

Медицинская

18 июля 2014 г.

пятница

№ 52 (7477)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам

Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

События

Возвращая детям бесценный дар

Центр реабилитации для маленьких россиян с нарушением слуха открылся в новом виде

Это лечебное учреждение находится на территории новой Москвы. Здесь проведена масштабная реконструкция.

— Если после операции кохлеарной имплантации не проводить реабилитацию, ребёнок всё равно не будет слышать, — сообщила на открытии центра заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. — С этого года эти мероприятия осуществляются за счёт средств федерального бюджета, а также в рамках Программы государственных гарантий за счёт бюджета ОМС.

Именно реабилитацией детей с различной патологией слуха и будут заниматься в обновлённом центре. А больных детей начали госпитализировать сюда раньше официального открытия, в июне. На момент торжества в центре уже пролечили около 100 детей из различных регионов России, возраст которых от 1,5 года до 17 лет. А всего в 2014 г. здесь планируется вернуть слух более 800 пациентам, в 2015 г. — 1200.

По словам директора Департамента медицинской помощи детям и родовспоможения Минздрава России Елены Байбариной, операцию кохлеарной имплантации очень важно проводить как можно раньше. Ведь если ребёнок долго не слышит, то он не научится впоследствии говорить.

Программа аудиологического скрининга, благодаря которой ещё в родильном доме у каждого новорождённого исследуют состояние слуха, стартовала в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006 г. Ежегодно она охватывает порядка 1,8 млн малышей. При подозрении на патологию ребёнка направляют в сурдологический центр для более детального обследования. Если диагноз «нейросенсорная глухота» подтверждается, то ему показана операция кохлеарной имплантации. В кость возле уха вживляется специальный датчик, который выводится наружу, к нему присоединяется речевой процессор. Впоследствии он нуждается в настройке, а дети, которым про-



ведена операция, должны проходить многолетний период реабилитации.

Дистанционная система настроек речевых процессоров позволяет не приводить ребёнка специально на встречу к врачу, а настраивать аппарат в режиме онлайн.

В обновлённом центре (отделение реабилитации рассчитано на 75 детских коек круглосуточного пребывания) учат не только слышать

и говорить, здесь проводят весь комплекс медицинской, психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации детей с нарушением слуха.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: Татьяна Яковлева (слева) на торжественном открытии детского центра.

Фото Кирияна ОЛЕГОВА.

Дежурный по номеру: Михаил НИКИТИН

Директор санаторно-курортного комплекса «Вулан» - филиала Российского научного центра медицинской реабилитации и курортологии, доктор медицинских наук, доктор экономических наук, заслуженный работник курортов и туризма Кубани.

Стр. 12.



Конференции

Зовёт Дальний Восток

В Благовещенске прошла межрегиональная научно-практическая конференция оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока.

Участие в форуме приняли ведущие специалисты Новосибирска, Иркутска, Читы, Хабаровска, Владивостока, Нерюнгри, а также Москвы и С.-Петербурга. Приглашёнными зарубежными гостями были профессор из клиники Г.Свечинского Медицинского университета им. К.Марчинковского в Познани (Польша) Анна Жебрык-Стопа и Божена Вискарска Вожница.

Открыл конференцию заведующий кафедрой оториноларингологии Амурской государственной медицинской академии, председатель Научного общества оторино-

ларингологов Амурской области, профессор А.Блоцкий. Гостей академии, специалистов областных медучреждений от имени ректората Амурской государственной медицинской академии приветствовал проректор по научно-исследовательской работе профессор С.Целуйко.

В течение дня участники конференции заслушали 20 научно-практических докладов по актуальным вопросам диагностики и лечения лор-заболеваний, обсудили наиболее острые проблемы. По итогам конференции было принято решение общества, обсуждены организационные вопросы.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Начало

Йод для сибиряков

В Красноярске приступило к работе первое в Сибирском федеральном округе отделение радионуклидной терапии на 17 коек.

Оно предназначено для проведения радиойодтерапии больным раком щитовидной железы, тиреотоксикозом и при метастазах злокачественных опухолей в скелете.

Согласно информации Министерства здравоохранения Красноярского края, до конца 2014 г. в новом отделении планируется пролечить 420

пациентов с онкопатологией и 360 больных с метастазами в костях. Ещё 1500 человек пройдут здесь диагностические исследования на выявление опухолевых, сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний.

Поскольку данный центр радионуклидной терапии создан в системе ФМБА России, его пациентами могут стать не только жители Красноярского края, но и других регионов Сибири и Дальнего Востока.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Акции

Спасибо за жизнь!

Центр охраны здоровья семьи и репродукции и центр помощи беременным женщинам в кризисной ситуации Медицинского консультативно-диагностического центра Минздрава Кабардино-Балкарской Республики приняли участие во Всероссийской просветительской акции «Подари мне жизнь!», инициатором которой выступает Фонд социально-культурных инициатив при поддержке Минздрава России.

В рамках мероприятия на телевидении прошли просветительские видеоролики о вреде абортов. Специалисты центра побывали в централь-

ных районных больницах с лекциями о вреде искусственного прерывания беременности. Были проведены встречи с молодыми парами, подав-

шими заявления в ЗАГС, ставшие уже традиционными в регионе.

На базе МКДЦ в течение недели проходили дни открытых консультаций. Жители региона могли бесплатно обследоваться на предмет своего репродуктивного здоровья, получить консультацию по планированию беременности.

Целью акции стало привлечение внимания общественности к проблеме абортов, а также сохранение и пропаганда непреходящих семейных ценностей среди молодежи.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель МИА Сито!

СЕГОДНЯ В «МГ»

Почему в России катастрофически высокая смертность среди подростков? Мнение академика РАН Александра Баранова.

Стр. 5.

Сегодня – мигрант, завтра – россиянин. А больной гражданин нам не нужен!

Стр. 6-7.

Новости

Город уже завидует селу

Благодаря мерам социальной поддержки врачей кадровый голод в сельском здравоохранении Республики Хакасия почти ликвидирован. Сегодня перед регионом стоит задача закрыть вакансии в городских лечебных учреждениях. Об этом сообщил на встрече с выпускниками медицинских вузов глава Минздрава республики Владимир Титов.

По целевым договорам с министерством в интернатуру и ординатуру поступили 99 выпускников-медиков, которым предстоит пройти подготовку по 17 направлениям. По окончании интернатуры и ординатуры молодые специалисты придут работать в 20 медицинских организаций Хакасии, причём больше половины новоиспечённых докторов останутся в столице республики, где, по признанию министра, кадровая проблема сегодня наиболее актуальна.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

По дороге едет ФАП...

В Новгородской области будут шире использоваться передвижные фельдшерско-акушерские пункты. Подобные медицинские «учреждения» уже работают в трёх районах области – Любытинском, Новгородском и Окуловском. Всё дело в том, что низкая плотность населения делает содержание стационарных слишком дорогим делом.

Но сельские жители нуждаются в первичной медицинской помощи. При этом в регионе не хватает около 70 стационарных ФАПов. Если исходить из того, что, по нормативам Минздрава России, один ФАП должен обслуживать от 300 до 700 сельских жителей, то в Новгородской области должны работать 360 пунктов первичной доврачебной помощи. Пока в регионе их только 296. Ещё одна из причин нехватки – старение кадров. Средний возраст новгородского фельдшера – 57 лет.

– В 2013-2014 гг. закрыт один ФАП в Окуловском районе, деятельность 9 пунктов приостановлена, – пояснила руководитель Департамента здравоохранения администрации области Галина Михайлова. – Это вынужденная мера, поскольку фельдшерско-акушерские пункты, которые обслуживают меньше 50 человек, содержать нерентабельно.

В этом году медицинское ведомство региона купит 2 передвижных ФАПов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Новгородская область.

Телемедицина на селе

Развитие информационных технологий в здравоохранении сельского Чебулинского района Кемеровской области не ограничилось компьютеризацией рабочих мест персонала ЦРБ, установкой инфоматов и предоставлением пациентам возможности записаться к врачу по Интернету. Сегодня в центральной больнице района активно внедряется телемедицина.

«Веб-камеры, установленные в родильном отделении, позволяют нашим врачам в режиме онлайн поддерживать связь с коллегами из Кемеровского областного перинатального центра, – поясняет главный врач ЦРБ Л.Володина. – Терапевты и хирурги также имеют возможность консультироваться с областными специалистами. В настоящее время мы занимаемся организацией консультаций новорождённых по защищённым каналам связи».

Кстати сказать, сама Любовь Михайловна – активно практикующий акушер-гинеколог. В сельской медицине Кузбасса главные врачи сплошь и рядом восполняют в своих ЛПУ дефицит узких специалистов.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Наши учатся в Японии

Очередная группа молодых учёных Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого отправилась учиться в Медицинскую школу Университета Ниигата (Япония).

Целевая подготовка специалистов КрасГМУ проводится в университетах японских городов Осака, Гунма, Ниигата и Канадзава с 1993 г. Основные направления, по которым за рубежом проходят обучение сибирские аспиранты, – нейронауки и клеточная биология.

В этом году выпускницы Красноярского медуниверситета Дана Богданова и Анна Савицкая поступили в аспирантуру по микробиологии и инфектологии.

В ректорате вуза уверены, что через 4 года по окончании учёбы и защиты диссертаций в Стране восходящего солнца исследователи вернутся на работу в альма-матер.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Эхо трагедии

Министр посетила пострадавших

И напомнила, что проблем с оказанием медицинской помощи нет и не будет

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила городскую клиническую больницу № 1 им. Н.И.Пирогова Москвы, где находятся пострадавшие в результате аварии в московском метро. В общении с врачами и пациентами она оценила организацию медпомощи госпитализированным.

– Более 100 бригад скорой медицинской помощи на месте аварии сработали чрезвычайно быстро и эффективно. В течение 15-16 минут больные были доставлены в 14 стационаров Москвы, и уже через 20 минут те, кому это было необходимо, находились на операционном столе. В реанимационное отделение поступила женщина 43 лет, наша коллега, врач-кардиолог. Благодаря тому, что быстро сработала

бригада ГКБ № 1, была проведена сложная высокотехнологичная операция, – рассказала Вероника Скворцова.

Второй пациент, машинист поезда 29 лет, также был прооперирован. Получила срочное хирургическое лечение и девушка с множественными переломами таза. Остальным пациентам, имеющим множественные повреж-

дения мягких тканей и переломы конечностей, оказывается помощь в отделении травматологии и ортопедии. Всего в ГКБ №1 госпитализировано 13 человек.

Министр отметила эффективную работу медиков Москвы на уровне скорой помощи и приёмных отделений, а также профессионализм хирургов и реаниматологов.

– На тот случай, если пациентам



нужна редкая группа крови, мы мобилизовали сейчас две бригады Федерального центра гематологии. Вся медицинская помощь пострадавшим оказывается в полном объёме, – сказала министр. Всего в московские больницы госпитализировано 150 человек.

Соб. инф.

Москва.

НА СНИМКАХ: московские врачи действовали оперативно.

Беда так просто не проходит...

Это констатировал главный психиатр Минздрава России З.Кекелидзе

Все пострадавшие в результате трагедии на Арбатско-Покровской линии Московского метрополитена, а также свидетели ЧП должны обратиться за психологической помощью. Об этом сообщил журналистам в ходе брифинга главный психиатр Минздрава России, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Зураб Кекелидзе.

Он особо подчеркнул, что симптомы психического расстройства могут не проявляться у пострадавших в результате ЧП в первые дни после случившегося.

– Многие, пережив чрезвычайную ситуацию, в течение первых двух суток считают, что беда миновала, они ничего не чувствуют, у них ничего не болит. Чаще всего

в течение первых суток звонят родственники пострадавших. Только потом, на 2-3-и сутки, свидетели и пострадавшие начинают ощущать у себя те или иные расстройства, – рассказал главный психиатр страны.

– К сожалению, наше общество практически не доверяет психиатрам и психологам. Мы готовы прийти к аппендиксу к хирургу, с сердечной болью – к кардиологу, а вот голову готовы доверить любому, даже тому, кто гадает на кофейной гуще, но никак не врачу. Это недопустимо! Есть специалисты, и надо к ним обращаться, – добавил он.

Главный психиатр Минздрава России также перечислил симптомы посттравматического стрессового расстройства: нарушение сна, внимания, отсутствие аппетита. «Для окружающих главное –

обращать внимание, насколько поведение человека выходит за рамки нормы», – резюмировал он.

Кроме того, З.Кекелидзе сообщил круглосуточный телефон горячей линии психологической помощи Центра им. В.П.Сербского: 8-495-637-70-70.

В столице 16 июля был объявлен траур в связи с аварией в столичном метрополитене, повлёкшей многочисленные жертвы.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.
МИА Сити!

P.S. Коллектив «МГ» выражает искренние и глубочайшие соболезнования близким и родным тех, кто погиб, а также желает скорейшего выздоровления всем пострадавшим в результате случившейся трагедии.

Инициатива

Первую помощь окажет школьник

В Челябинской области состоялись учебно-тренировочные сборы старшеклассников города Сатки, где специалисты местного Центра медицины катастроф преподали мастер-класс по оказанию первой медицинской помощи в природных условиях. Они рассказали о принципах выполнения непрямого массажа сердца, искусственной вентиляции лёгких, а также как вести себя при ранениях, переломах и других видах повреждений. После теоретического курса техника оказания первой помощи была продемонстрирована на специальном манекене.

– Такие практические занятия будут полезны каждому, а в некоторых ситуациях элементарные навыки оказания первой помощи могут спасти жизнь, – подчеркнул руководитель муниципального Центра медицины

катастроф Александр Гущин.

Мастер-классы организованы по инициативе администрации Саткинского района совместно со Станцией детского и юношеского туризма и экскурсий и Центром медицины катастроф,

который был создан в начале 2014 г. и уже зарекомендовал себя интересными начинаниями.

– Центр сформирован на базе станции скорой медицинской помощи района по инициативе областного Министерства здравоохранения и администрации Саткинского района, – рассказал главный специалист медицины катастроф Минздрава Челябинской области Игорь Ребиков.

Мария ЯГОДИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинская область.

События

Возвращая детям бесценный дар

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– С детьми работают не только медики, но и педагоги-логопеды, дефектологи, психологи. При этом очень важна роль матери. Если не обучать родителей, ребёнок без их помощи не сможет стать полноценным членом общества, – рассказывает директор центра Михаил Сухинин. – Таким образом, родители ребёнка стано-

вятся важнейшими и активными участниками реабилитационной программы.

Планируется, что центр будет заниматься также разработкой и внедрением новых эффективных форм реабилитационной помощи детям с врождёнными и приобретёнными формами глухоты.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Перспективы

Женщины счастливы материнством

В Омске состоялось очередное заседание городской межведомственной комиссии по вопросам демографии и семьи. На этот раз оно было посвящено таким важным социальным проблемам, как устройство детей, оставшихся без попечения родителей или близких родственников, на воспитание в приёмные семьи и меры, которые необходимо предпринять, чтобы снизить количество отказов от новорождённых, что, увы, далеко не редкость в роддомах сибирского мегаполиса. Достаточно по этому поводу привести такие цифры. Если в 2011 г. отказов от едва появившихся на свет детей было 103, то в 2013-м их число сократилось всего на 11 младенцев – до 92.

Гораздо лучше обстоят дела с попечением детей, оставшихся сиротами, которых не только берут на воспитание в приёмные семьи, но зачастую усыновляют, удочеряют. Этому благоприятствует, очевидно, целенаправленная работа городских социальных структур по пропаганде такой формы попечительства. Причём подкреплённой и практически. Например, в целях оказания психолого-педагогической помощи семьям, желающим принять детей на воспитание, заключаются соглашения о взаимодействии с центром поддержки семьи Омской области, в рамках которого действуют и специальные курсы для кандидатов в опекуны (попечители). Создана в Омске и общественная организация «Союз приёмных родителей «Счастливы вместе».

Теперь работа в этом направлении будет расширена. Как заявила на заседании городской межведомственной комиссии

по вопросам демографии и семьи заместитель председателя общественной организации «Союз приёмных родителей «Счастливы вместе» Татьяна Шмидт, приёмные семьи нуждаются в систематической поддержке и сопровождении. И часть функций этой поддержки могут взять на себя, например, волонтеры из числа студентов либо студенты вузов во время практики. Это особенно актуально в части организации досуга и культурно-оздоровительных мероприятий, формирования здорового образа жизни подрастающего поколения.

В медико-психологическом сопровождении нуждаются и беременные женщины, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. По информации Министерства здравоохранения Омской области, в 2012 г. на базе женской консультации № 1 для жительниц города на Иртыше создан центр кризисной беременности «Ты не одна», который является координационной

и организационно-методической структурой для центров кризисной беременности, расположенных в сельских районах области. Специалисты центра привлекают к своей работе общественные и религиозные организации, сотрудничают с Русской православной церковью. Как правило, все беременные женщины, обратившиеся к гинекологу по вопросу проведения медицинского аборта, направляются на консультацию в этот центр. Только в минувшем году здесь была проведена работа с 6494 беременными женщинами, более половины из которых не желали рожать, настаивая на искусственном прерывании беременности. В итоге благодаря работе специалистов 903 женщины отказались от этого намерения.

В целом, планомерно проводимая специалистами медицинских учреждений и социальных служб Омска и Омской области работа в сфере защиты детства и материнства признана на заседании городской межведомственной комиссии по вопросам демографии и семьи удовлетворительной. Однако решено усилить деятельность этих служб в профилактике отказов от новорождённых, сделав упор на медико-психологическое сопровождение потенциальных «отказниц».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проекты

Сибиряки — Крыму

Министерство здравоохранения Республики Крым рассматривает возможность строительства регионального диагностического центра, аналогичного диагностическому центру Иркутской области.

Переговоры, в ходе которых обсуждалась такая идея, состоялась во время официального визита в Симферополь губернатора Приангарья Сергея Ерошенко и его встречи с главой Правительства Республики Крым Сергеем Аксёновым. В составе делегации сибиряков был и главный врач

Иркутского областного клинического диагностического центра Игорь Ушаков.

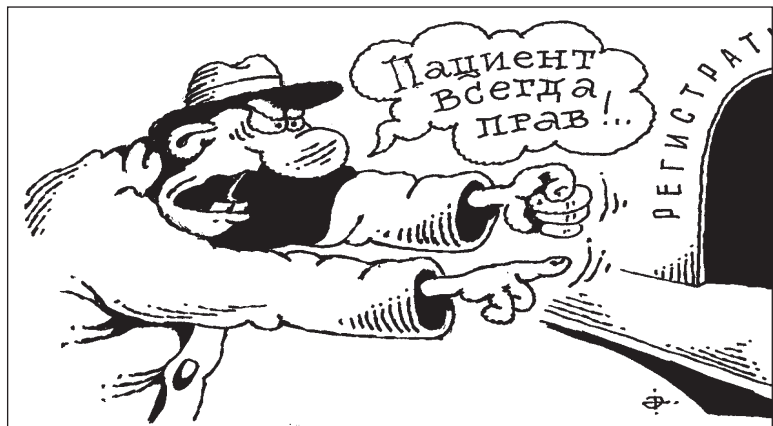
По словам последнего, заинтересованность крымчан в появлении современного учреждения здравоохранения настолько велика, что уже в ходе данной поездки прошло несколько рабочих встреч по строительству диагностического центра. В ближайшее время этот вопрос будет рассмотрен на уровне Министерства здравоохранения РФ.

Елена ШУБИНА.

Иркутск.

Ситуация

За оскорбление — к суду



В прокуратуру Ленинского района Новосибирска поступило заявление сотрудника регистратуры поликлиники № 18 Е.Ястребцовой, содержащее просьбу привлечь пациента учреждения г-на А.Широких к административной ответственности за нанесённое ей оскорбление. Суть в том, что в регистратуру детского отделения обратилась семейная пара Широких с вопросом о прикреплении к поликлинике № 18 своего ребёнка. В ходе беседы пациент начал прилюдно оскорблять сотрудника регистратуры нецензурными словами.

Вскоре постановлением прокурора было возбуждено дело об административном правонарушении, а материалы дела направлены для рассмотрения мировому судье, который и признал г-на Широкого виновным в совершении административного правонарушения в соответствии с частью 1 статьи 5.61 КоАП РФ. Суд установил административную ответственность за оскорбление, то есть за унижение чести и достоинства медицинского работника.

Эксперты Национальной медицинской палаты, деятельность которой напрямую связана с защитой правых интересов медицинских работников, констатируют, что в последнее время явно увеличилось число случаев

оскорблений медицинских работников со стороны пациентов, однако медицинские работники далеко не всегда пытаются реализовать свои права по защите профессиональной репутации в связи с низким уровнем юридической подготовки и нежеланием тратить своё время на подобные разбирательства.

Таким образом, складывается ситуация, когда хамство по отношению к медицинскому работнику со стороны пациента становится привычными. Но этот случай показывает, что грубое поведение, оскорбление могут и должны быть наказаны.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Сотрудничество

Создавая домашний очаг

В Удмуртской Республике с официальным визитом побывала делегация межрегионального общественного фонда содействия укреплению национального самосознания народа «Центр национальной славы» и Фонда Андрея Первозванного во главе с Натальей Якуниной, возглавляющей попечительский совет всероссийской программы «Святость материнства». Также Наталья Викторовна является членом координационного совета при Президенте РФ по реализации национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.

Исполняющий обязанности главы региона Александр Соловьёв и представители фонда подписали соглашение о сотрудничестве в реализации всероссийской программы «Святость материнства».

В частности, на территории Удмуртии планируется начать работу по проекту фонда «Ты не одна»,

ориентированному на консультирование беременных женщин, оказавшихся в ситуации репродуктивного выбора. Подобная работа способна благоприятно повлиять на демографическую ситуацию. По словам руководителя делегации Натальи Якуниной, фонд реализует программу в течение 8 лет. Сейчас в ней участвуют более 20 регионов страны - от Калининградской области до Сахалина. Основная цель и суть программы – помочь женщине сохранить жизнь ещё нерождённого малыша.

По мере развития программы её участникам стало очевидно: если женщина приходит к осознанию своей миссии на земле и рождает ребёнка, ей всё равно потребуются дальнейшее сопровождение.

В Удмуртии есть интересный опыт сопровождения семей с детьми, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. На базе Республиканской детской больницы № 3 работает отделение – специализированный дом ребёнка.

Одно из направлений деятельности этого подразделения, по словам главного врача больницы Ирины Ивониной, создание среды, максимально приближённой к домашней.

Ижевский опыт гостям понравился. Как отметила Н.Якунина, фонд Андрея Первозванного – общественная организация – приветствует создание подобных структур. Обычно они работают при епархиях, а в Ижевске специалисты показали вариант поддержки семьи в государственном учреждении.

По мнению и.о. заместителя председателя правительства Удмуртии Людмилы Чунаевой, курирующей в исполнительной власти социальный блок, для республики участие в этом проекте очень важно, поскольку это огромная возможность для обмена опытом.

Марина ЦВЕТУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

100 строк на размышление

Научно-медицинский смысл такого объединения весьма условный и трудноуловимый. Слишком разные патологии, методологии обследования и лечения больных, существенно различаются научные задачи.

Что явилось причиной данного странного объединения? Тяжёлая финансовая ситуация в стране, необходимость жёсткой экономики? Но Нейрохирургический институт был создан в нелёгкое для страны время – в 1926 г., достойно работал в тяжёлые и блокадные годы Ленинграда. Да и на чём можно получить экономию? На сокращении административно-хозяйственного аппарата – сумма мизерная. Сокращение или перепрофилирование медицинского персонала, по сути, будет прекращением финансирования лечения осо-

Реформа ради реформы?

Издан приказ Минздрава России об объединении Российского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова и Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова. Для чего?

бой категории пациентов. Вот уже многие годы большинство наших больных – это пациенты с тяжёлой нейрохирургической патологией, которых уже где-то пытались лечить или направили к нам сразу после установления диагноза. Это около 2 тыс. человек в год.

За 88 лет своего существования Институт Поленова стал частью ещё довольно хрупкой системы символов российской медицины. Эта система во многом определяет представления о городе,

стране, государстве. Её надо беречь и развивать. Например, клиника Шарите в Берлине уже давно не меняет своего названия и статуса и прочно ассоциируется с немецкой медициной.

Получается, что это объединение – реформа ради реформы. Во всяком случае, с коллективом института никто не беседовал и обстоятельных резонансов в приказе об объединении не приводил.

За последние годы в систему здравоохранения вложено много средств. В результате созданы

серьёзные материально-технические предпосылки для перехода нашей медицины на качественно иной уровень. Но пока эффективность этих вложений остаётся недостаточной. На наш взгляд, одной из причин является то, что система здравоохранения обладает большой инертностью. Медицинской средой нововведения принимаются медленно и с осторожностью. С другой стороны, система здравоохранения обладает существенным потенциалом самоорганизации.

Если сделать передышку в её реформировании лет на 5-10, уже созданная материально-техническая база станет более эффективной и будет успешнее развиваться. За это время необходимо наладить производство отечественной медицинской техники, лекарственных препаратов.

Давайте усвоим и сделаем максимально эффективным то, что уже создано. Будем бережно относиться к тому, что добротой сделано до нас. В спешке можно потерять больше, чем приобрести.

Анатолий КОНДРАТЬЕВ,
руководитель отделения
анестезиологии и реаниматологии
РНХИ им. А.Л.Поленова,
профессор,
заслуженный врач РФ.

С.-Петербург.

Подростковый период – уникальное время, когда можно создать прочный базис для последующей жизни, а можно всё разрушить до основания. Поэтому нельзя оставаться равнодушными к тому, что происходит с сегодняшними подростками, ведь они – будущее нашей страны, её интеллектуальный, трудовой, репродуктивный и оборонный потенциал, считает главный педиатр Минздрава России, директор Научного центра здоровья детей, академик РАН Александр БАРАНОВ. Ему слово:

Чем и почему болеют?

К счастью, власти в последнее время стали обращать внимание на эту категорию населения. Некоторые подвиги в охране здоровья подростков происходят. Но этого недостаточно. Нужна концентрация усилий и безусловная реализация уже намеченных планов. Ведь за последние годы на 43,1% (8,1 млн человек) снизилась численность детей подросткового возраста 10-17 лет, а подросткового возраста до 18 лет – ещё значительно: на 3,8 млн, или на 53,5%.

Если в решении проблемы младенческой смертности страной достигнуты существенные результаты, то в отношении подростков работы ещё очень много. Хотя уровень их смертности и снизился, но темпы снижения недостаточны – показатель почти в 3 раза выше, чем в европейских странах. А по количеству суицидов среди подростков Россия занимает одно из первых мест в мире. И здесь большую роль играют социальные факторы и психологические риски.

Несмотря на принимаемые усилия, наблюдается рост заболеваемости подростков, особенно в старшей возрастной группе. За 10 лет она возросла на 30%. В структуре преобладают болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов пищеварения, зрения. Так, в процессе обучения с 4-го по 9-й класс частота болезней глаз увеличивается в 4 раза и встречается у каждого десятого подростка. Наиболее выражено ухудшение здоровья наблюдается в 7-9-х классах. Поэтому школьная медицина нуждается в коренном преобразовании прежде всего в отношении кадровой обеспеченности. Нарушая требования санитарного законодательства, в образовательных учреждениях широко внедряются новые средства информационно-коммуникационных технологий без гигиенического обоснования безопасных условий их использования (интерактивные доски, ридеры, ноутбуки, планшеты и др.). По данным Минобрнауки России, почти 25% школ вынуждены вести обучение в две, а то и в три смены. В таких условиях обучается свыше 1,8 млн детей. С внедрением понятия инклюзивного образования в обычные школы стали приходить дети с ограниченными возможностями, инвалиды. Возникает вопрос усиления контроля за состоянием их здоровья. Всё это повышает значимость школьных врачей.

На ГТО надейся, а сам...

Ухудшение здоровья подростков влияет и на такой значимый показатель, как уровень годности юношей к военной службе. Так, в 2013 г. при первоначальной постановке на воинский

учёт заболевания выявлены у 59% освидетельствованных. Около 30% юношей признаны негодными к военной службе. На дополнительное обследование направлено более 108 тыс. человек (17,1% от общего числа освидетельствованных). Это, а также значительное число лиц с впервые выявленной патологией свидетельствует о недостаточно качественном обследовании и наблюдении подростков в учреждениях первичного звена здравоохранения, которому, хочется напомнить, принад-

лежит ведущая роль в системе реализации мер по охране здоровья детей и подростков. Показатели физического развития подростков в последние годы также претерпели значительные изменения, причём эти изменения имеют региональные особенности. Для Москвы и ряда регионов Центральной России характерно увеличение длины, массы тела, окружности грудной клетки, снижение мышечной силы рук (на 8-10 кг). У подростков Приморского края наблюдается грацилизация телосложения – уменьшение всех широтных и обхватных размеров тела, особенно окружности грудной клетки и размеров таза, что отрицательно сказывается на функционировании органов дыхания, а также в последующем будет ограничивать возможность реализации девушками репродуктивной функции. Для детей и подростков Рязани, Новосибирска, Уфы характерны явления ретардации. В целом по уровню физического развития современные подростки уступают своим сверстникам прошлых лет. При этом дефицит массы тела имеют 8-9% детей подросткового возраста и столько же – избыток.

Из первых уст

Уязвимый возраст

Подросткам остро не хватает внимания со стороны государства

лежит ведущая роль в системе реализации мер по охране здоровья детей и подростков.

Показатели физического развития подростков в последние годы также претерпели значительные изменения, причём эти изменения имеют региональные особенности. Для Москвы и ряда регионов Центральной России характерно увеличение длины, массы тела, окружности грудной клетки, снижение мышечной силы рук (на 8-10 кг). У подростков Приморского края наблюдается грацилизация телосложения – уменьшение всех широтных и обхватных размеров тела, особенно окружности грудной клетки и размеров таза, что отрицательно сказывается на функционировании органов дыхания, а также в последующем будет ограничивать возможность реализации девушками репродуктивной функции. Для детей и подростков Рязани, Новосибирска, Уфы характерны явления ретардации. В целом по уровню физического развития современные подростки уступают своим сверстникам прошлых лет. При этом дефицит массы тела имеют 8-9% детей подросткового возраста и столько же – избыток.

В этой связи очень своевременна инициатива Президента РФ В.Путина по введению в стране комплекса ГТО. Однако из 3,5 млн подростков, занимающихся спортом, лишь 45% имеют медицинский допуск. Практически отсутствует систематический врачебно-педагогический контроль за юными спортсменами. А это влечёт риск внезапной смерти и развития серьёзных болезней. Необходимо восстановить инфраструктуру врачебно-физкультурных диспансеров.

Снова – «родом из детства»

Важнейшей задачей в условиях резкого сокращения численности подростков становится охрана репродуктивного здоровья. В стране более 3 млн бесплодных браков, и причины их бесплодия в 60% случаев «родом из детства». За последние 10 лет частота андрологических болезней детей увеличилась в 1,5 раза. Свыше 50% юношей и девушек имеют врождённые и приобретённые заболева-



звене практически недоступны. Стационарная помощь для этого контингента больных находится в зачаточном состоянии: в стране всего 470 гинекологических коек для детей и 925 уроandroлогических.

Как острую медико-социальную проблему следует рассматривать неуклонный рост пограничной психической патологии, аддиктивных нарушений, девиантных форм поведения. По данным НЦЗД, клинически очерченные формы пограничных психических нарушений диагностируются примерно у 10% учащихся образовательных учреждений. У 60% подростков определяются так называемые предболезненные психические расстройства. Зафиксирован резкий рост частоты неврозов.

Медицинская помощь детям и подросткам с психической патологией (психопрофилактическая, консультационно-диагностическая, лечебная, социально-психологическая, реабилитационная) по сложившейся в течение долгих лет традиции осуществляется в специализированных психиатрических или наркологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях для взрослых и детей. Подобный порядок отпугивает не только подростков, заставляя скрывать имеющуюся проблему, но также их родителей. ВОЗ рекомендует при организации служб охраны психического здоровья руководствоваться следующим принципом: «Психиатрическую помощь необходимо оказывать в больницах общего профиля и районных лечебных учреждениях. Вместо крупных психиатри-

ческих клиник, оказывающих централизованные услуги, нужна более гибкая и адекватная организация служб охраны психического здоровья». Размещение психиатрических отделений (на первое время хотя бы для детей и подростков с непсихотическими расстройствами) в детских больницах привело бы к сближению различных специалистов, участвующих в охране здоровья подрастающего поколения, и дестигматизации психиатрической службы. Причём для взрослых такие отделения существуют

сийской Федерации» обязанностями государства по осуществлению прав детей представлены далеко не в полном объёме: не изложена государственная политика в области охраны здоровья подрастающего поколения, не установлена необходимость разработки и осуществления государственных программ в сфере охраны здоровья и медицинского обслуживания детей и подростков, не отражены межведомственные меры, не регулируется финансовое и кадровое обеспечение. Приня-

уже длительное время в условиях больниц общесоматического профиля.

Научный центр здоровья детей совместно с Правительством и Минздравом Республики Татарстан успешно реализует пилотный проект по созданию трёхуровневой региональной модели медико-социальной и психологической помощи подросткам. Мы готовы представить на утверждение порядок оказания этой помощи и приступить к его тиражированию. Кроме того, полагаем целесообразным ориентировать работу центров здоровья именно на подростков, а также создавать их на базе общеобразовательных учреждений (опыт Свердловской области).

Об инвалидах помнить

Актуальной проблемой подросткового возраста остаётся инвалидность. Несмотря на то, что Россия в 2012 г. ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов, действующие сегодня критерии медико-социальной экспертизы не в полной мере обеспечивают объективность оценки ограничений жизнедеятельности больного ребёнка. Необходимо перейти на международную классификацию, принятую ВОЗ в 2001 г. Она основывается на определении нарушений функций организма и вызванных ими ограничений жизнедеятельности, а не на последствиях болезни, как это принято в РФ.

Очень важно обеспечить полноценную реабилитацию инвалидов. Учитывая уникальный реабилитационный потенциал детей, целесообразно рассмотреть вопрос о реализации программы строительства многопрофильных реабилитационных центров во всех субъектах России. Нужно создать такую систему реабилитационной помощи больным детям, которая была бы нацелена не только на реабилитацию инвалидов, но и на предупреждение инвалидности.

Нуждается в серьёзном совершенствовании нормативно-правовое обеспечение охраны здоровья детей в целом. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Рос-

сии» обязанностями государства по осуществлению прав детей представлены далеко не в полном объёме: не изложена государственная политика в области охраны здоровья подрастающего поколения, не установлена необходимость разработки и осуществления государственных программ в сфере охраны здоровья и медицинского обслуживания детей и подростков, не отражены межведомственные меры, не регулируется финансовое и кадровое обеспечение. Приня-

тие закона об охране здоровья детей и подростков (о чём мы говорим уже много лет) явилось бы важной формой реализации Конвенции о правах ребёнка и означало бы признание государством того, что ребёнок не только обладает фундаментальными правами и свободами человека, но и является объектом специальной защиты. Одно из главных положений Конвенции о правах ребёнка – «Государство обязано защитить детей от всего, от чего их можно защитить» – нуждается в законодательном закреплении.

Целесообразность принятия закона обусловлена, по нашему мнению, и тем, что необходимо законодательно сохранить идеологию лучшей в мире системы охраны здоровья детей. В первичном звене здравоохранения в ряде регионов страны не только на селе, но и, к сожалению, в городах в приоритетном порядке получают развитие офисы врача общей практики. Применительно к педиатрической службе это – шаг назад. Страны, где родилась такая система, начинают от неё отказываться в пользу системы развития первичной медицинской помощи детям, аналогичной нашей.

С учётом многочисленных проблем в охране здоровья подростков считаем необходимым разработать и утвердить государственную программу на 2015-2020 гг. «Охрана здоровья подростков России», возложив научно-методическое руководство по её реализации на НЦЗД, придав ему статус Национального научного центра здоровья детей и подростков.

На наш взгляд, целесообразно пересмотреть возрастные границы и привести их к международным стандартам. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, подростки – это граждане в возрасте от 10 до 19 лет. В России же подростками считаются лица от 10 до 18 лет, что создаёт трудности при сравнении различных статистических российских показателей с зарубежными, а также позволяет 18-летним на год раньше погружаться во взрослую жизнь со всеми её негативными сторонами.

Конечно, это повлечёт за собой коррективы в организации медицинской помощи подросткам, но, думаю, оно того стоит.

Записала
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото Кирияна ОЛЕГОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 47 (1814)

(Окончание. Начало в № 51 от 16.07.2014.)

На основе клинико-функционального критерия профессиональные болезни бронхального дерева подразделяются на две самостоятельные независимые нозологические формы: хронический профессиональный необструктивный (простой) бронхит (ХПБ) и ХОБЛ профессиональной этиологии (ПЭ). Из классификации исключены трахеобронхиальная дискинезия, астматический бронхит и хроническая пневмония. Трахеобронхиальная дискинезия (экспираторный пролапс, стеноз трахеи и крупных бронхов) – патология, наиболее часто вызываемая бактериальными или вирусными инфекционными агентами либо возникающая при патологической подвижности мембранозной части трахеи; она легко дифференцируется при рентгеноскопии в косой проекции либо эндоскопически при визуализации движения перепончатой части трахеи при кашле. Астматический бронхит и хроническая пневмония являются состояниями, исключёнными при 10-м пересмотре из Международной классификации болезней (МКБ-10).

Формулировка развёрнутого клинического диагноза должна включать: а) наименование нозологической формы (ХПБ или ХОБЛ ПЭ); б) тяжесть течения заболевания: для ХПБ – легко или умеренно выраженное, для ХОБЛ ПЭ – лёгкое (I стадия), средне-тяжёлое (II стадия), тяжёлое (III стадия) и крайне тяжёлое (IV стадия) течение; в) фазу процесса – обострение или ремиссия; г) наличие осложнений (дыхательная недостаточность, лёгочное сердце, недостаточность кровообращения и др.); д) указание на профессиональный генез заболевания.

Патогенез. В патогенезе ХОБЛ ПЭ важнейшую роль играют угнетение клеточного и гуморального иммунитета – локальное разрушение иммуноглобулинов, снижение уровня интерферона, лизоцима, лактоферрина, угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов и альвеолярных макрофагов, активная продукция гистамина и других провоспалительных медиаторов, окислительный стресс, нарушение мукоцилиарного клиренса. В норме мукоцилиарный клиренс обеспечивается работой реснитчатого эпителия. Сигаретный дым, дефицит α1-антитрипсина, токсины микроорганизмов вызывают разрушение и уменьшение количества реснитчатых клеток, снижение активности ресничек. В ответ на это происходит гиперпродукция слизи бокаловидными клетками и железами подслизистого слоя, что оказывает негативное влияние. Меняется реология бронхиальной слизи: увеличиваются её вязкость и адгезивность, снижается эластичность, что также способствует ухудшению мукоцилиарного клиренса, мукостазу, а значит, развитию микробной колонизации, нарушению бронхиальной проходимости, нарастанию дыхательной недостаточности.

Застой бронхиального содержимого приводит к нарушению вентиляционно-респираторной функции лёгких, а неизбежное инфицирование – к развитию эндоbronхиального или бронхолёгочного воспаления. Кроме того, вязкий секрет, помимо угнетения цилиарной активности, может вызвать бронхиальную обструкцию вследствие скопления слизи в дыхательных путях. В тяжёлых случаях вентиляционные нарушения сопровождаются развитием ателектазов. Трахеобронхиальная слизь в нормальных условиях обладает бактерицидным эффектом, так как содержит иммуноглобулины и неспецифические факторы защиты (лизоцим, трансферрин, опсоины и др.). Воспаление органов дыхания, как правило, сопровождается компенсаторным увеличением слизиобразования. Изменяется и состав трахеобронхиального секрета: уменьшается содержание воды и повышается концентрация муцинов (нейтральных и кислых гликопротеинов), что приводит к увеличению вязкости мокроты. Отмечено, что чем выше вязкость слизи, тем ниже скорость её продвижения по респираторному тракту. Увеличение вязкости бронхиального секрета способствует повышенной адгезии (прилипанию) патогенных микроорганизмов на слизистых респираторного тракта, что создаёт благоприятные условия для их размножения. Изменение состава слизи сопровождается и снижением бактерицидных свойств бронхиального секрета за счёт уменьшения в нём концентрации секреторного иммуноглобулина А. В свою очередь, инфекционные агенты и их токсины оказывают неблагоприятное воздействие на слизистые дыхательных

путей. Следовательно, нарушение дренажной функции бронхального дерева может привести не только к вентиляционным нарушениям, но и к снижению местной иммунологической защиты дыхательных путей с высоким риском развития затяжного течения воспалительного процесса и способствовать его хронизации.

Диагностика профессиональной ХОБЛ. Основные симптомы ХОБЛ ПЭ – кашель с мокротой и одышка. Степень их варьирует от одышки при интенсивной физической нагрузке и эпизодического кашля до одышки в покое с признаками правожелудочковой недостаточности и постоянного кашля. При расспросе пациента следует обратить внимание на влияние симптоматики на качество его жизни, частоту, время и длительность

обострений ХОБЛ, характеристику мокроты (цвет, консистенция, количество, лёгкость отхождения).

Также важна оценка степени тяжести профессиональной ХОБЛ. Оценка степени тяжести ХОБЛ, в том числе ХОБЛ профессиональной этиологии, последние годы строилась на основании спирометрической характеристики (постбронходилатационные значения ОФВ1), и в ней выделялось 4 стадии заболевания (см. табл. 4).

Комитет экспертов в программе GOLD (2011) отказался от применения термина «стадии», так как этот показатель основан

и разделённой на 10. При его значении < 1 – симптомы оцениваются как невыраженные, а при ≥ 1 – выраженные, то есть оказывающие влияние на жизнь пациента. Вместе с тем ещё окончательно не установлены значения CCQ, соответствующие выраженному влиянию симптомов на КЖ, эквивалентные значения SGRQ. Пограничными значениями отличия выраженных от невыраженных симптомов предлагаются значения 1,0–1,5 (GOLD 2014).

Поздней постановке диагноза профессиональной ХОБЛ и запоздалому лечению больных нередко способствуют недостаточное внимание работающих в условиях воздействия пылевых или химических аэрозолей к своему здоровью и особенности клинического течения этого заболевания. Профессиональная ХОБЛ может долгие годы проявляться только одним симптомом – кашлем, которому больные не придают значения. Из-за этого лечение начинается поздно, когда уже появляется одышка, приводящая их к врачу. Врачи нередко недооценивают тяжесть течения ХОБЛ ПЭ. Второе объяснение отсутствия бронхиальной обструкции в начальных стадиях ХОБЛ ПЭ – это недостаточная разрешающая способность применяемых

аппаратов для исследования функции внешнего дыхания (ФВД).

Ранняя диагностика профессиональной ХОБЛ является одной из сложнейших проблем респираторной медицины. К сожалению, сегодня не существует простого теста, который бы обладал 100-процентной чувствительностью и специфичностью. Важнейшим методом диагностики ХОБЛ ПЭ является определение ФВД, представляющего наибольшую диагностическую ценность. Проводится измерение некоторых основных объёмных и скоростных показателей (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, форсированный экспиратор-

тельной или правожелудочковой недостаточности, сопутствующими заболеваниями. Бронходилататоры составляют базисную терапию, поскольку именно бронхиальная обструкция играет первостепенную роль в патогенезе и прогрессировании ХОБЛ. Применение бронхолитиков позволяет уменьшить выраженность одышки и других симптомов ХОБЛ примерно у 40% больных и увеличить переносимость (толерантность) физической нагрузки. Выбор той или иной группы бронхолитиков (М-холинолитики, 2-агонисты и метилксантины), их комбинаций проводится для каждого пациента индивидуально. М-холинолитики блокируют мускариновые рецепторы гладкой мускулатуры трахеобронхиального дерева и подавляют рефлекторную бронхоконстрикцию, а также предотвращают опосредованную ацетилхолином стимуляцию чувствительных волокон блуждающего нерва при воздействии различных факторов (бронходилатирующий и профилактический эффект). Из данной группы широкое применение получили ипратропия бромид и тиотропия бромид (продолжительный препарат).

β2-агонисты быстро воздействуют на бронхиальную обструкцию, улучшая самочувствие больных в короткие сроки. При

длительном применении β2-агонистов к ним развивается резистентность, после перерыва в приёме препаратов их бронхорасширяющее действие восстанавливается. Снижение эффективности β2-адреностимуляторов и, как следствие, ухудшение бронхиальной проходимости связаны с десенситизацией β2-адренорецепторов и уменьшением их плотности вследствие длительного воздействия агониста, а также с развитием синдрома «рикошета», характеризующегося резким бронхоспазмом. Синдром «рикошета» вызван блокадой β2-адренорецепторов бронхов продуктами метаболизма и нарушением дренажной функции бронхального дерева из-за развития синдрома «замыкания лёгких». Противопоказаниями к применению β2-агонистов при ХОБЛ являются повышенная чувствительность к любому компоненту препарата, тахикардии, пороки сердца, аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия, декомпенсированный сахарный диабет, тиреотоксикоз, глаукома, угрожающий аборт. Особенно осторожно необходимо применять эту группу препаратов у пожилых пациентов с сопутствующей патологией сердца.

Метилксантины присоединяют к терапии при недостаточной эффективности первых двух групп препаратов, они уменьшают системную лёгочную гипертензию и усиливают работу дыхательных мышц. При лёгком течении ХОБЛ применяют ингаляционные бронходилататоры короткого действия «по требованию» (β2-агонисты и М-холинолитики). Ипратропия бромид назначают по 40 мкг (2 дозы) 4 раза в сутки, фенотерол – по 100–200 мкг до 4 раза в сутки. М-холинолитические препараты являются препаратами первого ряда в лечении ХОБЛ, их назначение обязательно при всех степенях тяжести болезни. При среднетяжёлом, тяжёлом и крайне тяжёлом течении приоритетным является длительное и регулярное лечение бронхолитиками. Преимущество отдаётся бронхолитикам длительного действия: тиотропия бромид 1 раз в сутки по 18 мкг через хандихалер, β2-агонисты длительного действия 2 раза в сутки. У больных с тяжёлым и крайне тяжёлым течением ХОБЛ бронходилатационная терапия осуществляется специальными растворами (фенотерола и ипратропия бромиды) через небулайзер. Из препаратов ксантинового ряда применяют только пролонгированные теофиллины. У пациентов с ОФВ1 < 50% от должной величины (тяжёлая и крайне тяжёлая стадии ХОБЛ) и повторяющимися обострениями (3 раза и более за последние 3 года) наряду с бронходилатационной терапией применяют дозированные ингаляционные глюкокортикоиды (будесонид).

Муколитики (мукоурегуляторы, мукоинетики) показаны очень ограниченному контингенту больных со стабильной ХОБЛ и применяются при наличии вязкой мокроты; они существенно не влияют на течение заболевания. Для профилактики обострения ХОБЛ перспективно длительное применение муколитиков (N-ацетилцистеина, амброксола). При усилении одышки, увеличении количества мокроты и её гнойном характере назначают антибактериальную терапию. Важным требованием к антимикробному

Таблица 4

Спирометрическая классификация ХОБЛ

Стадия	Степень тяжести	ОФВ1/ФЖЕЛ	ОФВ1, % от должного
Первая	Лёгкая	< 0,7 (70%)	ОФВ1 ≥ 80%
Вторая	Средне-тяжёлая	< 0,7 (70%)	50% ≤ ОФВ1 < 80% от должных величин
Третья	Тяжёлая	< 0,7 (70%)	30% ≤ ОФВ, < 50% от должных величин
Четвёртая	Крайне-тяжёлая	< 0,7 (70%)	ОФВ1 < 30% от должных величин или ОФВ1 < 50% от должных величин при наличии дыхательной недостаточности

только на значении ОФВ1 и был недостаточно адекватен для характеристики тяжести заболевания. Последние исследования показали, что стадийность имеется далеко не во всех случаях заболевания. Доказательств для реального существования стадий ХОБЛ (перехода одной стадии в другую при современной терапии) не существует. Вместе с тем значения ОФВ1 остаются актуальными, поскольку отражают степень (от лёгкой – IV стадии) тяжести ограничения скорости воздушного потока. Их используют в комплексной оценке тяжести больных ХОБЛ. В пересмотре документа GOLD в 2011 г. была предложена новая классификация, основанная на интегральной оценке тяжести больных ХОБЛ. Она учитывает не только степень тяжести бронхиальной обструкции (степень нарушения бронхиальной проходимости) по результатам спирометрического исследования, но и клинические данные о пациенте: количество обострений ХОБЛ за год и выраженность клинических симптомов по результатам mMRC и COPD Assessment Test (CAT). Известно, что золотым стандартом оценки влияния симптомов на КЖ служат результаты респираторного опросника госпиталя Святого Георгия (SGRQ), его шкалы «симптомы». В клинической практике нашёл более широкое применение оценочный тест CAT, а в последнее время – и опросник Clinical COPD Questionnaire (CCQ). В GOLD 2013 г. более расширена оценка симптомов за счёт использования шкалы CCQ, позволяющей объективизировать симптомы как за один день, так и за последнюю неделю и дать им не только качественную, но и клиническую характеристику.

Итоговый балл исчисляется из суммы баллов, полученных при ответе на все вопросы,

ный поток на уровне 75, 50 и 25%. Эти показатели формируют функциональный диагноз ХОБЛ и определяют тяжесть заболевания, его прогрессирование и прогноз. Следует отметить, что ХОБЛ возникает значительно раньше, чем проявляются вентиляционные нарушения. Следовательно, в данной ситуации уже не обойтись без изучения иммунопатогенеза – иммунологического тестирования с определением факторов клеточного, гуморального иммунитета, показателей цитокинового профиля как основы ранней диагностики заболевания.

Лечение. За последние несколько лет значительно изменилось отношение к ХОБЛ ПЭ как к неизлечимому и быстро прогрессирующему заболеванию. Важным дополнением к современной формулировке заболевания стало положение о том, что «ХОБЛ – это заболевание, которое можно предотвратить и лечить». Этим подчёркиваются позитивные перспективы для больных и врачей в отношении успеха проводимой терапии. Цели лечения профессиональной ХОБЛ: снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности; сокращение частоты и продолжительности обострений; повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение качества жизни.

Фармакотерапия профессиональной ХОБЛ, несомненно, должна быть комплексной. Необходимо обучение пациентов правильному пользованию препаратами. В соответствии с международными и национальными клиническими рекомендациями по ХОБЛ (GOLD, 2011) медикаментозное лечение определяется стадией заболевания, тяжестью симптомов, выраженностью бронхиальной обструкции, наличием дыха-

химиопрепарату, назначаемому больным при инфекционно зависимом обострении ХОБЛ ПЭ, является минимальный уровень резистентности к нему основных этиологически значимых микроорганизмов. Особое значение микробная резистентность приобретает у больных с факторами риска (пожилой возраст, предшествующая терапия антибиотиками, наличие тяжелой сопутствующей патологии). Наиболее реальна проблема резистентности *S.pneumoniae* к пенициллинам и макролидам (перекрестная резистентность), а также рост частоты штаммов *H.influenzae* и *M.catarrhalis*, продуцирующих β -лактамазу. Разрушительное действие β -лактамаз может быть преодолено благодаря назначению защищенных аминопенициллинов (амоксациллин + клавулановая кислота).

Препараты макролидов широко применяются при лечении инфекционно зависимых обострений ХОБЛ ПЭ. Азитромицин и другие макролиды современных генераций обладают клинически значимой активностью против *H.influenzae*. Они имеют приоритет при лечении острого бронхита, обострения ХОБЛ у пациентов молодого возраста без серьезных сопутствующих заболеваний и выраженного нарушения бронхиальной проходимости.

Психотропные препараты у пожилых больных ХОБЛ ПЭ по поводу депрессии, тревоги, бессонницы следует применять с большой осторожностью в связи с их угнетающим действием на дыхательный центр. Назначение адренергических блокаторов противопоказано. При тяжелых формах профессиональной ХОБЛ и развитии легочного сердца возникает необходимость в сердечно-сосудистой терапии с включением вазодилаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (сведения об их эффективности довольно противоречивы), антагонистов рецепторов ангиотензина II, диуретиков, дезагрегантов и других групп.

Больным с хронической дыхательной недостаточностью проводят постоянную кислородотерапию, которая пока остаётся единственным методом, способным снизить летальность при крайне тяжелой стадии ХОБЛ. Показанием к систематической оксигенотерапии является снижение PaO_2 в крови до 60 мм рт.ст., снижение $SaO_2 < 85\%$ при стандартной пробе с 6-минутной ходьбой и $< 88\%$ в покое. Предпочтение отдаётся длительной (18 ч/сут) малопоточной (2–5 л/мин) кислородотерапии как в стационарных условиях, так и на дому. При тяжелой дыхательной недостаточности применяются гелиево-кислородные

смеси. Для домашней оксигенотерапии используются концентраторы кислорода, а также приборы для проведения неинвазивной вентиляции лёгких с отрицательным и положительным давлением на вдохе и выдохе. На всех стадиях течения процесса высокой эффективностью обладают физические тренирующие программы, повышающие толерантность к физической нагрузке и уменьшающие одышку и усталость. Тренировка дыхательной мускулатуры достигается с помощью индивидуально подобранной дыхательной гимнастики. Возможно применение чрескожной электростимуляции диафрагмы. При выраженном полицистемическом синдроме ($Hb > 155$ г/л) рекомендуется проведение эритроцитафереза с удалением 500–600 мл деплазмированной эритроцитарной массы. В случае если проведение эритроцитафереза технически невыполнимо, можно проводить кровопускание в объёме 800 мл с адекватным замещением изотоническим раствором хлорида натрия.

В последние годы стали применяться хирургические методы лечения, в первую очередь редукция объёма лёгкого, которая приводит к снижению одышки и улучшению лёгочной функции. Однако оперативная коррекция лёгочного объёма считается паллиативной хирургической процедурой.

Профилактика. В системе профилактики особую роль играет проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров. Периодические медицинские осмотры проводятся 1 раз в год с обязательным участием профпатолога, терапевта, пульмонолога, оториноларинголога, согласно приказу Минздравсоцразвития России № 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 вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Работающие граждане подлежат периодическому аллергологическому обследованию.

Медицинскими противопоказаниями к работе в контакте с профессиональными аэрополлютантами пылевой и химической этиологии являются тотальные дистрофические заболевания верхних дыхательных путей, хронические заболевания бронхо-лёгочного аппарата, искривление носовой перегородки, врождённые аномалии орга-

нов дыхания, хронические очаги инфекции. Большая роль в профилактике ХОБЛ ПЭ принадлежит дальнейшему совершенствованию технологических процессов, снижающих загрязнение воздуха рабочей зоны промышленными аэрополлютантами (снижение их концентрации в воздухе рабочей зоны). Большую роль играют наличие, исправность и регулярное использование коллективных средств защиты (прежде всего обеспечение эффективной работы проточно-вытяжной вентиляции), регулярное использование индивидуальных средств защиты (масок, лепестков, респираторов). С целью профилактики обострения ХОБЛ ПЭ во время эпидемических вспышек гриппа необходимо проведение вакцинации (уровень доказательности А). Показано, что гриппозная вакцина на 50% уменьшает тяжесть течения и смертность пациентов при обострении ХОБЛ. Кроме того, отмечаются снижение частоты и выраженности обострений заболевания на фоне гриппозной инфекции, меньшая потребность в госпитализации, что свидетельствует о важности вакцинирования пациентов с ХОБЛ. Для профилактики обострений ХОБЛ можно использовать пневмококковую вакцину, хотя данных о её пользе пока недостаточно (уровень доказательности В). Доказана эффективность 23-валентной неконъюгированной пневмококковой вакцины, что связано с этиологической значимостью пневмококка в этиологии обострений ХОБЛ ПЭ.

Всё более широко обсуждается возможность применения комплексных лечебных вакцинных препаратов, представляющих собой либо лизаты, либо рибосомальные фракции микроорганизмов, наиболее часто вызывающих поражения органов дыхания. Особое место в профилактике ХОБЛ ПЭ занимают отказ от курения и профилактика инфекционных заболеваний дыхательных путей; устранение переохлаждений как дополнительных факторов риска развития заболевания у лиц, работающих в условиях воздействия пылевых и химических аэрозолей. Показаны общеукрепляющие средства, витаминотерапия, препараты иммуномодулирующего действия.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ). При подтверждении профессионального генеза ХОБЛ больной направляется на МСЭ. Бюро МСЭ признает больного нетрудоспособным в своей профессии. Определяется степень утраты общей трудоспособности (при наличии медицинских оснований – группа инвалидности). Определяет необходимость в реабилитационных мероприятиях (реабилитационное, санатор-

но-курортное лечение, обеспечение лекарственными средствами для лечения ХОБЛ ПЭ и её осложнений, средствами доставки (небулайзер) и контроля эффективности лекарственных средств (пикфлоуметр), при необходимости кислородотерапия – обеспечение кислородным концентратором), нуждаемость в профессиональном переобучении. При этом все соответствующие расходы покрывает Фонд социального страхования.

Программы реабилитации. Реабилитационные мероприятия назначают при ХОБЛ ПЭ любой степени тяжести. Врач определяет индивидуальную программу реабилитации для каждого больного. Физическая реабилитация является важной частью ведения пациентов с ХОБЛ ПЭ, значительно улучшающей результаты проводимого лечения. В зависимости от тяжести, фазы болезни и степени компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой систем программа включает коррекцию массы тела, физические тренировки, обучение пациентов, психосоциальную поддержку, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение.

Прогноз при профессиональной ХОБЛ. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен. Болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующим течением, приводящим к развитию ранней инвалидизации и уменьшению продолжительности жизни. Осложнениями ХОБЛ являются: острая или хроническая дыхательная недостаточность, вторичная полицитемия, хроническое лёгочное сердце, застойная сердечная недостаточность, пневмония, спонтанный пневмоторакс, пневмомедиастина. Для оценки прогноза определяющую роль играют следующие параметры: возможность устранения провоцирующих факторов, приверженность больного к лечению, социально-экономические условия. Неблагоприятными прогностическими признаками являются тяжёлые сопутствующие заболевания при ХОБЛ ПЭ, развитие сердечной и дыхательной недостаточности, пожилой возраст больных.

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
профессор.

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры профессиональных
болезней и клинической фармакологии.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

35-летняя женщина обратилась в больницу спустя 18 дней после родов на 33-й неделе гестации. Через 12 дней после родов у неё развились периферические отёки и быстро увеличился вес.

Из анамнеза известно, что нарушения дыхания, сыпи, язв, повышенной фоточувствительности, артралгии, у пациентки никогда не было. За последнее время не путешествовала, не употребляла нестероидных противовоспалительных препаратов. Обе её беременности осложнились гипертензией, но без протеинурии и гестационного диабета. Гипертензия разрешалась спонтанно после каждой беременности. В прошлом у неё имел место феномен Рейно и синдром дефицита внимания взрослых, который хорошо контролировался дексамфетаминном. Не курит, не употребляет алкоголь, имеет стабильные долговременные семейные отношения. Обращалась в нефрологическую клинику крупной больницы по подозрению о наличии у неё нефротического синдрома.

Status praesens. Масса тела 73 кг. На обеих нижних конечностях отёки. Ни сыпи, ни лимфаденопатии или отёка суставов не было. Лабораторные исследования подтвердили наличие нефротического синдрома: сывороточный альбумин 22 г/л (норма 35–50), протеинурия, гематурии не было. Показатели почечных функций были в норме – креатинин 53 мкмоль/л (норма 45–90), скорость клубочковой фильтрации > 90 мл/мин/1,73 м² (норма > 60). Был назначен фуросемид $reg os$ по 80 мг два раза в день и рамиприл 1,25 мг в день. При осмотре через 3 дня изменений в статусе не произошло. Серологическое исследование выявило антитела против A2 – рецепторов фосфолипазы М-типа. Тесты на красную волчанку были отрицательными. Поскольку состояние больной не улучшалось, решено было сделать биопсию почки.

Световая микроскопия показала незначительные гломерулярные изменения, такие как небольшое в мезангиальном матриксе, незначительное утолщение капиллярных петель и предположительно субэпителиальные депозиты плюс изменения сосудов, ассоциированные с гипертензией. Иммунофлуоресцентная микроскопия выявила умеренную гранулярную окраску на IgG и C1q в капиллярных петлях, но минимальную окраску на C3. Об определённом

Быстроразвивающийся нефротический синдром

диагнозе на основании этих результатов нельзя было говорить с уверенностью. С помощью электронной микроскопии были обнаружены субэпителиальные депозиты, которые вместе с IgG, по данным иммунофлуоресцентной микроскопии, дали полное основание говорить о мембранозном гломерулонефрите.

Наличие C1q и клеток воспаления в капиллярных петлях необычно при первичном мембранозном гломерулонефрите, поэтому возникла мысль о вторичной причине, и обследование больной было продолжено. У неё оказался значительно повышенным титр быстрого плазменного реагена (rapid plasma reagin RPR) 1 : 256, и диагноз активной трепонемной инфекции был подтверждён наличием *Treponema pallidum* IgM и положительным результатом теста на агглютинацию частиц T.pallidum. Больной был назначен бензатин пенициллин в дозе 1,8 г (2,4 Е млн) внутримышечно, проведён скрининг на другие инфекции, передающиеся половым путём, – не выявлены. Ребёнок больной был в срочном порядке обследован на врождённый сифилис, но клинических признаков болезни выявлено не было. При дополнительном расспросе больной она считала вероятным, что приобрела болезнь за 2 месяца до родов от её партнёра, у которого в это время была распространённая сыпь и поражение гениталий.

При осмотре больной через 2 месяца отёки у неё полностью прошли, вес уменьшился до 63 кг, протеинурия снизилась (соотношение белок/креатинин 70 мг/ммоль). Лечение фуросемидом и рамиприлом было прекращено. Титр RPR упал до 1 : 32. Снижение титра в 4 раза говорило в пользу адекватности лечения. Ещё через 7 месяцев протеинурия полностью разрешилась – белок/креатинин 5 мг/ммоль, а титр RPR поднялся до 1 : 8.

Обсуждение

Сифилис вызывается спирохетой *Treponema pallidum*. Эта инфекция возвратилась в западный мир. В Австралии отмечен рост первичного и вторичного сифилиса среди некоренного населения

страны в течение последнего десятилетия, особенно среди мужчин в возрасте 20 лет и старше. В течение этого же периода заболеваемость коренного населения резко упала как результат скрининга и превентивной стратегии.

Сифилис известен как «великий мим», обладающий широким спектром клинических проявлений. Первичный сифилис обычно проявляется как высоко контагиозное язвенное поражение (шанкр), которое появляется спустя 2–6 недель после инфицирования. Вторичный сифилис манифестирует после гематогенной или лимфогенной диссеминации. Характерные симптомы – генерализованная сыпь без зуда, лимфаденопатия, лихорадка и недомогание; реже – гепатит, ирит, неврологическая симптоматика и нефрит. Третичный сифилис поражает кардиоваскулярную систему или головной мозг и проявляется позднее, после инкубационного периода до 15 лет. Врождённый сифилис остаётся наиболее частой причиной недоношенности, преждевременных родов и болезней новорождённых. Если сифилис диагностируется рано, лечение бензатином пеницилина может предотвратить долговременные осложнения.

Почечная манифестация сифилиса описана в XVIII в. Протеинурия – наиболее частый почечный симптом, имеет место у 8% больных с вторичным сифилисом. В дополнение к мембранозной нефропатии (МН), или мембранозному гломерулонефриту сообщается о различных других вариантах почечной патологии, таких как мезангиопролиферативный гломерулонефрит, быстро прогрессирующий с полулуниями гломерулонефрит и болезнь с минимальными изменениями.

МН – наиболее частая причина нефротического синдрома у белых людей среднего возраста, характеризуется формированием иммунных комплексов на субэпителиальной стороне гломерулярных капилляров. Хотя МН является обычно первичной (идиопатической), вторичные причины следует иметь в виду, если атипичные гистологические находки удаётся обнаружить (как у обсуждаемой больной). Вторичные причины МН включают лекарства (НПВП, ауранофин и

каптоприл), аутоиммунные болезни (системная красная волчанка), инфекции (гепатиты В и С, сифилис) онкологическую патологию (рак лёгких, желудка, толстой кишки, молочной железы, простаты и почек). Около 70% первичной МН вызывается аутоантителами против A2-рецептора антифосфолипазы М-типа – белок гломерулярных подоцитов. Депозиты этих антител и образование субэпителиальных иммунных комплексов приводит к комплементопосредованным повреждениям подоцитов и протеинурии.

Сначала при МН купируют задержку в организме соли и воды, назначая диуретики и ингибиторы АПФ, чтобы уменьшить отёки и минимизировать протеинурию. С профилактической целью рекомендуют антикоагулянты больным, у которых уровень сывороточных альбуминов < 20 г/л. Иммуносупрессанты могут быть показаны для контроля болезни у больных с первичной МН, у которых отмечаются прогрессирование повреждения почек и персистирующая протеинурия, характерная для нефротического синдрома. Вторичная МН часто разрешается после элиминации причинного фактора.

В связи со стремительным ростом во всём мире болезней, передающихся половым путём, и увеличением трепонемных инфекций в Австралии, врачам следует быть бдительными относительно разнообразных клинических проявлениях сифилиса.

Уроки для практики:

- сифилис – вновь активизировавшаяся болезнь, передающаяся половым путём, и врачи должны знать о различных клинических его проявлениях;
- следует всегда предполагать сифилис при различных вариантах мембранозной нефропатии;
- протеинурия – наиболее частое проявление сифилиса;
- если сифилис выявляется рано, лечение бензатином пенициллином может предотвратить долговременные осложнения.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам Medical Journal of Australia.

Так получилось, что юбилейный день рождения народной артистки РФ Ларисы Лужиной мы провели не просто вместе – буквально бок о бок, во время автобусной экскурсии по Токио. Когда в Москве наступило утро, начался такой шквал поздравительных звонков, что Лариса Анатольевна, извинившись перед гидом, вынуждена была пересест в конец автобуса.

Поэтому для беседы мы выбрали совсем свободное время, когда поезд-«пуля», знаменитый синкасен нёс нас со скоростью 280 км/час из Токио в Киото. За два часа пути удалось переговорить о судьбе, наполненной радостями и горестями, встречами и расставаниями.

– Лариса Анатольевна, вы много путешествуете? Какая страна произвела на вас наибольшее впечатление? И как получилось, что этот день рождения вы празднуете в Японии?

– Да, я побывала во многих местах. В своё время объехала весь Советский Союз, как раньше говорили, от Кушки до Тикси. За границу получилось попасть ещё в молодости, с тех пор очень люблю Париж. Мне даже когда-то нагадали, что я в прошлой жизни была мужчиной и именно французом!

Как бы то ни было, когда впервые увидела этот город, не покидало ощущение, что я там уже бывала. Потом не раз туда возвращалась, вот и недавно снова съездила.

Очень понравилась Венеция. Это место, куда хотелось бы вернуться, побыть там подольше, может, даже пожить. Не случайно я именно в эти города уезжала в свой день рождения. Делала себе такой подарок.

А поездку в Японию мне подарил благотворительный фонд «Связь поколений», за что я ему очень благодарна.

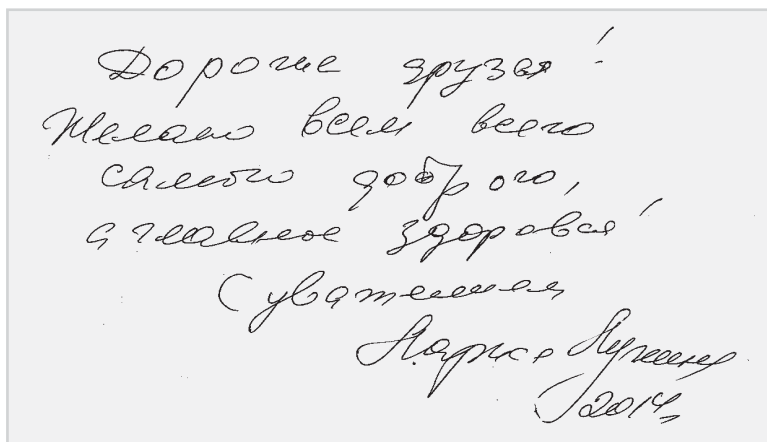
– Ваши поездки в молодые годы, особенно в Париж, вошли в историю благодаря известной песне Высоцкого...

– Все считали, что эта песня – про Марину Влади, пока режиссёр фильма «Вертикаль» Станислав Говорухин публично не объявил, что посвящена она «Лариске Лужиной».

– «Вертикаль» стал знаковым фильмом в нашем кинематографе тоже во многом благодаря песням Высоцкого. Расскажите, пожалуйста, немного о работе с ним. И как появилась эта песня?

– Съёмки проходили в горах под Эльбрусом, на леднике Чегет, 4 тыс. м над уровнем моря. Условия сами по себе непростые, а я в то время снималась ещё и в Германии, приходилось туда-сюда мотаться. (Помню, как однажды притащила ребятам оттуда в посёлок Иткол ящик пива! По-моему, на такое только в молодости человек способен!)

Высоцкий был очень общительный, его не надо было упрашивать спеть, он делал это с удовольствием. Что интересно: чем больше его песни официально запрещали, тем шире они расходились по стране.



Лариса ЛУЖИНА:

Бесконечно благодарна врачам за то, что у меня есть сын!

А что касается песни «Она была в Париже», то я тогда на него сильно обиделась: выставил меня какой-то совсем бесчувственной и недалёкой! В том числе задело, что песня про цветы на нейтральной полосе мне как раз очень нравилась! Теперь понимаю, что с его стороны это была, скорее, шутка (мало кто и тогда понял, а уж сейчас и подавно, юмор строк «ей сам Марсель Марсо чегой-то говорил», если учесть, что Марсель Марсо – известный мим).

О том времени у меня остались тёплые воспоминания, хотя с Высоцким жизнь как-то развелась. А вот с моим первым мужем Алексеем Чардыниным они остались друзьями.

– Когда у вас возникло желание стать актрисой? Это был ваш выбор или кто-то повлиял?

– Я мечтала об этом с детства. Занималась в драмкружке Дома пионеров, которым руководил талантливый актёр Иван Данилович Россомыхин. Он сумел привить любовь к сцене не только мне, но и Владимиру Кореневу, Игорю Ясуловичу, Лиле Малкиной. Мы даже играли для детей на профессиональной сцене Русского театра драмы в Таллине. О кино тогда даже не думала, а попытка поступить в театральное училище провалилась. И только через 3 года поступила во ВГИК.

– А в эти три года чем занимались?

– Работала на кондитерской фабрике, даже – по вашей линии – на фармацевтическом заводе. А потом – секретарём в Минздраве Эстонии. Там случайно в руки попала газета с объявлением об открытии Таллинского дома мод. Приняла участие в конкурсе и стала моделью. Эта работа оказалась очень тяжёлой, ведь ради недолгого праздника появления на подиуме приходилось ежедневно выстаивать по 6-7 часов на примерках. Но, наверно, такая школа была не лишней.

– А почему семья оказалась в Таллине, ведь родились вы в Ленинграде?

– В блокаду погибла от осколков бабушка, умерла от исто-

щения сестрёнка. Отец был в ополчении под Кронштадтом, после ранения его отправили домой, но он так и не поправился. Недавно удалось найти могилу на Пискаревском кладбище, где он похоронен.

В конце блокады нас с мамой эвакуировали в Ленинск-Кузнецкий. А по возвращении оттуда узнали, что наша квартира занята. Нас пригласил к себе дядя Карл, живший в Таллине.

– Лариса Анатольевна, чего больше было в вашей судьбе: закономерностей или случайностей?

– Неожиданных совпадений было очень много. Например, случайно встретила с женщиной, которая стала моей крёстной матерью в кино – Лейдой Лейс: благодаря ей я сыграла первую небольшую роль в фильме «Незванные гости». Потом она посоветовала известным режиссёрам Алову и Наумову пригласить меня в картину «Мир входящему», которая запускалась на «Мосфильме». А ещё рассказала обо мне Сергею Герасимову, и он предложил ей привезти меня в Москву. Но денег на такую поездку у нас с мамой не было. И вдруг приходит телеграмма из «Мосфильма»: вызов на пробы, за их счёт! Это дало возможность приехать в столицу, повстречаться с Герасимовым и Макаровой, «показать себя». Повезло, что мы встретились у них дома, в такой обстановке чувствовала себя свободнее.

После этого я поступила во ВГИК на курс к Герасимову, и когда Станислав Ростоцкий искал девушку на главную роль в фильм «На семи ветрах», Сергей Аполлинариевич порекомендовал меня. Вот такая цепочка совпадений... Эта картина стала моей любимой, мы получали много писем, с ней ездили на Каннский фестиваль.

– После фильмов «На семи ветрах», «Тишина» вы стали очень известной актрисой. Были ли какие-то эпизоды проявления зрительских симпатий, которые вам особенно запомнились?

– Расскажу самый забавный. После «Тишины» стали мне при-

ходить письма от одного заключённого, который получил 17 лет тюрьмы за убийство. Я вначале не отвечала, он обиделся, и мне стало неловко. Стала писать ему время от времени, и вдруг получаю телеграмму: «Встречай на Белорусском вокзале!» Не совсем поняла, кого встречать. И вдруг рано утром – звонок в дверь. А я заспанная, в халате. Мужчина за дверью поглядел, поглядел и ушёл со словами: «Нет, вы не Лариса Лукина!»

– Правда ли, что вы были признаны лучшей актрисой года в... Германии? Как это получилось?

– Режиссёр сериала «Доктор Шлютер» увидел «На семи ветрах» и пригласил меня на интереснейший, как сейчас бы сказали, проект: сыграть мать и дочь, героини очень разных (что подчеркнуто даже цветом волос: мать, Ева, – брюнетка, а для роли её дочери, Ирэн, пришлось перекраситься в блондинку), в разных обстоятельствах, но одинаково преданных идеям справедливости. В Германии этот фильм пользовался такой же популярностью, как у нас «Семнадцать мгновений весны». Он стал победителем на фестивале телефильмов в Праге. Картина получила национальную премию ГДР.

Потом там сыграла в 5-серийной картине «Встречи», в двух спектаклях по Тургеневу и в развлекательном фильме «Мелодии большого города». Так я и стала в Германии «унзере Лариса» – нашей Ларисой.

– Как на вашем творчестве отразилась перестройка?

– Как на большинстве людей – негативно. Разве что не пришлось уборщицей работать... Не было выступлений, не было денег. Вела театральную студию для детей в Перово, а потом один из приятелей мне немного помог, и я на его деньги решила самостоятельно поставить спектакль по пьесе Коляды «Курица» (у нас он шёл под названием «Театральный анекдот»). Театр киноактёра, в котором работала многие годы, не взял денег за аренду зала, актёры репетировали бесплатно, из гастролей привозили копейки. Но всё-таки мы были при деле,

причём – при любимом деле! Спектакль шёл 6 лет, и это была первая антреприза для того времени!

– Есть ли у вас хобби?

– Люблю играть на бильярде, на даче есть стол. Иногда с соседями, иногда одна. Меня тренер научил такие комбинации выстраивать, что даже в одиночку не соскучишься!

– Приходилось ли вам ещё играть медиков после «Вертикали»? Или сталкивались с ними только, как говорится, по жизни?

– Приходилось, но эти роли не очень значительные. А вот бесконечную благодарность к медикам проношу через всю жизнь! Ведь только благодаря им у меня есть сын!

Так получилось, что в 30 лет перенесла микроинсульт, отходила от него довольно тяжело. И вдруг оказалось, что беременна. Большинство врачей были уверены, что сохранение ребёнка ставит под угрозу мою жизнь. Но один человек, Александр Александрович Талантов взял ответственность на себя. Таким образом, на свет появился мой любимый сын Павел.

– Кем он стал?

– В первую очередь – прекрасным человеком! А если говорить о профессии, то Павел – звукорежиссёр на «Мосфильме», работал с такими мастерами, как Карен Шахназаров, Светлана Дружинина, Владимир Хотиненко, Станислав Говорухин и другие.

– Путешествуя рядом с вами, трудно не заметить, как много вы покупаете игрушек. Сколько у вас внуков, какие они?

– Внуков трое. Даниилу уже 16, его главное увлечение – компьютеры, будущий «технар». Матвею – 12, он очень артистичный, занимается в музыкальной школе по классу аккордеона. А Прохору, для которого все эти «монстрики», – 4. Конечно же, как самый маленький, он – любимец всей семьи.

– Чем наполнена творческая жизнь сегодня?

– Продолжаю играть в театре и кино. За последнее время снялась в 8 фильмах, некоторые из них уже вышли («Сердце Марии», «Стервы», «Лесное озеро»). Участвую в трёх антрепризах, играю с Сергеем Никоненко, Львом Дуровым, Раисой Рязановой и другими замечательными актёрами. С удовольствием бываю на кинофестивалях.

– Каким кажется вам сегодняшний отечественный кинематограф, и кинематограф вообще?

– Глубокие, интересные фильмы не перестают появляться как за рубежом, так и у нас. Но мне хотелось бы, чтобы кино было добрее, человечнее. Мне кажется, многие советские фильмы несли в себе именно этот заряд. Что-то в них выглядит на сегодняшний взгляд наивным, но в целом они – о хороших людях, о честности, справедливости. Таких героев и таких качеств сейчас не хватает и на экране, и в обществе.

Беседу вел
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

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



Главный редактор А. ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю. БЛИВ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф. СМЕРНОВ, И. СТЕПАНОВА, А. ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В. МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – А. ИВАНОВ.

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

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда» 123007 Москва
Хорошёвское шоссе, 38,
Тел.: (495) 941-28-62,
(495) 941-34-72, (495) 941-31-62
http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_zvezda@mail.ru

Заказ № 3579.
Тираж 35 170 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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