

Медицинская

20 августа 2014 г.
среда
№ 61 (7486)

газета®

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

В центре внимания

Дети из Донецка лечатся в Москве

Они помещены как в федеральные, так и в городские клиники, среди них и Морозовская детская больница



У маленькой Эльвиры, жительницы Мариуполя Донецкой области, сегодня день рождения – ей исполняется 8 лет. Но отметит она его не за праздничным столом в кругу родных и близких, а в стенах Морозовской детской клинической больницы, в Москве. Но она не унывает. А её мама и вовсе благодарна судьбе за то, что удалось сюда попасть в сложившихся условиях.

– Мы прибыли в Москву поездом в сопровождении главы фонда «Справедливая помощь» Елизаветы Глинки, известной как доктор Лиза, чтобы можно было продолжить

Анастасия Глазырина аускультирует Эльвиру

лечение, начатое в Донецке 2 года назад. Его нельзя ни в коем случае прерывать, потому что может наступить обострение, и это повлияет на глаза ребёнка. У дочери – ювенильный ревматоидный артрит, – рассказывает женщина. – Раньше ездили на уколы каждый день из Мариуполя в Донецк, но на данный момент там лекарств нет.

По этой же причине оказался в Москве и 15-летний Толя.

– Спасибо главному врачу, всему медперсоналу за то, что делают для нас, – говорит Толя папа Валерий Ивасенко. – Отношение докторов

очень внимательное, заботливое. А заведующая отделением вообще – потрясающая женщина.

– До приезда к нам, – поясняет педиатр отделения кардиоревматологии и пульмонологии Анастасия Глазырина, – дети находились на генно-инженерной биологической терапии препаратом хумира: кто год, кто два. У нас они продолжили лечение, и осуществлена его коррекция. На сегодняшний день их состояние оценивается как средней тяжести, планируется дальнейшая реабилитация.

(Окончание на стр. 2.)

Дежурный по номеру: Владимир КОШЕЛЬ

Временно исполняющий обязанности ректора Ставропольского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Стр. 13.



Акции

Летний день здоровья

В рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!» во всех медицинских организациях города и области прошла профилактическая акция для населения «Летний день здоровья».

Организатор её – Департамент здравоохранения администрации Воронежской области. Главная цель заявлена крайне значимая – привлечение внимания людей к проблеме предупреждения ранней смертности, возможностям улучшения здоровья и продления долголетия.

Как пояснили в департаменте, «Летний день здоровья» прошёл во всех ме-

дицинских учреждениях области. В каждом случае была проведена какая-то акция, а также выезды специалистов центров здоровья на предприятия и в организации, анкетирование населения на наличие факторов риска здоровья. В холлах поликлиник каждый желающий смог измерить артериальное давление, получить памятки о том, как вести здоровый образ жизни и правильно оказать помощь при обострении сердечно-сосудистых и других заболеваний.

Пётр ЛИСКИН.

МИА Сити!

Воронежская область.

Генпрокуратура РФ обобщила факты нарушений в сфере охраны здоровья граждан.

Стр. 4.

Готовы ли российские врачи встретить лихорадку Эбола?

Стр. 5.

Подземка: исследования опасной среды.

Стр. 7.

Конспект врача. Артериальный ишемический инсульт у детей.

Стр. 8-9.

Перемены

Витамины попали под санкции

Биологически активные вещества и витамины иностранного производства, ввезённые на территорию Российской Федерации после 8 августа 2014 г., попали под действие Постановления Правительства РФ «О применении отдельных специальных экономических мер в целях обеспечения безопасности РФ». Отныне, в рамках действующих санкций, БАДов и витаминов из США, Канады, Австралии и всех стран ЕС на территории России не будет.

Примечательно, что приблизительные оценки участников рынка сошлись в том, что продукция из вышеуказанных стран составляет около 10-15% от всего объёма витаминов, импортируемых Россией.

За прошлый год общая стоимость импортируемых БАДов, согласно подсчётам экспертов, составила свыше 36 млрд руб., 30% из которых приходится на страны из санкционного списка. Однако, исходя

из этих цифр, руководитель одного из маркетинговых агентств в сфере фармации Сергей Шуляк заявил, что существенные потрясения рынку не грозят: «Товарный запас обеспечен на несколько месяцев вперёд. Будьте уверены, с их исчезновением рынок перестроится. Сотрудничество с такими странами, как Индия и Китай, никто не отменял», – подчеркнул он.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.

МИА Сити!

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

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

Новости

Суббота доноров

Под этим названием в Центре крови ФМБА России прошла шестая по счёту всероссийская акция по сдаче крови и её компонентов.

В мероприятии приняли участие более 100 человек. Двери центра были открыты для всех желающих пополнить донорские ряды и совершить благородный поступок в свой выходной.

– Летом в связи с отпускным периодом количество доноров резко сокращается, – отметила главный врач производственного комплекса Центра крови ФМБА России София Голосова. – В этом плане подобного рода акции являются для нас ещё одной возможностью напомнить о том, что болезни никому не уходят и количество нуждающихся в переливании компонентов донорской крови никак не уменьшается. Как правило, в период акции во всех учреждениях службы крови наблюдается существенное увеличение числа доноров, в том числе первичных, – резюмировала она.

Борис БЕРКУТ.

Москва.

На уровне
межрайонного центра

Новошахтинская детская городская больница открылась после ремонта. Строительные работы проводились в рамках программы модернизации здравоохранения области и длились с 2012 г.

На проведение ремонтных работ было выделено 68,3 млн руб., в том числе из федерального бюджета – 62 млн руб., из областного – 6 млн руб., из бюджета города – 300 тыс. руб. Кроме того, дополнительно в 2013 г. из резервного фонда правительства Ростовской области было выделено 7,2 млн руб. Плюс к этому в прошлом году также из этого фонда было выделено около 4 млн руб. и 424,5 тыс. руб. из местного бюджета на приобретение мебели для оснащения кабинетов врачей и других подразделений.

– Детская больница имеет все основания претендовать на уровень межрайонного центра и может сегодня оказывать помощь не только жителям Новошахтинска, но и рядом расположенных территорий, – считает министр здравоохранения Ростовской области Татьяна Быковская.

Павел ТИХОРЕЦКИЙ.

Ростовская область.

Лор-неотложка оказалась
востребованной

Решение создать в Красноярске лечебно-консультативный центр для детей с заболеваниями лор-органов полностью оправдало себя. К такому выводу пришли в Министерстве здравоохранения Красноярского края, подводя итоги работы нового учреждения. За первый год работы в круглосуточном стационаре пролечено свыше 2 тыс. пациентов, проведено более тысячи операций. Ещё 10 с лишним тысяч человек обратились в круглосуточный пункт неотложной помощи.

Единственный в регионе профильный детский лор-центр организован в структуре городской детской больницы № 4. В стационарном отделении центра, рассчитанном на 44 койки, выполняются операции по улучшению слуха, а также оперативное лечение острых и хронических воспалительных заболеваний носоглотки, опухолевых образований. Краевой центр стал по сути межрегиональным, так как на лечение сюда едут не только маленькие жители Красноярского края, но также республик Хакасия, Тыва, Кемеровской и Новосибирской областей.

За первый год работы в новом подразделении хорошо отработаны стационарозамещающие технологии. Благодаря применению современных малоинвазивных хирургических методов лечения сроки пребывания пациентов в круглосуточном стационаре сократились, и этап долечивания проводится в условиях дневного, который развёрнут в этом же корпусе.

Следующим приоритетным направлением развития лор-центра станет телемедицинское консультирование пациентов из городов и районов Красноярского края.

Елена БУШ.

Красноярск.

У границы с Казахстаном

В деревне Стретенка Черлакского района Омской области сдан в эксплуатацию фельдшерско-акушерский пункт. Это на юге Прииртышья, граничащего с Республикой Казахстан.

Самое интересное, что создан он на средства... Министерства сельского хозяйства области, по заказу которого до конца нынешнего года появятся ещё 2 новых ФАПа – в селе Богословка Омского района и в деревне Утузы Тевризского, что на самом севере Прииртышья.

Финансирование такого строительства для здравоохранения сторонним от него, казалось бы, ведомством ведётся в рамках Федеральной программы «Устойчивое развитие сельских территорий в 2014–2017 гг. и на период до 2020 г.» и целевой программы правительства Прииртышья «Развитие сельского хозяйства и регулирование рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия Омской области (2014–2020 гг.)». Осуществление на деле таких глобальных программ невозможно без расширения и укрепления здравоохранительной системы в сельской местности, почему и федеральное, и региональное министерства сельского хозяйства не жалеют денег на фельдшерско-акушерские пункты. Только с начала нынешнего года общая сумма средств, выделенная на их строительство, превысила 5 млн руб.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омская область.

Сообщения подготовлены корреспондентами «МГ» и Медицинского информационного агентства Cito!

В центре внимания

Дети из Донецка
лечатся в Москве

(Окончание. Начало на стр. 1.)

По словам главного врача Морозовской больницы Игоря Колтунова, за неделю в учреждение поступило 6 детей из Украины: трое с ювенильным ревматоидным артритом и трое – с различной другой патологией. Все получили медицинскую помощь. Половина из них уже выписана. А остальные – с хроническими заболеваниями – переводятся в санаторное отделение больницы, находящееся за городом, под Рузой, для прохождения реабилитации, где пробудут столько, сколько понадобится.

Эльвире же ещё предстоит операция. У неё, помимо ювенильного ревматоидного артрита, – гидронефроз.

– Девочка была обследована по месту жительства в Донецкой области, где у неё было заподозрено наличие врождённой патологии со стороны левой почки, – рассказывает детский хирург, уролог-андролог, исполняющая обязанности заведующей отделением неотложной



Елена Врублевская напутствует перед выпиской маленькую Юлю и её маму



На вопросы журналистов отвечает Игорь Колтунов

и гнойной хирургии, доктор медицинских наук Елена Врублевская. – Проведя у себя дополнительное исследование, мы подтвердили этот диагноз и пришли к заключению, что в настоящее время пациентке требуется хирургическое вмешательство, которое, скорее всего, будет выполнено на базе нашей больницы, так как у ребёнка есть препятствие оттоку мочи на уровне отхождения мочеточника от лоханки. Думаем, нам удастся восстановить функцию почки. Эта патология в запущенных случаях очень хорошо корригируется хирургически.

Лечение детей (а оно достаточно дорогостоящее – около 140 тыс. руб. в месяц на каждого ребёнка) оплачивается из бюджета Москвы.

– Дети из Украины начали поступать месяца два назад самотёком, в отличие от этой группы, которая прибыла поездом организованно, – отметил И. Колтунов.

Юля Болотина из города Ена-



Валерий Ивасенко с сыном Толей в больничной палате

киеве Донецкой области попала в Морозовскую больницу самотёком с высокой температурой. Был проведён комплекс диагностических мероприятий, в том числе и ультразвуковое исследование, которое позволило не только визуализировать воспалённый лимфатический узел в подмышечной области, но и установить, что там есть гнойное содержимое. Вскрыли, дренировали гнойный очаг, провели курс антибактериальной терапии.

Нынче Юля уже выписывается домой. Вот только где этот дом?

– Назад дороги нет, – с болью говорит её мама, – и здесь всё сложно, остановились пока у знакомых.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Ситуация

Переселенцы? Как жители области...

В Подмоскowie уже зарегистрировано 3688 (в том числе 1751 ребёнок) первичных обращений за медицинской помощью вынужденных переселенцев из Украины.

– Минздрав постоянно наблюдает за состоянием здоровья переселенцев. Определены лечебные учреждения, оказывающие плановую и экстренную медпомощь, а также лица ответственные за организацию и контроль медпомощи в каждом муниципальном образовании. Всем прибывшим медпомощь

оказывается в полном объёме. Основными причинами обращений являются острые респираторные заболевания, травмы и инфекционные заболевания, – отметила министр здравоохранения Московской области Нина Суслонова.

Все прибывшие осматриваются педиатрами и терапевтами, при необходимости разрабатываются индивидуальные планы дополнительных обследований, оказывается необходимая помощь силами медицинских учреждений муниципального и областного подчинения.

Проведено 578 профилактических

осмотров и освидетельствований в связи с оформлением различных документов. Кроме того, сообщается, что вакцинировано 1570 человек (из них 648 детей). Дети привиты против туберкулёза, полиомиелита, АКДС и паротита. Прививки против кори получили 779 человек (из них 222 ребёнка). Двум больным детям предоставлена высокотехнологичная медицинская помощь. Появились на свет 47 новорождённых.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Московская область.

Инициатива

Рождён вне медучреждения — не регистрировать?

Министерство юстиции РФ предлагает не регистрировать детей, рождённых вне медицинских учреждений. На отдалённые районы страны этот запрет распространяться не будет.

Предлагаемые в действующее законодательство поправки обусловлены, как считают в Минюсте, ростом случаев мошенничества. Дело в том, что в настоящее время рождённого вне роддома ребёнка регистрируют в том случае, если соответствующие ведомство получат подтверждение от свидетеля.

Министерство назвало эту процедуру «незаконным способом для недобросовестных граждан зарегистрировать несуществующих детей, детей, рождённых суррогатной матерью, либо гражданами РФ за

пределами территории России и зарегистрированных в компетентных органах иностранного государства». Так, по данным Минюста, в Астраханской области в 2012-2013 гг. в судебном порядке аннулированы 43 записи акта о рождении, составленные по заявлениям цыган.

«В данных случаях мошеннические действия были совершены с целью получения денежных средств в виде государственных выплат, в том числе материнского (семейного) капитала, приобретения иных государственных благ», — говорится в пояснительной записке к законопроекту.

Если ребёнок появился на свет вне медучреждения, выдавать ему свидетельство о рождении предлагается через суд.

«Проект закона не содержит запрета на государственную ре-

гистрацию детей, рождённых вне медицинских учреждений, и не вводит запрет родов на дому. В случае рождения ребёнка вне медицинского учреждения женщина должна будет обратиться либо в медицинскую организацию независимо от её организационно-правовой формы, либо к индивидуальному предпринимателю, осуществляющему медицинскую деятельность, и получить документ установленной формы о рождении, который будет являться основанием для государственной регистрации рождения в органе загс. В этом случае обращение в суд не требуется», — пояснили в пресс-службе Минюста России.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Начеку!

Учёные вернулись из Гвинеи

Заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН Виктор Малеев и заведующий лабораторией экологии вирусов НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского Минздрава России Михаил Щелканов, работавшие в Гвинее, вернулись на Родину. И провели пресс-брифинг «Лихорадка Эбола: риск проникновения инфекции на территорию России», который прошёл в ИТАР-ТАСС.

— Безусловно, в эпидемиологии существует общая проблема завозных вирусных инфекций, — заявил М.Щелканов. — Однако не стоит забывать, что распространению вируса Эбола на территории Западной Африки способствуют два фундаментальных фактора. Первый — природная очаговость этого вируса. А на территории России природные очаги этой инфекции невозможны.

Второй — социально-экономическая обстановка на территории Западной Африки. Крайняя бедность основных масс населения, отсутствие развитой системы медицинской помощи и санитарно-эпидемиологической службы в нашем понимании, большое этническое разнообразие, местные обычаи — всё это способствует быстрому распространению вируса. К счастью, все эти условия отсутствуют на территории России.

Конечно, вирус может быть занесён в нашу страну человеком, у которого заболевание находится в инкубационном периоде. В этот момент он может пересечь государственную границу. И всё равно, пусть он и заболеет в России, при существующей системе здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы инфекции не дадут распространиться дальше.

— В этом контексте я бы даже не употреблял слово «угроза», — отметил эксперт.

В таком же ключе высказался и Виктор Малеев.

— Хотя реально у нас невозможно распространение лихорадки, этой проблеме уделяется пристальное внимание, предпринимаются необходимые меры, и российские специалисты готовы к встрече с лихорадкой Эбола, — уверен он.

Учёные также пояснили, что в мире впервые происходит такая масштабная эпидемия лихорадки Эбола. Поэтому применение в Западной Африке экспериментальной вакцины, прошедшей не все стадии клинических исследований, оправданно. Исследователи надеются, что в ближайшее время и в нашей стране появится возможность разработки вакцины, с помощью которой можно будет вылечить людей от этого опасного заболевания.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

На Рахмановском

Будет ли успешной профилактика СПИДа?

— Основная задача координационного совета по вопросам ВИЧ/СПИДа — повышение эффективности работы по профилактике, выявлению и лечению ВИЧ-инфекции, включая социальную реабилитацию и адаптацию к жизни в обществе, — заявил заместитель министра здравоохранения РФ, председатель этого совета Сергей Краевой.

Директор Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Марина Шевырева особо отметила на заседании координационного совета роль служб социальной поддержки, социальных сервисов, некоммерческих и общественных организаций, которые обладают достаточными компетенциями для информирования населения о мерах предосторожности и обеспечения при-

верженности лечению пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция».

Директор департамента также акцентировала внимание на том, что повышение информированности граждан — одно из важнейших направлений работы по профилактике СПИДа. С этой целью Министерством здравоохранения, Министерством труда и социальной защиты РФ, Росздравнадзором и Роспотребнадзором создан портал «Здоровье работающих населения». Его задачи — справочно-информационная поддержка населения по вопросам, связанным с профилактикой ВИЧ-инфекции.

«Для успешной профилактики ВИЧ-инфекции требуется не только эффективная работа на местах, но и распространение положительного опыта во всех регионах для достижения наилучшего результата», — подчеркнула М.Шевырева.

Ещё одной темой на повестке дня координационного совета стал

вопрос эффективности размещения информационных материалов по профилактике ВИЧ в СМИ. По словам заместителя директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России Валерия Бузина, «в обществе снизился уровень тревоги по отношению к СПИДу, поэтому важно информировать людей о том, как защититься от этого заболевания». При поддержке Минздрава России уже проводились и планируются к реализации в будущем социально значимые информационные кампании о важности диспансеризации, профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С в Российской Федерации как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Обсуждения

Минздрав проводит интернет-опрос

Минздрав России предлагает россиянам оценить доступность и качество здравоохранения, поучаствовав в интернет-опросе. Чтобы сделать это, надо ответить на вопросы анкет на сайте медицинского ведомства.

Первая касается стационарного лечения, вторая — амбулаторного. При этом можно оставить оценку о работе любой медицинской организации, в которую они обращались.

Высказать своё мнение будет возможно только, если указать полное название медицинского учреждения. А дальше сообщить, по

какой причине обращались за помощью к врачу, указать, пришлось или нет ждать в очереди, оценить доброжелательность, компетентность медицинских работников. Пациенты могут информировать, что их не устраивает в работе своего терапевта или узких специалистов.

На сайте Минздрава можно посмотреть и первые результаты опроса.

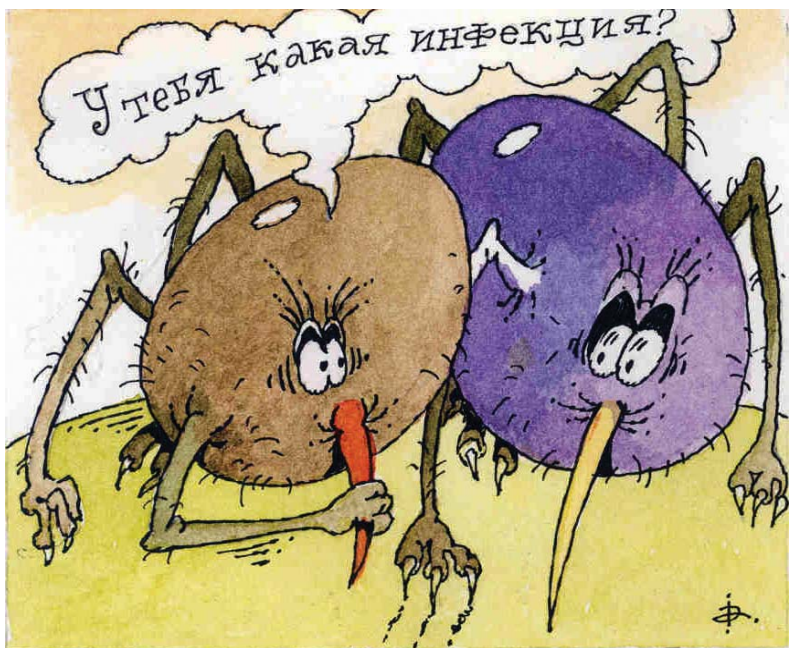
Леонид ПЕРВОВ.

МИА Сити!

Москва.

Осторожно!

Клещ орудует у истоков Волги



Более 4 тыс. жителей Тверской области обратились за медицинской помощью после укусов клещей. Летнее время года не только ассоциируется с долгожданными отпусками, отдыхом на приусадебных участках, увлекательными поездками по миру, но и с высокой опасностью инфекционных заболеваний. Погода стоит солнечная, тёплая, жители Тверской области массово отправляются за грибами и ягодами в местные леса, где их ждёт нешуточная опасность — инфицированные клещи.

Ежегодно в регионе регистрируются случаи заболеваемости вирусным энцефалитом, спровоцированным укусами лесных клещей. По состоянию на конец июля 2014 г. в Тверской области уже зарегистрировано 4347 обращений за медицинской помощью граждан с укусами клещей. Из этого числа 1488 пострадавших — дети. Как сообщает Управление Роспотребнадзора по Тверской области, за одну только последнюю неделю в лечебно-профилактические учреждения области обратились 182 человека, в том числе 59 детей, при этом экстренную серопрофилактику против клещевого вирусного энцефалита получили 44 ребёнка. К моменту выхода этой информации в печать в микробиологической лаборатории Центра гигиены и эпидемиологии в Тверской области уже исследовано 2416 клещей, самостоятельно доставленных жителями губернии. Результаты

заставляют серьёзно задуматься — выявлено 387 заражённых клещей, в том числе 25 экземпляров — одновременно двумя инфекциями. По данным тверских эпидемиологов, вирус клещевого энцефалита выявлен в 5 клещах, боррелии — в 345, эрлихии — в 39 и анаплазмы — в 23.

Соответственно накаляется и картина заболеваемости — только за минувшую неделю зарегистрировано 4 случая клещевого боррелиоза, 2 пациента — жители Твери, остальные проживают в районных центрах области. В связи с ростом числа заболевших опасными патологиями и новыми случаями обращения граждан за медицинской и эпидемиологической помощью, в регионе активно проводятся многопрофильные мероприятия по профилактике клещевых инфекций. По данным на июль 2014 г., тверскими специалистами проведена обработка против клещей территории площадью 427,8 га.

В местных СМИ и лечебных учреждениях ведётся активная пропаганда по профилактике укусов опасных лесных жителей среди населения Верхневолжской земли, заинтересованные в проблеме могут позвонить по телефонам горячей линии Управления Роспотребнадзора по Тверской области, где смогут получить профессиональные ответы на все вопросы.

Максим СТРАХОВ, внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Еженедельно в этой сфере их совершается до тысячи. Такой вывод сделала Генпрокуратура РФ, обобщив деятельность прокуроров по надзору за исполнением законов по итогам первого полугодия текущего года.

Привлечены к ответственности

Многие ЛПУ и другие организации продолжают неэффективно использовать дорогостоящее медицинское оборудование, допуская его простой и несвоевременный ввод в эксплуатацию, констатирует официальный сайт Генпрокуратуры. Это происходит, в том числе, из-за отсутствия у медперсонала необходимых навыков и несвоевременного ремонта оборудования (республики Карелия, Саха (Якутия), Чувашская, Забайкальский, Красноярский, Приморский края, Амурская, Архангельская, Вологодская, Магаданская, Мурманская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Сахалинская, Ульяновская области и др.).

Прокурор Михайловского района Рязанской области внёс, например, представление в адрес главного врача районной больницы, в которой не был введён в эксплуатацию высокочастотный электрохирургический аппарат, приобретённый ещё в прошлом году. В родильном отделении здесь длительное время не использовался инкубатор интенсивной терапии новорождённых. По требованию прокурора четыре должностных лица привлечены к дисциплинарной ответственности. Указанное оборудование введено в эксплуатацию.

В Омской области в отношении руководителей медицинских организаций, не принявших меры для эксплуатации дорогостоящего медицинского оборудования, прокуроры внесли около 30 представлений. Имеются и иные аналогичные примеры.

В Чувашской Республике, Алтайском и Пермском краях, Брянской, Воронежской, Кировской, Новосибирской и Омской областях прокурорами принимались меры реагирования по фактам неиспользования автомобилей скорой медицинской помощи и их неполного оснащения оборудованием и медикаментами, а также ненадлежащего укомплектования фельдшерско-акушерских пунктов. Аналогичные нарушения выявлялись надзорными органами.

В Республике Бурятия, Камчатском крае, Владимирской, Кемеровской, Курской и Томской

областях выявлены нарушения законодательства при размещении заказов для государственных и муниципальных нужд. Так, прокурор Баргузинского района Республики Бурятия возбудил дело об административном правонарушении по статье 7.32 Кодекса РФ об административных правонарушениях (нарушение порядка заключения, изменения контракта) в отношении главного врача ЦРБ в связи с допуском к участию в торгах поставщиков, не имевших лицензии на фармацевтическую деятельность.

демиологические правила при хранении иммунобиологических препаратов, оснащении медицинских кабинетов, а в отдельных случаях – и собственно процедура вакцинации. Руководителям организаций здравоохранения внесены представления, по постановлению прокуроров виновные лица привлечены к административной ответственности.

Всего по постановлениям прокуроров к административной ответственности в сфере здравоохранения привлечено за январь – июнь 2014 г. 970 лиц.

полномочиями) и части 2 статьи 292 УК РФ (служебный подлог). В настоящее время по данному делу ведётся предварительное расследование.

Во многих субъектах Федерации не соблюдается установленный порядок работы с родовыми сертификатами, расходования денежных средств, поступивших от их реализации (республики Тыва, Кабардино-Балкарская, Ставропольский и Хабаровский края, Калужская, Орловская, Тамбовская, Ярославская области и др.). Так, в Пермском

своение в особо крупном размере). Размер незаконно полученных бывшим руководителем выплат составил 17 млн руб. Ему назначено наказание в виде лишения свободы на срок 3 года 4 месяца в колонии общего режима. Кроме того, осуждённый приговорён к штрафу в размере 550 тыс. руб.

Дело – за судом

Осуществляя контроль за исполнением законодательства в сфере профилактики распространения туберкулёза, прокуроры

Тенденции

Не в ладах с законом

Нарушения законодательства об охране здоровья граждан по-прежнему широко распространены



Вплоть до уголовной...

Кроме того, были нарушены сроки размещения извещений о проведении запроса котировок, имели место заключение контрактов на условиях, отличных от предусмотренных извещениями.

Повсеместно нарушались требования законодательства при проведении иммунизации населения. Так, в Республиках Башкортостан, Мордовия и Татарстан, Кировской, Пензенской, Саратовской, Ульяновской областях вакцинация несовершеннолетних осуществлялась без согласия их родителей (законных представителей). Мало этого, не соблюдались санитарно-эпи-

Не в полном объёме устранены до сих пор и нарушения законодательства при проведении диспансеризации населения.

Так, прокуратура Ахвахского района Республики Дагестан установила, что главный врач ЦРБ указал в документах о прохождении диспансеризации за 2013 г. свыше 2,8 тыс. человек, в действительности её не проходивших. По материалам прокурорской проверки в отношении его возбуждено уголовное дело по части 1 статьи 285 УК РФ (злоупотребление должностными

крае и Кировской области прокурорами пресечены нарушения порядка хранения бланков родовых сертификатов, в республиках Алтай и Хакасия, Красноярском крае – нарушения, допущенные при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам и новорождённым детям, и т.д.

Отмечены также случаи нарушения трудового законодательства в отношении персонала ряда медицинских организаций. В Томской области, например, Асиновский городской прокурор внёс представление главному врачу районной больницы, в которой медицинские работники отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии были незаконно исключены из числа лиц, имеющих право на дополнительную оплату труда. В Ульяновской области после обращения прокуроров в суд восстановлены права 141 медицинского работника на получение стимулирующих выплат.

Выявлялись и случаи необоснованного установления доплат, в том числе лицами из числа руководящего состава медицинских и фармацевтических организаций. Так, Курганский городской суд несколько недель назад постановил обвинительный приговор в отношении бывшего генерального директора открытого акционерного общества «Курганфармация», признав его виновным в совершении преступления, предусмотренного частью 4 статьи 160 УК РФ (при-

Омской области направили в суд более 160 исков о принудительной госпитализации больных заразной формой туберкулёза и уклоняющихся от лечения, в Новосибирской области – свыше 50, и т.д.

В Алтайском крае по представлению прокурора Завьяловского района к дисциплинарной ответственности привлечены 2 работника районной больницы, по вине которых своевременно не проведены медосмотры граждан, перенёсших заболевание туберкулёзом, а также освободившихся из мест лишения свободы. Кроме того, в суды края прокурорами направлено свыше 60 заявлений, обязывающих этих лиц пройти медицинский осмотр.

Всего в первом полугодии этого года российскими прокурорами выявлено свыше 26 тыс. нарушений законности в сфере здравоохранения. В целях их устранения принесено около 90 протестов на незаконные правовые акты, внесено около 4 тыс. представлений, по которым к дисциплинарной ответственности привлечены почти 8 тыс. человек.

Должностным лицам объявлено более 200 предостережений. В судебные органы направлено свыше 6 тыс. заявлений. По материалам прокурорских проверок возбуждено 37 уголовных дел.

Так что пока ещё далеко не все медицинские работники живут и трудятся у нас в ладах с законом.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новые подходы

«Быстро» — ключевое слово

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова разработал проект Quick

Задача проекта – повышение качества медицинской помощи при лечении инсульта с целью снижения смертности и инвалидизации пациентов. Проект направлен на сотрудничество с больницами и призван сократить задержки в оказании помощи пациентам с инсультом.

В России это серьёзное заболевание занимает третье место среди причин смертности россиян: ежегодно от инсульта умирает около 200 тыс. человек. Около половины пациентов в течение последующих 5 лет сталкиваются с повторным инсультом.

Для участия в проекте были

выбраны больницы в различных городах России. В каждой из них в инсультном отделении пройдёт диагностический аудит, призванный оценить эффективность борьбы с инсультом на всех этапах: от звонка в скорую помощь до начала лечения в стационаре, в том числе проведения тромболизиса – наиболее эффективного вида терапии ишемического инсульта.

На данный момент реализация проекта уже началась в 11 больницах разных регионов России. Согласно данным первого аудита, около 70% пациентов попадают в больницу после того, как драгоценное время для проведения тромболитической терапии прошло, что существен-

но уменьшает шансы больных на благоприятное восстановление после инсульта.

Не полностью налажена постоянная практика оперативного информирования клинических специалистов по инсульту о состоянии пациента до его прибытия в больницу со стороны врачей скорой помощи.

– Эффективность процедуры системного тромболизиса при инсульте в терапевтическом окне до 4,5 часа крайне высока и может существенно изменить подход к оказанию помощи при данной патологии, – говорит доцент кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицин-

ских наук Николай Шамалов. – Процедура, проведённая вовремя, может способствовать увеличению числа больных с благоприятным функциональным исходом. Поэтому крайне важно, чтобы люди, почувствовавшие первые симптомы инсульта, или те, кто находится рядом, сделали всё, чтобы человек своевременно попал к специалистам в специализированное инсультное отделение.

Процедура тромболизиса способна восстановить кровоток в поражённом сосуде, предотвратить изменения в тканях мозга, таким образом снижая вероятность инвалидизации и помогая больному вернуться к полноценной жизни.

Важнейшая аудитория проекта – специалисты, от которых зависит основная фаза лечения. Однако проблема помощи пациентам при инсульте – комплексная. На положительный прогноз лечения, помимо всего прочего, влияют информированность пациентов об инсульте и последствиях и логистика в больнице. Создатели проекта понимают: с одной стороны, люди слишком поздно обращаются к врачам. С другой, к сожалению, логистика в больницах не всегда отстроена должным образом.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Согласно данным ВОЗ на 16 августа 2014 г., с февраля 2014 г. в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне зафиксировано 2127 случаев заражения лихорадкой Эбола, из которых 1145 привели к смерти людей. Болезнь уже передалась из Центральной Африки на другие континенты. Учёные всего мира ищут от неё вакцину. Насколько российские врачи готовы к возможному приёму африканской «гостьи», рассказывает заведующий кафедрой инфекционных болезней Института повышения квалификации ФМБА России профессор Владимир НИКИФОРОВ.

– Лихорадка Эбола относится к категории вирусных заболеваний, которым свойственен геморрагический синдром, когда на теле пациента появляются кровоизлияния и кровотечения. На сегодняшний день известно всего более тысячи инфекционных заболеваний, и только 4 из них относятся к карантинным. Это чума, холера, жёлтая лихорадка и натуральная оспа. Но лихорадка Эбола к ним не относится – только к особо опасным, поскольку не требует переносчика от человека человеку в виде клещей и комаров.

Подобная Эболе лихорадка есть и в нашей стране – Крым-Конго, протекание и лечение которой вполне идентично африканской, так что российские врачи к «гостье» из Центральной Африки готовы.

Клиника этого заболевания хорошо известна. Инкубационный период длится от 2 до 18-21 дня. Острое начало болезни характеризуется подъёмом температуры и недомоганием, на 2-4-е сутки появляются расстройство кишечника, рвота, понос. В конце первой недели начинается геморрагический синдром, который зачастую и приводит к летальному исходу, когда больной буквально начинает истекать кровью.

Поиск возможного «хозяина» заболевания длился довольно долго из-за того, что основное подозрение падало на человекообразных обезьян. Но, в конце концов, было доказано, что это плотоядные рукокрылые,

В центре внимания

Американцы не спешат раскрывать секреты

Российские врачи готовы встретить лихорадку Эбола



разновидность хищных летучих мышей, которых местные жители с большим удовольствием употребляют в пищу. В основном эти животные встречаются в Центральной Африке и на севере Австралии.

В 1976 г. отечественными и американскими учёными этот вирус был получен и выделен независимо друг от друга. В нашей стране работы ведутся в специализированном вирусологическом центре «Вектор» в Академгородке под Новосибирском. Для врачей-клиницистов и лаборантов были разработаны специальные костюмы-скафандры. Постоянно проводятся учения персонала для подготовки к различным внештатным ситуациям. Для Эболы уже подготовлен

специальный корпус. Там пол залит эпоксидной смолой, все инженерные коммуникации выведены наружу для простоты их ремонта, а все двери закрываются герметично. Сам корпус находится под отрицательным, к внешнему, давлением, как подводная лодка: если снаружи оно составляет 760 мм рт.ст., внутри только 750. Так что если где-нибудь в стене неожиданно образуется отверстие, корпус все микробы и бактерии втянет в себя. А вот в скафандре давление всегда положительное – он немного раздут. Так что если, скажем, порвётся перчатка, воздух выдувает все патогены наружу.

Врачи работают всегда парами на случай, если одному из них

станет плохо. При выходе из корпуса весь персонал получает тщательную санобработку.

Лихорадка Эбола, таким образом, нам хорошо известна, здесь нет ничего нового. Только за одну неделю прошло два учения по предотвращению лихорадки на нашей территории. Так что врачи и морально и физически готовы для встречи возможной вспышки подобного рода на нашей территории. А вот общая ситуация вокруг Эболы, по мнению специалиста, несколько преувеличена. Лихорадка, на самом деле, довольно трудно передаётся от человека человеку. Вирус действительно выделяется жидкостями тела больного, но воздушно-капельный его перенос полностью исключён. Высокий процент летальности характерен сегодня только для Центральной Африки, где не очень любят врачей, предпочитая обращаться к шаманам, у которых свои методы «лечения». К медикам попадают больные уже в крайне тяжёлой степени заражения, а африканские клиники оснащены далеко не на европейском уровне.

Болезнь вполне излечима, но, по последним данным, коэффициент летальности составляет около 50%. Просто лечение Эболы довольно узконаправленно. Так, скажем, в случае с брюшным тифом, который лечится специальным антибиотиком левомицетином, от этой лихорадки такого конкретного препарата не существует. Но в нашем распоряжении находится огромное количество опосредованной патогенетической терапии и противовирусных препаратов на эту группу вирусов. Всё это при грамотном применении обычно

приводит к нормальному исходу лечения. Американцы же не побоялись вывезти к себе врача Кента Брентли, прекрасно понимая, что в Африке его лечение невозможно. В результате заболевший Брентли, пройдя все меры предосторожности, пошёл на поправку. Другое дело, что американские «коллеги» из Атланты не спешат делиться секретом используемой ими сыворотки, но это уже вопросы внешней политики, а не медицины.

Всем необходимо помнить, что любая инфекция не предполагает появления гор трупов и быстрого уничтожения всего рода человеческого. Возбудитель любой болезни – это паразит. А паразит всегда предпочитает существовать пусть в больном, но в живом организме. Умерший больной паразиту не нужен – это тупик для эпидемии. Как и в случае передачи патогена от животного человеку – в этой ситуации заболевший довольно редко передаёт вирус другому человеку. Например, сибирская язва и бешенство в подобных случаях прекращаются. И для передачи Эболы нужен очень тесный контакт больного и здорового существа, что и происходит в Африке при исполнении различных шаманских ритуалов. Или при нарушении врачами специальной техники безопасности.

Как известно, любая эпидемия не терпит как панибратского отношения, так и истерического. А любителям экстремального туризма, может, стоит на пару лет отказаться от поездок в Центральную Африку.

Записал
Вячеслав СВАЛЬНОВ.

Москва.

Проблемы и решения

Департамент охраны здоровья населения администрации Кемеровской области и Управление ГИБДД Кузбасса подписали приказ о взаимодействии. Он, в частности, призван навести порядок в статданных о погибших в авариях.

вой помощи пострадавшим. Другое нововведение – всех травмированных, поступивших в травмоцентры второго и третьего уровня, после стабилизации состояния стали переводить в травмоцентры первого уровня. В результате за 5 месяцев удалось на 30% уменьшить гибель

Резервы безопасности

Снижение смертности при ДТП – один из показателей, по которым оценивается эффективность работы субъекта Федерации. У медиков эти цифры были традиционно ниже, чем в ГИБДД. Причина расхождения выяснилась. Медики учитывали только погибших жителей области. ГИБДД фиксировала всех, включая и не областных граждан, на которых в Кузбассе составлялась лишь справка о смерти, а факт их гибели регистрировали органы загс той территории, где они проживали. В статистику разночтений ежегодно попадали 13-20 погибших.

Что касается реальной профилактики смертности в авариях, департамент, в частности, теперь содействует направлению медиков в автошколы – для знакомства курсантов с правилами оказания пер-

таких пациентов в стационаре. Но за высокими вроде бы процентами стоят только... 8 дополнительно спасённых жизней.

«Медики «выжимают» все возможные резервы, – комментирует заместитель начальника Департамента здравоохранения Кемеровской области Андрей Иванов. – Но до 80% пострадавших в ДТП погибают на месте столкновения до приезда «скорой» – от множественных травм, не совместимых с жизнью. Смертность на дорогах – проблема не только медиков и сотрудников ГИБДД. Это проблема всего общества, и решение её в первую очередь зависит от культуры вождения каждого водителя».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Особый случай

Вмешательство в сложных условиях

Хирург Партизанской ЦРБ спас пациента с тяжёлым ранением

Врачи хирургического отделения Партизанской районной больницы порой творят настоящие чудеса. Пациенты, которым необходимо оказывать экстренную квалифицированную помощь в медучреждении более высокого уровня, не всегда могут перенести транспортировку. Поэтому порой решение на месте приходится принимать буквально в считанные секунды. Награда за самоотверженность – спасённые жизни.

Недавно из хирургического отделения Партизанской ЦРБ был выписан мужчина, который ещё несколько недель назад был на волосок от смерти. Во время драки его полоснули ножом по горлу, в результате были повреждены крупные сосуды на шее.

Обычно с такими пациентами работает сосудистый хирург, но транспортировать пострадавшего в Находку, где такой специалист есть, было невозможно – пациент мог погибнуть от кровотечения. Хирург высшей категории Евгений Чжен должен был принять решение незамедлительно. Мужчину тут же перевели в операционную. Врачи колдовали над ним в течение 4 часов, пациента удалось спасти. Он достаточно быстро пошёл на поправку и сейчас отправлен на долечивание под наблюдением хирурга поликлиники.

– Более 47% пациентов отделения – это травматологические больные (ДТП, раны и т.д.), – рассказывает главный врач Партизанской ЦРБ Елена Бессонова. – И крайне редко мы отправляем их в другие больницы, стараемся на месте решать вопросы. Это

не единственный случай, когда наши хирурги идут на риск, чтобы сохранить пациенту жизнь. Однажды даже спасли мужчину, получившего ранение в сердце.

Это, в первую очередь, говорит о квалификации хирургов Партизанской больницы, о том, что они привыкли даже в самых нестандартных ситуациях полагаться на себя. Работа на селе даёт серьёзную закалку, заставляет мыслить клинически. К сожалению, в нашем отделении остался единственный хирург. Ещё один работает в поликлинике. И мы остро нуждаемся в таких специалистах. Те, кто решится у нас работать, получит серьёзную закалку.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Недавняя страшная авария в московской подземке, унёсшая жизни 23 человек, – повод в очередной раз поговорить о метрополитене. Так ли уж безопасен этот уникальный вид городского общественного транспорта, пользующийся популярностью среди горожан всего мира?

Особенностью и отличием этого вида транспорта является расположение многих его объектов под землёй, для нормального функционирования которых требуется создание и поддержание санитарно-гигиенических условий, близких к естественным. К сожалению, в большинстве современных метрополитенов мира стали обыденными явлениями жара и духота, ненормальный микроклимат, экологически опасная газовоздушная среда, а это значит, говорить о соблюдении нормальных санитарно-гигиенических условий сегодня не всегда представляется возможным...

предъявляются специальные требования, представленные в стандартах, санитарных нормах и правилах и других документах, имеющих силу законов. К сожалению, большинство этих требований разработаны исключительно для условий работы оборудования, систем и технических средств в наземных зданиях и сооружениях и по объективным причинам просто невыполнимы в реальных условиях подземных объектов.

ставляет около 700 кг. При этом до 2% его оседает на элементах вентиляторов и других конструкциях указанной линии, а остальная пыль посредством «поршневого» эффекта разносится по объёмам других станций и тоннелей.

О микробах

Постоянный рост пассажиропотоков создаёт ещё одну проблему – большую концентрацию людей в относительно малых объёмах. Из-

каждом метрополитене отдельно друг от друга и по-своему. Кроме того, наличие и обострение этих проблем никогда не связывалось с неудовлетворительным воздухообменом подземных объектов с атмосферой. К сожалению, системы вентиляции практически всех действующих сегодня метрополитенов имеют конструктивные недостатки, делающие их практически неработоспособными с момента их ввода в эксплуатацию.

Состав воздуха

Качественно-количественный состав воздуха в подземке формируется под действием множества факторов, наиболее значимыми из которых являются следующие. Первый – значительные тепловые и газовые выделения людей, технического оборудования и подвижного состава. Второй – сдвиг газового баланса в сторону увеличения количества углекислого газа и снижение концентрации кислорода. Третий – постоянное образование пыли и грязи различного размера из твёрдых частиц металлов, бетона, мрамора и т.п. вследствие естественного износа и эрозии материалов – рельсов, вагонов, тоннелей и станций. Четвёртый – испарения влаги, смазочных и других веществ. И последний – занос, например через вентиляционные киоски, химических элементов, веществ и соединений, содержащихся в газообразных выхлопах автомобилей, грязи и пыли с улицы. Воздействие негативных факторов на человека в условиях метро является комплексным и особенно усиливается в жаркое время года.

Причины и следствия

Проблемы, вызванные эксплуатацией подземной железной дороги, возникли сразу же после ввода в действие первого в мире Лондонского метрополитена. Вначале они были малозначительны, однако по мере дальнейшего развития усугублялись, обострились и сегодня приобрели социально-медицинский характер.

Абсолютное большинство метрополитенов мира функционируют в режимах, значительно превышающих проектные нагрузки, что вызвано, главным образом, постоянным увеличением количества перевозимых пассажиров. Это требует постоянного увеличения пропускной способности, например, за счёт повышения мощности тяговых вагонов и скоростей движения электропоездов, сокращения интервалов движения и т.п., что возможно только при замене устаревшего оборудования на новое, более мощное. Несмотря на внедрение различных мер, фактическая пропускная способность всё время опережает проектную пропускную способность, что вызывает на станциях, в тоннелях и вагонах жару и духоту, создаёт ненормальный микроклимат и экологически опасную газовоздушную среду.

О жаре и духоте

В отдельных метрополитенах мира наблюдаются повышенные температуры и нехватка кислорода, особенно в жаркое время года в часы пик. Проблема жары и духоты давно уже вышла на первый план по сравнению с другими.

Известно, что каждый средний пассажир в спокойном состоянии, сидя, за время 40-минутной поездки выделяет в газовые объёмы станций и вагонов около 8,4 ккал (или около 33 Ватт) тепловой энергии. Это означает, что в подземке Лондона, Москвы и Парижа за час пассажиры выбрасывают количество тепловой энергии, эквивалентное сжиганию около 506, 927,5 и соответственно 579 кг/час

Санитарная зона

Подземный монстр

В метро возникает опасная для человека газовоздушная среда



Об опасности газовоздушной среды

абсолютно сухих дров с теплотой сгорания 4510 ккал/кг. Однако эти тепловыделения составляют всего лишь 5% от общего количества тепловых выбросов, производимых во внутренних объёмах метрополитена. Наряду с тепловыделениями пассажиров источниками тепла в метро являются подвижной состав (около 80%) и различные технические приборы, устройства и оборудование (около 15%).

По результатам выполненных расчётов, ежегодно в газовое пространство внутренних объектов, например Московского метрополитена, в среднем выбрасывается более 11 т углекислого газа, а Парижского и Лондонского – 6,9 и более 6 т/час соответственно.

О микроклимате

Микроклимат в метро формируется комплексом физических факторов, основными из которых являются параметры искусственной газовоздушной среды вагонов, станций, тоннелей и помещений с учётом их особенностей, а также параметры подаваемого в их газовый объём воздушной среды от систем кондиционирования.

На каждой станции, в тоннеле и вагоне под влиянием воздушных потоков, влаги, тепла и переменного состава воздуха формируется свой индивидуальный микроклимат. Из атмосферы поступает, как правило, прохладный свежий воздух, а с объектов в атмосферу – тёплая загрязнённая газовоздушная среда. Таким образом, в воздухе постоянно присутствуют и перемещаются различные химические соединения, вещества и элементы, оказывая непосредственное влияние на здоровье человека. Составляющие газовоздушной среды и её температура распределяются крайне неравномерно, что приводит к образованию тёплых и относительно холодных зон с повышенным содержанием вредных примесей и газов (в том числе углекислого) и низкой концентрацией кислорода.

Для обеспечения нормального микроклимата ко всем конструкциям, изделиям, устройствам, системам и техническим средствам

Учёные Каролинского института (Швеция) провели исследования качественных показателей состава воздуха Стокгольмского метро и выявили ещё одну проблему современных метрополитенов – наличие экологически опасной для человека газовоздушной среды. Так, сделав анализы проб смеси, взятых в различных местах, шведские учёные сделали вывод, что воздух подземки не менее опасен, чем продукты сгорания углеводородного топлива. По мнению шведских врачей, такой «воздух» разрушает ДНК человека, вызывает различные сердечно-сосудистые и иммунные заболевания, является причиной ежегодной преждевременной смерти свыше 5 тыс. шведов.

Учёные из Саутгемптонского университета (Великобритания), в свою очередь, провели анализ пыли, собранной на станциях Лондонского метро. Исследования показали, что эта пыль имеет в своём составе множество опасных компонентов (в том числе частицы металлов, в основном железа и меди) различных размеров и концентраций. Английские врачи-исследователи установили, что пыль крупных размеров оседает в основном на носовых проходах и трахее, а пыль мелких размеров способна проникать в бронхиолы и альвеолы лёгких, а также попадать в основную ткань и кровь. Концентрации железа и меди в воздухе Лондонской подземки настолько высоки, что металлы способны проникать в лёгкие, печень и мозг людей, вдыхающих такой «воздух». При этом чем меньше размеры частиц в пыли, тем выше токсический эффект.

По данным специалистов лаборатории микроклимата электромеханической службы С.-Петербургского метрополитена, среднее значение концентрации пыли в тоннельном воздухе за последние 10 лет является относительно постоянным и составляет около 0,6 мг/м³. На первый взгляд, эта величина кажется незначительной. Однако расчёты показывают, что суммарное среднегодовое количество грязи и пыли, образующееся, например, только на Кировско-Выборгской линии, со-

вестно, что места сосредоточения большого количества людей являются благоприятными условиями для распространения микробов. В то же время жара и духота способствуют быстрому их размножению. Наиболее загрязнёнными в этом смысле являются Нью-Йоркский и Лондонский метрополитены.

С целью установления влияния микробов и бактерий на пассажиров в Московском метрополитене проводились исследования, в процессе которых были взяты смывы на микробы со стен станций, поручней эскалаторов и в вагонах. Результаты показали, что общее микробное число (концентрация различных микробов в заданном объёме) является значительным, однако нигде не превышает предельно допустимых значений. Санитарные правила эксплуатации метрополитенов не нарушены. Для людей с крепким иммунитетом пользование общественным подземным транспортом вполне безопасно.

Биологи установили подвижный состав микроорганизмов на исследуемых объектах. На всех станциях найдена сенная палочка (*Bacillus subtilis*) – бактерия, безвредная для здоровья человека, но разлагающая органические вещества и вызывающая порчу продуктов. В смывах станций «Пушкинская» и «Павелецкая»-кольцевая найдена бактерия *Sarcina lutea*. На станции «Киевская»-кольцевая – *Sarcina alba*. Как утверждают биологи, у людей с ослабленным иммунитетом они могут вызвать кожные раздражения, зуд и прыщи. На станциях «ВДНХ» и «Деловой центр» обитают условно патогенные бактерии *Proteus Vulgaris*. Эти микроорганизмы относятся к нормальной кишечной флоре, но с повышением температуры активизируются и могут послужить причиной пищевых токсикоинфекций и гнойных высыпаний на коже. Особо опасные микробы, стафилококки и стрептококки и вовсе не найдены. Наряду с микробами, на станциях «Киевская»-кольцевая и «Пушкинская» выявлены плесневые грибки *Aspergillus* – возбудители аллергии. Споры грибов могут вызывать затруднение дыхания, вплоть до развития приступов астмы.

По мнению специалистов научно-консультативного клинико-диагностического отделения ЦНИИ эпидемиологии, в метро существует вероятность подхватить дизентерию, брюшной тиф, пищевые токсикоинфекции, гепатит А, педикулёз, ОРЗ, грипп, менингококковые и аденовирусные инфекции, а также туберкулёз.

Как решать проблемы?

К настоящему времени многие причины возникновения проблем подземки известны и достаточно хорошо изучены, однако, к большому сожалению, они не рассматриваются комплексно и во взаимосвязи между собой, а следовательно, решаются в

Основными мероприятиями по решению рассмотренных проблем метрополитенов в настоящее время являются только пассивные мероприятия: оборудование вагонов и станций кондиционерами и системами очистки воздуха, обеззараживание «воздуха» ультрафиолетовыми лампами, периодическая влажная уборка платформ и помещений, постоянный мониторинг газовоздушной среды и т.д.

Сегодня уже понятно, что реализация подобных мер не способна решить проблемы жары и духоты, плохого микроклимата, эпидемиологического состояния и опасной экологической среды. Для кардинального и окончательного решения рассмотренных проблем следует устранить их причину, а не последствия. Основной причиной возникновения проблем является неработоспособность системы вентиляции, о чём неоднократно сообщалось в средствах массовой информации специалистами и руководителями различного уровня, в том числе и главным государственным санитарным врачом РФ.

Справедливости ради необходимо отметить, что воздухообмен на объектах метрополитена всё же происходит за счёт создаваемого электропоездами «поршневого» эффекта, но только в период их движения по тоннелям. При этом действие «поршневого» эффекта совершенно противоположное: с одной стороны, он удаляет часть микроорганизмов, грязи и пыли из метрополитена в атмосферу, с другой – разносит их по всем объектам подземки, а с третьей – в том и другом случаях негативно влияет на здоровье пассажиров и обслуживающего персонала.

Наличие и обострение рассмотренных проблем стало сегодня объективной реальностью функционирования современных метрополитенов, и их всё труднее игнорировать...

К сожалению, с каждым годом экологическая опасность метрополитенов возрастает, в связи с чем одной из приоритетных задач руководства метрополитена должно стать обеспечение максимально экологически комфортных условий пребывания человека под землёй, что априори невозможно без восстановления работоспособности системы вентиляции. Необходимо устранить все её конструктивные недостатки. Одновременно разработать полные технические и санитарные требования к техническим средствам и системам для их работы под землёй с учётом объективных законов физики. Это повысит уровень экологической чистоты данного вида общественного транспорта.

Игорь ДУБРОВИН,
Евгений ДУБРОВИН,
кандидаты технических наук.

С.-Петербург.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 56 (1823)

Инсульт – быстрое развитие клинических признаков фокального или общего нарушения мозговых функций, сохраняющихся 24 часа и больше, которые могут приводить к смерти и не имеют других причин, кроме нарушения мозгового кровообращения (ВОЗ, 1994). Артериальный ишемический инсульт (АИИ) – заболевание мозга, возникающее в результате гибели части мозговой ткани (инфаркта) вследствие резкого снижения содержания кислорода в ней из-за недостаточности кровообращения в определённом артериальном бассейне.

Артериальный ишемический инсульт в детском возрасте составляет 2-3 случая на 100 тыс. детей в год (S.Lanthier, 2000; J.K.Lynch et al., 2002; V.Ganesan, et al., 2004).

Этиология и патогенез

Выделяют три патогенетических варианта АИИ: тромбоз церебральной артерии; эмболия церебральной артерии; системная гипоперфузия мозга (гемодинамический инсульт).

Тромботический инсульт у детей развивается вследствие воспалительной инфекционной/неинфекционной церебральной артериопатии (артериита) или вследствие нарушения ламинарного тока крови в артериях (при болезни/синдроме мойа-мойа) (T.J.Bernard et al., 2012).

Эмболический инсульт развивается при тромбобразовании в камерах сердца (пороки сердца, эндокардит, инвазивное кардиологическое вмешательство), аорте (артериит Такаясу, диссекция), церебральных (артериит Такаясу, диссекция, воспаление стенки сосуда) и церебральных артериях (диссекция, воспаление стенки сосуда) (T.J.Bernard et al., 2012).

Гемодинамический АИИ развивается при резком снижении перфузии мозга вследствие внезапного падения артериального давления (остановка сердца, шок).

Для детского инсульта характерно большое количество факторов риска (T.J.Bernard et al., 2012): генетически обусловленная васкулопатия (синдром PHACES, синдром Williams, трисомия 21, нейрофиброматоз, синдром Alagille, серповидно-клеточная анемия), инфекции (ветряная оспа, менингит, васкулопатия, вызванная ВИЧ), гематологически-тромботические факторы (гемоглобинопатия, антифосфолипидный синдром, врождённый дефицит коагуляционных регуляторных белков (протеина С, протеина S, анти-тромбина III), мутации фактора V Лейдена и протромбина, гипергомоцистеинемия, состояния, сопровождающиеся потерей белка, анемия), воспаление (идиопатическое – первичный васкулит ЦНС, системные аутоиммунные заболевания), интоксикация (L-аспарагиназа, лекарственная зависимость, лучевая терапия), пролонгированный вазоспазм (обратимые вазоспастические синдромы).

Наиболее обсуждаемыми факторами риска являются инфекция и врождённая тромбофилия. Роли инфекции в развитии АИИ у детей придаётся большое значение. При этом речь идёт не только о тяжёлой инфекции центральной нервной системы (менингит, энцефалит) или о тяжёлой общей инфекции (бактериемия, сепсис). По данным Askalan (2001), среди детей с АИИ заболеваемость ветряной оспой до инсульта составляла 30%, тогда как популяционный показатель – 9%. В ряде работ убедительно показана значимость вируса простого герпеса типа 1, вируса Эпштейна – Барр, энтеровируса в развитии АИИ у детей. Эпидемиологические данные, полученные в ходе IPSS, свидетельствуют о влиянии банальных инфекций на развитие церебральной артериопатии и, соответственно, АИИ. По нашим результатам (2013), у 55,6% больных в течение месяца перед инсультом обнаруживается банальное инфекционное заболевание, у 5,6% – ветряная оспа за 3 месяца до АИИ, у 5,6% – тяжёлая бактериальная инфекция, на фоне которой развивается инсульт, у 2,8% больных – менингит. Обнаружение в остром периоде заболевания таких признаков, как многоочаговое поражение мозга, корковая локализация ишемического очага, лейкоцитоз, гипертермия, увеличение СОЭ, как в совокупности,

так и при неполной представленности их при положительном инфекционном анамнезе в течение 4 недель, предшествующих АИИ, может свидетельствовать в пользу инфекционной обусловленности инсульта.

Информация относительно роли генетической склонности к тромбообразованию в развитии АИИ у детей в настоящее время противоречива. К примеру, по данным двух крупных недавних исследований в США и Хорватии, гомозиготность по одному из важных протромботических полиморфизмов MTHFR C677T не приводит к повышению риска заболевания у детей (D.C.Herak et al., 2009; D.C.Morita, 2009). В то же время третье большое наблюдение, проведённое

в Польше, продемонстрировало увеличение риска артериального инсульта в 3 раза при наличии указанного полиморфизма (I.Zak et al., 2009). По результатам исследования О.Львовый и соавт. (2013), каждый пятый ребёнок с ишемическим инсультом является «носителем 3 и более полиморфизмов по системам гемостаза в сочетании с MTHFR 677 C > T, MTHFR 1298 A > C или MTR 2756 A > G», что повышает риск развития ишемического инсульта минимум в 4 раза. В работе В.Зыкова и соавт. (2009) показано, что суммарная частота самых неблагоприятных мутаций в генах протромбина (G20210A), V фактора (G1691A), MTHFR (C677T) и MTRR (A66G) у больных ишемическим инсультом в детском возрасте в 2,8 раза выше, чем у здоровых. Тем не менее, по мнению этих же авторов, врождённая тромбофилия крайне редко выступает в качестве ведущей причины инсульта, в большинстве случаев имеет место сочетание нескольких факторов риска. Существует теория «двух ударов» (Н.Козловская, 2003), согласно которой на первый, предрасполагающий тромбофилический фактор («первый удар») накладываются дополнительные локальные или общие триггеры («второй удар»), что и способствует развитию тромбозов in situ в определённое время и в определённом месте сосудистого русла. Врождённая тромбофилия способствует увеличению размеров ишемического очага, повышает вероятность развития повторных и клинически немых инсультов.

Классификация

В зависимости от длительности сохранения неврологического дефекта выделяют **транзиторную ишемическую атаку** или **преходящее нарушение мозгового кровообращения** (полное восстановление в течение 24 часов), **малый инсульт** (полное восстановление за срок, больший 24 часов, но меньший 3 недель) и **завершившийся инсульт** (дефект сохраняется более 3 недель) (В.Шток, О.Левин, 2010).

В течении инсульта условно выделяют несколько периодов (В.Шток, О.Левин, 2010). **Острейший период** продолжается первые 3-5 дней и характеризуется появлением и нарастанием неврологических симптомов. Далее следует **острый период**, длящийся до 6 недель. Он характеризуется относительной стабилизацией неврологического дефицита, когда возможно ухудшение состояния больного. Для **восстановительного периода** характерны стабильное состояние больного и постепенная редукция патологической симптоматики; он продолжается до 1 года, после чего наступает **период остаточных явлений**.

В педиатрической практике, помимо систематизации АИИ по длительности сохранения неврологического дефицита, используется классификация CASCADE (T.J.Bernard et al., 2012). Классификация построена на анатомическом принципе, суть которого – определение основного источника тромбоза/эмболии артерий головного мозга (мелкие церебральные артерии, крупные церебральные артерии, аорта и артерии шеи, сердце).

Классификация артериального ишемического инсульта детского возраста CASCADE (2012)

1. Инсульт вследствие артериопатии мелких сосудов мозга.
2. Инсульт вследствие унилатеральной фокальной церебральной артериопатии детства.
3. Инсульт вследствие билатеральной церебральной артериопатии детства.
4. Инсульт вследствие аорто-цервикальной артериопатии.

5. Кардиоэмболический инсульт.
6. Инсульт вследствие другой установленной или неустановленной этиологии.
7. Мультифакториальный инсульт.

Клиника

Клиническая картина АИИ представлена преимущественно очаговыми симптомами и зависит от вовлечённого в патологический процесс артериального бассейна. Вместе с тем для детского АИИ характерна выраженность общемозговых симптомов (обычно в виде изменения сознания). Кроме того, для детского возраста типичен длительный период (до 6-8 недель) неустойчивости клинической симптоматики с момента дебюта заболевания.

Диагностика

Анамнестические данные должны включать сведения об этнической принадлежности больного, наличии у него до развития инсульта болезни крови, врождённой патологии сердца, травмы головы или шеи, недавней инфекции, системного аутоиммунного заболевания. Также важна информация о семейном анамнезе в отношении ранних (у лиц моложе 50 лет) инсультов, инфарктов и других тромботических событий.

Для оценки тяжести неврологического дефицита в остром периоде используется шкала PedNIHSS (R.N.Ichord et al., 2011).

По прошествии острого периода инсульта для оценки клинической симптоматики используется шкала PSOM (G.deVeber et al., 2000).

Неконтрастная компьютерная томография (КТ) является методом выбора для быстрой ориентировочной диагностики в условиях приёмного отделения. Однако поскольку при ишемическом инсульте КТ часто не изменена в первые 12 часов (M.Brazzelli et al., 2009), данный метод целесообразно использовать в случаях невозможности проведения магнитно-резонансной томографии головы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) признана золотым стандартом диагностики ишемического инсульта у детей в силу высокой чувствительности и специфичности. Чувствительность МРТ в отношении выявления ишемических очагов колеблется от 73% при использовании в первые 3 часа от дебюта симптомов инсульта до 100% через 12 часов (M.Brazzelli et al., 2009). Использование диффузно-взвешенного режима обязательно, поскольку позволяет выявлять ишемию и инфаркт на самых ранних сроках. Режим ангиографии используется для выявления аномалий крупных сосудов – позвоночных, основной, внутренней сон-

ной артерии и первых сегментов передней, средней и задней мозговой (J.C.Jennette et al., 2007; W.Küker, 2007). Контрастное усиление необходимо при подозрении на воспалительный характер артериопатии. При невыявлении патологии артерий после контрастного усиления и в режиме МР-ангиографии в случае подозрения на аномалии артерий среднего калибра показана **стандартная ангиография**. Патология артериол диагностируется только на основании биопсии мозга (W.Küker, 2007).

Для оценки динамики ишемического очага и артериопатии нейровизуализация проводится не менее 3 раз: в остром периоде, через 3-4 месяца и через 6 месяцев.

При подозрении на экстракраниальную артериальную диссекцию используется цервикальная МР-ангиография и **ультразвуковая доплерография** магистральных артерий головы.

Эхокардиография необходима для исключения патологии полостей и клапанного аппарата сердца.

Электрокардиография необходима для идентификации пароксизмальных на-

рушений ритма сердца, провоцирующих кардиоэмболию и гемодинамический инсульт.

Электроэнцефалография показана при эпилептических приступах в остром периоде и в любом случае по прошествии острого периода для прогноза по эпилепсии.

Лабораторное исследование

В условиях приёмного/реанимационного/неврологического отделения в первые 48 часов необходимы: клинический анализ крови (идентификация возможной анемии, тромбоцитоза/тромбоцитопении и острофазовых показателей воспаления); коагулограмма (идентификация протромботического состояния); уровень железа сыворотки крови (идентификация железодефицита, ассоциированного с анемией); лекарственный скрининг мочи при подозрении на отравление симпатомиметиками.

По прошествии 48 часов исследование может быть дополнено анализом ликвора (исключение метаболической патологии, воспаления); скринингом на метаболические расстройства; электрофорезом гемоглобина (исключение гемоглобинопатии); определением профиля комплемента, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, антифосфолипидных антител, волчаночного антикоагулянта при подозрении на иммуновоспалительное заболевание; повторной коагулограммой и генетическим скринингом на врождённую тромбофилию; обследованием на ВИЧ, цитомегаловирус.

Дифференциальный диагноз

Поскольку начальные симптомы ишемического инсульта довольно неспецифичны (остро возникший неврологический дефицит в виде гемипареза, судороги, изменённое сознание), требуется исключение большого круга заболеваний, проявляющихся подобным образом.

Самым часто встречающимся симптомом АИИ является остро возникший гемипарез: встречается в 77% случаев артериального ишемического инсульта у детей старше года и в 45,5% случаев у детей до года. Однако, кроме инсульта, острым гемипарезом могут проявляться также следующие заболевания: опухоль мозга с псевдоинсультным течением, черепно-мозговая травма, энцефалит, постиктальное состояние, гемиплегическая мигрень, рассеянный склероз, конверсионное расстройство (псевдопарез), MELAS.

Судороги являются вторым по частоте встречаемости проявлением инсульта и встречаются в 10,8% случаев АИИ у детей старше года и в 45,5% случаев у детей

до года (J.A.Zimmer et al., 2007). Обычно судороги имеют фокальный характер и сопровождаются очаговыми симптомами. Соответственно, перечень заболеваний, требующих дифференциальной диагностики, близок к таковому при остром гемипарезе (исключение – рассеянный склероз). Изменение сознания (обычно угнетение) в среднем встречается в 11,8% всех случаев заболевания. Изолированное изменение сознания, так же как генерализованные судороги, помимо ишемического инсульта требует исключения: травмы головы, эпилепсии, метаболических заболеваний, отравления, геморрагического инсульта, тяжёлого инфекционного заболевания (M.Meredith et al., 2012).

Терапия

Острый период. В остром периоде терапия включает обычно коррекцию повышенного внутричерепного давления, лихорадки, судорожного синдрома, нарушений водного и электролитного баланса по общим принципам (ГОСТ Р 52600.5 – 2008). Использование тромболитика для лечения острого инсульта в детском возрасте имеет значительные ограничения. Известно, что всего у 2% больных (15 человек из 687), зарегистрированных в международном педиатрическом исследовании по детскому инсульту (IPSS), использовалась альтеплаза. Результаты тромболитической терапии признаны плохими: 2 пациента умерли, у 12 больных сохраняется неврологический дефицит, в 4 случаях зарегистрировано внутричерепное кровоотечение (C.Amlie-Lefond et al., 2009). Столь неутешительные данные связывают, прежде всего, с невозможностью введения тромболитика в первые 3-6 часов от развития симптомов. Позднее начало лечения, в свою очередь, обусловлено значительной задержкой диагностики детского АИИ. Средний срок верификации диагноза в развитых странах составляет от 22,7 (J.Srinivasan et al., 2009) до 35,7 ч (L.V.Gabis et al., 2002). По нашим данным, в России этот показатель составляет 62,4 дня (И.Комарова, 2014).

Восстановительный период. В восстановительном периоде и периоде остаточных явлений проводится посиндромная терапия в зависимости от ведущей клинической симптоматики.

Терапевтические воздействия, направленные на коррекцию двигательных расстройств, должны включать различные методики тренировки мышц. Для коррекции спастичности из всех препаратов предпочтителен ботулотоксин А. Однако его целесообразно использовать для уменьшения мышечного тонуса и улучшения функционирования конечностей только в комплексе с методами физической реабилитации. Для профилактики контрактур и улучшения походки целесообразно использовать ортезы (R.Baker et al., 2002; V.Ganesan et al., 2004).

Для коррекции соматосенсорных нарушений целесообразно использовать чередование различных воздействий: электроимпульсная терапия, микроволновая резонансная терапия, массаж, гидромассаж, иглотерапия. Однако эффективность указанных вмешательств не является строго доказанной.

Речевые нарушения сохраняются у 25% больных (И.Комарова и соавт., 2012). Кроме того, дети с постинсультной гемиплегией демонстрируют значимые эмоциональные сложности и нарушение поведения (агрессивность, эмоциональная лабильность, дисфория, депрессия). Примерно треть родителей отмечают изменения поведения детей после инсульта (V.Ganesan et al., 2000). Зачастую эмоциональные и поведенческие расстройства существуют параллельно нераспознанным когнитивным, речевым и коммуникативным нарушениям, усугубляя их (V.Ganesan et al., 2004). Учитывая вышеизложенное, в программу реабилитации больных нужно включать логопедическую и психотерапевтическую коррекцию. Лечение ноотропами целесообразно рассматривать как дополнение к немедикаментозным методикам.

Симптоматическая эпилепсия встречается у 25-30% больных (J.C.Lee et al., 2009). Противосудорожная терапия назначается по общим принципам лечения больных симптоматической эпилепсией.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика АИИ у детей должна проводиться в соответствии с международными рекомендациями, опубликованными в 2008 г. – Management of Stroke in Infants and Children (MSIC). Ниже приведены основные положения MSIC.

Рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта у детей MSIC

Использование ацетилсалициловой кислоты (АСК).

1. АСК целесообразно использовать для вторичной профилактики ишемического инсульта у детей, но не в случаях: серповидно-клеточной анемии; высокого риска повторных тромбоэмболий; тяжёлого гиперкоагуляционного заболевания.

2. Начальная доза АСК составляет 3-5 мг/кг/день.

3. При наличии дозозависимых побочных эффектов доза должна быть снижена до 1-3 мг/кг.

4. Для снижения риска развития синдрома Рея у детей, принимающих АСК, целесообразно проводить вакцинацию против ветряной оспы и ежегодную вакцинацию против гриппа. На время заболевания ветряной оспой или гриппом должна быть рекомендована отмена АСК.

Длительность терапии АСК составляет 3-5 лет. В случаях высокого риска повторного инсульта лечение может быть продолжено.

Использование гепарина и низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

1. Долговременное использование НМГ рекомендуется у больных с существенным риском повторной сердечной эмболии и отдельными гиперкоагуляционными состояниями.

2. Для определения дозы НМГ рекомендуется использовать протокол, разработанный Monagle et al. (2004).

3. Назначение гепарина или НМГ целесообразно в течение 1 недели инсульта, пока идёт диагностическая работа по определению причин заболевания.

4. Контроль дозы НМГ осуществляется по уровню антифактора Ха (МЕ/мл): целевой уровень 0,5-1,0 МЕ/мл.

Гепарин является препаратом выбора, когда ожидается возможность быстрого блокирования антикоагуляции. Назначение и контроль гепаринотерапии проводится по протоколу A.D.Michelson et al. (1995).

В соответствии с рекомендациями MSIC (2008) при уверенности в отсутствии интракраниальной локализации ЦАД и внутричерепной геморрагии до выяснения причин тромбоза в течение 1 недели стартовать вторичная профилактика у детей с ишемическим инсультом должна включать НМГ или нефракционированный гепарин. Подобная тактика обусловлена тем, что, в отличие от взрослых, в детском возрасте имеется высокая вероятность выявления экстракраниальной церебральной артериальной диссекции, недиагностированного порока сердца и гиперкоагуляционных состояний. Гепарины предпочтительны для кратковременной антикоагуляции. В случае необходимости длительной терапии целесообразен переход на пероральные антагонисты витамина К (варфарин).

Использование варфарина.

1. Варфарин рекомендуется для долгосрочной антикоагулянтной терапии у больных с риском кардиальной эмболии, при церебральной артериальной диссекции и отдельных гиперкоагуляционных состояниях.

2. Для определения дозы рекомендуется использовать протокол, разработанный A.D.Michelson et al.

Варфарин является альтернативой НМГ при необходимости длительной антикоагуляции. Антикоагулянтный эффект варфарина проявляется через 36-72 часа после начала терапии. Из-за низкого содержания витамина К в грудном молоке у детей, находящихся на грудном вскармливании, дозирование препарата представляет существенные трудности. Данные об эффективности препарата у детей крайне малочисленны, сравнительные исследования варфарин/АСК отсутствуют, однако, учитывая этиологическую структуру детских инсультов, использование варфарина представляется перспективным. Данных о безопасности длительного лечения варфарином у детей мало. По результатам P.Monagle (2004), частота больших кровотечений у больных с протезированными клапанами сердца составляет не более 3,2% в год. Риск кровотечений у больных ишемическим инсультом в детском возрасте пока не установлен. Одним из возможных осложнений является деминерализация костей. При использовании варфарина принято придерживаться «взрослой» тактики, то есть контролировать введение препарата измерением международного нормализованного отношения (МНО). Целевой уровень МНО при лечении варфарином: 2,0-3,0.

Использование других медикаментозных и немедикаментозных методов вторичной профилактики зависит от выявленных факторов риска и проводится либо одновременно с базовыми антитромботическими препаратами, либо в их отсутствии.

Ведение больных в зависимости от выявленных этиологических факторов

Рекомендации по ведению больных с гиперкоагуляционными состояниями

1. У больных ишемическим инсультом рекомендуется проводить поиск протромботических аномалий, даже при идентификации других этиологических факторов.

2. Подросткам, перенёсшим АИИ, не рекомендуется пользоваться пероральными противозачаточными препаратами.

3. Рекомендуется измерение уровня гомоцистеина у всех больных. При высоком уровне гомоцистеина рекомендуется снижение данной аминокислоты в плазме крови; для этого используются фолиевая кислота, витамины В₆ и В₁₂.

4. Скрининг на тромбофилию должен быть предложен всем членам семьи пациента, перенёсшего АИИ, у которого установлен один или несколько тромбофилических факторов риска.

5. Скрининг на тромбофилию должен быть предложен матери больного, перенёсшего ante-, intra- и неонатальный инсульт, даже если все тесты на тромбофилию у новорождённого отрицательные.

Рекомендации по тактике ведения больных серповидно-клеточной анемией

1. Терапия острого периода инсульта вследствие серповидно-клеточной анемии (СКА) должна включать достаточную регидратацию, коррекцию гипоксемии и артериальной гипотензии.

2. Больным СКА 2-16 лет с плохими показателями транскраниальной доплерографии рекомендуются периодические переливания крови для уменьшения содержания аномального гемоглобина.

3. Больным СКА, перенёсшим ишемический инсульт, рекомендуются регулярные переливания эритроцитарной массы в сочетании с мерами, предотвращающими перегрузку железом.

4. Если больным планируется выполнение катетерной ангиографии, перед указанной процедурой рекомендуется гемотрансфузия для уменьшения доли аномального гемоглобина в крови.

5. В остром периоде инсульта рекомендуется заменное переливание крови с целью снижения содержания аномального гемоглобина до 30% от общего количества гемоглобина.

6. При невозможности повторных переливаний крови показана терапия гидроксимочевинной.

7. У больных СКА целесообразна трансплантация костного мозга.

8. Хирургическая реваскуляризация может быть показана больным с персистирующей цереброваскулярной дисфункцией, несмотря на консервативное лечение.

Рекомендации по тактике ведения больных с кардиологической патологией

1. Рекомендуется коррекция пороков сердца, особенно сложных, с целью уменьшения риска кардиогенной эмболии. Эта рекомендация не относится к открытому овальному окну.

2. При выявлении миксомы предсердия рекомендуется её резекция.

3. Для больных с кардиальной эмболией, не связанной с открытым овальным окном, у которых существует высокий риск повторной эмболии, рекомендуется использование антикоагулянтов (гепарина или НМГ с пролонгацией варфарином или НМГ).

4. У больных с кардиальной эмболией целесообразно проводить терапию антикоагулянтами как минимум 1 год или до коррекции кардиального дефекта. Если после этого риск кардиальной эмболии всё же остаётся высоким, антикоагулянтная терапия продолжается неопределённо долго.

5. У больных с подозреваемой кардиогенной эмболией, не связанной с открытым овальным окном, с низким/неизвестным риском инсульта рекомендуется терапия АСК в течение 1 года.

6. При больших дефектах межпредсердной перегородки рекомендуется хирургическое или катетерное их закрытие. Эта рекомендация не относится к пациентам с открытым овальным окном.

7. У пациентов с протезированными клапанами и эндокардитом, которые получают антикоагулянты, целесообразно продолжение антикоагулянтной терапии.

8. Терапия антикоагулянтами не реко-

мендуется у пациентов с эндокардитом с непротезированными клапанами.

9. Хирургическое удаление рабдомиомы не является необходимым в отсутствие клинической симптоматики и инсульта в анамнезе.

Рекомендации по тактике ведения больных с болезнью/синдромом мой-мой

1. Для уменьшения риска инсульта рекомендуется использование различных техник реваскуляризации хирургии.

2. Непрямые сосудистые анастомозы предпочтительнее у маленьких детей из-за небольшого калибра сосудов у них; прямые анастомозы рекомендуется использовать у старших.

3. Показания для оперативного лечения: прогрессирование клинических симптомов ишемии мозга или параклинические признаки неадекватной перфузии мозговой ткани.

4. Транскраниальная доплерография целесообразна для обследования и контроля за состоянием сосудов мозга у больных мой-мой.

5. В послеоперационном периоде необходимо особое внимание обращать на качественное обезбоживание, контроль температуры тела и артериального давления.

6. АСК целесообразно назначать в послеоперационном периоде или у пациентов, у которых не планируется хирургическое лечение.

7. Терапия антикоагулянтами не рекомендуется больным мой-мой из-за высокого риска кровоизлияний, кроме пациентов с частыми транзиторными ишемическими атаками и многократными инсультами, у которых оказались неэффективными АСК и оперативное лечение.

Рекомендации по тактике ведения больных с церебральной артериальной диссекцией (ЦАД)

1. Больным с экстракраниальной локализацией ЦАД рекомендуется терапия гепарином или низкомолекулярными гепаринами с переходом на варфарин.

2. Продолжительность терапии антикоагулянтами должна составлять 3-6 месяцев. Продолжение антикоагулянтной терапии более 6 месяцев целесообразно у больных с повторной ЦАД. При сохранении после 6 месяцев остаточных признаков поражения сосудов по данным нейровизуализации рекомендовано продолжение терапии антитромбоцитарными препаратами.

3. При персистирующих клинических симптомах ЦАД и неэффективной медикаментозной терапии рекомендовано хирургическое лечение.

4. Антикоагулянты не рекомендованы больным с внутричерепной локализацией диссекции церебральных сосудов и при субарахноидальном кровоизлиянии вследствие ЦАД.

Рекомендации по тактике ведения больных с церебральным васкулитом

Определённые рекомендации по ведению больных инсультом вследствие церебрального васкулита в настоящее время отсутствуют. По мнению экспертов, при большинстве системных васкулитов, первичном изолированном ангиите ЦНС показаны кортикостероиды и цитостатики. При инсульте вследствие церебрального васкулита целесообразно назначать иммуносупрессивную терапию, если заболевание прогрессирует в течение более 3 месяцев (J.Ng et al., 2011). Хирургическое лечение может быть эффективным при артериите Такаюсу.

Прогноз

По данным IPSS (2009), неврологический дефицит после АИИ сохраняется у 74% больных, 3% больных умирают в остром периоде (Fox CK et al., 2010). Повторные эпизоды нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу встречаются в среднем у 21,6% пациентов (G. deVeber, 2000). При наличии нескольких факторов риска этот показатель достигает 42%, при наличии единственного фактора – 8%. Предикторами неблагоприятного прогноза являются судороги в остром периоде и повреждение более 10% мозговой ткани по данным МРТ.

(Окончание следует.)

Ирина КОМАРОВА,
доцент кафедры неврологии
детского возраста.

Валерий ЗЫКОВ,
заведующий кафедрой неврологии
детского возраста,
профессор.

**Российская медицинская академия
последипломного образования.**

Через год наша страна будет отмечать 70-летие победы над фашизмом. Однако не следует забывать, что истоки этой победы были заложены в «бескрайних монгольских просторах, где степь обнимает реку». Там, в августе 1939 г. на берегах реки Халхин-Гол Красная армия, защищая вместе с монгольскими солдатами территорию Монгольской Народной Республики, нанесла крупное поражение вторгшимся на её территорию войскам милитаристской Японии. Как показали последующие исторические события, для СССР это была первая репетиция применения вооружённых сил на современном для того времени театре военных действий, о котором задолго до этого военные теоретики Европы говорили как о будущей «войне моторов».

Бои на Халхин-Голе оказались суровым испытанием не только для солдат и командиров Красной армии, но и для её санитарной службы. В отличие от вооружённого конфликта у озера Хасан, состоявшегося за год до описываемых событий, условия работы военных медиков на территории Монголии были значительно хуже. Прежде всего это было связано с ведением активных боевых действий в самый жаркий и засушливый для Монголии период: с конца мая по сентябрь. Жара, постоянный дефицит воды, поначалу далёкое от фронта расположение полевых госпиталей утяжеляли не только состояние раненых, доставляемых с передовой, но и работу врачебного персонала, особенно тех, кто был мобилизован из гражданских лечебных учреждений. Вместо привычных операционных приходилось работать в палатках, в степи, под обстрелом японской артиллерии и неоднократными бомбёжками японской авиации. «Каждый раз японцы начинали бомбёжку в три часа ночи. У меня от страха прямо заходило сердце, а ленинградский хирург, профессор Ахутин М.Н., видя моё состояние, ободрял меня, даже старался развлечь. «Машенька! — кричит бывало. — Беги за мной, вместе воевать веселее»... При бомбёжках рядом с ним страх как-то уменьшался» (Из воспоминаний операционной сестры М.Г.Григорьевой).

Опасность подстерегала и в открытой степи. «Был большой бой в районе озера Буир-Нур, и нас, нескольких медсестёр, послали на грузовой автомашине оказать помощь раненым. По дороге за нами погнался японский самолёт. Думали, уже конец, ведь японские лётчики даже если видели в степи одинокого человека, гонялись за ним. К нашему счастью, на обочине дороги оказались специальные ровики для укрытия машин и щели, где можно спрятаться людям. Наш шофёр заехал в такой ровик. Мы посыпались из грузовика как горох, а самолёт обстрелял нас сверху... Страшное это дело — война» (Из воспоминаний операционной сестры М.Г.Григорьевой).

Оперировать приходилось как в армейских палатках, так и в приспособленных под полевые госпитали саманных сараях. «Раненые лежали на земле, на соломе. Привозили их измученных, заросших, грязных... А мы едва успевали обрабатывать раны, делать противовоспалительные уколы. Медикаментов и бинтов не хватало. Почему-то в нашем госпитале не было санитаров мужчин, и нам, слабосильным девочкам, приходилось переносить раненых. Работали буквально день и ночь. Хирурги-профессора

М.Н.Ахутин и Н.Н.Еланский не отходили от операционных столов по 15-18 часов в сутки» (Из воспоминаний операционной сестры М.Г.Григорьевой).

Самопожертвование советских хирургов была таково, что, например, М.Н.Ахутин, дабы не терять время на поиски донора отдал необходимое количество собственной донорской крови раненому командиру, после чего вновь вернулся к операционному столу. Он писал: «Молодёжь, работники санитарной служб всех рангов, показали себя пламенными патриотами своей родины и в массе своей хорошими хирургами и организаторами».

рейс брал 16-18 человек тяжело раненых на носилках и 10-12 человек сидячих. В дальнейшем санитарная авиаэскадрилья была усилена более вместительными транспортными самолётами Ли-2. Помимо того, медицинская служба 703-й авиабазы, размещённой в Монголии около города Баин-Тумен (ныне город Чойбалсан), организовала госпиталь как около своего аэродрома, так и на базе монгольского госпиталя в городе Тамцак. Именно на аэродром Баин-Тумена прибывали для оказания медицинской помощи красноармейцам ведущие медицинские специалисты СССР — профессора Н.Н.Еланский,

больницы В.А.Кохановский, дарование и высокую хирургическую технику которого высоко ценил М.Н.Ахутин. В числе спасённых бойцов был и будущий Герой Советского Союза И.И.Крюков. «Как будто никто не нарушает спокойствия священного хирургического места — операционной. Работа идёт, но сколько требуется сил, самообладания внешнего, да и внутреннего, я бы сказал, спокойствия, чтобы оперировать под бомбёжкой», — так писал о В.А.Кохановском его коллега военврач Комиссаров. Начальником хирургического отделения армейского госпиталя в Улан-Баторе работала врач-хирург

приученный, Семь ночей продержался под нашим огнём. Самый храбрый солдат — я узнал его осенью, Когда мы возвращали их пленных домой, И за цепью барханов, за дальнею просинью Виден был городок с гарнизонной тюрьмой. Офицерскими долгими взглядами встреченный Самый храбрый солдат — здесь нашёлся такой, Что печально махнул нам в бою искалеченной, Нашим лекарем вылеченною рукой».

Было

Оружием их было милосердие

Медики во время боёв на Халхин-Голе



Погрузка раненого на санитарный самолёт Ли-2, Халхин-Гол, 1939 г.

Роль медицинской службы для воина хорошо понимал и командующий советскими войсками на Халхин-Голе Г.К.Жуков, который позднее писал: «...боец, идя в бой, всегда должен быть уверен, что, если он погибнет, его вынесут товарищи, будет ранен — вылежат».

Особую роль в оказании медицинской помощи раненым на Халхин-Голе сыграла санитарная авиация. Вначале она состояла из эскадрильи самолётов ТБ-3, каждый такой самолёт за один

М.Н.Ахутин, В.В.Гориневская, С.С.Гирголав, Н.И.Колесников и другие.

Впрочем, основной костяк медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь красноармейцам и монгольским цирикам в боях у реки Халхин-Гол, составили специалисты, работавшие до этого в больницах Забайкалья. Так, с мая 1939 г. начальником автохирургического отряда, работавшим в Монголии, был заведующий хирургическим отделением Читинской областной

Т.А.Корчагина, награждённая орденом Монгольской Народной Республики «Золотая Звезда» и советской медалью «За отвагу». Операционной сестрой в 333-м медсанбате работала Л.А.Федотова, награждённая медалью «За боевые заслуги». Проводил противоинфекционные мероприятия и оказывал медицинскую помощь награждённый орденом «Красная Звезда» военный врач-инфекционист Е.Д.Петряев, в будущем кандидат биологических наук, писатель и краевед Забайкалья.

Основной поток тяжёло раненых солдат из Монголии принимал на себя расположенный в Чите 321-й военный госпиталь, где работали только два хирурга — А.А.Казанский и М.Н.Погорелов. За сутки сюда поступало до 300 человек. Общее число коек доходило до 1800. За весь период военных действий через госпиталь прошло около 11 тысяч раненых и больных.

Несмотря на то, что боевые действия закончились 5 сентября, полевые госпитали работали до ноября месяца, когда уже наступили осенние холода. При этом медицинские работники ютились в продуваемых всеми ветрами палатках на носилках, а чтобы как-то согреться наливали в таз денатурат и поджигали. Пришлось советским медработникам оказывать помощь как японским военнопленным, так и вернувшимся по обмену из плена нашим соотечественникам, которые в отличие от японских солдат выглядели «исхудавшими, измождёнными, почерневшими». Что же касается оценки милосердия советских медиков солдатами противника, то об этом хорошо написал очевидец эпизода обмена военнопленными, великий советский поэт Константин Симонов, бывший в то время военным корреспондентом на Халхин-Голе, в стихотворении «Самый храбрый»:

«Самый храбрый солдат — не тот, кто безводьем измученный, Мимо нас за водою карабкался днём, И не тот, кто в боях к равнодушию

Боевые действия на реке Халхин-Гол имели важное значение для дальнейшего реформирования советской военной медицины, что особенно было важно на фоне надвигающейся новой мировой войны. Опыт работы наших медиков во время вооружённого противостояния на реке Халхин-Гол выявил необходимость пересмотра ряда положений, например, организации терапевтической помощи в условиях боевой деятельности войск. По этому поводу главный хирург Красной армии М.Н.Ахутин писал: «Сейчас для нас совершенно ясно, что в войсковом районе нам нужны терапевты не столько в качестве помощников хирургов при операциях, сколько прежде всего в качестве полноценных терапевтов — специалистов, умеющих в труднейших условиях стационара ДМП лечить пневмонии у тяжело раненных в живот и в грудь, хорошо знающих уход за тяжело ранеными». Следствием этого явилось появление нового направления в военной терапии — висцеральной патологии у раненых. На Халхин-Голе подтвердило «право на жизнь» разработанное профессором М.Н.Ахутиным ещё во время боёв у озера Хасан этапное лечение раненых на войне, благодаря чему уменьшались сроки лечения и была сокращена транспортировка на дальние расстояния. В медико-санитарных батальонах, которые развёртывали дивизионные медицинские пункты на Халхин-Голе, было прооперировано 7,2% общего числа раненых, тогда как в Первую мировую войну на аналогичных этапах медицинской эвакуации число оперируемых составляло 1-3%. Такая организация помощи раненым позволила превратить медико-санитарные батальоны в центры хирургической работы войскового района. Этот опыт М.Н.Ахутина получил общее признание и во время Великой Отечественной войны.

Павел САВИЛОВ,
врач анестезиолог-реаниматолог
Тамбовской ЦРБ,
доктор медицинских наук,
победитель литературного конкурса
им. М.А.Булгакова «МГ» 2013 г.

А ещё был случай

Валентин Сергеевич Обиходов был моим первым заведующим в Москве. Я пришёл к нему в отделение хирургии Московской бассейновой больницы интерном из 2-го Меда.

В работе Валентин Сергеевич, как мне показалось, больше доверял мужчинам – не очень верил в успешность в хирургии женщин. Я прошёл тест на порядочность (делился сувенирами от больных) и на стойкость (коньяку после операции попробовать тоже мог). И был принят в отделение поточески. Сначала он брал меня на свои операции, потом стал ставить меня оператором, а наших дам – в ассистенты. Ассистировать сам он не любил, говорил, что руки не привыкли бездействовать, и всегда учил: «Хочешь нейтрализовать сверхактивного ассистента – дай ему в руки крючки».

Оперировали мы много. По меркам ведущих институтов, может, не бог весть что, но операционная не простаивала. Резекции желудка, холецистэктомии, вся хирургия кишечника, включая аппендэктомии и удаление опухолей, флебэктомии, а ещё все виды операций на молочной железе, на суставах. Не говоря уже о таких мелочах, как липомы, атеромы. И даже пытались заниматься пластикой при венозных трофических язвах.

Самое главное – все трудились с воодушевлением, домой никогда никто не торопился. Искали в литературе описания различных модификаций операций. Боролись за лучший койко-день, за отсутствие осложнений. Писали дневники, истории болезней, готовили выписные эпикризы, всё вручную, без персональных компьютеров естественно.

Была любовь к хирургии и хирургическое братство. Как у мушкетёров. Если кто-то по каким-то причинам должен был отсутствовать на работе, его всегда подменяли. Каждый знал – ему помогут точно так же.

А заведующий наш был отличный человек. За рюмкой коньяку он любил вспоминать молодые годы, то есть военные. О том времени он мог говорить часами. Рассказывал живо. Особенно про взаимоотношения молодых советских

Ноу-хау



офицеров и молоденьких немецких девушек. «Однажды, – рассказывает, – приходят ко мне из штаба молодые ребята-офицеры. Идём, говорят, с нами в ресторанчик на углу. Будут местные девушки. А я им – устал после дежурства в медсанбате, раненых было полно, хочу отдохнуть, идите без меня». А через час прямое попадание бомбы в этот угол дома, и ресторан разнесло полностью. «Пошёл бы с ними, не сидел бы сейчас с тобой». И эту фразу я слышал от него ещё несколько раз, видно, очень потрясло тогда молодого врача влияние судьбы, которая спасла его, но погубила его товарищей.

Однажды оперировали мы толстую кишку, и Валентин Сергеевич предложил изолировать конец удаляемой петли очень просто – с помощью презерватива. А где их взять в хирургическом стационаре? Решили послать в аптеку за углом, на улицу Осипенко, нашу операционную санитарку. Это была интеллигентная дама лет 70.

У нас в отделении были колоритные санитарки, ещё одна была примерно такого же возраста, но из другого житейского круга. Она «смолила» сигарки, плевала сквозь зубы, отводя сигарку пальчиками в татуировках. И хрипела низким басом моему приятелю Лёше Печникову, который жаловался ей на несправедливость: «Лёха! Плюнь и

обозлись!» Лёха как человек интеллигентный позволить себе плевать никак не мог, и особой злости на его вечно весёлом и остроумном лице я никогда не замечал.

Ну так вот, в тот операционный день была отправлена в аптеку вторая наша санитарка – интеллигентная дама, с поручением сделать это как можно быстрее, ибо больной в наркозе и мы простаиваем. Она вернулась минут через пятнадцать, раскрасневшаяся, передала нам презервативы и в волнении рассказала, в какой позор мы её ввели: «Вбегаю в аптеку, а там очередь. Я с порога кричу: «Мне пачку презервативов, срочно, у меня операция задерживается!» Все так вежливо расступились, а пару человек начали хихикать. Представляете, что они обо мне подумали?!» Мы стали её успокаивать и убеждать, что при её прекрасном внешнем виде всё выглядело вполне прилично. А для операции такое «ноу-хау» (в то время, конечно, этого «термина» никто не знал) оказалось очень полезным.

Григорий КАРМАЗАНОВСКИЙ,
заведующий отделом лучевых
методов диагностики и лечения
Института хирургии
им. А.В.Вишневского,
профессор,
лауреат премии Правительства РФ
в области науки и техники.

Сокровенное

Фёдор БАРАНЦЕВ

Похолодание

Замёрзли апельсины на лотке,
Ещё с ночи заledenели лужи.
Прояснило, лишь дымка вдалеке.
И город южный охватила стужа.

Привычный день теперь уже недолог.
Где не ступи – повсюду гололёд,
И на две ставки местный травматолог
Гипсует, оперирует и шьёт.

ОБ АВТОРЕ. Фёдор Баранцев с отличием окончил военно-медицинский факультет Саратовского мединститута в 1981 г. Генеральный директор – главный врач ЗАО «Санаторий «Родник» г. Кисловодска. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Фотоконкурс «МГ»



Ожидание

Фото Кирилла АРТЁМЕНКО,
врача детской областной клинической больницы.

Белгород.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																																																									
Метод	Памидроновая кислота	Баскетболист	Амер. певица	Франц. естествоиспытатель	Диалект	Куропаточья трава	Пьеса Андреева	Очень (разг.)																																																																																																																																																																																																	
		Малая планета			Низкий голос	Торемифен	Ян ... Коменский	"Белые ...", Достоевский	Шахматная	"... Манлий", Вивальди	Приток Дуная	Врач																																																																																																																																																																																													
Неглупо	Довод, смысл			Шест с крючком				Зачаток побега			Липатов																																																																																																																																																																																														
		Спор	Невольник	2 сапога	Город, Нижегород. обл.	Обманчивый призрак			Англ. врач																																																																																																																																																																																																
Сапфирин	Положить под ...		Егип. бог-бык			Хвойные деревья	Строит. материал	Таблетки, просуда			Гадающие карты																																																																																																																																																																																														
			Актриса ... Ильм		Вопросник		До, ..., ми																																																																																																																																																																																																		
Пастушковый журавль	Сухая старика		Блеск, сияние			"Угроза", реж.																																																																																																																																																																																																			
Автор Валерий Шаршуков	... свет ... заря	Биополе			Кувшинка																																																																																																																																																																																																				
										<table><tr><td>Г</td><td>Р</td><td>А</td><td>А</td><td>Ф</td><td></td><td>В</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>С</td><td>В</td><td>Е</td><td>Л</td><td>М</td><td>Е</td><td>Н</td></tr><tr><td>С</td><td></td><td>Ш</td><td></td><td>Р</td><td>А</td><td>П</td><td>С</td><td></td><td></td><td>Б</td><td>А</td><td>Л</td><td>А</td><td>Р</td><td>П</td><td>А</td><td>Н</td><td>Е</td><td>А</td><td>Е</td></tr><tr><td>М</td><td>А</td><td>Ч</td><td>Е</td><td>Т</td><td>Е</td><td>Р</td><td>Е</td><td>И</td><td>Д</td><td>Л</td><td>Р</td><td>У</td><td>О</td><td>Р</td><td>А</td><td>Е</td><td>К</td><td></td><td></td></tr><tr><td>О</td><td></td><td>Л</td><td></td><td>Г</td><td>Р</td><td>О</td><td>Г</td><td>Ж</td><td>О</td><td>Л</td><td>Ь</td><td>Т</td><td>А</td><td>М</td><td>Т</td><td>А</td><td>М</td><td>Б</td><td>О</td><td>Т</td></tr><tr><td>К</td><td>О</td><td>В</td><td>Ь</td><td>А</td><td>К</td><td>О</td><td>Б</td><td>О</td><td>Е</td><td>О</td><td>М</td><td>Ь</td><td></td><td>Ю</td><td>У</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Ч</td><td>А</td></tr><tr><td>И</td><td></td><td>А</td><td>К</td><td>С</td><td>Т</td><td>У</td><td>Л</td><td>У</td><td>С</td><td>С</td><td>А</td><td></td><td>П</td><td>О</td><td>З</td><td>О</td><td>Р</td><td>Т</td><td>И</td><td>Р</td></tr><tr><td>Н</td><td>А</td><td>К</td><td>Р</td><td>Ы</td><td>Г</td><td>О</td><td>Р</td><td>Р</td><td>А</td><td>Г</td><td>У</td><td>Ж</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Г</td><td>Т</td><td>П</td><td>Л</td><td>О</td><td>В</td><td>М</td><td>А</td><td>К</td><td>С</td><td>И</td><td>М</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>А</td><td>Н</td><td>Ь</td><td></td><td></td><td>А</td><td>В</td><td>А</td><td>Н</td><td>С</td><td>Б</td><td>У</td><td>Р</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										Г	Р	А	А	Ф		В						С	В	Е	Л	М	Е	Н	С		Ш		Р	А	П	С			Б	А	Л	А	Р	П	А	Н	Е	А	Е	М	А	Ч	Е	Т	Е	Р	Е	И	Д	Л	Р	У	О	Р	А	Е	К			О		Л		Г	Р	О	Г	Ж	О	Л	Ь	Т	А	М	Т	А	М	Б	О	Т	К	О	В	Ь	А	К	О	Б	О	Е	О	М	Ь		Ю	У	Н	Е	Ч	А	И		А	К	С	Т	У	Л	У	С	С	А		П	О	З	О	Р	Т	И	Р	Н	А	К	Р	Ы	Г	О	Р	Р	А	Г	У	Ж								Г	Т	П	Л	О	В	М	А	К	С	И	М	О									А	Н	Ь			А	В	А	Н	С	Б	У	Р	А					
Г	Р	А	А	Ф		В						С	В	Е	Л	М	Е	Н																																																																																																																																																																																							
С		Ш		Р	А	П	С			Б	А	Л	А	Р	П	А	Н	Е	А	Е																																																																																																																																																																																					
М	А	Ч	Е	Т	Е	Р	Е	И	Д	Л	Р	У	О	Р	А	Е	К																																																																																																																																																																																								
О		Л		Г	Р	О	Г	Ж	О	Л	Ь	Т	А	М	Т	А	М	Б	О	Т																																																																																																																																																																																					
К	О	В	Ь	А	К	О	Б	О	Е	О	М	Ь		Ю	У	Н	Е	Ч	А																																																																																																																																																																																						
И		А	К	С	Т	У	Л	У	С	С	А		П	О	З	О	Р	Т	И	Р																																																																																																																																																																																					
Н	А	К	Р	Ы	Г	О	Р	Р	А	Г	У	Ж																																																																																																																																																																																													
Г	Т	П	Л	О	В	М	А	К	С	И	М	О																																																																																																																																																																																													
	А	Н	Ь			А	В	А	Н	С	Б	У	Р	А																																																																																																																																																																																											
										Отвeты на сканворд, опубликованный в № 59 от 13.08.2014.																																																																																																																																																																																															