лоскутом, остаётся нерешённой задачей. А условно предельные эквиваленты кожи можно разделить на дермальные, эпидермальные и смешанного типа в зависимости от типа клеток, которые в этих продуктах используются.

Как известно, тяжёлые ожоги сопровождаются опасным для жизни местными или общими воспалительными заболеваниями, которые вызывают серьёзные осложнения. Поэтому золотым стандартом хирургической практики остаётся иссечение некротизированных участков кожи с последующей аутопластикой перфорированным трансплантатом. Но при больших и глубоких ожогах возникает дефицит кожных ресурсов. Вот тогда недостаток собственной ткани восполняется при помощи клеточной технологии. Полученные из ткани большого фибробласты в виде суспензии засеваются в

дра, которые проперфорированы в соотношении и раскрыты по контуру ран культы правого плеча. В ячейках кожных трансплантатов произведена трансплантация культивированных собственных клеток. Через 4 дня при проведении плановой смены повязок было отмечено формирование эпителиальной ткани в месте проведения аутопластики. Позже удалось провести её и для других участков тела. Состояние пациента улучшалось, и на 4-й месяц стационарного лечения его выписали для наблюдения по месту жительства.

Не менее показательная история другого пациента 66 лет, по-

– резюмирует В.Порханов. – Сначала исследования ведутся на уровне клеток. Когда есть результат, он проверяется на животных. Знаете, другого пути просто нет. Не развивая клеточные технологии, мы будем отставать. Кстати, показательный пример – пересадка костного мозга, которая в крае пока не осуществляется. Но не за горами тот момент, когда эта технология станет доступна жителям Кубани, мы активно занимаемся этой проблемой.

Меня очень порадовало интервью с академиком Александром Чучалиным, опубликованное в «Российской газете». Он рассказал

– Хирург с помощью бронхоскопа видит этот свищ, – поясняет заведующий торакальным отделением № 2 НИИ – ККБ № 1 Алексей Коваленко. – Специальной эндоскопической иглой он обкалывает зону вокруг свища, впрыскивая подготовленную смесь. Это приводит к тому, что регенеративные и репаративные процессы ускоряются и свищи закрываются. Благодаря этим инъекциям и раны в полых органах заживают быстрее, часто это приводит к сохранению объёма ткани. А главное – избавление пациентов от серии повторных операций, которые могут при неблагоприятных исходах вызвать

Актуально

Командная работа



В лаборатории ведутся исследования, которые, возможно, помогут в лечении ещё ряда заболеваний

каркас ткани. Тем самым удаётся из небольшого кожного лоскута сделать трансплантат, который в разы больше по площади.

Первый пациент О., 50 лет, который был пролечен в ККБ № 1 по этой технологии, поступил в реанимационное отделение ожогового центра больницы с термическим ожогом лица, туловища, конечностей 2-3-й степени (31% тела), с серьёзной термоингаляционной травмой. Соответственно, ожоговая болезнь была у него в стадии острой токсемии. При этом заболевание осложнилось тяжёлым волнообразным ожоговым сепсисом, двусторонней полисегментарной пневмонией. Хирургам ничего не оставалось делать, как провести поэтапные некрэктомию, ампутации правой верхней конечности на уровне средней трети плеча, левой кисти на уровне пястных костей. Тем не менее из-за значительного поражения верхних конечностей и туловища, ожоговая болезнь прогрессировала, состояние больного ухудшалось. Его подключили к аппарату искусственной вентиляции лёгких через трахеостому. На врачебном консилиуме было решено включить пациента в протокол клинических исследований.

Чтобы получить культуру аутологичных фибробластов, под общим наркозом был вырезан лоскут кожи площадью 20 см, толщиной – 0,3 мм. На донорское место наложили асептический повязку. Дальше трансплантат доставили в стерильной пробирке со специальной средой в лабораторию для выделения и культивирования клеток. Через 26 дней была получена культура собственных клеток, засеянная на полимерный носитель. Следующий шаг – исследования, подтвердившие качество культуры: определено количество клеток, проведён морфологический анализ, осуществлён бактериологический контроль, карiotипирование, иммунофенотипирование. Во время второй операции забраны кожные трансплантаты с ног бе-

ступившего позже в ККБ № 1 с термическим ожогом туловища, наружных половых органов, нижних конечностей 2-3-й степени (12% от площади тела). Для него также была получена культура аутологичных клеток. Через 3 дня после повторной операции наблюдалось начало эпителизации, на 7-й день она стала полной. Применение культивированных клеток позволило создать кожные лоскуты большого и нужного размера. А это привело к уменьшению числа рубцов и контрактур, что, безусловно, повлияет на качество жизни больного.

К пересадке... лёгкого

Ещё одно направление, по которому удалось серьёзно продвигаться, – разработка тканеинженерных конструкций полых органов на основе децеллюризации. Как правило, это химические вещества, в результате воздействия которых происходит «обесклеточивание» органов, когда из ткани удаляются клетки, а в лаборатории остаётся один лишь их каркас. В последующем он засеивается клетками, чтобы получить искусственный орган из собственных клеток больного.

Кстати, в рамках мегагранта проводились исследования, когда такой каркас создавался из синтетического материала. Сегодня исследователи идут по пути создания аорты. Для этого в рамках научно-исследовательской работы изучаются воздействия различных веществ, условия культивирования. Ставится задача – улучшить обстановку культивирования клеток для последующего клинического применения. Уже создана и консервирована биотрахея – в случае какого-либо жизнеугрожающего состояния у пациента в больнице могут предложить её трансплантацию.

– Наша лаборатория – это настоящая транспланционная медицина, которая сотрудничает с Сочинским НИИ приматологии РАН, КубГМУ,

о проекте создания тканеинженерных лёгких. Торакальные хирурги давно мечтают об этом. Огромное количество людей нуждаются в пересадке лёгких, но доноров не хватает. Аппаратуры, которая осуществляет перенос кислорода в кровь, уже придумано достаточно. Но любые устройства, которые надо носить, будут неудобны. Другого качества жизни можно добиться, если осуществить трансплантацию. Лучший вариант, когда орган создаётся из клеток больного. После обычной пересадки органа человек вынужден всю жизнь принимать препарат, снижающий иммунитет, чтобы избежать реакции отторжения. Когда учёные смогут создать орган из клеток самого человека, возможности медицины станут почти безграничными.

– Представьте, человек попал в авткатастрофу, в которой лишился ноги, – эмоционально говорит академик В.Порханов. – Но «завтра» её смогут вырастить в клинике. Для этого будет использоваться специальный банк органов и тканей. Биологи создадут трансплантат, а хирургам останется виртуозно пришить сосуды, мышцы, ткани. Научный прогресс будет развиваться, и, как в книге замечательного фантаста Александра Беляева «Голова профессора Доуэля», нам удастся осуществить пересадку даже головы человека.

По словам академика В.Порханова, хирургия приближается к пределу совершенствования техники вмешательства или каких-то серьёзных манипуляций. Новые горизонты могут быть открыты только с применением прорывных технологий. Например, появятся методики, позволяющие добиться лучшего результата за счёт ускорения процесса заживления ран, уменьшения воспалительных процессов – большие будут быстрее выздоравливать и проходить реабилитацию.

Результаты представят в Европейской школе

Как уже говорилось, не сами специалисты лаборатории решают, чем им стоит заняться. Клиницисты обращаются к ним со своими проблемами. Торакальные хирурги поставили одну из задач, которую в лаборатории пытаются решить. На месте отсечения бронха и резекции лёгкого иногда остаётся культя. Именно на ней могут образоваться свищи. К сожалению, подобное осложнение плохо лечится. А грозит оно тем, что воздух попадёт в плевральную полость. Если это произойдёт, то может начаться кровотечение или в организм попадёт инфекция. Для решения этой проблемы лаборатория стала готовить специальную смесь из собственных клеток пациента (сейчас это предмет получения патента), введение этой комбинации настолько успешно заживает «старые» раны, что врачи сами не могли в это сразу поверить!

фатальные осложнения, например кровотечение. Или серьёзно ухудшить качество жизни.

Использовать эту методику несколько лет назад предложил торакальный хирург Игорь Поляков, заместитель Владимира Алексеевича. Мы её применили. Теперь хирурги оценивают клинический эффект. При этом получены хорошие наработки в отношении объёма, периодичности вводимой смеси. Этот клинический опыт отражён в историях болезней, видеозаписях. Всё это сегодня обобщается. Опыт применения ещё одной клеточной технологии будет представлен на ближайших заседаниях Европейской школы по торакальной хирургии.

Можно многое рассказать и о лечении трофических язв нижних конечностей при выращивании костей (для замещения костных дефектов). Сейчас часть этой работы сотрудники лаборатории надеются запатентовать. В планах – заготовка пуповинной крови. Чтобы хранить стволовые клетки для последующего применения, есть необходимое оборудование, расходный материал. С нового года в лаборатории будет создан банк стволовых клеток.

В режиме современной клиники

Известный российский режиссёр Олег Ефремов сказал, что надо совершенствовать себя через то, что ты делаешь. В медицине есть ещё одна особенность: сегодня невозможно создать новый метод и применить его, если отсутствует команда квалифицированных специалистов. Но должна быть ещё система, которая подталкивает не останавливаться на достигнутом. Академику В.Порханову удалось выстроить её в одной из крупнейших клиник России. Что это означает на практике, убедился автор этих строк, когда находился в командировке. В эти дни после страшного ДТП из Крыма в НИИ – ККБ № 1 была доставлена «скорой помощью» девочка. Хотя ткани её головы были сильно повреждены, а лечение осложнялось переломами черепа, мультидисциплинарной бригаде хирургов удалось спасти ей жизнь и восстановить по крупным чертам лицо. Свой вклад в спасение внесла и лаборатория разработки и изучения новых технологий лечения заболеваний. Главное – работали чётко, быстро, несмотря на то, что маленькая пострадавшая была доставлена в больницу для экстренной помощи... В ежедневной клинической работе идёт поиск инновационных методов диагностики и лечения, персонализированного подхода к пациентам. Так продолжается развитие кубанской медицины.

Алексей ПАПЫРИН,
заместитель
главного редактора «МГ».

Москва – Краснодар.

В центре внимания

Вероника СКВОРЦОВА:

Биотехнологии — это отдельная вселенная

О будущем российской медицины речь шла на пленарных заседаниях II Всероссийской конференции «Биотехмед», которое состоялось недавно в Геленджике. Главным докладом на ней, безусловно, было выступление министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой.

— Сегодня развитие биомедицинских технологий определяет уровень экономического, социального и технологического развития, возможность процветания и доминирования любой страны, — сказала она. — Начало 2000 г. было связано с тем, что был расшифрован геном. Благодаря этому родилось представление о медицине 4 «П» (персонифицированной, предикативной или прогнозной, превентивной или профилактической и партисипативной, то есть предусматривающей непосредственное участие пациента в заботе о своём здоровье).

Технологии, которые изменили медицину

Последние 10 лет были ознаменованы технологическими прорывами, которые были подытожены в трудах исследователей. Это прежде всего развитие сенсоров и детекторов, появление цифровых методов и различных интеллектуальных программ, ускорение секвенирования генома до 27 часов. Таким образом, мы ушли из нашего прошлого, когда лечили запущенные формы заболеваний. Теперь уходим из нашего настоящего, когда всё построено на максимально раннем выявлении заболеваний, к выявлению факторов их риска. Так у нас появляются дополнительные шансы на излечение. И подходим к новой парадигме. Она включает в себя самые последние достижения молекулярной генетики и биологии. По сути, каждый человек становится участником борьбы за своё здоровье и будет нести за него персональную ответственность. И в этом ему помогут методы мониторингования состояния здоровья. А при первых признаках неблагополучия он сам сможет корректировать состояние и микросреду. Как только повсеместно станут использоваться электронные гаджеты, эта система мониторинга состояния здоровья даст большие и сложные объёмы информации. Тогда можно будет давать персонифицированные рекомендации по медицинскому сопровождению больного.

Необходимо также, считает министр, чтобы каждый человек имел право владеть собственной медицинской информацией, сам ею распоряжаться и решать, с кем делиться этими сведениями. Для этого она должна быть организована по принципу блокчейн, то есть быть децентрализованной. Каждый человек после идентификации его подлинности должен иметь ключ доступа, желательна биометрический, чтобы направлять данные в другие клиники.

На самом деле цифровое будущее уже наступило. Мы видим, что фактически идёт тенденция к появлению всё новых и новых полезных приборов. Возьмите линзы для глаз, которые ежедневно дают информацию об уровне глюкозы в крови, когда маленький датчик закладывается под конъюнктиву и постоянно мониторит её уровень. Или можно использовать глюкометр, который внутри кровеносного русла измеряет уровень глюкозы.

— Таким образом, меняется архитектура всей системы, происходит соединение фундаментальной науки с практикой, — отметила В.Скворцова. — Тон в этом должны задавать высокотехнологичные клиники. Некоторые из них работают в рамках золотого часа,



Выступает губернатор Кубани В. Кондратьев

что наиболее ценно. Речь идёт и о том, чтобы самые уникальные технологии действовали в режиме плановой помощи. В этом очень поможет формирование единой государственной информационной системы здравоохранения. Главная площадка, которая будет всё это развивать, — Ростех.

Сегодня совместно с этой госкорпорацией реализована централизованная система по закупкам лекарственных препаратов.

Появляется совершенно новая для отрасли инфраструктура — кластеры при ведущих медицинских вузах, современные лаборатории, сертифицированные виварии. Мощный транскомпонентный трансляционный центр создаётся в рамках пилотного проекта в Санкт-Петербурге. Его руководитель — присутствующий на конференции академик РАН Евгений Шляхто. На следующий год аналогичный центр появится в Национальном исследовательском университете в Москве.

Особое внимание — инновационному развитию. Оно подразумевает формирование центров, интеллектуальных конструкторских бюро для достижения необходимого результата. Выстраивание виртуальных команд из носителей компетенций вне зависимости от того, где они работают и в какой системе — в государственной, частной или ведомственной.

В настоящее время межведомственный научный совет Минздрава России выделил несколько основных направлений развития биомедицины. Первое — регенеративная медицина. Уже сейчас накоплена целая линейка клеточных продуктов, которая готовится к клиническим испытаниям. Это чистая линия мезенхимальных клеток для восстановления дефектов головного мозга, клетки, которые позволяют «заполнять» собственную ткань трахеи. Есть и разработки, когда клетки продуцируют инсулин, что станет хорошей заместительной терапией сахарного диабета 1-го типа. Уже сейчас в России фактически созданы искусственные органы, такие как многослойная кожа, суставные поверхности, зуб, ухо. Самое главное — найдены подходы к формированию матрицы.

На каркас послойно будут наращиваться аутологичские клетки человека. Это одно из прорывных направлений.

В.Скворцова обратилась к руководству Минпромторга России и Ростеху с предложением о совместных программах по созданию не только биосовместимых, но и биodeградируемых материалов с заданной скоростью деградации. Потому что вращение разных клеточных линий имеет разную скорость. И для того чтобы наращивать мышечные и эндотелиальные ткани, нужно понизить, как быстро уходит «подстилка».

Второе направление — фармакология. Открытая в 2015 г. лаборатория очень быстро формирует препараты мембранного типа (моноклональные антитела). Сейчас уже 30 препаратов подготовлены к стадии клинических исследований. Они необходимы для лечения онкологических заболеваний. Тем не менее они пройдут очень строгую проверку. Министр обратила внимание, что главный принцип медицины всех времён и народов — не навреди.



В.Скворцова и С.Чemezov знакомятся с экспонатами

Большим достижением учёных стала кохлеарная имплантация, которая впервые была проведена 10 лет назад. Теперь их делается в год более 100. А два месяца назад выполнили тоже первую в нашей стране имплантацию процессора в сетчатку для восстановления зрения человеку, который не видел 20 лет. Она прошла успешно, хирурги сумели добиться визуального потока через камеру.

— Буквально на этой неделе я встречалась с нашими американскими коллегами, — продолжила В.Скворцова. — Они вместе с нами разрабатывают кортикальный имплантат, который позволит при расщеплении зрительного нерва восстановить проводящий сигнал через зрительную кору. Это особое, очень тонкие технологии, как и биологические протезы, которые работают от активности собственной мышечной ткани.

Более сложная тема: управление мозг — компьютер посредством компьютерного интерфейса. Две компании разрабатывают эту технологию на основе двух разных подходов, первая — когда уровень сознания ясный, второй — при любом уровне. Мы можем с помощью мысли управлять бионическими протезами, активировать те зоны мозга, которые обычно спят у среднестатистического человека.

Министр отметила, что пока нет технологии изготовления электродов, позволяющих снимать сигнал с мелких площадей, при этом не окисляясь. Создание таких материалов является одной из важнейших задач электроники и биомедицины.

Наши внуки преодолеют 100-летний рубеж

Резкое движение вперёд началось с того, когда к производству медицинского оборудования подключился военно-промышленный комплекс. Сейчас выпускаются российские приборы, цифровые рентгеновские аппараты, ангиографы, а техника чистых операционных и перинатальные центры на 60% укомплектованы отечественным оборудованием.

Есть подвижки и в создании робот-ассистированных устройств. Первый робот уже доведён до промышленного уровня, что позволит дистанционно выполнять сложнейшие абдоминальные операции. Например, хирурги находятся в Москве, а радикальное

хранить его многие годы. А когда возникает серьёзная проблема со здоровьем, брать этот материал и формировать аутологичную систему органов.

Биотехнологии — это отдельная вселенная. Мы работаем над тем, чтобы максимально ускорить процесс их развития, Я уверена, что если не наши дети, то внуки точно будут жить более 100 лет и не страдать от болезней предшествующего поколения, оставаясь активными членами общества.

— Но для этого надо продвигать научные разработки дальше, — резюмировала В.Скворцова. — Почему и с молодого возраста привлекаем к научным исследованиям. Именно поэтому наши медицинские вузы стали якорными частями кластеров.

А завершила своё выступление министр тем, что медицина подходит к таким сокровенным вещам, как граница между жизнью и смертью, к пониманию того, что такое человек, его душа, и как одно соотносится с другим.

Кубань — опорный край державы

Все темы, которые прозвучали на конференции, трудно охватить даже в десятках публикациях. В дискуссиях участвовали министр промышленности и торговли страны Денис Мантуров, генеральный директор Ростеха Сергей Чemezov, руководители крупнейших фармацевтических и компаний, производящих медицинское оборудование, главные врачи ведущих научных центров.

Заметным стало и выступление главы администрации Краснодарского края, на территории которого проходила конференция, Вениамином Кондратьевым.

— Для Кубани качественные медицинские услуги — вопрос приоритетный, — подчеркнул он. — Каждый год население региона увеличивается на 60 тыс. человек. Плюс мы принимаем по 15 млн туристов. Край постоянно внедряет современные методики и технологии, высокотехнологичная медицинская помощь становится всё доступнее. Цифровое здравоохранение, телемедицина, биотехнологии успешно применяются в территории.

Глава региона отметил, что это стало возможным благодаря поддержке Правительства РФ. В ближайшие годы на Кубани будут создаваться фармацевтические производства, в том числе предприятия по изготовлению одноразовых медицинских изделий. И уже сегодня большинство медицинского оборудования, которое используется в больницах края — отечественного производства.

Пленарные заседания конференции были посвящены созданию новых препаратов, вакцин, медицинского оборудования. Настоящие споры разгорелись на секциях по поводу применения цифровых технологий в медицине, вызовах и перспективах современной онкологии. «Медицинская газета» обязательно представит точки зрения ведущих экспертов по этим темам в ближайших номерах.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Краснодарский край.

Под дисфункцией тазового дна понимают комплекс нарушений функций связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала. Хотя эти нарушения не приводят к летальным исходам, они оказывают крайне негативное влияние на качество жизни пациенток.

Наиболее распространёнными видами дисфункций тазового дна у женщин являются различные типы недержания мочи (НМ) и кала, хронический цистит, пролапс тазовых органов (ПТО) и сексуальные дисфункции. Примерно у четверти женщин отмечается одно из клинически значимых тазовых расстройств, а в большинстве случаев наблюдается их сочетание.

НМ в структуре дисфункций тазового дна у российских женщин составляет 33,6-36,8%. У женщин репродуктивного возраста преобладает стрессовое НМ, у женщин старше 50 лет – смешанный тип НМ. Значимую роль в развитии НМ играет ПТО, возникающий вследствие нарушения функции мышц тазового дна.

ПТО в структуре гинекологической патологии в России составляет 28-38,9%, в странах Европы – 30,8%, в странах Ближнего Востока – 19,9-49,6%, в странах Северной и Восточной Африки – 46-56%. В последние годы во всём мире наблюдается рост заболеваемости ПТО.

Однако, несмотря на растущую распространённость дисфункций тазового дна у женщин, единого мнения о её этиологии и патогенезе на сегодняшний день не существует. При этом не вызывает сомнений, что это многофакторная патология, развитие которой детерминировано генетическими и средовыми факторами.

Факторы внешней среды, способствующие развитию дисфункций тазового дна у женщин, изучены достаточно хорошо. К таковым относят травматичные и длительные роды, эстрогендефицитные состояния, заболевания, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления (бронхит, бронхиальная астма, запоры и др.), нарушение процессов микроциркуляции крови и лимфы в малом тазу, ожирение, малоподвижный образ жизни.

Одной из основных причин считается старение организма. Дисфункция тазового дна у женщин развивается преимущественно в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах жизни, и с увеличением возраста частота заболевания прогрессивно увеличивается. Распространённость дисфункций тазового дна среди женщин старше 80 лет в 5 раз превышает таковую среди пациенток в возрасте 20-39 лет.

Что же касается генетических факторов, то ещё в начале XX века было известно о существовании семейных случаев ПТО. Это обстоятельство послужило основанием для проведения крупномасштабных исследований, направленных на выяснение роли наследственных факторов в развитии дисфункций тазового дна у женщин с использованием классических методов генетического анализа: клинико-генеалогического, популяционно-статистического и близнецового. Обобщённые результаты этих исследований убедительно продемонстрировали, что в семьях пробандов (пациенток) дисфункция тазового дна встречается в 3-5 раз чаще, чем этого следовало бы ожидать, исходя из частоты этой патологии в популяции. Было показано,

что для здоровых родственниц пробанда 1-й степени родства (матерей, сестёр, дочерей) риск развития аналогичной патологии повышен в 5 раз по сравнению с общепопуляционным риском.

Формально-генетический анализ, выполненный на материале шведского и датского близнецовых регистров, показал, что соотносительный вклад наследственных и средовых факторов в предрасположенность к ПТО составляет 43 и 57% соответственно.

Элерса – Данлоса и несовершенного остеогенеза, относящимися к моногенным коллагенопатиям, ПТО может являться одним из проявлений синдрома. Кроме того, ПТО часто сочетается с гипермобильностью суставов, варикозным расширением вен нижних конечностей, низкой минеральной плотностью костной ткани, геморроем, стриями и грыжами. Не исключено, что этиология этих форм патологии обусловлена частичной долей общих генетических факторов.

развитию ПТО изучался его полиморфный вариант rs1800012, расположенный в сайте связывания транскрипционного фактора Sp1. Замена нуклеотида гуанина (G) на тимин (T) в структуре гена COL1A1 приводит к нарушению нормального соотношения аминокислот в молекуле коллагена, вследствие чего ухудшаются его механические свойства. Известно, что полиморфный вариант rs1800012 гена COL1A1 ассоциируется со снижением минеральной плотности костной

ламинин, который является важным компонентом базальных мембран. Существуют данные, что полиморфный вариант гена LAMC1 (rs10911193-T) ассоциируется с развитием семейного ПТО, а полиморфные варианты гена LAMC1 (rs1413390, rs20563 и rs20558) – со спорадическим ПТО.

На формирование цепей коллагена также влияет протеогликан люмикан (ген LUM) и белок фибромодулин (ген FMOD). В эксперименте на животных вы-

Врач и пациент

Облегчая страдания представительниц слабого пола

Аспекты генетических исследований у женщин с дисфункцией тазового дна



Международная база данных о генах болезней (HuGENavigator) содержит около 30 публикаций, касающихся поиска генетических факторов, ассоциированных с дисфункциями тазового дна у женщин. Большинство работ посвящено изучению генов, контролирующих процессы синтеза и деградации соединительной ткани, в частности генов коллагена (COL1A1, COL3A1), матриксных металлопротеиназ-1, -3, -9 (MMP1, MMP3, MMP9) и ламинина (LAMC1).

Ещё в 1966 г. была высказана гипотеза о роли нарушения метаболизма коллагена в развитии ПТО, основанная на данных о сниженном содержании общего коллагена на 25% в вагинальной эпителиальной ткани у женщин с ПТО по сравнению со здоровыми.

Как известно, коллаген представляет собой фибриллярный белок, составляющий основу соединительной ткани и обеспечивающий её прочность. Молекула коллагена состоит из трёх α-цепей, скрученных в одну регулярную спираль, стабилизированную водородными связями между боковыми группами составляющих её аминокислот. Аминокислотный состав коллагена характеризуется высоким содержанием остатков глицина (33%), пролина (10%) и оксипролина (10%).

Для поддержки тазовых органов наиболее важны коллагены 1-го и 3-го типов. В большей степени связывающий аппарат представлен коллагеном 1-го типа, придающий связкам прочность за счёт длины и толщины волокон, в меньшей степени – коллагеном 3-го типа, увеличение количества которого ассоциировано со снижением механической прочности соединительной ткани.

С целью выяснения роли полиморфизма гена COL1A1 в

ткани и остеопорозом, особенно у женщин в постменопаузальном периоде жизни.

Однако исследования роли полиморфного варианта rs1800012 гена COL1A1 в развитии ПТО оказались весьма противоречивыми. Так, метаанализ, выполненный в 2014 г. R.Ward и соавторами, не подтвердил данных о связи полиморфизма rs1800012 гена COL1A1 с ПТО. Авторы показали, что развитие ПТО ассоциируется не с этим полиморфным вариантом, а с носительством генотипа rs1800255-A/A гена COL3A1, повышающим вероятность развития ПТО в 4,79 раза. По мнению авторов, нуклеотидная замена 2092G > A (rs1800255) приводит к замене аланина на треонин (Ala698Thr), что может влиять на прочность коллагеновых волокон.

Другой метаанализ, выполненный в 2015 г. Cartwright и соавторами, не подтвердил ассоциации rs1800255-A/A гена COL3A1 с развитием ПТО, но подтвердил наличие корреляции полиморфного варианта rs1800012 гена COL1A1 с риском развития ПТО.

В отечественных исследованиях связь ПТО с полиморфным вариантом генов COL3A1 (rs1800255) также не подтвердилась, однако в метаанализе при добавлении автором собственных данных ассоциация ПТО с генотипом rs1800255-A/A гена COL3A1 была достоверно подтверждена.

Как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях показано, что при ПТО наблюдается повышенная активность матриксных металлопротеиназ (MMP) во влагалищных стенках и крестцово-маточных связках. Известно, что активность матриксных MMP регулируется ингибиторами тканевых металлопротеиназ (TIMP), которые могут блокировать разрушение экстрацеллюлярного матрикса. У пациенток с ПТО выявлено снижение уровня экспрессии генов TIMP-1 и TIMP-2 и одновременное повышение активности матриксных MMP. Кроме того, выявлена ассоциация ПТО с inserцией гуанина в положении -1607/-1608 промоторной области гена MMP1 (rs1799750) и inserцией аденина в положении -1612/-1617 промоторной области гена MMP3 (rs3025058).

Определённый вклад в структуру предрасположенности к ПТО вносит ген LAMC1, кодирующий адгезивный гликопротеин

явлено, что делеции этих генов приводят к симптомам, напоминающим болезнь Элерса – Данлоса и другие наследственные заболевания соединительной ткани человека. В биоптате парауретральной ткани всех женщин с ПТО, включённых в исследование, с помощью ПЦР было выявлено снижение экспрессии гена FMOD по сравнению с контролем.

При исследовании роли полиморфизма генов рецепторов эстрогенов (ESR1 и ESR2) и прогестерона (PGR) в развитии ПТО были выявлены ассоциации данной патологии с вариантами rs2228480 (ESR1), rs484389 (PGR) и гаплотипом гена ESR2.

По данным отечественных исследований, полиморфизм гена рецептора ESR1 встречается у 75,0% пациенток с ПТО и малыми формами ДСТ, а также у 53% пациенток, не имеющих косвенных признаков ДСТ. В той же работе было показано, что при всех рецидивных формах ПТО присутствуют полиморфные генотипы COL3A1 и ESR1.

Как известно, одним из ключевых компонентов связочного аппарата тазовых органов является эластическое волокно, обуславливающее растяжимость и эластичность соединительной ткани. Синтез и сборка эластических волокон имеют решающее значение для восстановления поддержки тазовых органов после вагинальных родов, а нарушение эластогенеза играет основную роль в развитии ПТО. У женщин, страдающих ПТО, отмечается снижение содержания эластина в стенках влагалища и связках, а также уменьшение ширины эластических волокон, что приводит к ослаблению аппарата, поддерживающего тазовые органы.

Важную роль в синтезе и сборке эластических волокон играет белок фибулин-5 (FBLN5) и лизилоксидазоподобный белок 1 (LOXL1), а нарушения в генах, кодирующих эти белки, обуславливают развитие заболеваний, связанных с дефектом соединительной ткани. За последнее десятилетие накопилось достаточное количество работ, доказавших важную роль фибулина-5 в развитии ПТО. Так, в эксперименте на животных, заключающемся в растяжении влагалища, имитирующем роды у Fbln5-/- мышей, отмечено быстрое прогрессирование ПТО,

которое впоследствии никогда уже не устранялось. Показано, что более чем у 90% нокаутных по данному гену мышей ПТО развивался на 6-м месяце жизни даже в отсутствие вагинальных родов, причём иные проявления эластинопатии наблюдались ещё на ранних этапах развития, при этом формирование ПТО сопровождалось повышенной активностью MMP9 в стенках влагалища.

LOXL1 ещё известен как важный генетический фактор развития эксфолиативного синдрома и глаукомы. У *Loxl1*^{-/-}-мышей наряду с ПТО в послеродовом периоде также отмечают повышенную дряблость и избыточность кожи, эмфизема лёгких и сосудистые патологии. Данные нарушения сопровождаются накоплением тропоэластина, что свидетельствует о нарушении процесса эластогенеза. Показано, что у нокаутных по *Loxl1* мышей тяжёлые формы ПТО развиваются уже после первого помёта.

Интересные данные были получены при изучении роли мутаций в гене митофузина 2-го типа (*Mfn2*) в этиологии ПТО. Предполагается, что функция этого гена связана с клеточным старением, пролиферацией и апоптозом клеток путём воздействия на митохондриальный синтез. Была измерена экспрессия мРНК, белков митофузина-2 и проколлагенов 1-го и 3-го типов (*1A1/1A2/3A1*) в фибробластах маточно-крестцовых связок женщин постменопаузального возраста, страдавших ПТО (основная группа) и здоровых женщин (контрольная группа). Как оказалось, в основной группе уровень экспрессии гена *Mfn2* был достоверно выше, а проколлагенов 1-го и 3-го типов ниже, чем в контрольной группе, причём это состояние чётко коррелировало с длительностью постменопаузы. Полученные результаты автор объясняет апоптозом фибробластов, который связывает с высокой экспрессией митофузина-2.

Кроме того, было показано, что ослабление аппарата, поддерживающего тазовые органы, сопровождается усилением апоптоза в крестцово-маточных связках за счёт оксидативного стресса. В связи с этим в качестве генов-кандидатов, участвующих в развитии ПТО, были рассмотрены гены второй фазы системы детоксикации (*NAT2*, *GSTT1*, *GSTM1*, *GSTP1*). В результате было выявлено, что аллели *rs1695-G (Ile105Val)* гена *GSTP1 (glutathione S-transferase pi 1)* и *rs1136410-C (Val762Ala)* гена *PARP1 (poly(ADP-ribose) polymerase 1)*, участвующего в репарации ДНК, оказывают протективный эффект.

В результате двух полногеномных исследований установлено, что участки хромосом 4q21 (*rs1455311*), 8q24 (*rs1036819*), 9q22 (*rs430794*), 15q11 (*rs8027714*), 20p13 (*rs1810636*), 21q22 (*rs2236479*) и 9q21 ассоциированы с повышенным риском развития ПТО у родственниц первой степени родства (матерей, дочерей и сестёр) пациенток, страдающих ПТО.

Ещё в одном полногеномном исследовании было установлено, что ПТО у афроамериканских женщин ассоциируется с полиморфным вариантом гена *CPE (carboxypeptidase E, rs28573326)*, а у испанских женщин – с *AL132709.5 (rs1950626)*. В совокупной выборке значимые эффекты обнаружены для *DPP6 (dipeptidyl peptidase like 6, rs11243354)* и окологенных вариантов генов *PGBD5 (piggyBac transposable element derived 5, rs740494)*, *SHC3 (Src homology 2 domain containing transforming protein 3, rs2209875)*.

В результате экзомного секвенирования биологических образцов, полученных от женщин с ПТО, выявлены две мис-

сенс-мутации в гене сенсорной полинейропатии (*Wnk1*): *c.2668G > A (p.G890R)* и *c.6761C > T (p.P2254L)*. Валидация этих данных методом Сэнгера позволила выявить ещё 8 дополнительных вариантов в гене *Wnk1*, ассоциированных с ПТО. Ген *Wnk1 (Wnk lysine deficient protein kinase 1)* кодирует белок, который является ключевым регулятором артериального давления, контролируя транспорт ионов натрия и хлорид-ионов. Мутации в этом гене связаны с псевдогипоальдостеронизмом 2-го типа и наследственной сенсорной невропатией 2-го типа. Следует отметить, что *Wnk* киназы активируют канонический *Wnt/β-катенин* сигнальный путь, роль которого в генезе ПТО была доказана ранее.

В двух полногеномных исследованиях были выявлены ассоциации шести однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs) на участке хромосомы 9q21, ассоциированные с предрасположенностью к развитию тяжёлых форм пролапса в семьях европеоидов. В работе отечественных авторов корреляция этих SNPs на участке хромосомы 9q21 с развитием тяжёлых форм ПТО в семьях европеоидов верифицирована на независимой выборке. Кроме того, выявлена связь риска развития ПТО с группой генов, отвечающих за минеральную плотность костной ткани (*WLS*, *SP7*, *MEPE*, *C6ORF10*, *CCDC170*, *SPTBN1*). По мнению авторов, данную группу генов в дальнейшем целесообразно изучать в качестве «причинных» генов развития ПТО.

Подводя итог анализу мировой литературы, следует отметить, что классические генетико-эпидемиологические исследования продемонстрировали доказательство, что дисфункция тазового дна у женщин является патологией с наследственной предрасположенностью, развитие которой определяется взаимодействием множественных аддитивных генетических факторов (мутаций и/или полиморфных аллелей) и факторов внешней среды.

Последующие исследования, направленные на тестирование генов-кандидатов, формирующих предрасположенность к дисфункции тазового дна у женщин, несомненно, представляют научную ценность, однако убедительны лишь некоторые научные факты. В частности, с развитием пролапса тазовых органов у женщин ассоциируется носительство полиморфного варианта *rs1800012* гена *COL1A1*, генотипа *rs1800255-A/A* гена *COL3A1* и полиморфного варианта гена *rs2228480 ESR1*, хотя и эти данные противоречивы и всё ещё нуждаются в верификации на независимых выборках. Задача прикладной генетики в отношении дисфункции тазового дна у женщин сегодня состоит в систематическом накоплении данных, их воспроизведении в разных популяциях и этнических группах, обобщении всей известной информации о патогенетической и функциональной значимости каждого варианта гена.

Дмитрий ПУШКАРЬ,
заведующий кафедрой урологии,
член-корреспондент РАН.

Юрий КУПРИЯНОВ,
ассистент кафедры урологии,
кандидат медицинских наук.

Георг КАСЯН,
профессор кафедры урологии,
доктор медицинских наук.

Лариса АКУЛЕНКО,
заведующая кафедрой
медицинской генетики,
доктор медицинских наук,
профессор.

Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

В клиниках и лабораториях

Отдельные нейроны

Философия, психология и социология определяют сознание как отражение и «способность идеального воспроизведения действительности в мышлении». В европейских языках сознание – consciousness имеет тот же корень, что наука – science и ножницы – scissors, отсылая к латинскому scire, которому придаётся значение «знать». Неопределённость определения столь важного свойства нашего бытия отражает глубокое непонимание того, что же это за функция мозга. В античности богиню мудрости Афину производили непосредственно из головы Зевса, в Средние века ввели дуализм духа и души-анимы (сравни: реанимация, аниматоры, анимизм), поэтому и животных назвали «анималiami» – animals. За долгие годы попыток выяснить, что такое сознание, многие умы обломали на этом свои интеллектуальные «зубы».

Попытку хотя бы частично решить проблему, связанную с природой сознания, предприняли сотрудники Боннского университета с помощью вживлённых электродов, регистрировавших активность отдельных нейронов. Они воспользовались возможностью мониторинга за состоянием 21 эпилептика, проходившего недельное обследование в больнице по поводу их хронических судорог и припадков. Известно, что одна из форм «падучей» связана с аномальной активностью нервных клеток в височной доле, на основании которой лежит извилина морского конька (гиппокампа). Её нейроны имеют тесные связи с лежащей в глубине височной доли миндалиной, считающейся центром страха и одним из важных хабов эмоциональной сферы.

Суть эксперимента заключалась в том, что на протяжении всего лишь 150 мс, что является средним временем реакции взрослого человека, испытуемым показывали дюжину картинок и при этом просили выбрать два заданных изображения. Естественно, что далеко не во всех случаях люди видели второе нужное изображе-

ние, о чём и говорили экспериментаторам, которые получили в целом пики активности (разрядов) 2735 нейронов. Собранный массив данных позволил исследователям сравнить картину активности отдельных нейронов, когда испытуемые видели и не могли «видеть» изображения. Выработанный на основе анализа алгоритм, по мнению учёных, позволил предсказывать активность нейрона даже в случае, когда пациент говорил, что не «видел картинки».

В статье исследователей «Однонейронные корреляты сознательной перцепции в срединном отделе височной доли человека» говорится, что «невидимые» человеком изображения, то есть не воспринимаемые сознательно, всё же генерируют нейронную активность, но меньшей интенсивности (амплитуды). Если восприимчивые нейрональные ответы регистрировались в диапазоне 300-400 мс, то не увиденные отставали примерно на 50 мс. Учёные, исходя из полученных результатов, постулируют наличие локальных сетей нейронов, «поджигание» которых наподобие детонатора лежит в основе восприятия ново-

го контента и нашего осознания. В случае одной картинке эти сети легко возбуждаются, но при интерференции двух изображений друг с другом в указанных сетях «замок зажигания» не срабатывает или срабатывает значительно слабее и с задержкой, что уже не воспринимается сознанием (почему люди и говорили, что они «не видят»).

В связи с этим сразу же вспоминается пресловутый «25-й кадр», по поводу воздействия которого на сознание людей более полувек идут ожесточённые споры. Конечно, здоровым людям не просверлишь череп и не введёшь электроды для регистрации активности отдельных нейронов. Но помимо вживлённых электродов в распоряжении учёных имеется целый арсенал исследования мозговой активности, к тому же неудержим прогресс электроники, спинтроники, а скоро можно ожидать вхождения в нашу жизнь квантовых компьютеров с их фантастическими вычислительными возможностями. Так что философам, социологам и психологам вскоре надо будет овладеть нейрофизиологией, чтобы понимать реальность человеческого сознания и его нейрональную природу.

Можно согласиться с мыслью о том, что «определение человеческого сознания на нейрональном уровне является наиболее трудной задачей для нейробиологии». Она была высказана в предисловии к рассказу об исследовании, проведённом в Университете Бонна.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist.

Исследования

Мамы разные нужны!..

Общественность не раз подмечала, что отцы-одиночки порой могут справиться со своими родительскими обязанностями не хуже матерей. С недавних пор вопрос отсутствия в семье матери встал особенно остро, когда однополые пары стали претендовать на право усыновления детей.

Результаты нового исследования показывают, что отцы, которые тратят больше времени на заботу о своём новорождённом ребёнке, претерпевают изменения в мозговой активности. Мозг становится более «материнским» и «затачивается» под повышенное беспокойство о безопасности чада.

Более того, у отцов, которые являются единственными опекунами для своего малыша, наблюдается увеличение активности в миндалине и других зонах эмоциональной обработки информации. В ходе этого процесса они начинают испытывать родительские эмоции, подобные тем, что испытывают матери.

«Полученные данные свидетельствуют о том, что существует особая нейронная сеть в головном мозге, которая отвечает за воспитание детей. Она реагирует на смену ролей в сфере родительского контроля», – рассказывает ведущий автор исследования Рут Фельдман из Университета имени Бар-Илана (Израиль).

Такие факторы, как беременность, роды и кормление грудью, являются достаточными основаниями для запуска особого материнского мышления. Отцы способны мыслить точно так же, но для активации той же нейронной сети им

потребуется ежедневные сеансы ухода за ребёнком.

Для подтверждения таких умозаключений Фельдман и её коллеги провели эксперимент с участием 89 добровольцев. В испытаниях принимали участие 20 начинающих гетеросексуальных матерей (впервые ухаживающих за ребёнком) и 21 гетеросексуальный отец, для которых воспитание малыша проходило уже во второй раз в жизни.

Для изучения родительской роли отца и её нейронного отпечатка исследователи также пригласили к участию 48 гомосексуальных отцов, которые ухаживают за младенцами и исполняют ведущую роль в семье.

Эксперимент подразумевал демонстрацию видеозаписи испытуемым, на которой были показаны взаимодействия между родителем и ребёнком. Параллельно добровольцам делали сканирование мозга. Результаты показали, что у матерей, принимавших на себя ведущую роль в воспитании ребёнка, активизировались одни зоны мозга, а у отцов-помощников – совершенно другие.

Матери показали наибольшую активность в миндалине и других структурах эмоциональной обработки информации, чем отцы. Исследователи говорят, что разница огромна: активность миндалины у матерей была в 5 раз выше, чем у отцов. С другой стороны, отцы показали наибольшую активность в верхней височной борозде, области мозга, участвующей в решении логических задач, связанных с социальным взаимодействием. Это имеет решающее значение для обработки социальных сиг-

налов, чтения выражения лица и восприятия речи.

Но когда мужчина принимает на себя ведущую роль в воспитании, например если он вдовец или состоит в гомосексуальной паре, то обе «родительские» зоны мозга активизируются одинаково сильно. Степень связи между двумя регионами мозга, поясняют неврологи, напрямую связана с количеством времени, проведённым в заботе о ребёнке. Это позволяет предположить, что мозг отцов адаптируется к более активной роли в воспитании детей.

Также учёные измерили уровень окситоцина в крови всех участников испытания. Этот гормон отвечает за любовь и привязанность – в данном случае к собственным детям. Интересно, что количество окситоцина было одинаковым абсолютно у всех родителей.

Исследователи отмечают, что наличие двух мужчин в роли родителей заставляет одного из них взять на себя ведущую роль в уходе за ребёнком, то есть стать «матерью».

«Аналогичных примеров нет ни в более ранней истории человечества, ни в животном мире. Но два гомосексуальных отца действительно могут преданно заботиться о ребёнке», – говорит Фельдман.

В данном исследовании не принимали участия такие семьи, где отцы брали на себя ведущие роли в воспитании, а матери практически не занимались собственным ребёнком. Неврологам ещё предстоит выяснить, будет ли активность в миндалине ниже нормы у таких матерей.

Дина РОЗИНА.

По материалам PNAS.

В эпоху полипрагмазии нередки ситуации, когда пациент с хроническим заболеванием принимает одновременно 5 и более лекарственных препаратов. Сегодня в терапии используется всё больше лекарств и их комбинаций, что повышает вероятность лекарственных взаимодействий, и, как следствие, может привести к снижению эффективности лечения или к развитию побочных реакций.

Лекарственные взаимодействия считаются предотвращаемыми ошибками. С появлением электронных систем назначения есть надежда, что с их помощью можно будет предупреждать врачебные ошибки в выписке рецептов. Доктор медицины Дуглас С. Пау, профессор медицинской школы Вашингтонского университета в Сиэтле (США), приводит примеры наиболее распространённых лекарственных взаимодействий и способы их предупреждения.

Зверобой и жизненно необходимые препараты

Рост популярности биологически активных добавок в последние годы привёл к более частому выявлению потенциально опасных лекарственных взаимодействий между некоторыми фитопрепаратами и традиционными лекарственными средствами.

В некоторых случаях, как, например, при применении препаратов на основе зверобоя продырявленного (*Hypericum perforatum*), опасность представляют взаимодействия, которые приводят к снижению эффективности некоторых лекарственных средств, что может оказать значимое негативное влияние на пациента.

К известным взаимодействиям между зверобоем продырявленным и традиционными лекарственными препаратами относятся: снижение концентрации циклоспорина в крови, что может привести к отторжению трансплантата; развитие серотонинового синдрома при сочетании применении с ингибиторами обратного захвата серотонина; нежелательные беременности у женщин, принимающих одновременно растительные препараты на основе зверобоя и оральные контрацептивы; снижение плазменных концентраций антиретровирусных препаратов, а также возможное увеличение риска резистентности, в том числе и к противоопухолевым препаратам, таким как иринотекан или иматиниб.

Считается, что биоактивным компонентом зверобоя является гиперфорин, который отвечает не только за его антидепрессантный, но и интерактивные эффекты. Гиперфорин повышает активность цитохромов CYP3A4/CYP3A5 в печени, что способствует ускорению метаболизма упомянутых выше препаратов, приводя к снижению их концентрации в крови и эффективности.

В связи с этим важно, чтобы врачи любых медицинских специальностей спрашивали пациентов о применении ими пищевых добавок и препаратов растительного происхождения.

Серотониновый синдром

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – одна из наиболее часто назначаемых групп лекарственных препаратов.

Серотониновый синдром, который потенциально может угрожать жизни пациента, провоцируется применением серотонинергических препаратов, вызывающих гиперактивацию периферических и центральных постсинаптических 5HT-1A и 5HT-2A рецепторов.

Признаки серотонинового синдрома включают изменения психического статуса, нервно-мышечную гиперактивность и гиперактивность вегетативной нервной системы. Одной из возможных причин серотонинового синдрома является взаимодействие между двумя серотонинергическими препаратами, которые действуют за счёт различных механизмов.

Например, такая ситуация может возникнуть при одновременном назначении СИОЗС или ингибиторов обратного захвата серотонина/норадреналина (ИОЗСН) с трамадолом, тразодолом, декстрометорфаном или линезолидом. При этом, чем выше доза СИОЗС, тем больше вероятность того, что возникнет взаимодействие.

Осторожно!

Опасные и смертельно опасные лекарственные комбинации



Клиницисты также должны помнить о возможном развитии серотонинового синдрома у пациентов, принимающих триптаны с целью профилактики мигрени совместно с СИОЗС с ИОЗСН. Однако результаты исследований не подтверждают необходимости избегать назначения триптанов таким пациентам, кроме случаев назначения других серотонинергических препаратов в дополнение к СИОЗС.

Статины и ингибиторы CYP3A4

Назначение статинов ассоциируется с высоким риском лекарственных взаимодействий. Благодаря различным путям выведения из организма этот риск не одинаков для всех ЛС данной группы. К статинам с наибольшей вероятностью взаимодействия с другими препаратами относятся симвастатин и ловастатин. Наименьший риск отмечается при применении правастатина и розувастатина.

Хотя рабдомиолиз может возникнуть и при монотерапии статинами в высоких дозах, риск этого состояния выше при одновременном применении некоторых других препаратов. Мощные ингибиторы цитохрома P450 3A4 (CYP3A4) могут значительно увеличивать сывороточные концентрации активных форм симвастатина, ловастатина и аторвастатина.

Препараты с наиболее высокой вероятностью взаимодействия со статинами включают в себя фибраты (особенно гемфиброзил), противогрибковые препараты азолового ряда, амiodарон, макролиды (особенно эритромицин и кларитромицин, но не азитромицин), ингибиторы протеаз (ритонавир) и блокаторы кальциевых каналов (особенно верапамил и дилтиазем).

Для пациентов, которые принимают другие ингибиторы цитохрома CYP3A4, препаратами выбора являются статины, в метаболизме которых не участвует CYP3A4 (питавастатин). Если совместного назначения препаратов, способных вступить в опасные взаимодействия со статинами не избежать, необходимо по возможности ми-

нимизировать риск такого взаимодействия. Раздельный приём препаратов с интервалом 12 часов друг от друга может предотвратить достижение пиковых концентраций обоих препаратов в одно и то же время.

Кларитромицин и блокаторы кальциевых каналов

Одновременное назначение кларитромицина и блокаторов кальциевых каналов, таких как амлодипин

внезапной смерти у пациентов, принимавших ТМП/СМО совместно с иАПФ или БРА.

Следует отметить, что, по данным популяционного исследования (НПВС) могут повышать риск желудочно-кишечных кровотечений. Между тем для большинства врачей взаимодействие между варфарином и ацетаминофеном – это «тайна за семью печатями», так как лишь немногие клиницисты осведомлены о том, что регулярный приём ацетаминофена ассоциируется с увеличением международного нормализованного отношения (МНО). Пациентам, принимающим варфарин, необходимо рекомендовать тщательный контроль МНО за 3-5 дней до начала регулярного приёма ацетаминофена. Эта рекомендация не распространяется на ситуации разового приёма парацетамола. Таким образом, при выявлении у пациента, принимающего варфарин, необъяснимого повышения МНО необходимо расспросить его о возможном приёме ацетаминофена.

Варфарин и ацетаминофен

Ацетаминофен (парацетамол) является анальгетиком выбора

для пациентов, принимающих варфарин, так как нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) могут повышать риск желудочно-кишечных кровотечений. Между тем для большинства врачей взаимодействие между варфарином и ацетаминофеном – это «тайна за семью печатями», так как лишь немногие клиницисты осведомлены о том, что регулярный приём ацетаминофена ассоциируется с увеличением международного нормализованного отношения (МНО). Пациентам, принимающим варфарин, необходимо рекомендовать тщательный контроль МНО за 3-5 дней до начала регулярного приёма ацетаминофена. Эта рекомендация не распространяется на ситуации разового приёма парацетамола. Таким образом, при выявлении у пациента, принимающего варфарин, необъяснимого повышения МНО необходимо расспросить его о возможном приёме ацетаминофена.

Кроме ацетаминофена, преднизон также способствует повышению МНО. Осведомлённость о возможности транзитного повышения МНО на фоне короткого курса терапии преднизолоном может предотвратить неоправданную коррекцию дозы варфарина. Хотя незначительное повышение МНО и неопасно, врачу следует проявлять настороженность, особенно если пациент принимает и другие препараты, увеличивающие МНО (например, ТМП/СМО).

Антигипертензивные препараты и НПВП

НПВС относятся к наиболее широко применяющимся лекарствам, и их приём часто ассоциируется с повышенным артериальным давлением. НПВС блокируют оба типа циклооксигеназы (ЦОГ) – ЦОГ-1 и ЦОГ-2, что приводит к нарушению синтеза простагландинов. Ингибирование простагландинов, в свою очередь, повышает тонус гладкой мускулатуры артерий, а также оказывает дозозависимое воздействие на натрийурез, что приводит к задержке жидкости. Именно поэтому НПВС могут снижать эффективность ряда антигипертензивных препаратов (диуретиков, иАПФ и БРА).

Поскольку НПВС являются безрецептурными препаратами, избыточное и бесконтрольное их применение пациентом может приводить к ухудшению течения гипертонической болезни. Наибольшее влияние на эффективность гипотензивных средств оказывают индометацин, пироксикам и напроксен. Ибупрофен, рофекоксиб и целекоксиб обладают умеренным влиянием на эффективность гипотензивной терапии. Приём аспирина не приводит к достоверному повышению артериального давления даже у пациентов с артериальной гипертензией.

Помимо ослабления гипотензивного эффекта диуретиков приём

иАПФ и БРА одновременно с НПВС может приводить к повышению риска острой почечной недостаточности. Так называемая тройная терапия (иАПФ или БРА, диуретик и НПВС) повышает риск острой почечной недостаточности на 31%. Таким образом, клиницисты должны обязательно спрашивать пациентов с артериальной гипертензией о применении НПВС, особенно при отсутствии ответа на проводимую терапию.

Тиреоидные гормоны и ингибиторы протонной помпы

Некоторые лекарственные препараты, в том числе ингибиторы протонной помпы (ИПП), статины, препараты железа, кальция, магния, ралоксифен и эстрогены могут нарушать всасывание тиреоидных гормонов, что приводит к развитию гипотиреоза у пациентов с ранее хорошо контролируемым заболеванием. Эстрогены также обладают связывающим действием и требуют повышения дозы тиреоидных гормонов.

Взаимодействие между левотироксином и омепразолом у пациентов с нарушениями секреции соляной кислоты в желудке требует повышения дозы тироксина. Пациентам с гипотиреозом, у которых на фоне левотироксина было достигнуто состояние эутиреоза, после начала приёма ИПП может потребоваться проверка состояния функции щитовидной железы, особенно при появлении симптомов гипотиреоза. Лицам с нарушенной секрецией желудочного сока для поддержания уровня тиреотропного гормона в пределах нормальных значений также может потребоваться повышение дозы левотироксина.

Левотироксин не рекомендуется одновременно назначать с антацидами в связи со связывающим эффектом кальция или магния, входящих в их состав. При необходимости совместного назначения интервал между приёмом этих препаратов должен составлять не менее 4 часов.

Грейпфрутовый сок и лекарственные взаимодействия

Обзор значимых лекарственных взаимодействий не был бы полным без упоминания о грейпфрутовом соке, употребление которого может способствовать увеличению концентрации некоторых препаратов в крови. Главным образом это происходит за счёт тех компонентов сока, которые подавляют метаболизующий фермент CYP3A4 в тонком кишечнике.

Это ингибирующее действие приводит к снижению пресистемного метаболизма препаратов с участием кишечной системы CYP3A4, в результате чего повышаются биодоступность и максимальные плазменные концентрации тех лекарств, которые являются субстратами для CYP3A4. Влияние грейпфрутового сока на метаболизм лекарственных средств наиболее выражено для препаратов с высоким метаболизмом «первого прохождения» (фелодипин и амлодипин). К другим препаратам, на метаболизм которых оказывает влияние грейпфрутовый сок, относятся некоторые статины (симвастатин и ловастатин, а также в некоторой степени аторвастатин, но не правастатин), циклоспорин, амлодипин и нифедипин.

Ирина АНДРЕЕВА.

По сообщению medscape.ru.

Даже сочетание его имени и фамилии так же противоречиво и парадоксально, как и вся жизнь поэта: имя мистического иудейского ангела смерти и фундаментально-увесистая, меркантильно-рентабельная англо-саксонская фамилия, означающая и меру веса, и денежную единицу. Эзра Уэстон Лумис Паунд. Антисемит по имени Эзра.

Жизнь как кинолента

Поэт, критик, переводчик, теоретик искусства, композитор, либреттист. Его жизнь выглядит кинолентой, субтитры для которой взяты из баллад Ф.Вийона, одного из любимых поэтов Паунда: по стихам французского поэта-разбойника он даже написал оперу.

Действительно: филологические искания Паунда, человека, знавшего дюжину языков (среди которых – китайский, древнеанглийский, старопровансальский...) иллюстрируют парадоксальные строки «От жажды умираю над ручьём», а его скитания могла бы сопровождать подпись: «Куда бы ни пошёл, везде мой дом, чужбина мне – страна моя родная...»

И умер он в самом странном городе мира – Венеции, выросшей из воды и стоящей на сваях, вбитых в морское дно. Фактом своего существования этот город доказывал реальность и жизнеспособность парадокса.

Юность, проведённая в США, кажется лишь увертюрой к европейской судьбе Паунда.

Паунд уехал из США в 23-летнем возрасте. В феврале 1908 г. он отплыл на судне, перевозившем скот (так было дешевле). Опубликовав за свой счёт в Италии первую книгу стихов, Паунд отправился в Лондон. Он был одет в зелёные брюки из бильярдного сукна, розовый вельветовый пиджак с голубыми стеклянными пуговицами и расписанный вручную галстук. На голове красовалось сомбре-ро, из-под которого выбивалась выходящая рыжеватая шевелюра. Облик дополняли борода как у испанских конкистадоров и серьга бирюзового цвета. В Лондоне Паунд снял комнатушку и жил на 2 фунта в неделю.

Его книга «Пятнадцать стихотворений на Святки» была благожелательно встречена критикой. Ещё большой успех выпал на долю книги Personae. В то время поэт быстро сходился с людьми. Американец становился всё более заметной фигурой в лондонских литературных кругах.

В ходе написания следующей книги (Lustra, 1916) Паунд пришёл к идее вечнообновляющейся творческой энергии – вихря, воронки, вортекса. Вортекс, по Паунду, – «перенесение мысли в действие». Для поэта образцом такого культурного водоворота был итальянский Ренессанс. И сам он жил в предчувствии наступления нового ренессанса – модернистского. Паунд назвал свою концепцию «вортицизм». Целью этого течения была передача динамики эпохи, красоты и уродства её форм, ритма машин, взрывной энергии современной цивилизации.

«Язык Парижа всех острее»

Тем временем обстановка в Англии начала угнетать поэта. Он со многими испортил отношения. «Отсутствие такта нанесло Паунду огромный ущерб», – вспоминал Элиот. В 1920 г. поэт перебрался в Париж. Паунд сблизился с Ж.Кокто, Ф.Пикабиа, К.Бранкузи, Дж.Джойсом, Э.Хемингуэем, учившим Паунда боксу (а тот учил прозаика избавляться от прилагательных), поэтами-сюрреалистами – Л.Арагоном, А.Бретоном... Именно в Париже теперь рождались новые идеи и направления в искусстве. Здесь возник дадаизм

– новое течение, заинтересовавшее Паунда.

В своём цикле Cantos, эпической книге лирико-философских стихов, ставших многоязычным интертекстуальным переплетением культур, поэт стремился объять всю мировую культуру, историю и цивилизацию – с древнейших времён до текущего момента, чередуя цитаты из Гомера, древнекитайских стихов, поэзии трубадуров... Цитаты и аллюзии развивали образы и углубляли мысль, порой создавая иронический и даже сатирический эффекты. Всё это генерировало новый язык, формировало новое пространство, и этот сплав не имел линейного хода, завиваясь в торнадо вортекса.

унда и к гитлеровской Германии. В середине 1930-х гг. он подписывал письма лозунгом «Хайль Гитлер», состоял в переписке с экономическими советниками фюрера. Паунд начал вести передачи на радио фашистской Италии.

Тем временем с его психикой происходили всё более странные вещи. Некоторые из его статей редакторы отвергали, находя их «невнятными, примитивными, полными пропаганды». Он стал нетерпим к критике. Друзья с тревогой замечали, что «туман фашизма засорил ему мозги», и отдалялись от него. Его прогрессирующий антисемитизм выглядел безумием параноического больного. Идеи Паунда о том, что «в мировом



нылись в ясно и недвусмысленно выраженном отношении к данной ситуации, я полагаю, для вас не составит труда определиться с решением». Вердикт был вынесен через три минуты. Сумасшедший дом спас Паунда от электрического стула.

«И для меня презрение – почёт»

Его признали психически больным, поместив в больницу Сент-Элизабет на неопределённый срок, так как обвинение в государственной измене не было снято. Паунду было разрешено принимать посетителей. Жена поэта сняла квартиру поблизости и ежедневно проводила с мужем целый

Болезни великих

Смерть в Венеции

Психиатрический диагноз американского поэта Эзры Паунда спас его от электрического стула

В Cantos переплавлено множество. Но в столь обильном многоголосии и многоязычии таится угроза: есть опасность не найти выхода из созданного собственным воображением мультикультурального лабиринта. У Паунда не было ни общего плана, ни веры. Он уповал лишь на силу интеллекта и – заблудился.

Поэзия помогла ему найти выход даже из ошибочных положений, генерируя «энергию заблуждения» (Л.Толстой), создавая мощный синергический заряд, возникающий при соединении идей, прежде казавшихся несопоставимыми, дающий новое смысловое качество – как при формировании составных иероглифов. Ущерб его стихам нанесла политика: в то время как Эзра писал стихи, Паунд всё более интересовался социальной политикой и экономикой. Мировые войны он назвал конфликтами «между ростовщиками и теми, кто желает трудиться на совесть».

Но энергия заблуждения, столь продуктивная на просторе искусства, где допускаются любые метафоры и утопии, теряется в пространстве политэкономии, чуждом идеалистическим и романтическим умонастроениям. Из романтиков получают плохие бухгалтеры. The Cantos остались чтением немногих: понять их было настолько трудно, что при всей грандиозности замысла они выглядели как громадное здание, построенное с неясной целью: то ли мавзолеем, то ли храмом, а то и склад забытых вещей.

«О мудреце дурная слава...»

В 1924 г. Паунд заинтересовался национал-социализмом и деятельностью Б.Муссолини, сочтя его тем «просвещённым тираном», тип которого был так хорошо знаком эпохе Ренессанса. В самом деле: в то время как остальная Европа барахталась в социально-экономических последствиях мировой войны, а в США началась Великая депрессия, на Апеннинах возникало подобие экономической стабильности. Паунд поверил дуче, сказавшему: «В Италии мы практикуем рождение трагедии», увидев в этих словах зарницу вождя нового Ренессанса. Поэт начал сотрудничать с режимом Муссолини. Его не образумила даже война, развязанная фашистами в Абиссинии. Интерес к национал-социализму вызвали симпатии Па-

унда и несправедливости повинны евреи», мелькали у него ещё в 1920-е годы, превратившись в 1930-е в навязчивую идею. По радио он твердил о «жидо-массонском заговоре», о том, что «странами управляет тайный конклав неодолимо могущественных и порочных еврейских банкиров», что «коммунизм был изобретён евреями для своих еврейских нужд», а «Талмуд – единственный источник большевистской системы». Ротшильд и Рузвельт стали для Паунда символами «мирового зла и еврейского заговора». Он упорно называл Рузвельта евреем, величая его не иначе как «Франклин Финкельштейн Рузвельт» и «Рузвельтштейн». В то же время он призывал президента США «перейти на сторону Гитлера».

Паунд вёл свои радиопрограммы до самого конца войны, призывая к сопротивлению и утверждая, что «незыблемый закон природы заключается в том, что сильные должны повелевать слабыми». Часто он читал свои Cantos. Итальянские цензоры и американские контрразведчики подозревали, что его стихи скрывают шифрованные сообщения. За Паундом пристально следило ФБР. В июле 1943 г. суд округа Колумбия в Вашингтоне вынес ему обвинение в государственной измене, что тогда каралось смертной казнью. Послушав радиопередачи Паунда, Хемингуэй заметил, что тот «явно безумен», но обвинение в государственной измене было бы слишком строгим наказанием для человека, «который выставил себя полным кретином, достигнув столь малого в итоге».

После того как войска США заняли Италию, Паунд приготовился сдать, лелея странную идею: предложить командованию свои услуги, так как «хорошо знал Италию». Арестовали его партизаны, полагая, что за поимку Паунда получит награду. Он взял с собой китайский словарь и том Конфуция. Поэта в наручниках отвели в штаб, где Паунд потребовал, чтобы его передали американскому командованию. Его отвезли в центр контрразведки США в Генуе, где допрашивали 2 суток, а затем отпустили, предупредив, чтобы он был готов дать показания в суде. Через несколько дней агент ФБР изъял его письма, статьи и тексты радиопередач. Несколько недель спустя Паунда снова арестовали и в наручниках отправили в центральную дисциплинарную тюрьму войск США в Пизе. Там его по-

местили в металлическую клетку для смертников – без крыши, под жарким солнцем, размером 6 x 6 футов, «клетку для горилл», как назвал её Паунд. Ему было запрещено разговаривать и читать. Охранникам были даны указания соблюдать все меры безопасности, дабы предотвратить побег или суицид. Через несколько недель Паунд перестал узнавать окружающих, временно утратил память, перестал есть. Это состояние напминало псевдодеменицию с её неправильными ответами на простые вопросы, невозможностью выполнять привычные действия, дезориентацией... Но псевдодемениция возникает остро, непосредственно после воздействия стресс-фактора. У Паунда динамика болезни была иной.

Его перевели в медчасть. Психиатры Р.Финнер и У.Бэйтс, практиковавшие психоанализ (Паунд ненавидел его, как и В.Набоков), пришли к выводу о том, что у пациента клаустрофобия, алогичное мышление, ригидная психика, частые и резкие перепады настроения, общая неадекватность, квалифицировав это состояние как «маниакальный психоз». Врачи, посчитав, что Паунд перенёс панический приступ, рекомендовали перевести его в стационар в США. До отправки в Америку его оставили в медчасти, разрешив читать и пользоваться пищащей машинкой.

В ноябре 1945 г. Паунда доставили в федеральную тюрьму Вашингтона. Четверо психиатров объяснили его «психически недееспособным». У.Оверхолзер, заведующий вашигтонской лечебницей Сент-Элизабет, находившейся под управлением правительства США, написал в заключении: «...настаивает на том, что его радиопередачи не были изменническими... он болезненно напыщен, экспансивен и многословен, демонстрирует трудности в общении, сбивчивость и рассеянность. По своему мнению, с годами его личность, ненормальная в течение многих лет, подверглась дальнейшему искажению до такой степени, что сейчас он страдает от параноидного состояния... Иными словами, он безумен, умственно не способен к судебному процессу и нуждается в уходе в больнице для душевнобольных». Паунда лишили доступа к судебной процедуре. В его отсутствие судья Дж.Ло объявил присяжным: «...в делах такого типа, когда правительство и представитель защиты объеди-

день. Она была его официальным опекуном, следила за режимом, помогала вести записи, принимать посетителей... Оказавшись в психиатрической больнице, Паунд не изменил взглядов, поддерживая неонацистские движения и Ку-клукс-клан. За время больничного заключения он перевёл «Шизизин», несколько пьес Софокла, общался с литературной молодёжью, приезжавшей к нему: Р.Лоуэллом, А.Гинзбергом и другими.

В 1958 г. кампания за освобождение Паунда увенчалась успехом. В течение многих лет её вели Фрост, Хемингуэй, заявивший после присуждения ему Нобелевской премии, что её «следовало вручить Паунду и что этот год весьма подходит для освобождения поэтов», Элиот, Кокто, Г.Грин, И.Стравинский, У.Сароян и даже генсек ООН Д.Хаммершельд. В конце концов Паунда освободили. «Эзра Паунд... неизлечимый сумасшедший, не представляющий опасности», – констатировал Оверхолзер, подписывая акт о выписке пациента.

30 июня 1958 г. Паунд, его жена и М.Спанн (секретарь и очередная любовница поэта) сели на теплоход и через полторы недели прибыли в Неаполь. Паунд вышел к встречавшим, вскинув руку в фашистском приветствии. Им было, где поселиться: отец его любовницы, маклер по продаже недвижимости, купил дочери домик в Венеции, когда та вслед за поэтом и его женой перебралась в Италию.

Первые годы жизни в Италии Паунд был весьма активен и подготовил к изданию очередную часть Cantos. Затем, заметив, что 40 лет писал поэму, которую мало кто способен понять, зная, что не сможет её завершить, подытожил: «Трудно написать рай, когда все внешние признаки говорят о том, что ты должен писать Апокалипсис». Через несколько лет он сказал: «Я, очевидно, последний американец, переживающий трагедию Европы». В 1960-е годы поэта постигли длительные тяжёлые депрессии, сопровождавшиеся суицидальной настроенностью. Когда теперь его спрашивали: «Как поживаете?», он отвечал: «В маразме». Паунд умер в Венеции в октябре 1972 г.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент
Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Как-то не верится, что моему собеседнику в апреле стукнет 90. Прямая осанка, лёгкий шаг, твёрдое мужское рукопожатие. И удивительная память, сохранившая десятки имён коллег, с которыми вместе пролагал там, в небесах, новые воздушные трассы...

В трудовой книжке, что получил, выходя на пенсию, отмечено 34 года работы в гражданской авиации. Безаварийный налёт превысил 22 500 часов. За штурвалом самолётов в основном находился в роли командира корабля. Это же сколько раз облетел земной шарик!..

Как она зарождалась и крепла, нелёгкая дружба с небом? С этого начался наш разговор со старейшим пилотом Леонидом Бусыгиным.

— Всё закладывается в детстве. До сих пор в сны приходит деревня Малое Ложкино в Горьковской области — два десятка иссечённых ветром и дождями изб... Один из дедов был фельдшером. Другой имел крепкое крестьянское хозяйство, держал стадо коров и лошадей. В годы Великой Отечественной родитель воевал в разведке, ходил через линию фронта, добывая «языка», форсировал Днепр, в боях под Коростенью был тяжело ранен. От него, наверное, характер — не пасовать перед трудными испытаниями.

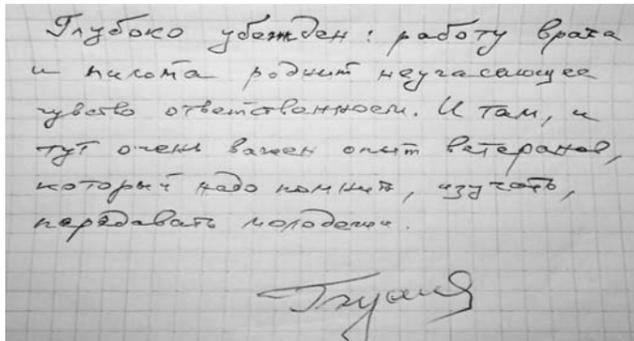
Помню, как вместе с мамой, с соседями мы жадно ловили новости с фронта, о которых общались газеты. И ещё в памяти пластинка старенького патефона, зазорный голос Руслановой.

Как-то на окраине деревни приземлился двукрылый санитарный самолёт. Потребовалась срочная врачебная помощь, и я с тех пор стал мечтать о небе. Для меня, как и для многих других мальчишек, примером был Валерий Чкалов. Окончив седьмой класс, поехал в Горький поступать в авиационный техникум. И — первая неудача. Пришлось вернуться. Кто ещё поможет семье? Был допущен к ремонту паровозов. Научился вязать добротные лапти из лыка. Ботинки — те уже давно просили каши...

Семья переехала в Чечню. Здесь я получил пятый разряд котельщика. Что и говорить, работа не для слабых. Клепая огромные металлические конструкции, я всё время поглядывал в небо, провозакая взглядом высоко летящие самолёты... Разузнал, что в 35 км от нашего дома расположен аэроклуб. Но как туда и обратно добираться?.. Пришлось купить старенький велосипед. И договориться о ночной смене. Утром, после работы, едва передохнув, крутил педали. Возвращался домой к вечеру. Слегка перекусив, заваливался спать. Но через какой-нибудь час-полтора меня теребила рука матери: «Сынок, пора на службу!..»

Не забыть мой первый полёт на планере. Ни с чем не сравнить это непередаваемое ощущение: ты — птица, летишь над далёкой землёй в полной тишине рядом с облаками. Ловишь восходящий поток и, кажется, поднимаешься к самому солнцу... В аэроклубе мы досконально изучили конструкцию военного истребителя. А потом наступила очередь малой авиации — «кукурузника» По-2.

Налетав первые 40 часов, я отправился в Красный Кут, в Саратовскую область, где стал студентом лётного училища.



Лётчик
Леонид БУСЫГИН:

А вместо сердца — пламенный мотор...

— И на каких же трассах, за штурвалом каких лайнеров вам довелось летать?

— Со временем освоил практически все гражданские самолёты. Первое назначение — Приволжское лётное управление, город Йошкар-Ола. Для начала мне поручили развозить почту по объектам Республики Марий Эл. И чуть ли не сразу отличился. Осваивая очередное — восточное кольцо — Параньга — Маритурек — Сернур, при очень низкой облачности я проскочил нужный аэродром. Пока искал, в небе засверкали яркие звёзды. Так что на базу вернулся глубокой ночью. А там паника — куда запропал молодой лётчик? Ведь я тогда ещё не имел допуска к ночным полётам. Но, как говорится, победителя не судят...

Через полтора года был направлен в Ростов на переучивание для работы на двухмоторном Ли-2 в качестве второго пилота. Летал с пассажирами в Ленинград, Новосибирск, Ташкент. В разные приходилось попадать ситуации. Однажды в пути над Уральскими горами отказал правый двигатель. Манометр показывает: нет тяги. Впору растеряться. А вот этого допустить никак нельзя. Сиделись в полной темноте, при вспышках ракетницы, рискуя нарваться на радиомачты...

Командировка в Ульяновск, учиться на командира корабля. Здесь после окончания курсов я стал пилотом-инструктором, занялся переподготовкой вчерашних военных лётчиков для работы в «Аэрофлоте»: гражданская авиация имеет свои тонкости, их надо хорошо уяснить. Времени даром не терял. Освоил обязанности командира самолётов Ли-2 и Ил-14. В свободное время посещал вечернюю рабочую школу, окончил десятилетку.

В 1960 г. новое назначение. Работа в отдельной авиагруппе Молдавского управления гражданской авиации. Полёты командиром за штурвалом Ан-10, крылатой машины, рассчитанной на 100 пассажиров. Один за другим дальние рейсы. А потом, в 1970 г. — предложение перейти на службу в Домодедово. И снова напряжённая

учёба, чтобы заслужить право занять кресло командира флагмана «Аэрофлота» Ту-114. На борту лайнера уже 220 пассажиров... Полёты в Новосибирск, Анадырь, Алма-Ату, Хабаровск. За 5 лет — 2500 часов налёта... Отправляясь в полёт, всегда помнил о необходимости позаботиться о должном запасе керосина. Без него можно надолго задержаться где-нибудь на далёком аэродроме. Когда ещё привезут!.. Ты спокоен, если баки, расположенные в крыльях самолёта, максимально заполнены. Не случайно среди пилотов ходила шутка: топливо, как женщина, не имеет веса...

Шли годы. Я успел освоить новую технику — Ил-62. Это был первый советский реактивный магистральный пассажирский самолёт межконтинентальной дальности. Новые направления — Владивосток, Камчатка. В который раз ловил себя на мысли: какая же огромная, необъятная наша страна!.. Камчатка запомнилась дымящимися вулканами. Дым, насыщенный абразивным материалом, опасен для самолётов. Так что приходилось особо внимательно следить за направлением ветра.

И вот что важно: оглядываясь в прошлое, вижу — как бы ни не донимала порой усталость, даже мысли уйти из авиации не было... Так что для меня слова песни «Мы рождены, чтоб сказку сделать былью» никогда не были каким-то отвлечённым лозунгом.

— И всё же: почему любите небо?

— Ответить и просто, и сложно. За что мы любим жизнь?.. Почему такое удовольствие — дышать полной грудью свежим воздухом? Куда так властно зовёт даль? За что ценим женскую красоту? Попробуй, объясни!..

— Авиация — это всегда соседство с экстримом, постоянная готовность к принятию неординарных решений...

— Да, это так. Вот уж действительно по Блоку: покой нам только снится... Но это твой выбор. А что касается экстрима... Мне довелось пять раз, что называется, быть на волоске от гибели. Говорю об эпизодах опасного сближения. Пос-

ледний, самый памятный, произошёл на симферопольском направлении. Когда, выйдя из облаков, я увидел буквально в нескольких метрах от себя другое воздушное судно. Открыл форточку — и рукой дотянешься... Как позже выяснил, сказалась ошибка диспетчера на земле. Сколько лет прошло, а тот случай до сих пор перед глазами...

И вот ещё о чем бы хотелось сказать. Никогда не считал, что достиг, мол, «потолка», можно и успокоиться. Об этом свидетельствует полученный в 1978 г. диплом Академии гражданской авиации. Мне не один год пришлось работать инструктором — учить, переучивать молодых пилотов. На личном опыте убедился, насколько он важен — профессиональный отбор, взыскательное обучение лётного состава. Приходилось кое-кого и забраковывать, портить отношения.

Но в нашем деле нет мелочей. Слишком дорогой ценой обходится самая малая ошибка. Какая бы замечательная техника ни находилась под рукой, главная ответственность лежит на человеке. Вот почему при разборе полётов всегда требовал от экипажа чёткости, честности. Впрочем, то же — и в профессии врача.

— Вы вот верно заметили, говоря о характере тех, кто летает в небе, — безоглядная самоотдача... Не находите, что в этом пилоты схожи с врачами: настоящие медики растворяются в своей профессии?..

— Это так. Для подобного утверждения есть все основания. Я не могу представить своё дело без постоянного контакта с человеком в белом халате. Хотя бы потому, что перед каждым вылетом лётчика обязательно ждёт предполётный медицинский контроль — строгий, ко многому обязывающий, прежде всего к самодисциплине. Ведь от твоего самочувствия зависит жизнь множества людей.

— Памятны встречи с врачами?

— Вообще-то, природа одарила меня крепким здоровьем. О нём пришлось серьёзно задуматься уже после выхода на пенсию, когда я вдруг ощутил перебои в

моём «пламенном моторе». И тут мне снова крупно повезло. В НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава я познакомился с академиком Валерием Шумаковым. Осматривая меня перед операцией, тот поинтересовался: «Курите?». Услышав, что я всегда отрицательно относился к табаку, в лёгком полупоклоне прижал руку к сердцу: «Вы нас очень выручили...» И новый вопрос: «Алкоголем не увлекаетесь?» Честно отвечаю, что пользуюсь, но в самых разумных дозах. Сцена с полупоклоном повторилась...

Операция на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения прошла 9 февраля 2006 г. Она длилась 9 часов. Как мне потом рассказали, в бригаде медиков были заняты 15 человек. Меня оперировал ученик В.Шумакова хирург Алексей Гольц. И в том, что я готов встретить свой юбилей долгожителем, — несомненная заслуга ведущего хирурга и его коллег.

На страницах «Медицинской газеты» я хотел бы выразить глубокую признательность людям, внимание которых я постоянно ощущаю, — заведующей отделением НИИ Н.Ананьевой, кардиологу ГКБ им. С.С.Юдина И.Дячук. Тем более что возраст, естественно, прибавляет число болячек. Теперь вот приходится посматривать на глюкометр, считаться с диабетом.

— Старость не пугает?

— А я не из пугливых. Работа в авиации закаляет характер. При разборе полётов привык называть вещи своими именами, что называется, не оглядываясь на лица. Хотя это далеко не всем нравилось. Убеждён: скорости, с которыми мы имеем дело, высоты не прощают малейшей расхлябанности. А что касается возраста, то я за то, чтобы его измеряли не прожитыми годами, а душевным жаром, сиянием глаз человека. Кстати, неплохо по этому поводу выразилась актриса Ольга Аросева: «Не жалеете о том, что стареете, — многим в этом было отказано. Жизнь даёт всем, старость — избранным».

— Наверное, многое определяет слаженность экипажа?..

— Любая работа, я это понял ещё в ранней юности, — это труд, нередко изнурительный. Труд, предполагающий постоянную самоотдачу. Важно, чтобы дело было по душе. И чтобы рядом были люди, в которых ты веришь, зная: не подведут в трудную минуту. Тогда ты сможешь, что называется, сдвинуть горы. Так что в своём окружении на первое место я всегда ставил надёжность.

— У вас есть профессиональные последователи?

— Сын Леонид пошёл по стопам отца. Заслуженный пилот РФ. Летал на международных авиалиниях. Сегодня тоже на заслуженном отдыхе. Радуется, что на воздушных трассах трудятся многие мои бывшие ученики.

— Ваш девиз по жизни.

— Я изложил его в автографе, который открывает нашу беседу. Глубоко убеждён: работу врача и пилота роднит неугасающее чувство ответственности. И там, и тут очень важен опыт ветеранов, который надо помнить, изучать, передавать молодёжи.

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото 1978 г. Л.Бусыгин за штурвалом Ил-62. Полёт на высоте 10 тыс. м над Байкалом.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора — ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегии — Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: ул.Гиляровского, д. 68, стр. 1, Москва 129110.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-09-00295 Тираж 23 873 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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