

Медицинская

25 августа 2017 г.
пятница
№ 63 (7781)

Газета®

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

Ориентиры

Летний отдых «дальнего следования»

ОАО «Российские железные дороги» развивает объекты детского оздоровления



Этим летом в оздоровительных лагерях РЖД отдохнуло больше детей, чем в предыдущие годы. Нынешний рекорд последних лет в цифрах «охвата» детей железнодорожников оздоровлением и отдыхом во время их организованного пребывания на загородных объектах холдинга – 56,2 тыс. человек – не стал неожиданностью.

Ещё зимой на заседании коллегии Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту вице-президент ОАО Дмитрий Шаханов заявил, что принято решение увеличить количество путёвок, которые получают на своих детей работники отрасли. Тогда же он как куратор кадровой и социальной сфер на стальных магистралях

В этом сезоне оздоровительные лагеря РЖД приняли рекордное количество детей

страны не без гордости сообщил: ребятшек примут все 65 оздоровительных учреждений, поставив таким образом точку в досужих разговорах о якобы запланированном компанией «сбросе с колёс» некоторых из них.

Впрочем, «сладкий пирог», припасённый одним из руководителей ОАО «РЖД» к разговору о детской оздоровительной компании за деловым столом с членами коллегии государственного надзорного органа, оказался «двухслойным». Железнодорожники объявили о намерении не только сохранить свои детские оздоровительные лагеря, но и значительно нарастить их ма-

териальную базу. Из обещанной беспрецедентной суммы в размере более полумиллиарда рублей до конца этого года под программу развития этих детских учреждений значительная часть уже направлена по назначению. Понятно, что на освоение этих средств, которое подразумевает, в том числе, выделение при необходимости дополнительных медицинских ставок, ремонт старых или строительство новых медпунктов, замену лечебно-диагностического оборудования, медицинского инвентаря и прочие мероприятия, понадобится время.

(Окончание на стр. 6.)



Дмитрий БОРДИН,
главный гастроэнтеролог
Департамента здравоохранения
Москвы, профессор:

Благодаря внедрению схем антихеликобактерной терапии заболеваемость язвой в столичном регионе снизилась на 73%, распространённость – на 60.

Стр. 5



Елена ЗАКЛЯЗЬМИНСКАЯ,
заведующая лабораторией
медицинской генетики Российского
научного центра хирургии
им. Б.В.Петровского,
доктор медицинских наук:

Генетические маркеры способны повысить точность прогноза и предупредить риск внезапной сердечной смерти.

Стр. 12-13



**Епископ Преображенский
и Находкинский Николай:**

Государственные и религиозные организации РФ осуществляют социальную работу во многих областях, направленных на укрепление духовного и физического здоровья граждан.

Стр. 15

Решения

«Скорая» на Сахалине обновляется

Сахалин дополнительно получит 18 автомобилей скорой помощи в этом году. Решение об этом принял губернатор, посетивший южно-сахалинскую станцию службы «Скорой медицинской помощи». Олег Кожемяко ознакомился с условиями работы учреждения, оценил его оснащение и встретился с коллективом.

Оказывая экстренную медицинскую помощь жителям Южно-Сахалинска и пострадавшим на трассах близ города, служба ежесуточно принимает от 180 до 250 обращений, рассказал главный врач Евгений Печеник. В постоянной готовности отправиться на вызов – 15 бригад и 25 единиц техники. Это автомобили, гусеничные вездеходы и снегоходы. Транспорт оснащён современным медицинским оборудованием – есть дефибрилляторы, электрокардиографы, аппараты искусственной вентиляции лёгких.

«Три автомобиля относятся к классу «С» – это настоящие мини-операционные, – отметил главный врач. – Они позволяют оказывать экстренную помощь людям в самых тяжёлых ситуациях. Здесь предусмотрены наркоточные аппараты, кардиомониторы, глюкометры, небулайзеры, реанимационные наборы».

По словам Е.Печеника, значительные средства выделяются на переоснащение службы, привлечение новых специалистов. Только за прошлый год для работников «скорой» в Южно-Сахалинске приобрели 29 квартир. Однако развиваться дальше

станции мешают стеснённые условия. В небольшом 2-этажном здании 60-х годов постройки и дополнительном корпусе сейчас работают 205 человек. Отдохнуть и восстановить силы в перерывах между выездами в течение 12-часовых смен они могут разве что в небольших и приспособленных для этого комнатах. У водителей – нет гаража, автотранспорт стоит на улице.

«Чтобы сразу решить эти проблемы принято решение о строительстве нового здания, – отметил глава региона. – Сейчас формируется техническое задание на подготовку проектно-сметной документации. Объект должен не только соответствовать всем современным требованиям, но и быть удобным для работников. Поэтому, считаю, они должны принять самое активное участие в этом процессе, высказав свои предложения».

Завершилась же встреча ещё одним приятным известием. В этом году Сахалин дополнительно получит 18 автомобилей скорой помощи. Из них 10 пополнят автопарк южно-сахалинской станции, 6 – отправят в районы, ещё 2 – для нужд санитарной авиации. Это будут машины с улучшенной комплектацией, оснащённые оборудованием и сразу готовые к работе. Кроме того, для санитарных нужд всех лечебных учреждений региона в 2017 г. приобретут ещё 33 автомобиля.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Перспективы

Онкологический центр вырастет в Калининграде

Ситуация в социальной сфере Калининградской области является благополучной. Такую оценку заслужил регион на совещании под руководством заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец.

Положительную оценку получили действия руководства региона по развитию ранней диагностики онкологических заболеваний, в особенности открытие центра женского здоровья в Калининграде, куда в результате грамотно организованной информа-

ционной кампании только за месяц обратилось более 10 тыс. женщин.

«Останавливаться на достигнутом не будем: необходимо выстроить систему ранней диагностики не только женской онкологии, но и других видов рака», – отметил глава Калининградской области Антон Алиханов.

«Мы сегодня обсуждаем перспективы строительства нового онкологического центра. Этот вопрос включён в бюджет Российской Федерации на 2018-2019 гг.», – сообщила О.Голодец.

Общая стоимость строительства онкологического центра оценивается примерно 4,5 млрд руб. Его сооружение будет вестись в рамках софинансирования федерального и регионального бюджетов в соотношении 77 на 23%.

В новом центре будет располагаться современная поликлиника, стационар на 200 коек, диагностическое отделение и отделение лучевой терапии, 6 операционных.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Новости

На первом месте —
пневмония и бронхит

По сообщению Минздрава России взрослые жители России чаще всего страдают от заболеваний органов дыхания, таких как пневмония и бронхит.

У пациентов в возрасте от 18 до 55 лет часто диагностируют пневмонию, острый ларингит, трахеит и бронхит. В минувшем году медики зафиксировали более 20,8 тыс. таких обращений на 100 тыс. человек. Та же ситуация характерна для пенсионеров — мужчин старше 60 лет и женщин старше 55.

Как пояснил главный специалист оториноларинголог Минздрава России Николай Дайхес, одна из причин такой уязвимости органов дыхания — недостаточное внимание российских граждан к своему здоровью.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

УЗИ с максимальной точностью

Новый УЗИ-аппарат с возможностью 3D- и 4D-моделирования установили в Республиканской клинической больнице Дагестана. Высокотехнологичное устройство, кроме всего прочего, позволяет с максимальной точностью визуализировать развитие плода у беременной женщины. Более подробно о том, как работает аппарат, рассказал лично министр здравоохранения республики Танка Ибрагимов. «С помощью данного УЗИ-аппарата можно проследить за движениями малыша, рассмотреть любые части тела, провести обследование внутренних органов, на ранних сроках выявлять серьёзные заболевания. Изображение передаётся на экран в режиме реального времени», — пояснил Т.Ибрагимов.

К слову, стоимость аппарата около 16 млн руб. На сегодняшний день это единственный подобный УЗИ-аппарат в государственных медицинских учреждениях региона. По словам специалистов больницы, ежедневно с его помощью проводится более 20 исследований.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА.

Махачкала.

Диспансеризация в Подмосковье
идёт по плану

С начала года диспансеризацию в Московской области прошли более 800 тыс. жителей, сообщила первый заместитель председателя правительства региона Ольга Забралова, это на 112 тыс. человек больше, чем за аналогичный период года минувшего.

— Из прошедших диспансеризацию 37% обследованных признаны практически здоровыми, 120 тыс. человек имеют факторы риска развития хронических заболеваний. У 387,2 тыс. жителей, почти половины обследованных, выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи. В результате диспансеризации впервые выявлено порядка 37,5 тыс. случаев болезней системы кровообращения, 3 тыс. случаев сахарного диабета, 1,7 тыс. случаев онкологических заболеваний, — пояснила спикер.

Наряду с этим она отметила, что в 2017 г. в подмосковных поликлиниках были организованы 24 рабочие субботы — единые дни диспансеризации, в ходе которых обследование прошли 76 тыс. жителей региона.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Московская область

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

События

У медиков Москвы
и Татарстана много общего

Это подтвердила торжественная встреча в столице России

В Московском международном Доме музыки прошли Дни культуры Республики Татарстан. В качестве почётных гостей мероприятие посетили послы, представители дипломатического корпуса более 40 стран. В торжественной обстановке Президент Республики Татарстан Рустам Минниханов и заместитель мэра Москвы Марат Хуснуллин вручили награды от руководства Москвы и Татарстана видным деятелям, которые вносят особенно заметный вклад в укрепление дружбы и развитие сотрудничества между Москвой и Республикой Татарстан.

Благодарственными письмами мэра Москвы из врачебного сообщества столицы были поощрены известный кардиохирург академик Ренат Акчури и заместитель главного врача городской клинической больницы № 13 Департамента здравоохранения Москвы кандидат медицинских наук Алия Капкаева.

Основное направление деятельности А.Капкаевой — управление организацией и контролем качества оказания медицинской помощи в многопрофильной скорой помощи больницы почти на 1000 коек. Она является ответственным лицом за выполнение госзаказа на оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению. В рамках последипломно-



Р.Минниханов вручает награду А.Капкаевой

го образования координирует образовательную деятельность ведущих медицинских вузов страны — Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова,

Российского университета дружбы народов. В течение многих лет А.Капкаева успешно осуществляет взаимодействие между медицинскими учреждениями Татарстана и Москвы.

Наиля САФИНА,
корр. «МГ».

Москва.

Профилактика

«ВИЧ-вагон» доехал до Кузбасса

Во время стоянки в Кемерово «спецагона здоровья» добровольное и анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ прошли 806 кузбассовцев. Среди них были не только пассажиры Кемеровского железнодорожного вокзала, но и работники трёх крупных предприятий областного центра. И результат неприятно поразил. У 22 человек установлен положительный результат на ВИЧ-инфекцию.

Кемерово стал девятым городом, присоединившимся ко Всероссийской акции по информирова-

нию граждан о проблеме ВИЧ-инфекции. Её проводит Минздрав России совместно с ОАО «РЖД».

Всего на пути следования вагона, оборудованного под мобильную лабораторию, предусмотрено 24 остановки. В течение 3,5 месяцев он должен преодолеть расстояние от восточной границы России до Санкт-Петербурга. Позади остались Владивосток, Хабаровск, Чита, Улан-Удэ, Иркутск, Красноярск, Барнаул, Новосибирск... В каждом из этих городов экспресс-тестирование на ВИЧ проходили до тысячи жителей, вирус иммунодефицита

человека выявлялся у 1,5-2% обследованных.

14 августа спецвагон отправился с фирменным поездом «Кузбасс» до Омска. В дороге специалисты областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом приглашали пассажиров на анонимное обследование. Также они рассказывали им, почему важно знать свой ВИЧ-статус, и проинформировали о бесплатной медицинской помощи, которую государство гарантирует гражданам, живущим с ВИЧ.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Начало

В Клиническом центре профилактики и борьбы со СПИДом Министерства здравоохранения Краснодарского края открылась многофункциональная комната психологической и социальной поддержки детей и подростков с ВИЧ-инфекцией.

«Сотрудники нашего центра ежедневно оказывают максимальную поддержку ВИЧ-инфицированным детям и подросткам. Помочь им принять их статус, рассказать, что он не является для них приговором и что с ним можно жить полноценной жизнью — крайне важно для социальной адаптации несовершеннолетних, особенно на этапе их выхода во взрослую жизнь, — говорит Валерий Кулагин, главный врач клинического центра, главный специалист Министерства здравоохранения Краснодарского края по пробле-

Детская комната в центре СПИД



В.Кулагин перерезал красную ленточку перед детской комнатой

мам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, кандидат медицинских наук. — Новая комната, созданная при поддержке наших партнёров, — это не просто специально оборудованное помещение. Это место, где юные пациенты могут играть, рисовать, общаться друг с другом и с психологами, а их родители — получать информацию о том, как поддерживать детей на разных этапах их взросления».

В оформлении детской комнаты был использован современный дизайн, создающий комфортную атмосферу, располагающую к открытому диалогу между врачом и пациентом, а также к конструктивной работе по адаптации на этапе принятия статуса и социализации

в среде равных. Пространство комнаты имеет трёхчастную структуру и разделено на тематические зоны под игровые, образовательные и командообразующие активности, а также выделенное пространство для индивидуальной работы. Комната легко трансформируется в место проведения мастер-классов и лекций, может быть зоной для отдыха и творчества, призвана стать «домом» для юных пациентов внутри лечебно-профилактического учреждения — уютным, комфортным, не вызывающим отторжения и тяжёлых негативных ассоциаций.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

Краснодар.

Накануне

Молодёжь и студенты соберутся в Сочи

В Минздраве России при участии Департамента здравоохранения Москвы и Министерства здравоохранения Краснодарского края состоялось совещание, посвящённое вопросам медицинского обеспечения XIX Всемирного фестиваля молодёжи и студентов, который пройдёт в октябре в Сочи.

Ранее министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой был утверждён состав рабочей группы по медицинскому обеспечению фестиваля. В его состав вошли представители Минздрава России,

Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ, руководители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и др. Министерством был разработан и согласован план медицинского обеспечения гостей и участников в период подготовки и проведения фестиваля.

Уже определены 10 медицинских организаций, которые будут оказывать медицинскую помощь гостям и участникам встречи, а также разработана схема маршрутизации машин скорой помощи к местам проведения всех мероприятий. Минздравом России совместно

со Всероссийским общественным движением «Волонтёры-медики» при участии Всемирной организации здравоохранения разработана дискуссионно-образовательная программа «Экология и здоровье».

В рамках программы будут организованы лекции, мастер-классы, выступления известных международных и российских специалистов, которые расскажут о возможностях современного здравоохранения, а также его будущих перспективах.

Заявки на участие в секции уже подали около 3 тыс. человек.

Соб. инф.

Санитарная зона

Вирус Коксаки: координировать действия

Российские специалисты отправятся в Турцию, чтобы скоординировать с турецкой стороной действия, направленные на стабилизацию ситуации с вирусом Коксаки.

Как сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, возможность такого визита с экспертной оценкой запрошена по дипломатическим каналам и подтверждено «безусловное согласие и готовность» принять российских специалистов.

Роспотребнадзор напомнил, что служба продолжает приём обращений от граждан, пострадавших

от инфекций во время отдыха на курортах Турецкой Республики.

По состоянию на середину августа на горячую линию поступило свыше 900 обращений, из которых более 500 – от заболевших и членов их семей, свыше 260 – по вопросам защиты прав потребителей и более 120 обращений – по мерам профилактики энтеровирусной инфекции.

По результатам анализа поступившей информации более 77% пострадавших составляют дети.

С представителями клиник и больниц, администрациями отелей Антальи проведены оперативные переговоры. Минздравом Турции даны указания на предмет принятия мер по улучшению санитар-

но-эпидемиологических условий, ведения мониторинга обращений туристов. Будет продолжена тщательная дезинфекция мест общего пользования, в первую очередь бассейнов.

Роспотребнадзор подготовил и обнародовал памятку по профилактике вируса Коксаки для потребителей туристских услуг, выезжающих на отдых либо находящихся на отдыхе в Турции, а также разъяснение о правах потребителей, связанных с расторжением договора о реализации туристского продукта, ввиду угрозы здоровью туристов в этой республике.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

На контроле!

Роспотребнадзору указали на возможность коррупции

После вмешательства Генеральной прокуратуры РФ Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека приступила к подготовке поправок, исключающих из административного регламента ведомства, выявленные в нём коррупционные факторы.

В порядке надзора генпрокуратура провела антикоррупционную экспертизу утверждённого приказом административного регламента Роспотребнадзора по предоставлению государственной услуги в виде выдачи санитарно-эпидемиологических заключений. В нормативном правовом акте вы-

явлены положения, содержащие коррупционные факторы.

Так, в пункте 41 регламента закреплён перечень действий уполномоченного специалиста Роспотребнадзора (его территориального органа), проверяющего документы, представленные заявителем лично. В частности, уполномоченный специалист проверяет соблюдение установленного законодательством порядка оформления документов, соответствие содержания представленных документов требованиям законодательства, достоверность и непротиворечивость представленных сведений. По результатам проверки уполномоченный специалист вправе отказать заявителю в приёме документов.

При этом возможность оценки

соблюдения порядка оформления и содержания представленных документов требованиям законодательства, достоверности и непротиворечивости содержащихся в них сведений предоставляет должностному лицу на стадии приёма документов широкие возможности для усмотрения, включая устный отказ в их приёме, фактически не позволяющий его обжаловать.

Указанная норма создавала необоснованные барьеры для реализации гражданами и организациями принадлежащих им прав и предоставляла возможность для коррупционных злоупотреблений со стороны должностных лиц Роспотребнадзора.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сито!

Статистика

Росстат сообщил данные о средней заработной плате медиков с января по июнь нынешнего года. Этот важный показатель социального благополучия отрасли достиг у врачей 52 953 руб. Медсестра в среднем получает 29 432 руб. Младший медперсонал зарабатывает 19 368.

Рассчитан средний заработок

Самая высокая заработная плата выплачивается в Чукотском автономном округе: в медицинских учреждениях федеральной формы собственности – 116,03 тыс. руб., в муниципальной – 144,318 тыс. При этом в Москве средняя зарплата в

федеральных лечебных учреждениях составляла 80,861 тыс., а в муниципальных – 94,269 тыс.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Москва.

Вехи

Путь длиною в 70 лет

Федеральное медико-биологическое агентство отметило свое 70-летие. Руководитель ФМБА России Владимир Уйба поздравил сотрудников и ветеранов агентства.

«21 августа 1947 г. постановлением Правительства СССР «О медико-санитарном обслуживании предприятий Первого Главного управления при Совете Министров СССР» было принято решение о создании при Министерстве здравоохранения СССР специального управления, задачей которого являлась разработка научно обоснованных норм и правил радиационной безопасности и организация медицинского обслуживания работников атомной промышленности», – говорится в поздравлении.

И как далее отмечает В.Уйба: «С этого дня началась наша славная история, тесно связанная с историей Родины. Вот уже 70 лет мы стоим на страже здоровья и профессионального долголетия людей, от труда которых зависит безопасность и престиж страны, а так же темп развития высокотехнологичных отраслей российской экономики. Это работники оборонной промышленности, космонавты, спортсмены-олимпийцы и многие другие. Мы – спецназ медицины. Это – 150 тыс. сотрудников в 188 организациях и 38 территориальных органах. Мы уважаем традиции и идём к инновациям, растим достойную смену и открываем новые горизонты в науке и практике...».

Соб. инф.

Ситуация

На контроле у председателя СКР

Председатель Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин поручил провести полное и объективное расследование уголовного дела о причинении травм новорождённому ребёнку патронажным врачом в Свердловской области.

Напомним, что в начале августа этого года было сообщено, что якобы во время визита врача на дом медицинской работницы неверно произвела необходимые манипуляции с новорождённой девочкой, в результате чего ребёнок получил ушибы. Впоследствии врачи поставили малышке диагноз: «тупая травма головы, рассечение лобной области».

Как сообщает пресс-служба СКР, по результатам проведённых следователем первоначальных проверочных мероприятий получены данные, достаточные для возбуждения уголовного дела.

Следователями тщательно выясняются все обстоятельства, допрашиваются медицинские работники. По поручению председателя Следственного комитета РФ расследование уголовного дела взято на контроль в центральном аппарате СКР.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Сито!

Екатеринбург.

Однако

Ожоги от солнца и от сорняка



Следователи разбираются в скандальном инциденте, произошедшем недавно в Республике Коми. Здесь на борьбу с борщевиком, сорным растением, которым заросли местные сельхозучастки, местные чиновники отправляли... детей-сирот. Более того, во время так называемого трудового десанта, они получили задание – рубить ядовитое растение лопатами. При этом никакую спецодежду и рукавицы им не выдавали. В результате некоторые подростки получили ожоги рук и ног.

Следственными органами Следственного комитета РФ по Республике Коми началось расследование уголовного дела, возбуждённого по признакам преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий), по факту получения воспитанниками Пажгинской шко-

лы-интерната травм. Ход расследования, по поручению председателя Следственного комитета РФ, взят на контроль в Центральном аппарате СК России.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сито!

Республика Коми.

На недавнем XII Всероссийском форуме «Новые горизонты» обсуждались не только актуальные вопросы терапии в области онкогематологии. Речь шла также и о том, какие проблемы сейчас есть у онкогематологических пациентов, что можно изменить в системе оказания медицинской помощи, какова роль волонтеров в данной работе.

Об этом мы беседуем с президентом Всероссийского общества онкогематологии (ВООГ) «Содействие» Лилией МАТВЕЕВОЙ.

– Лилия Фёдоровна, насколько широко у нас в стране популярно такое явление, как пациентские организации? Какие задачи они способны решить?

– Психологическое состояние и позитивный настрой – залог успешной терапии. Люди с диагнозом «онкология» должны чувствовать поддержку и знать, что они не остались наедине с недугом.

Объединить пациентов и поддержать их в трудный период – это лишь некоторые из задач, решением которых занимаются пациентские организации. На самом деле поле нашей деятельности куда шире. Мы отстаиваем права пациентов на своевременное и качественное лечение, ведём диалог с медицинским сообществом и государством.

– Как такие организации помогают врачам? Что благодаря им получает медицинское сообщество?

– Пациентская организация «разгружает» врача, оказывая информационную и психологическую поддержку, помогает организовать процесс лабораторного мониторинга пациентов, обеспечивает их необходимыми лекарственными средствами. Взаимодействуя с органами исполнительной и законодательной власти по вопросам доступности медицинской помощи, организация имеет возможность обострить проблемные вопросы и способствует их разрешению, что в итоге приводит к нормализации лечебного процесса и получению качественной и адекватной медицинской помощи. Это ведь важно как для пациента, так и для врача.

– Кто работает в «Содействии»?

– В организации около 100 человек, из них в штате только 7.

Наше интервью

Пациенты помогают врачу

В таком тандеме можно быть уверенным что болезнь будет побеждена



Л. Матвеева

Все остальные – это волонтеры, чаще всего онкогематологические пациенты в ремиссии, родственники пациентов, которые, помимо своей основной работы, стремятся помогать другим.

– В этом году вашей организации исполнилось 10 лет. Что изменилось за это время? Чего вы смогли добиться?

– В 2007 г. мы отстаивали право пациентов с хроническим миелоидным лейкозом на включение необходимого им препарата в перечень «Семь нозологий». Благодаря совместным усилиям пациентского и врачебного сообщества люди смогли получить инновационный дорогостоящий препарат бесплатно. Это было огромное достижение, оно вселило в пациентов с другими онкогематологическими заболеваниями веру в свои силы и надежду на выздоровление. Именно этим ВООГ «Содействие» стало заниматься с 2013 г.

За это время расширилось и присутствие в регионах страны – с 20 до 63. Каждый год к нам с просьбой о помощи обращаются порядка полутора тысяч человек. За 10 лет эта цифра почти достигла 15 тыс.

– С какими трудностями сталкиваются онкогематологические пациенты?

– В первую очередь с получением качественной медицинской

помощи, в том числе эффективной лекарственной терапии.

Не менее важным остаётся решение вопроса организации и своевременного проведения диагностических исследований. Адекватный мониторинг позволяет оценить эффективность лечения, успешно корректировать терапию и, что немаловажно в современных условиях, экономить средства.

– Какие вопросы вы поднимали на форуме «Новые горизонты»?

– Мы заострили внимание на доступности качественной медицинской помощи, в том числе лекарственном обеспечении пациентов с онкогематологическими заболеваниями; говорили о взаимодействии медицинского и пациентского сообществ, работе в общественных советах федерального и регионального уровней; обсуждали организацию системы общественного контроля в сфере здравоохранения и надзора за исполнением действующих законов.

По результатам форума подготовлена резолюция, в которой мы призываем властные структуры пересмотреть вопрос организации помощи онкогематологическим больным. В частности, ВООГ «Содействие» просит обновить льготные перечни лекарственных препаратов, включить в стандарты оказания медицинской помощи методы молекулярно-генетического и иммуногистохимического исследований. Она направлена в Министерство здравоохранения РФ.

– Почему так сложно обеспечить пациентов препаратами? Они ведь предоставляются государством бесплатно.

– Вы правы, должны предоставляться бесплатно. Многие препараты входят в льготные перечни, в том числе и закупаемые по программе «Семь нозологий». Сегодня это единственная федеральная программа, которая доказала свою эффективность. Но, например, в этот список входят препараты только первой линии терапии при ХМЛ. А у нас

30% пациентов не отвечают на стандартную терапию, им необходимы препараты второй линии, которые, как правило, дорогостоящие.

Они оплачиваются из региональных бюджетов. Но не все регионы могут своевременно обеспечить своих пациентов необходимыми лекарствами. В регионе, как правило, говорят: «Если мы обеспечим ваших больных, другие останутся вообще без лекарств».

Пациенты вынуждены ожидать препарат месяцами в ситуации, когда время терять нельзя. Поэтому сейчас очень важно включить препараты второй линии в программу «Семь нозологий».

– И всё-таки – регионы не хотят лечить своих пациентов? Или действительно не могут?

– По-разному... Проблема заключается в том, что наличие пробелов в системе оказания медицинской помощи таким больным, в частности отсутствие стандартов лечения, позволяет некоторым использовать формальные предлоги для того, чтобы не выписывать пациенту тот или иной дорогостоящий препарат. Разница федеральных и региональных перечней служит формальным основанием для отказа в обеспечении пациента необходимым именно ему препаратом на региональном уровне.

Часто в регионах закупка лекарственных препаратов производится, исходя из цены, без учёта терапевтического эффекта и побочных действий. Более того, формирование объёмов закупок лекарственных препаратов на нужды здравоохранения идёт, исходя из выделенных средств, а не из потребности в регионе.

– Как здесь можно помочь?

– Когда пациенту отказывают, он обращается за помощью к нам. Мы давно поняли, что топтать ногами и ругаться с местными органами здравоохранения в этих случаях не стоит. Напротив, мы выстраиваем диалог, пытаемся прийти к консенсусу. В основном удаётся. А там, где не удаётся, мы идём в суд и

эти процессы выигрываем. «Содействие» инициировало более 60 судебных заседаний, и все решения на них приняты в пользу пациента.

Удивительно, но проблема доступности препарата далеко не всегда связана с тем, насколько богатый регион. Всё зависит от того, насколько чиновники хотят работать и что-то сделать для пациентов. Есть богатые регионы, например Татарстан, в которых пациенты постоянно сталкиваются с нехваткой препаратов, и приходится тратить очень много усилий для решения этого вопроса. А есть, например, Иркутск, совсем небогатый. Но там пациентов обеспечивают, изыскивают необходимые средства.

– Вы уже упомянули о необходимости использования методов цитогенетического, молекулярно-генетического и иммуногистохимического исследований. Для чего это нужно?

– Все эти анализы нужны для проведения качественного мониторинга, о котором мы говорили выше. То есть чтобы видеть, работает препарат или нет. Не при всех онкологических диагнозах эти дорогостоящие анализы включены в стандарты лечения. И даже там, где включены, не всегда делаются.

Почему? Потому что необходимо организовать этот процесс, выделять на это средства; при этом в большинстве регионов лаборатории, способные проводить такие исследования, отсутствуют. У пациентов зачастую нет возможности сдать такие анализы платно. Стоимость одного анализа достигает 7 тыс. руб. – в некоторых регионах это средняя месячная зарплата.

Вот почему мы просим Минздрав включить такие анализы в стандарты лечения и контролировать исполнение их проведения.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Современные технологии

Медики оказались наиболее открытыми к переходу на новые технологии оформления листов нетрудоспособности. Об этом сообщили в Омском региональном отделении Фонда социального страхования РФ.

Подводя итоги первого месяца внедрения «виртуальных больничных» на совещании с представителями регионального Министерства здравоохранения РФ и медицинских организаций, специалисты фонда отметили деятельность лечебно-профилактических учреждений, активно включившихся в эту работу. Среди них – городские поликлиники № 6 и № 10, клинический родильный дом № 6, роддом № 5 и др. Именно на работниках медицинских организаций в Омской области впервые была опробована технология оформления электронных листов нетрудоспособности (ЭЛН). В настоящее время 11 учреждений здравоохранения оформили 55 «больничных» в электронном виде. С момента выдачи работнику

Просто и быстро

«Виртуальный больничный» становится для нас привычным

электронного листа до получения им денежных средств потребовалось около 7 дней.

Участникам совещания, где обсуждались вопросы взаимодействия структур и ведомств, причастных к реализации на территории области проекта «Электронный листок нетрудоспособности», были продемонстрированы возможности программного обеспечения АРМ «Медицинские организации» и личного кабинета страхователя, предложена поддержка при работе с электронным листком



нетрудоспособности, представлены преимущества нововведений, уточнён порядок оформления

«больничных», как на бумажном носителе, так и в электронном виде.

Напомним, что с 1 июля в соответствии с действующим законодательством (закон № 86-ФЗ от 01.05.2017) электронные больничные могут открывать врачебные специалисты всех лицензированных медицинских учреждений. Это правило актуально как для общих случаев заболеваний, так и при уходе за больными родственниками или в случае оформления декрета. По сути электронный больничный не отличается от привычного бумаж-

ного листа. Он также внедрён с социальной целью – подтвердить нездоровое состояние человека его работодателю, дать возможность компенсировать потерянную зарплату.

Использование «виртуальных больничных» позволяет значительно оптимизировать работу бухгалтерской и кадровой служб организаций-страхователей. Переход на работу по ЭЛН избавляет сотрудников организаций от необходимости уведомлять администрацию компании/предприятия о факте болезни. Если человек не вышел на своё рабочее место, то кадровик или другое уполномоченное лицо работодателя может войти в единую систему и получить сведения об открытии больничного. Со своей стороны, работник, имея доступ к базе, легко сможет проверить правильность начисления пособия по временной нетрудоспособности.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

На Сахалине растёт число желающих пройти процедуру экстракорпорального оплодотворения. Как сообщили в региональном Минздраве, в 2017 г. направления в ведущие клиники страны по программе обязательного медицинского страхования получили уже 100 женщин. При этом 69 представительниц области уже проведено ЭКО, у 32 – наступила беременность. Ещё около 130 сахалинок ожидают вызова и проходят дополнительное обследование.

– Если беременность не наступала в течение 2 лет, можно прийти на приём к любому акушеру-гинекологу, – рассказывает о порядке действий заведующая Южно-Сахалинской женской консультацией Наталия Разина. – Проводится предварительный опрос, затем осмотр. После этого необходимо сдать ряд анализов. Дальнейшее обследование показывает состояние репродуктивного здоровья женщины. Всё это бесплатно. Мужчины тоже проходят обследование, необходимо побывать у уролога в поликлинике. Затем документы поступают на врачебную комиссию. Мы

Тенденции

Сахалин будет «прирастать» мамами

Есть надежда, что и населения здесь прибавится



Таинство искусственного оплодотворения становится вполне доступным

рассматриваем показания и противопоказания. Принимаем решение о целесообразности процедуры ЭКО.

Аналогично выстроен этот процесс во всех муниципальных образованиях Сахалинской области, первичное обследование проводится по месту жительства. Если есть необходимые для ЭКО показания, документы передаются в региональный перинатальный центр. Здесь врачи ещё раз анализируют ситуацию, уточняют организационные вопросы с клиниками, в которых выполняется процедура экстракорпорального оплодотворения.

– Направляем в клинику Дальнего Востока и Центральной России, – отмечает заведующая отделением планирования

семьи областной клинической больницы Елена Тагаева. – Пациенты могут сделать выбор самостоятельно. Мы даём определённые рекомендации по медицинским центрам, с которыми успешно сотрудничаем, где есть высокий результат эффективности. В этом году наши пациенты делали процедуру ЭКО в 16 клиниках России.

Бесплатно пройти экстракорпоральное оплодотворение жительницы Сахалинской области могут 2 раза в год. Оплачивается и проезд до клиники. В 2016 г. из 157 женщин, получивших направления, 13 сделали ЭКО дважды. Из всех прошедших процедуру беременность наступила у 62 (39%). В 2015 г. из 112 пациенток забеременели 36.

Ограничений как таковых нет, считают специалисты, но есть биологическое состояние организма женщины – чем она моложе, тем выше вероятность положительного результата ЭКО. Поэтому не надо откладывать это решение. В среднем до 35 лет эффективность составляет 40%, у тех, кому 40 и больше, – 10%.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Итоги и прогнозы

Право на бесплатную помощь

Кардинально меняются функции страховых компаний

«У нас создана полноценная нормативная база, обеспечивающая права граждан на бесплатную и качественную медицинскую помощь. Практическая реализация этих прав – вот где мы пока имеем отдельные проблемы. Люди ждут понятных механизмов реализации своих прав на получение бесплатной медицинской помощи», – об этом сказала председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко в ходе расширенного заседания Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, которое состоялось в Грозном (Чеченская Республика).

В мероприятии приняли участие руководство Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов ОМС, представители федеральных законодательных и исполнительных органов власти, а также органов государственной власти субъектов Российской Федерации, главы крупнейших страховых медицинских организаций, представители научного и медицинского сообщества.

В начале заседания глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров награбил председателя Федерального фонда ОМС Наталью Стадченко медалью «За заслуги перед Чеченской Республикой». Приветствуя участников мероприятия, руководитель ФОМС напомнила о произошедших в системе ОМС изменениях: «За последние годы в Российской Федерации осуществлён переход на принципиально новый, современный уровень организации оказания и оплаты медицинской помощи. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместно с Министерством здравоохранения РФ создана единая тарифная политика в системе ОМС. Утверждены единые требования к структуре и содержанию тарифного

соглашения, единая методика расчёта тарифов на оплату оказанной медицинской помощи».

Н.Стадченко особо подчеркнула, что в части информационного обеспечения и персонализированного учёта в сфере ОМС создаётся единое информационное пространство – ведётся как единый регистр застрахованных лиц, включающий сведения о прикреплении их к страховой медицинской организации (СМО), медицинской организации и конкретному врачу, так и реестры СМО, медучреждений и экспертов качества медицинской помощи.

«Впервые в Российской Федерации на базе единой информационной системы обязательного медицинского страхования проведено массовое рейтинговое ранжирование врачей-терапевтов, – отметила она. – В рамках создания пациентоориентированной модели здравоохранения введён в действие институт страховых представителей, взаимодействующих с пациентами на всех этапах оказания медицинской помощи. Приняты нормативные правовые акты, регламентирующие обязанности этих представителей, внедрены программы по их подготовке».

Председатель Федерального фонда ОМС обратила внимание собравшихся, что территориальные фонды обязательного медицинского страхования и СМО принимают активное и самое непосредственное участие в борьбе со смертностью в Российской Федерации. «ФОМС заключил соглашение с Росздравнадзором о взаимодействии в рамках реализации механизмов сокращения смертности. По каждому случаю смерти в системе ОМС проводятся экспертные мероприятия на предмет доступности, качества и своевременности оказания медицинской помощи», – сообщила Н.Стадченко.

Она также отметила, что кардинально изменились функции страховых медицинских компаний. «Теперь они не просто констатируют проблемы в организации медицинской помощи и выявляют нарушения при её оплате, но и активно участвуют в оптимизации самой системы оказания медицин-

ской помощи», – сказала руководитель фонда.

Говоря о важных достижениях в сфере здравоохранения, Н.Стадченко указала на строительство центров высоких технологий и перинатальных центров, переоснащение лечебной сети новым оборудованием, построение трёхуровневой системы оказания медицинской помощи, восстановление «сельской медицины». Однако она акцентировала внимание на том, что до сих пор «не модернизирован» комплекс взаимоотношений между пациентом и медицинским работником. «Адаптировать тех и других к новым условиям, помочь им, сделать их контакты комфортными и удобными, – вот что представляется самым актуальным на сегодняшний день», – заявила глава ФОМС.

Н.Стадченко констатировала: «У нас создана полноценная нормативная база, обеспечивающая права граждан на бесплатную и качественную медицинскую помощь. Практическая реализация этих прав – вот где мы пока имеем отдельные проблемы. Люди ждут понятных механизмов реализации своих прав на получение бесплатной медицинской помощи».

В ходе заседания были рассмотрены вопросы обеспечения доступной и качественной медицинской помощи в системе ОМС, формирования показателей состояния здоровья населения, государственного контроля оказания медицинской помощи, межведомственного взаимодействия в целях повышения качества медицинской помощи. На примере ряда регионов России участники мероприятия обсудили функционирование системы информирования застрахованных лиц о прохождении диспансеризации, вопросы профилактики социально значимых заболеваний, работу территориальных фондов ОМС в обеспечении качества медицинской помощи.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Грозный.

Акценты

Как известно, заболевания органов пищеварения являются не только одними из самых распространённых и ощутимо снижающих качество жизни человека, но и подчас предвестниками более грозных патологий. По статистике, суммарно органы желудочно-кишечного тракта лидируют в онкологическом рейтинге болезней.

Успехи на фоне проблем

Грамотная профилактика ещё раз доказывает свою эффективность

Что характерно, помимо ранней диагностики, позволяющей выявлять злокачественный процесс на начальных стадиях и успешно его лечить, решающее значение имеет профилактика. В частности, в 90% случаев рак желудка является следствием хронического активного гастрита, вызываемого бактерией *Helicobacter pylori*.

Главный гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы профессор Дмитрий Бордин уверен, что своевременное выявление этой инфекции и лечение хронического гастрита является наиболее эффективной стратегией профилактики рака желудка, а также предотвращения повреждения желудка противовоспалительными препаратами.

«В этом направлении мы добились значительных успехов. В частности, после того как взаимосвязь между воздействием этой бактерии и последующих осложнений вроде язвы и рака желудка была научно доказана, благодаря внедрению схем антихеликобактерной терапии заболеваемость язвой в столичном регионе снизилась на 73%, распространённость – на 60%, – отметил Д.Бордин. – Кроме того, если говорить о показателях прошлого года, то заболеваемость органов пищеварения среди москвичей снизилась по большинству нозологий. Мы связываем это с улучшением качества и совершенствованием технологий оказания медицинской помощи пациентам гастроэнтерологического профиля, а также с актив-

ной профилактической работой, которую проводят наши врачи».

Одной из форм такой работы являются лекции для населения, в ходе которых специалисты в различных областях медицины в доступной форме рассказывают о факторах риска и мерах профилактики тех или иных заболеваний. Накануне такая лекция состоялась в одной из столичных поликлиник. Примечательно, что участниками встречи наряду с докторами стали пациенты, находящиеся в профильной базе данных поликлиники, в том числе принимающие на постоянной основе нестероидные противовоспалительные средства.

«Такие темы, как причины возникновения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, факторы риска поражения желудочно-кишечного тракта, влияние *H.pylori* на развитие рака желудка, интересны не только гастроэнтерологам, но и докторам первичного звена – терапевтам и врачам общей (семейной) практики, – уверен главный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению столичного Департамента здравоохранения кандидат медицинских наук Андрей Тяжелников. – В то же время мы рассчитываем на то, что встречи в таком формате вызовут большой интерес у больных. Ведь пациенты должны быть образованными наряду с докторами».

Валентин СТАРОСТИН,
МИА Сито!

Москва.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Вместе с тем есть опасность, что в отсутствие слаженной системы медицинского сопровождения детского отдыха, годами работающей без сбоев, или пускай даже в случае разового ненадлежащего исполнения своих обязанностей должностными лицами всякие масштабные дополнительные вложения рискуют превратиться в бесполезные инвестиции. Как известно, семена хорошо прорастают, упав лишь в удобренную почву. В первой половине августа «прославился» детский оздоровительный лагерь имени Лизы Чайкиной Приволжской железной дороги, что находится в Базарно-Карабулакском районе Саратовской области. Он был немедленно закрыт ввиду зарегистрированной там массовой вспышки заболевания, вызванной распространением острой респираторной вирусной инфекции, а детей вывезли.

Однако ни одной нештатной ситуации не произошло, например, за последние два десятка лет на Дальневосточной железной дороге, в ведении которой находятся 5 детских оздоровительных лагерей. После того, как корреспондент «МГ» воспользовался возможностью, предоставленной Дальневосточной дирекцией здравоохранения ОАО «РЖД», побывать в одном из них, ответ на вопрос «почему?» напросился сам собой...

...В 13 км от Комсомольска-на-Амуре со склона лесистой сопки, по которому расстелено мозаичное панно из 6 разноцветных жилых корпусов и других построек различного назначения (включая столовую, плавательный бассейн, крытый спортивный зал, стадион, здание медицинского пункта), открывается восхитительный вид на Амур и Пиванскую протоку. Этой панорамой любовалось не одно поколение детей-дальневосточников, кому посчастливилось отдохнуть в летнем лагере имени Константина Заслонова. По заверению его директора Натальи Дубовицкой, одна из традиций учреждения, существующего с 1956 г. и являющегося ни много ни мало структурным подразделением ДВЖД, – возвращать детей родителям не просто здоровыми, какими они и поступили в ДОЛ, согласно представленным медицинским справкам, но и обязательно оздоровленными.

Из каких важных «узлов» складывается наиважнейший вектор лагерной работы, ориентированный, во-первых, на укрепление здоровья ребенка, а во-вторых, на исключение предпосылок к любым медицинским ЧП, рассказали директор и её заместитель по лечебной части врач Галина Успенко. Лагерь рассчитан на одновременное пребывание в нём 350 детей. Ни один из них, если, конечно, нет противопоказаний, не обделён оздоровительными процедурами и мероприятиями, такими как утренняя зарядка, купание в бассейне, витаминизация третьих блюд. Медицинский контроль возложен на 6 медиков, из них 2 врача, в том числе с педиатрическим образованием. Одна из средних медработников – диетсестра, она полностью «ведёт» питание на кухне и в столовой: составляет меню, просчитывает калорийность, отслеживает технологический процесс приготовления пищи. Собственно, в медицинском пункте попеременно хозяйничают две «сестрички» Наталья Скалюк и Мария Чумак, обе трудятся уже 12 сезонов кряду, и их профессиональная привязанность к одной оздоровительной организации всему лагерю только на пользу.

По сути, врачи и помощники здесь днюют и ночуют, качественно обеспечивая медицинскую составляющую безопасного пребывания детей железнодорожников в лагере. Поэтому-то как должное

администрацией было воспринято недавнее введение ещё одной штатной единицы медицинской сестры, которую Наталья и Мария разделили пополам, и с прошлого года с усердием работают уже на полторы ставки.

Случилось это в минувшем сезоне, когда по доброй воле шефов, оказавших материальную помощь, в «Заслонове» был воз-

ввод медицинского новостроя на таёжной сопке шагнул из разряда внутренних местечковых событий в ранг значимых фактов городского масштаба, и тому есть объяснение. В загородной зоне Комсомольска-на-Амуре раскинулись ещё 4 сезонных детских лагеря, увы, пока не обладающих такой мощной спортивной базой, как в ДОЛ железнодорожного ве-

обязательной лекции врача на упомянутую тему в начале каждой смены дети слушают офицера МЧС и пожарного. Приглашаемые представители экстренных служб рассказывают об алгоритме поведения в случае возникновения ситуаций, угрожающих жизни и здоровью, а кроме того, обучают оказанию первой медицинской помощи при травме. То, что эти

мощь не всегда доступна. Так что таким рекомендациям родители из «глубинки» несказанно рады...

– До 30 детей ежедневно осматриваются в перерыве между развлекательными и спортивными мероприятиями специалистами центра здоровья. Это – большая цифра! – полагает Наталья Шевченко, заместитель главного врача отделенческой больницы на

Ориентир

Летний отдых «дальнего следования»



У специалистов Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту глаз намётанный

двигнут современный 2-этажный медицинский корпус. Мало у кого язык повернется называть его по старинке медпунктом. Последний обычно предполагает наличие одного-двух помещений, а тут их целая анфилада: кабинет медицинской сестры, процедурная, изолятор для больных с кишечными и воздушно-капельными инфекциями, палата динамического наблюдения. Кстати сказать, в преддверии нынешнего лета руководство лагеря при участии медиков произвело замену части оборудования и инвентаря в своих медицинских «хоромах», тогда были приобретены шкаф для хранения медикаментов, бесконтактные термометры, современные динамометры, спирометры и детские тонометры.

домства. Поэтому традиционную межлагерную спартакиаду в июле всегда принимает «Заслонов». Понятно, что за укреплением его медицинских ресурсов не может не следовать повышение качества медицинского сопровождения спартакиады, и эта простая логика безоговорочно принимается всеми, даже вечными соперниками. Гористый рельеф здешней местности увеличивает вероятность детского травматизма, тем более во время состязаний в беге.

На чьи плечи в старейшем из загородных оздоровительных лагерей Дальневосточной железной дороги ложится профилактика детского травматизма? Ошибутся те, кто назовут только женские плечи с накинутыми на них медицинскими халатами. Помимо

уроки, этот отдых рассчитан на маршрут «дальнего следования», на всю жизнь, более чем очевидно...

Пусть не все, но, по крайней мере, многое в продуманной до мелочей организации медицинского сопровождения детского отдыха в ДОЛ имени Константина Заслонова способно удивить настолько, что в пору обратиться с газетной трибуны к заинтересованным специалистам с подсказкой: «Если вам нужен замечательный опыт, то поезжайте на нижний Амур и берите!» Ну, вот, взяв центр здоровья, действующий от детской городской больницы третий год подряд на территории лагеря. Иногда его работники слышат недоумённые реплики несведущих людей: место ли, мол, центру здоровья в лесу, в оздоровительном детском учреждении, ведь основная цель пребывания в лагере – отдых, развлечения, ну никак не прохождение медицинских осмотров! Всё так, но есть нюанс. В течение смены «спецы» из горбольницы проводят обследование юных отдыхающих (общий анализ крови, определение уровня холестерина в крови, ЭКГ, спирометрия), и при отъезде домой дети получают на руки медицинскую карту с рекомендациями врачей. Треть обладателей путёвок в ДОЛ имени Константина Заслонова не являются жителями Комсомольска, это приезжие из других городов и всей. Многие проживают в малонаселённых посёлках, на небольших железнодорожных станциях, где медицинская по-

станции Комсомольск по поликлиническому разделу работы.

Наталья Викторовна наведывается сюда с проверкой регулярно, несколько раз за смену, поскольку именно «отделенческой» отдана на откуп курация медицинского обеспечения детского отдыха в одном из лучших лагерей Дальневосточной железной дороги. В этот раз с ней приехал ведущий инспектор-врач Дальневосточной дирекции здравоохранения ОАО «РЖД» Сергей Сидоренко. Вместе и по отдельности они осмотрели медицинскую документацию, в первую очередь журнал регистрации обращений детей, проверили наличие медикаментов, их сроки годности, задержались на пищеблоке (при какой температуре хранятся в холодильнике продукты? сохраняются ли продукты 48 часов, как положено, от каждого приёма завтрака, обеда и ужина?), побывали в каждом из спальных корпусов для того, чтобы оценить чистоту и порядок. Ну и конечно, побеседовали с руководством администрации лагеря, медиками, водителями и их подопечными. А в составленном чуть погодя акте проверки лагеря визитёры отметили, как отмечают по приезду в «Заслонов» всегда: грубых нарушений нет...

В день, когда пишется эти строки, закончилась последняя, третья смена в детском оздоровительном лагере железнодорожников на высоком берегу Амура. Ровно как и в предыдущие годы, летний отдых здесь не был испорчен ни одним маломальским происшествием медицинского характера. Вспоминается короткий разговор с главным врачом отделенческой больницы на станции Комсомольск ОАО «РЖД» кандидатом медицинских наук Тарасом Кононенко. «Из лета в лето, изо дня в день в июне, июле и августе мы практически в режиме реального времени следим за состоянием здоровья доверенных нам детей. И делаем это не один, а в тесной связке с представителями городского здравоохранения, специалистами Роспотребнадзора, силовыми структурами», – сказал Тарас Васильевич.

Сегодня руководители ОАО «РЖД» наконец открыто заявили, что считают свои оздоровительные лагеря частью производственного процесса, мощным мотивационным инструментом. Но вот вопрос: везде ли, как в «Заслонове», крепко держат в исправности такой инструмент медицинские руки? «Разбором полётов» в оздоровительном лагере имени Лизы Чайкиной Приволжской железной дороги до сих пор занимается Управление Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту...

Владимир КЛЬШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Хабаровский край.

Фото автора.



Проверяющие детского лагеря имени Константина Заслонова врачи из Хабаровска и Комсомольска за неформальным разговором

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 60 (2090)

В настоящую группу входят химические вещества, используемые в процессе эксплуатации военной техники. По своему составу ядовитые технические жидкости делятся на следующие группы:

- **одно- и двухатомные спирты (метанол, этанол, этиленгликоль);**
- **углеводороды – ароматические, хлорированные, фторированные (бензол, толуол, ксилол, дихлорэтан, четырёххлористый углерод, трихлорэтилен, перхлорэтилен и др.);**
- **элементоорганические и иные соединения (трикрезилфосфат и др.).**

Ядовитые технические жидкости используются и для приготовления охлаждающих, противообледенительных и тормозных смесей, в качестве топливных присадок и для иных целей.

Достаточно часто отравление этими жидкостями происходит при употреблении их вместо алкогольных напитков. При разливах ядовитых технических жидкостей, особенно в закрытых помещениях, создаются условия для ингаляционного и транскутанного поступления токсических веществ в организм. При контакте этих жидкостей с кожей возникают токсические дерматиты, вплоть до отслойки эпидермиса. К горючим жидкостям относятся бензин и гептил, используемый в ракетной технике.

Отравления метиловым спиртом

Метиловый спирт (метанол) получается путём сухой перегонки дерева или синтетически. Может входить в состав компонента моторных и ракетных топлив, антифриза (незамёрзающая жидкость для радиаторов). Применяется в качестве растворителя жиров, масел, каучука; при получении формальдегида, денатурации винного спирта, для метилирования. Предельно допустимая концентрация – 5 мг/м³. Основное действие оказывает на нервную и сосудистую систему. Обладает выраженным кумулятивным действием. Токсичность в основном связана с образованием в организме формальдегида и муравьиной кислоты.

Клиническая картина

Острые интоксикации наблюдаются преимущественно при приёме per os (возможны и через кожу при массивном воздействии). Через несколько часов, а иногда и через 1-2 суток (в течение которых могут иметь место нерезкие диспепсические явления) появляется головная боль, тяжесть в голове и груди, затруднение дыхания, общее недомогание и ослабление зрения (иногда до полной слепоты); зрачки расширены и неподвижны, лицо гиперемировано, одутловато, одышка, тахикардия. Затем развивается двигательное беспокойство с жалобами на затруднение дыхания, стеснение в груди, страх смерти, судороги, цианоз; иногда наблюдается коматозное состояние, но чаще сознание сохраняется. Смерть может наступить от остановки дыхания или от сердечной слабости.

При лёгких формах интоксикации дело может ограничиться диспепсическими явлениями и жалобами на головную боль, неустойчивость при ходьбе, понижение зрения. Объективно отмечаются лёгкий нистагм при взгляде в сторону, понижение устойчивости, расширение зрачков, явления раздражения конъюнктивы и слизистых дыхательных путей. Могут наблюдаться и лёгкие полиневритические явления. В некоторых случаях развивается поражение зрительного нерва вплоть до слепоты при отсутствии или слабой выраженности общих явлений интоксикации.

При офтальмоскопии наблюдается отёк сетчатки и зрительного нерва или картина неврита зрительного нерва. Как следствие интоксикации часто остаётся слепота или значительное понижение зрения в результате дегенерации зрительных нервов. В производственных условиях при вдыхании паров метилового спирта описаны обморочные состояния, головные боли, чувство опьянения, раздражение слизистых оболочек глаз и дыхательных путей.

Хроническая интоксикация выражается в раздражении слизистых, общей слабости, головных болях, треморе, диспепсических явлениях, реже наблюдается побледнение сосков зрительных нервов, сужение поля зрения, ещё реже – падение зрения.

Первая помощь при острых отравлениях. Необходимо восстановление проходимости дыхательных путей: очищение полости рта, включая отсасывание содержимого; воздуховод при наличии коматозного состояния, ингаляция кислорода, при наличии салива и бронхореи — атропин 0,1%-ный раствор 1 мл подкожно, при наличии рвоты — метоклопрамид (церукал) 10 мг внутривенно для профилактики повторной рвоты. При коме — стандартный комплекс недиальферентированного лечения любой комы: 0,01 мг/

кг налоксона + 40-80 мл 40%-ной глюкозы + 100 мг тиамин (5%-ный раствор 2 мл). Все вещества совместимы друг с другом и вводятся внутривенно. Активированный уголь в этом случае не эффективен.

Если метиловый спирт был принят недавно, то промывают желудок. Применяют форсированный диурез; гемодиализ показан при тяжёлом упорном ацидозе, острой почечной недостаточности, нарушениях зрения. Инфузионная терапия, помимо детоксикации, проводится также с целью коррекции гемодинамических расстройств и метаболического ацидоза. Внутривенно капельно:

Отравления ядовитыми техническими жидкостями

гидрокарбонат натрия (сода) 4%-ный раствор 400 мл, гемодез 400 мл или полиионные растворы. Внутривенно вводятся преднизолон 60-120 мг (противоотёчное действие), тиамин (5%-ный раствор 5 мл), аскорбиновая кислота (10%-ный раствор 10 мл) традиционно смешивается в одном шприце с глюкозой (20 мл 40%-ного раствора), пиридоксин (5%-ный раствор 5 мл).

Метиловый спирт имеет два противопоказания:

1. Этанол. Этиловый спирт конкурирует с метанолом за фермент алкогольдегидрогеназу. Поскольку окисление метанола протекает значительно медленнее, чем этилового спирта, а сам этанол обладает большим средством к этому ферменту, то он захватывается рецепторами в первую очередь. В результате метиловый спирт больше не метаболизируется в печени и токсичные продукты распада не образуются. Этанол начинают вводить до определения уровня метилового спирта. Путь введения принципиального значения не имеет: начальная доза этанола (1 мл/кг 96%-ного этилового спирта) разводится водой в 2 раза и даётся внутрь или вводится через зонд. Можно дать выпить 100 мл водки внутрь с повторением через 2 часа по 50 мл 3-4 раза. При коме — развести 20 мл 96%-ного этилового спирта в 400 мл 5%-ного раствора глюкозы и вводить внутривенно со скоростью примерно 100 капель в минуту.

2. Метилпирозол — ингибитор алкогольдегидрогеназы. Препарат давно применяют в Европе, с 2000 г. стали использовать и в США.

Экспертиза трудоспособности. После острых отравлений трудоспособность большей частью остаётся ограниченной из-за понижения зрения. Что касается хронических производственных отравлений, то они протекают большей частью без потери трудоспособности. Во избежание прогрессирования заболевания необходим временный перевод на другую работу на 1-2 месяца.

Профилактика. Санитарно-просветительная работа — ознакомление военнослужащих с опасностью приёма внутрь метилового спирта. Замена метилового спирта там, где это возможно, другими, менее токсичными спиртами (этиловым, гидролизным). Меры предупреждения производственных отравлений изложены в специальных правилах.

Отравления этиловым спиртом

Этанол, этиловый, или винный, спирт, — бесцветная, летучая, воспламеняющаяся жидкость с молекулярной массой 46 Дальтон (С₂H₅ОН) и плотностью 0,79 г/см³. Малая диссоциация и очень слабая поляризация небольших молекул этанола обуславливают его необычайную способность смешиваться с водой в любых количествах (растворимость этанола в воде при 20–25°С практически равна бесконечности), легко растворяется в липоидных растворителях и жирах (коэффициент распределения этанола между жирами и водой при 25°С равен 0,035). Указанные свойства позволяют этанолу быстро распространяться во всех водных секторах организма, легко проникать через биологические мембраны.

Этиловый спирт используется для синтеза многих органических соединений, в спиртоводочной и пивоваренной промышленности, в качестве растворителя лаков и политуры, для экстрагирования, а также как компонент различных видов топлива.

Наибольшее количество поступившего в организм этанола метаболизируется (90–95%), 2–4% выводится почками и 3–7% удаляется с выдыхаемым воздухом. Рост мочеотделения и гипервентиляция суще-

ственно не ускоряют выведение этанола из организма.

Биотрансформация 98%-ного этанола осуществляется микросомами печени. Преобразование этанола в печени происходит в среднем со скоростью 9 ммоль/час на 1 г ткани. (Для сравнения: скорость окисления этанола в ГМ не превышает 60 ммоль/час на 1 г ткани.) Метаболизм осуществляется в основном тремя путями.

Первый путь связан с действием алкогольдегидрогеназы и ацетальдегиддегидрогеназы. По нему осуществляется окисление 80–90% экзогенного этанола.

Второй — НАДФ-Н-зависимый путь окисления — происходит при участии микросомальной системы, включающей флавопротеид, цитохром P450 и фосфатидилхолин. Система локализована в гладком эндоплазматическом ретикуле гепатоцитов и обеспечивает превращение 10–25% поступившего в организм этанола. В условиях хронического приёма этанола активность второго пути окисления может повышаться на 70%. Третий путь окис-

ления этанола до ацетальдегида происходит с участием каталазы и перекиси водорода, по нему метаболизируется до 5% спирта.

В результате употребления этанола могут возникнуть три различных состояния: алкогольное опьянение, алкогольное отравление и алкогольная интоксикация. В первом случае сознание больного сохранено, могут наблюдаться неглубокие его нарушения (оглушение разной степени), развивается эйфория. Об алкогольном отравлении говорят в случае развития комы. Под алкогольной интоксикацией понимают токсическое действие продуктов метаболизма этанола, при этом в крови этанол не обнаруживается.

Обычно выделяют две фазы алкогольной комы: поверхностную (умеренную) и глубокую. Течение обеих фаз комы, кроме того, разделяют по наличию или отсутствию осложнённой (неосложнённой и осложнённой). Иногда различают течение поверхностной алкогольной комы по характеру изменения рефлексов и тогда выделяют 3 фазы комы: поверхностную с гипорефлексией, поверхностную с гиперрефлексией и глубокую кому.

Поверхностная кома характеризуется потерей сознания, снижением корнеальных, зрачковых рефлексов, угнетением болевой чувствительности, непостоянством неврологической симптоматики — снижением или повышением мышечного тонуса, сухожильных рефлексов. Отмечаются «игра» зрачков, плавающие движения глазных яблок, анизокория переходящего характера. Больные, как правило, реагируют на раздражения мимической реакцией, защитными движениями. Реакция на боль носит целенаправленный характер. Часто имеют место гиперемия лица, конъюнктив, усиленная саливация, одышка, тахикардия, нестабильность сосудистого тонуса с тенденцией к артериальной гипертензии. Поверхностная кома с гиперрефлексией может сопровождаться тризмом жевательных мышц, гиперкинезами миоклонического типа. При поверхностной коме с гипорефлексией отмечается снижение рефлексов и мышечного тонуса, но сохраняется двигательная реакция на болевые раздражения.

Глубокая кома характеризуется полной утратой болевой чувствительности (хотя возможно сохранение целенаправленной реакции (на боль), отсутствием или резким снижением корнеальных, зрачковых, сухожильных рефлексов, мышечной атонией, гипотермией. Зрачки чаще сужены. Отмечаются плавающие движения глазных яблок. Кожные покровы обычно бледные с цианозом. Может иметь место проявление судорожной активности. Гипервентиляция сменяется центрогенным угнетением дыхания, возможно нарушение его ритма. Глубокая кома сопровождается угнетением сердечного выброса, снижением сосудистого тонуса. Наблюдается выраженная тахикардия, развиваются сложные нарушения сердечного ритма. Артериальное давление снижено. Как правило, в связи с патологическими потерями жидкости объём циркулирующей крови уменьшен, периферическая венозная сеть не контурируется. Пункции периферических сосудов становятся труднодоступными, а для введения медикаментов необходима катетеризация центральных вен.

При обычном отравлении (алкогольное опьянение) этиловый спирт затрудняет сенсорные восприятия, понижает внимание, ослабляет память. При действии этанола характерно расстройство ассоциативных процессов, вследствие чего появляются

дефекты мышления, суждений, дефекты ориентировки, самоконтроля, утрачивается критическое отношение к себе и окружающим событиям. Как правило, имеет место переоценка собственных возможностей. Рефлекторные реакции замедленные и менее точные. Часто появляется говорливость. В эмоциональной сфере — эйфория, понижение болевой чувствительности (аналгезия). Угнетаются спинномозговые рефлексы, расстраивается координация движений. В большой дозе возбуждение сменяется угнетением и наступает сон.

При тяжёлом отравлении этанолом наблюдается ступорозное или коматозное состояние; кожа бледная, влажная, дыхание редкое, выдыхаемый воздух имеет запах этанола, пульс частый, температура тела понижена. Средняя смертельная доза — около 6-8 г/кг массы тела (на безводный спирт, для «нетренированного» организма). По некоторым источникам, диапазон составляет от 4 до 12 г/кг. В связи с тем, что алкоголь в подавляющем большинстве случаев употреб-

ляется перорально, эффективность дозы и вероятность наступления делирия или смерти в значительной степени зависит от темпа введения, содержания желудочно-кишечного тракта, пола, конституциональных особенностей.

Неотложная терапия
Промывание желудка через зонд, солевое слабительное, форсированный диурез с ошелачиванием крови. Полость рта освобождают от рвотных масс, отсасывают слюну из полости глотки. Восстановление нарушенного дыхания: атропин — 0,1%-ный раствор 1 мл, кордиамин 2 мл, кофеин 10%-ный раствор 2 мл подкожно, лучше внутримышечно или внутривенно. При отсутствии глоточных рефлексов — интубация трахеи и искусственная вентиляция лёгких. Глюкоза 40%-ный раствор 40 мл с инсулином 15 ЕД внутривенно. Витамины: В₆ 5%-ный раствор 2 мл. В, 5%-ный раствор 5 мл внутримышечно. Ошелачивание крови — гидрокарбонат натрия 4%-ный раствор — до 1000 мл внутривенно капельно. Никотинамид 5%-ный раствор 1 мл подкожно повторно.

В случае если пациент находится в сознании, «привести его в чувство» можно с помощью следующего метода: приготавливают очень разбавленный раствор аммиака (2-3 капли 10%-ного раствора NH₃ на 100 мл воды) и дают выпить пострадавшему.

Интоксикация этиленгликолем
Этиленгликоль (антифриз) — вязкая бесцветная жидкость сладковатого вкуса. Входит в состав незамерзающих жидкостей для охлаждения радиаторов, моторов в качестве антифриза (50-60%-ный водный раствор). Применяют в фармацевтической, текстильной, кожевенной промышленности, при получении ряда синтетических материалов, в качестве пластификатора.

Поступает в организм через органы дыхания, желудочно-кишечный тракт, не исключено всасывание через кожу. В организме медленно окисляется с образованием щавелевой кислоты. Выводится почками (медленно). Ввиду малой летучести нет опасности острых профессиональных интоксикаций. Хронические отравления возможны. Очень токсичен при попадании через рот (как суррогат алкоголя). Скрытый период (2-13 ч, чаще — 5 ч). Токсичен как этиленгликоль, так и образующая уже в кишечнике щавелевая кислота, которая вызывает нарушение ионного обмена кальция. Сосудистый яд (нарушает проницаемость сосудистой стенки с избирательным действием на капилляры мозга), обладает наркотическим и протоплазматическим действием.

Клиническая картина
Острая интоксикация через рот. Смертельная доза — 80-90 мл. Возможна смерть от приёма этиленгликоля в количестве 30-50 мл. При отравлении лёгкой степени — головная боль, головокружение, состояние опьянения, боль в пояснице и подложечной области, тошнота, диарея, слабость. Глухие тоны сердца, брадикардия. Чувствительность при пальпации в области мочевого пузыря. В моче определяют следы белка.

Отравление средней степени характеризуется головокружением, пошатыванием при ходьбе, ослаблением зрения, диплопией. Возбуждение сменяется угнетением. Происходит помрачение сознания. Наблюдают гиперемии лица с цианотичным оттенком. Определяют тахикардию и артериальную гипертензию. Положительный симптом Пастернацкого. Диагностируют нефрозонефрит, выраженную олигурию, увеличенную печень и бронхит.

(Окончание. Начало на стр. 7.)

При тяжёлых отравлениях – бессознательное состояние, цианоз. Нарушение дыхания, слабый пульс, тахикардия, гипотермия. Характерны клонические и тонические судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Возможна ранняя смерть (на 1-2-е сутки) от комы центрального происхождения. По выходе из первого периода развивается почечная недостаточность. Дальнейший исход зависит от состояния почек. Нефрит, пиелонефрит с анурией (по типу сулемовой почки), азотемия, уремиическая кома. Происходит поражение печени. Определяют полиглобулию, высокий лейкоцитоз. Осложнения – бронхопневмония, отёк лёгких. Поздняя смерть (через 13-20 дней).

При **хронической ингаляторной интоксикации** отмечают вялость и повышенную сонливость, раздражение конъюнктивы и верхних дыхательных путей. Наблюдаются нейрорегуляторная дистония с тенденцией к артериальной гипертензии, тахикардия. Происходит некоторая активация эритропоэза, тенденция к лейкопении. В моче обнаруживают белок и эритроциты. Возможна частая потеря сознания.

Лечение

Первая помощь и лечение острых отравлений через рот – немедленное обильное (8-10 л) промывание желудка тёплой водой или 2%-ным раствором соды. Введение подкожно 0,5%-ного раствора апоморфина в дозе 1 мл. Сифонная клизма. Рекомендуют кровопускание (при средней и тяжёлой степени) в количестве 200-400 мл с последующим внутривенным введением 10%-ного раствора глюкозы (по 200-300-500 мл) или кровезамещающего раствора.

Обязательное внутривенное введение 10%-ного раствора кальция хлорида в дозе 10 мл или 10%-ного раствора кальция глюконата в дозе 10 мл внутримышечно (переводит щавелевую кислоту в нерастворимые щавелево-кальциевые соли).

Борьба с ацидозом – капельные клизмы из 5%-ного раствора натрия гидрокарбоната (по 500 мл), 5%-ного раствора соды и 5%-ного раствора глюкозы (в дозе до 1000 мл). Внутривенное введение 5%-ного раствора натрия гидрокарбоната в дозе 100-200 мл. Камфора, никетамид (кордиамин), кофеин, стрихнин, лобелин. Массивная глюкозо- и витаминотерапия – аскорбиновая кислота, тиамин, менадиона натрия бисульфит (витамин К), витамин Р из цитрусовых (по 180 мг) внутрь. Лечение кислородом – в первые часы применяют более высокие концентрации – 75-80%, в последующем – 45-50% 2-3 раза в сутки по 1-2 ч (в первые часы – чередование со смесью кислорода с углекислым газом).

При коме, нарастающем уремиическом состоянии выполняют люмбальную пункцию. Показаны блокада прокаинамом (новокаином) по Вишневному, обменное переливание крови, гемодиализ. При выраженном почечном компоненте – соблюдение питьевого режима, бессолевая диета с ограничением белков. Необходимы покой, согревание больного (опасность охлаждения). При более выраженных формах острых интоксикаций после выздоровления можно рекомендовать временный перевод на облегчённые условия труда с выдачей больничного листа на срок 1-2 месяца.

Интоксикация бензолом

Бензол – жидкость со специфическим ароматическим запахом. Бензол широко используют в различных отраслях промышленности: резиновой, химической, в качестве исходного сырья для изготовления красок, взрывчатых веществ. Проникновение бензола и многих его соединений в организм человека возможно в виде паров через лёгкие и неповреждённую кожу. Хронические интоксикации развиваются при длительном вдыхании небольших концентраций паров бензола или систематическом попадании его на кожный покров.

Патогенез

Согласно современным представлениям, патогенез нарушения кроветворения при интоксикации бензолом следует рассматривать с позиции токсического влияния бензола непосредственно на стволовые клетки костного мозга. Острые интоксикации бензолом и его гомологами приводят к поражению ЦНС, метгемоглинообразованию; хронические – к повреждению паренхиматозных органов, печени, мочевыводящих путей, органов зрения, нервной системы.

Патологоанатомическая картина

Для острой интоксикации бензолом характерно развитие асфиксии. Отмечают застойное полнокровие во внутренних органах и точечные кровоизлияния в лёгких, плевре, эпикарде, брюшине, слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, отёк, полнокровие вещества мозга и его оболочек, мелкие кровоизлияния. При хронической интоксикации бензолом изменения, главным образом, происходят в системе кроветворения. Определяют резкое общее малокровие, признаки геморрагического диатеза. Наблюдают кровоизлияния в кожу, слизистые и серозные оболочки, внутренние органы, мягкие мозговые оболочки, вещество больших

полушарий, его желудочки и мозжечок. Повышена проницаемость кровеносных сосудов. Костный мозг слизеподобной консистенции, жёлто-розовой окраски. Микроскопически определяют гипоплазию костного мозга.

Клиническая картина

Для **острой интоксикации** бензолом характерно цианотичное окрашивание кожного покрова, слизистых оболочек за счёт метгемоглинообразования. Происходит развитие вторичной гемолитической анемии. Возможно поражение ЦНС, которое характеризуется астеническим синдромом, судорогами, исчезновением сухожильных рефлексов, повышением тонуса парасимпатической нервной системы (повышенной потливостью, брадикардией). Возможны носовые кровотечения, бронхоспазм, учащённое болезненное мочеиспускание, «гемолитическая почка».

Хроническая интоксикация. Для этой формы интоксикации характерно в первую очередь поражение костномозгового кроветворения. Функциональные нарушения нервной системы чаще возникают на фоне гематологических сдвигов, реже они могут предшествовать изменениям в костном мозгу.

Хроническая интоксикация бензолом обычно развивается медленно, незаметно для больного, и только при тщательном обследовании с проведением целенаправленного исследования крови удаётся обнаружить начальные признаки заболевания. Уже в начальной стадии интоксикации могут беспокоить общее недомогание, быстрая утомляемость, головная боль без определённой локализации, головокружения, нарушение ритма сна, повышенная раздражительность. Интенсивность таких нарушений зависит от степени тяжести интоксикации. Одновременно в отдельных случаях возникают боли в эпигастральной области, диспепсические расстройства, потеря аппетита, изжога и тошнота.

При развитии гипопластического процесса в костном мозгу обычно возникают кровоточивость, нарастающая общая слабость, головокружения, шум в голове, сердцебиение, периодические ноющие боли в костях, особенно трубчатых. Внешний вид больных долгое время сохраняется неизменным. При развитии тромбоцитопении диагностируют геморрагический синдром: кровоточивость дёсен, носовые и маточные кровотечения, спонтанные «синяки» на коже, кровоизлияния в виде мелкоточечных петехиальных высыпаний до крупных экстравазатов. Симптом шипка и жгута положительный. Для больных с хронической интоксикацией бензолом характерна склонность к полноте, подкожный жировой слой у них обычно избыточно выражен. При перкуссии костей отмечают болезненность.

Типичная форма хронической интоксикации бензолом характеризуется последовательным поражением сначала лейкопоэтической, затем мегакариоцитарной и в последнюю очередь эритропоэтической функций костномозгового кроветворения. Клинически это характеризуется снижением количества лейкоцитов, тромбоцитов и эритроцитов в периферической крови.

Развитию лейкопении обычно предшествует непродолжительный период нестойкого умеренного лейкоцитоза, который, по всей вероятности, связан с первичным стимулирующим влиянием бензола на кроветворную систему. Лейкопения у таких больных сопровождается абсолютным снижением количества нейтрофилов и относительным лимфоцитозом.

Тромбоцитопения при хронической интоксикации бензолом чаще свидетельствует о развитии более тяжёлой степени заболевания. Одновременно наблюдают снижение содержания в периферической крови молодых форм тромбоцитов. Дополнительными факторами, способствующими кровоточивости, считают нарушение баланса витамина С, снижение активности свёртывающей системы крови и усиление фибринолиза вследствие качественной неполноценности тромбоцитов.

Апластическую анемию, вызванную воздействием бензола, относят к токсическим формам. Она характеризуется не только уменьшением количества эритроцитов, но и возникновением макроцитов, снижением уровня гемоглобина при нормальном или даже повышенном цветовом показателе. В клинической картине хронической интоксикации бензолом наряду с поражением костного мозга нередко определяют и функциональные расстройства нервной системы в виде астенических, астеновегетативных и астеноневротических расстройств, полиневритического синдрома.

Астенический синдром характеризуется повышенной истощаемостью корковой деятельности. При этом отмечают быструю утомляемость, головную боль, лёгкое головокружение, нарушение сна, дрожание пальцев рук, яркий красный дермографизм, гипергидроз кистей, лабильность пульса и артериального давления. Полиневритический синдром развивается с преимущественным поражением чувствительных и вегетативных волокон.

Клинически он сопровождается болями

и парестезией, снижением кожной температуры и поверхностной чувствительности рук по полиневритическому типу, гипергидрозом и отёчностью пальцев рук. Синдром токсической энцефалопатии сопровождается микроорганической симптоматикой с экстрапирамидным гиперкинезом и нейрорегуляторными расстройствами. В этих случаях возникают психотические состояния, снижаются внимание и память, быстро истощается корковая деятельность, выражены сосудистые расстройства.

Развитие синдрома фуникулярного миелоза свидетельствует о поражении спинного мозга. При этом возникают слабость и боли в ногах, нарушается координация движений, снижаются глубокая мышечная чувствительность и ахилловы рефлексы. Поражение печени характеризуется развитием жировой дистрофии, которая сопровождается болями в правом подреберье. Функция поджелудочной железы повышается независимо от степени тяжести интоксикации. Отмечают нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы: тахикардию, снижение артериального давления и периферического сопротивления. Лёгкая степень характеризуется быстрой утомляемостью, общей слабостью, головной болью, снижением аппетита, отмечают нестойкую лейкопению, уменьшение количества нейтрофилов, умеренный ретикулоцитоз.

При хронической интоксикации средней степени на фоне более выраженных функциональных нарушений нервной системы наблюдают кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, у женщин – обильные менструации. Видимые слизистые оболочки и кожный покров бледные. Положительный симптом жгута и шипка. Печень умеренно увеличена и болезненна. В периферической крови – лейкопения, ретикулоцитоз, умеренная макроцитарная анемия, тромбоцитопения, удлинение времени кровотечения, повышение СОЭ.

Выраженная степень характеризуется резкой общей слабостью, головокружениями, частыми обморочными состояниями, кровоточивостью (подкожные, носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения). Видимые слизистые оболочки и кожный покров бледные. Наблюдают множественные петехиальные высыпания. Печень болезненна, размеры её увеличены, функции нарушены. Имеются признаки ишемии миокарда, артериальное давление снижено. Отмечают заторможенность корковых процессов, наличие синдрома недостаточности спинного мозга по типу миелоза со снижением глубокой мышечной чувствительности и рефлексов нижних конечностей. В периферической крови – лейкопения, тромбоцитопения и нейтропения, относительный лимфоцитоз, анемия гиперхромная с резким снижением количества эритроцитов, СОЭ повышена до 50-70 мм/ч.

К атипичной, своеобразной форме интоксикации бензолом следует отнести так называемые бензолные лейкозы. Установлено, что при воздействии бензола могут развиваться острые и хронические формы лейкозов, которые имеют свои особенности клинической картины и течения.

Возникновению острого лейкоза обычно предшествует длительный, в течение нескольких лет, продромальный (предлейкемический) период. В этот период отмечают типичные для хронической интоксикации изменения периферической крови, то есть гипоплазию костномозгового кроветворения различной степени выраженности. Существует мнение, что продромальный период служит первоначальной стадией нераспознанного острого лейкоза латентной фазы. Описаны случаи возникновения острого лейкоза и без предшествующих изменений периферической крови у людей, имеющих длительный (5-10 лет и более) контакт с бензолом, а также спустя несколько лет после прекращения контакта с ним.

По клинической картине такие острые лейкозы могут быть отнесены к острому эритромиелозу (эритролейкозу) и миелобластному лейкозу, а также к не дифференцированным формам лейкозов вследствие выраженной аплазии бластных клеток. Хронические лейкозы, обусловленные воздействием бензола, по клинической картине чаще относят к хроническому миелолейкозу, значительно реже – к хроническому лимфолейкозу и эритромиелозу.

Прогноз неблагоприятен, если в клинической картине интоксикации наблюдают быстропрогрессирующую аплазию костного мозга (по данным биопсии), массивные кровотечения (носовые, желудочно-кишечные, маточные и др.), развитие лейкоза, присоединение инфекционного процесса (ангины, пневмонии и др.). В таких случаях возможен летальный исход.

Лечение

При хронической интоксикации бензолом лёгкой степени, которая сопровождается нестойкой умеренной лейкопенией, проводят общеукрепляющее лечение седативными средствами, витаминами группы В и аскорбиновой кислотой; необходимы пребывание больного на свежем воздухе, полноценное

питание. Если имеются выраженные стойкие изменения крови (лейкопения, тромбоцитопения, анемия), назначают препараты, стимулирующие лейкопоэз: натрия нуклеинат, пентоксил. При симптомах аплазии костного мозга могут быть применены глюкокортикоидные препараты.

Проводят заместительную и стимулирующую терапию с учётом клинической картины (переливание цельной крови, лейкоцитарной и эритроцитарной массы). Выраженный геморрагический синдром, массивное кровотечение служат показаниями к назначению антигеморрагических и гемостатических средств в сочетании с аскорбиновой кислотой, а также к переливанию тромбоцитарной массы. Препараты железа применяют только при вторичной железодефицитной анемии, когда понижено содержание его в сыворотке вследствие больших кровопотерь. При тяжёлой апластической анемии показана трансплантация гистологически совместимого костного мозга, а при отсутствии высокой температуры и признаков сепсиса может быть проведена спленэктомия.

Отравление трикрезилфосфатом

Трикрезилфосфат в чистом виде – твёрдое кристаллическое вещество. Трикрезилфосфат, употребляемый в промышленности, представляет смесь орто-, мета- и параизомеров. Это маслянистая бесцветная, опалесцирующая жидкость, имеющая высокую точку кипения (280-290°C), вследствие чего вещество малолетуче. В последние годы широко применяется в реактивной авиации, космической технике, в турбостроении в качестве добавок к огнестойким жидкостям и маслам. В промышленности его используют в качестве пластификатора при выработке искусственной резины, кожи, киноплёнок, нитролаков, синтетических тканей, обёрточных материалов.

Признаки отравления трикрезилфосфатом развиваются спустя 1,5-3 недели после приёма его внутрь. Появляются боль, чувство стягивания и судороги в икроножных мышцах, слабость стоп с последующим развитием парезов и в проксимальных отделах ног. Двигательные расстройства распространяются и на верхние конечности. Парезы носят периферический характер. Прогрессирующая слабость конечностей сочетается с атрофиями мышц сначала кистей и стоп, а в последующем и мышц проксимальных отделов конечностей. Мышечный тонус значительно снижен. Рефлексы на конечностях угасают.

Наряду с двигательными отмечаются и чувствительные расстройства, связанные с вовлечением в процесс чувствительных волокон периферических нервов: боль по ходу нервов, усиливающаяся при натяжении и надавливании на них, гипестезия по полиневритическому типу, парестезии в пальцах кистей и стоп. Симптомы поражения периферических нервов могут сочетаться с признаками поражения спинного мозга: дисфункция тазовых органов, появление патологических рефлексов Бабинского, Россолимо, Бехтерева.

Одновременно могут иметь место и признаки вовлечения в процесс головного мозга: головная боль, нарушение сна, изменение психики, снижение памяти. Таким образом, в результате диффузного распространения органических изменений в нервной системе клиническая картина отравления трикрезилфосфатом может носить характер энцефаломиелополинейропатии. При более ограниченном характере распространения патологического процесса возможно развитие миелопалинейропатии или полинейропатии.

Характерной чертой поражения нервной системы при отравлении трикрезилфосфатом является внезапное развитие периферического паралича стоп с последующим распространением двигательных расстройств на кисти и проксимальные отделы конечностей. Восстановительный период длится от 6-8 месяцев до 2 лет. При тяжёлых формах отравлений наблюдаются остаточные явления в виде стойких парезов конечностей.

Лечение. Экспериментально установлено, что нейротоксическое поражение трикрезилфосфатом сходно с симптоматикой дефицита токоферола: развивается энцефаломалиция, демиелинизация проводников спинного мозга, мышечная дистрофия, креатинурия. Поэтому при лечении отравлений трикрезилфосфатом рекомендуются токоферол, пиридоксин, фитин, серосодержащие аминокислоты, антихолинэстеразные и обезболивающие средства, массаж, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение.

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

Дарья БУДАШ,
ассистент кафедры профессиональных
болезней и клинической фармакологии.

Самарский государственный
медицинский университет.

Принципы диагностики, дифференциации и терапии перикардитов

Перикардиты относятся к числу недостаточно изученных и освещаемых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Хотя следует подчеркнуть, что это отнюдь не редкие заболевания. По секционным данным, частота встречаемости перикардитов составляет 1-6%, однако их прижизненная диагностика (0,1% среди госпитализированных в стационар и 5% – в отделения интенсивной терапии) существенно отстаёт. Прижизненная диагностика перикардитов осуществляется не в полном объёме, что, по-видимому, связано с большим разнообразием клинико-морфологических вариантов (сухой, экссудативный, фибринозный), причинных факторов и выраженностью симптомов, вплоть до тампонады. Диагностическое значение имеет связь болей с движениями, при поворотах туловища, перемене положения, они нередко облегчаются при переходе больного из лежачего положения в сидячее.

В обновлённых международных клинических рекомендациях по диагностике и лечению перикардитов 2015 г. основные разделы посвящены систематизации причин перикардитов, особенностям течения и прогноза его различных форм (отмечается важность визуализирующей техники в обследовании), методам лечения. Внимание уделено специфическим перикардиальным синдромам. Диагноз перикардита рекомендуется выставлять при наличии у пациента двух из следующих критериев: характерный для перикардита болевой синдром, шум трения перикарда, возникшая диффузная элевация сегмента ST или депрессия PR на ЭКГ, выпот в полости перикарда (новый или прогрессирующий).

Перикардиты иногда протекают с выраженной симптоматикой поражения миокарда – миоперикардита (МП), с его общей и локальной дисфункцией, повышением в крови уровня тропонинов, миоглобина, разнообразной ЭКГ-картиной и другими лабораторно-инструментальными признаками. Патоморфологически сухой перикардит характеризуется фибринозной реакцией перикарда, к этому возможно присоединение воспаления с выпотом, причём, по данным нашей клиники, возросла доля геморрагического перикардиального выпота при вирусном перикардите, что требует дифференциации с первичными (мезотелиома, лимфома и др.) и вторичными (метастатическими) процессами.

Подобная дифференциация проводится на основании динамики клинических данных (позитивных в случае вирусного перикардита), цитологического анализа перикардиального пунктата, различной реакции после назначения кортикостероидов (КС) и

нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС).

Возможные причины и методы обследования больных перикардитом приведены в таблице 1.

Обращает внимание частота предположительных вирусных перикардитов, распространённость которых, по данным ряда авторов, достигает 40-55%.

Следует отметить, что далеко не во всех подобных случаях проводилось исследование титров вирусов. Вследствие чего эта группа перикардитов носит также наименование идиопатические.

При остром вирусном перикардите терапия направлена на сокращение (устранение) симптомов, профилактику осложнений и антивирусное воздействие, которое максимально эффективно при воздействии на конкретного вирусного возбудителя.

1. Прицитомегаловирусном перикардите – внутривенное введение гипериммуноглобулина (по 4 мл/кг 1 раз в сутки на 1-е, 4-е и 8-е сутки терапии, а затем по 2 мл/кг на 12-е и 16-е сутки).

2. При перикардите, вызванном вирусом Коксаки В – подкожное введение интерферона α и β (по 2,5 млн МЕ/м поверхности тела 3 раза в неделю).

3. При перимеокардите, вызванном аденовирусом и паравирусом В19 – внутривенное введение иммуноглобулина (по 10 г в течение 6-8 часов на 1-е и 3-и сутки терапии).

Клинические особенности
Боли при инфаркте миокарда (ИМ) не зависят от положения больного, обычно предшествуют лихорадке и другим лабораторным и инструментальным проявлениям.

Шум трения перикарда при ИМ чаще бывает кратковременным и достаточно нежным (исключение составляет отчётливый шум трения перикарда при постинфарктном синдроме), сохраняется обычно в течение 1-2 недель.

Постинфарктный синдром, плевроперикардит возникает внезапно на 3-4-й неделе ИМ. Перикардит проявляется чаще острыми болями в области сердца и левой половине грудной клетки, иногда она носит интенсивный характер и усиливается при глубоком дыхании и переменах положения тела. Наряду с болями появляются лихорадка, шум трения перикарда и плевры, могут появляться симптомы выпота в перикардиальную и плевральную полости.

Естественно, что наличие интенсивного болевого синдрома в груди требует дифференциации с повторным ИМ. Описанные ранее клинические признаки – связь боли с дыханием, появление шума трения перикарда и плевры, соответствующие ЭКГ-данные позволяют отличить постинфарктный синдром от повторного ИМ.

Очень важны в подобной ситуации динамические Эхо-КГ-исследования – при

Таблица 1

Схема возможных причин и обследования больных перикардитами

| Причина | Встречаемость, % | Клинические признаки и обследование |
|-----------------------------|--------------------------------|--|
| Инфекционные: | | |
| – вирусные (идиопатические) | 40-55 | Титры вирусов, максимальное обследование |
| – бактериальные | 1-2 | Лихорадка, лейкоцитоз, исследование перикардиальной жидкости |
| – туберкулёз | 4 | Рентгенография грудной клетки, туберкулиновые тесты |
| Острый инфаркт миокарда | 5-10 | ЭКГ, тропонин, Эхо-КГ |
| Расслаивание аорты | 1 | МРТ, КТ, чреспищеводная Эхо-КГ |
| Травма | Неизвестно | Анамнез |
| Опухоли | 7 | Общие симптомы, лимфаденопатия, рентгенография, исследование перикардиальной жидкости, пневмоперикард. |
| Радиационные | 1 | Анамнез |
| Уремия | 35 до гемодиализа и у 13 после | Уровень креатинина |
| Аутоиммунные заболевания | 3-5 | Ревматоидный фактор, уровень комплемента, противоядерные антитела |
| Реакция на препараты | 1 | Анамнез, эозинофилия, аспирин, НПВП |

Таблица 2

Дифференциальная диагностика перикардитов

| Признаки | ИБС, ИМ | Перикардит | ТЭЛА |
|---|---|---|--|
| Боль в грудной клетке: – локализация – начало – связь с дыханием; | за грудиной внезапное, резкое нет | за грудиной внезапное усиливается при вдохе | с любой стороны грудной клетки внезапное усиливается при вдохе |
| связь с положением тела | отсутствует | усиливается в положении лёжа, ослабляется сидя с наклоном вперёд | отсутствует |
| Иррадиация | челюсть, шея, плечи, руки | челюсть, шея, плечи, руки | плечи |
| Эффект НТГ | присутствует | отсутствует | отсутствует |
| Физикальные признаки: возраст шум трения – 3-й тон, застой в лёгких | чаще средний, пожилой Отсутствует (если нет перикардита) могут присутствовать | чаще молодой присутствует у 85% отсутствуют | любой крайне редко (шум трения плевры) отсутствуют |
| ЭКГ: подъём ST депрессия PQ зубец Q зубец S при подъёме ST зубец T АВ-блокады, желудочковые аритмии, фибрилляция -фибрилляция предсердий | дугой вверх (дискордантно) редко может присутствовать чётко не определяется отрицательный на фоне подъёма ST частые может присутствовать | дугой вниз (конкордантно) часто отсутствует отчётливый отрицательный при нормализации ST отсутствуют может присутствовать | III, avF, Vi отсутствует III, avF Si, Qiii отрицательный II, avF, Vi – V4 отсутствуют может присутствовать |
| Эхо-КГ: – нарушения сократимости ЛЖ утолщение листков перикарда | чаще сегментарные чаще отсутствуют | чаще отсутствуют отсутствуют | отсутствуют отсутствуют |

Таблица 3

Схема диагностики перикардита

| Метод | Характерные признаки |
|--|--|
| Аускультация | Шум трения перикарда – одно-, двух- и трёхфазный |
| ЭКГ | Стадия I: вогнутый подъём сегмента ST в передних и задних отведениях (конкордантный подъём) Стадия II (ранняя): сегмент ST возвращается к изолинии Стадия II (поздняя): зубцы T постепенно сглаживаются, начинается их инверсия Стадия III: генерализованная инверсия зубцов T Стадия IV: восстановление исходных характеристик ЭКГ, наблюдавшихся до развития перикардита |
| ЭхоКГ | Эпикард и перикард выявляются раздельно (объём выпота 3-16 мм); выявление большого эхонегативного пространства между эпикардом и перикардом; утолщение перикарда > 4 мм. Проявления тампонады сердца |
| Анализ крови | а) определение СОЭ, уровня СРВ, лактатдегидрогеназы, числа лейкоцитов – маркёры воспаления б) определение уровня тропонина, МВ-фракции КФК-маркёры повреждения миокарда |
| Рентгенологическое исследование грудной клетки | Изображение сердца от нормального до появления силуэта «бутылки с водой». Выявление сопутствующих заболеваний лёгких и органов средостения |
| Компьютерная томография | Выпоты, состояние пери- и эпикарда |
| Магнитно-резонансная томография | Выпоты, состояние пери- и эпикарда |
| Перикардиоскопия, биопсия перикарда | Установление этиологии перикардита |

повторном ИМ выявляются новые очаги дискинезии в миокарде, при постинфарктном синдроме – свободная жидкость и спаечный процесс в полости перикарда.

При постинфарктном синдроме часто отмечается длительное наличие лихорадки, шума трения перикарда.

В таблице 2 представлена дифференциальная диагностика перикардита с постинфарктным синдромом и тромбозом лёгочной артерии (ТЭЛА).

Трудности возникают при экссудативном перикардите, когда значительное накопление выпота сопровождается расширением тени сердца, сглаживанием его дуг, снижением амплитуды пульсации.

Подобная симптоматика требует дифференциации с диффузным поражением миокарда (миокардиты, дилатационная кардиомиопатия).

Рентгенологические признаки перикардита – преобладание горизонтально-поперечного размера над длинником, укорочение сосудистого пучка. Информативна динамика размеров сердца при экссудативном перикардите – увеличение или уменьшение размеров сердечной тени.

Схема диагностики перикардита представлена в таблице 3.

(Окончание на стр. 10.)

(Окончание. Начало на стр. 9.)

В диагностике перикардита большое значение имеет динамическое клинико-ЭКГ-исследование. ЭКГ данные имеют определённую стадиальность.

I стадия.

У пациентов с острым перикардитом отмечается конкордантный подъём вогнутостью вверх сегмента ST и депрессия сегмента PQ(R) во многих отведениях. При подъёме сегмента ST выявляется зубец S, кривая не имеет чёткий монофазный характер. Примерная продолжительность этой стадии от нескольких дней до 1-2 недель.

II стадия.

Нормализация сегментов ST и PQ(R), они становятся изоэлектричными, её длительность от нескольких дней до 1-2 недель.

III стадия.

Характеризуется инверсией зубца T во многих отведениях. Длительность данной стадии вариабельна – от 1-2 недель до 1-2 месяцев.

IV стадия.

Постепенная позитивизация зубца T до отчётливого (+). Эта стадия обычно соответствует 2-3 месяцам. Следует особо отметить, что во всех стадиях отсутствуют изменения комплекса QRS.

Естественно, что приведённая стадийность и динамичность изменений интервалов и зубцов носит искусственный характер, возможны различные вариации. Патогенез описанных ЭКГ-изменений обусловлен, по-видимому, субэпикардальным повреждением с ишемией миокарда (миокардит).

ЭхоКГ данные обычно не указывают в пользу локального гипокинеза и значительного поражения миокарда, что в определённой мере позволяет проводить дифференциацию с инфарктом миокарда и диффузным миокардитом.

Известно, что подъём сегмента ST встречается при остром крупноочаговом ИМ, в подобных случаях он имеет дискордантный (вогнутый) характер, при этом часто отмечаются наличие патологического зубца Q, снижение вольтажа зубца R, инверсия зубца T до возвращения сегмента ST к изолинии, нарушения ритма и проводимости.

1) При перикардите отмечается повышение сегмента ST во многих (иногда во всех) стандартных и грудных отведениях. Зубец T при перикардите становится (-) не в остром периоде болезни, а после того, как ST снизится до изолинии. Зубец T при ИМ становится (-) задолго от снижения ST.

2) Глубокие, уширенные зубцы Q₁ и Q₃ и другие Q в сочетании с изменениями сегмента ST – признаки ИМ определённой локализации.

3) Интервал ST вогнутый, приподнят во многих отведениях – конкордантен при перикардите. При ИМ ST – дискордантен в I и III отведениях.

4) Зубец R в грудных отведениях при перикардите почти всегда сохраняется, уменьшается лишь его амплитуда, при ИМ комплекс QRS деформируется вплоть до исчезновения зубца R (QS).

5) Следует учитывать, что сегмент ST в стандартных отведениях при ИМ иногда повышен, что может быть обусловлено его осложнением перикардитом. При последующих ЭКГ обычно появляются глубокие зубцы Q и формирование (-) зубцов T в этих отведениях (Q₁ или Q₃ (-) T₁ или T₃).

Повторные ЭхоКГ при ИМ позволяют обнаружить новые очаги дис- или акинезии в миокарде, при синдроме Дресслера (перикардит) – свободную жидкость в полости перикарда.

Для постинфарктного синдрома показательно сохранение лихорадки и шума трения перикарда, вовлечение в процесс плевры, лёгких и синовиальных оболочек. Исчезновение боли, лихорадки и других признаков постинфарктного синдрома после назначения кортикостероидов подтверждает диагноз. Острый инфаркт миокарда в форме различных вариантов постинфарктного синдрома (эпистокардитический и синдром Дресслера) встречается в 5-10% случаев.

При подозрении на постинфарктный перикардит больной подлежит госпитализации для проведения дифференциального диагноза, подбора адекватной терапии и исключения тампонады сердца. Целесообразно применение ибупрофена, способствующего увеличению коронарного кровотока, используются также аспирин (650 мг каждые 4 часа в течение 2-5 суток). При сохраняющейся выраженной симптоматике возможно применение кортикостероидов.

Различают две формы постинфарктного перикардита: раннюю (эпистокардитический перикардит) и отсроченную (синдром Дресслера).

Эпистокардитический перикардит, вы-

зываемый экссудацией в полость перикарда, возникает в 5-20% случаев трансмурального ИМ.

Синдром Дресслера развивается в сроки от 1 недели до нескольких месяцев после начала ИМ. Подобная форма перикардита не всегда возникает после трансмурального ИМ.

Кроме того, синдром Дресслера может быть продолжением эпистокардитического синдрома, возникать (по нашим материалам) после мелкоочагового (субэндокардиального) ИМ.

Изменения ЭКГ, относительно типичные для перикардита, нивелируются изменениями, присущими ИМ. ЭКГ-признаки перикардита, условно относящиеся к I стадии, выявляются редко, их появление может указывать на развитие раннего постинфарктного синдрома. Отсутствие динамики или восстановление ранее (-) зубцов T позволяет предположить наличие перикардита, связанного с ИМ. В постинфарктном периоде обнаружение перикардального выпота различного объёма подозрительно в отношении гемоперикарда и возможной тампонады сердца и/или разрыва свободной стенки ЛЖ. В подобной ситуации необходимо экстренное хирургическое вмешательство.

Подъём сегмента ST при перикардите нередко связывают с ИМ и ошибочно назначают тромболитическую терапию. Подъём сегмента ST объясняют развитием трансмуральной ишемии или длительного ангиоспазма коронарной артерии, ЭхоКГ-признаков перикардита не обнаруживают.

Немалое значение в диагностике перикардита имеют данные рентгенографии и МРТ. Рентгенография грудной клетки проводится для исключения заболевания средостения или лёгких, которые могут лежать в основе перикардита.

Магнитно-резонансная томография с контрастированием позволяет визуализировать участки выпота, некроза, образующиеся при перикардите. Чувствительность методики в верификации перикардита достигает более 70%.

Несмотря на неспецифичность, определённое значение имеют ряд показателей воспалительных процессов – лейкоцитоз, СОЭ, СРВ. Более показательны МВ-фракция КФК, миоглобин и особенно тропонин.

Концентрация тропонина в плазме крови повышается у 35-40% больных с перикардитом (особенно при МП), что некоторые авторы связывают с эпикардальным воспалением, а не с некрозом миокардиоцитов.

У пациентов с титрами тропонина, превышающими пороговые, более часто встречаются перенесённая инфекция. Не отмечалось образования перикардальных спаек, лихорадки, изменения интервала PQ, повышенного С-реактивного белка.

В клиническом плане наличие артериальной гипотензии, стойкой тахикардии, увеличенного венозного давления в яремных венах, парадоксального пульса, гипотензии, выпота в перикарде указывают на возможность тампонады сердца.

Тампонада сердца относительно редко осложняет вирусный (идиопатический) перикардит, чаще встречается при туберкулёзном, неопластическом и гнойном перикардите (до 60%).

Выпот в полость перикарда представляет скопление в ней жидкости – трансудат (гидроперикард), экссудат, пиоперикард, гемоперикард. Большой объём выпота чаще бывает при опухолевых, туберкулёзных, уремиических и ряде других поражений перикарда. Выпоты в полости перикарда могут накапливаться медленно и протекать бессимптомно, быстро накапливающиеся выпоты могут проявляться тампонадой сердца.

Тампонада сердца относится к витальным состояниям, она обусловлена медленно или быстро наступающим повышением давления в полости перикарда со сдавлением сердца накопившимися в перикарде жидкостью, кровью, гноем, тромбами и др. Диагностика тампонады сердца представлена в таблице 4.

Необходимо уточнение этиологии, патогенеза и тактики ведения больных перикардитом в urgentных и плановых ситуациях.

Острый перикардит в основном имеет отношение к благоприятному течению, это прежде всего относится к вирусному (идиопатическому) перикардиту. Следует учитывать показатели неблагоприятного прогноза заболевания. Они включают: длительно сохраняющиеся лихорадку выше 38°; подострое течение с симптоматикой свыше нескольких недель; состояние иммуносупрессии; тяжёлые травматические перикардиты; объективные данные выраженного поражения миокарда (диффузный МП); нарастание перикардальных выпотов; симптоматику тампонады сердца (ЭхоКГ – свободное пространство > 20 мм).

Требуется уточнение тактики ведения больных с различными формами перикардитов, рационального использования медикаментозных и хирургических методов лечения.

Лечение перикардитов

Терапия перикардитов представляет достаточно сложную задачу, что обусловлено разнообразием клинических и этиологических форм заболевания, различными подходами к лечению – от консервативных до urgentных, хирургических.

Лечение перикардита прежде всего направлено на уменьшение симптоматики заболевания и необходимости эвакуации жидкости из полости перикарда в случае её нарастания.

Основой терапии является применение НПВС. У больных с выраженными симптомами перикардита эффективны ибупрофен (800 мг каждые 6-8 часов), индометацин (25-50 мг каждые 6-8 часов).

У пожилых больных следует избегать использования индометацина, снижающего коронарный кровоток.

Эффективность применения НПВС чаще следует оценивать через 1-2 недели после её начала.

После сокращения проявлений острой

клиники заболевания применение НПВС следует продолжать ещё минимум в течение 1-2 недели, после чего дозу препарата уменьшают в течение 2-3 дней до полной отмены.

При рефрактерности заболевания к НПВС следует использовать кортикостероиды, которые позволяют достаточно быстро купировать болевой синдром и накопление жидкости в перикарде. Начальная доза преднизолона довольно высокая (1 мг/кг/сут), далее в зависимости от ситуации дозировка должна снижаться медленно – на 1 мг за 2-3 суток. По-видимому, преднизолон должен быть отменён в интервале от 3 недель до 2 месяцев.

Внутриперикардальное введение глюкокортикостероидов эффективно и позволяет избежать развития ряда побочных эффектов.

Недостаточный ответ на терапию КС нередко является следствием использования низких доз или быстрого снижения дозировки. У пациентов с рецидивирующим течением перикардита увеличение дозировки преднизолона до 1-1,5 мг/кг массы тела ежедневно в течение 4 недель способствует уменьшению симптоматики заболевания.

Интраперикардальное введение триамсинолона, обладающего слабой реабсорбцией, может быть эффективным у больных с рефрактерным или рецидивирующим перикардитом.

Показано длительное использование «малых цитостатиков» – плаквенила и далагила. Применение колхицина (по 0,5 мг 2 раза в сутки), комбинированного с НПВС или в виде монотерапии, эффективно для лечения острого перикардита и профилактики возможных его рецидивов. Препарат хорошо переносится и имеет меньше побочных явлений, чем НПВС.

Согласно рекомендациям ESC по диагностике и лечению болезней перикарда (2015), колхицин рекомендован в качестве первой линии лечения острого перикардита в добавление к другим нестероидным противовоспалительным препаратам, как у пациентов с первым эпизодом, так и при рецидиве острого перикардита. Ожидается, что этот препарат улучшит ответ пациентов на аспирин или НПВП, повысит частоту ремиссий и уменьшит распространённость рецидивов перикардита.

В течение нескольких дней после начала противовоспалительной терапии отмечается уменьшение симптомов острого перикардита. Рецидивирующий характер болей в течение 2-недельного курса терапии НПВС является показанием к смене НПВС или сочетанию их с колхицином. Если болевой синдром, несмотря на комбинированную терапию, рецидивирует, должны быть использованы глюкокортикостероиды, вплоть до внутривнутриперикардального введения. На фоне терапии колхицином частота возникновения новых рецидивов сокращается. Начальная доза колхицина – 2 мг/сут, через 1-2 дня её снижают до 1 мг/сут.

Применение КС показано при плохом общем состоянии, частых рецидивах. Преднизолон применяется по 1-1,5 мг/кг/сут на протяжении не менее 1 месяца. При неэффективности подобной терапии возможно дополнительно добавить азатиоприн (75-100 мг/сут). Снижение дозы КС следует проводить в течение 3 месяцев.

До отмены КС к лечению следует присоединить противовоспалительные средства – НПВС или колхицин.

Проведение перикардэктомии показано только при частых рецидивах с выраженными клиническими проявлениями, резистентных к медикаментозной терапии. Перед проведением перикардэктомии больной не должен принимать КС в течение нескольких недель.

Диагностика тампонады сердца приведена в таблице 4. Терапия при острой тампонаде сердца может включать применение инотропных препаратов в комбинации с вазодилататорами, добутамина, уменьшающего выраженную артериальную гипотензию.

При стойкой констрикции перикарда единственный метод лечения – перикардэктомия.

Вирусный (идиопатический) перикардит при исключении других причин заболевания характеризуется благоприятной клинико-инструментальной симптоматикой, позитивным эффектом при использовании НПВС и отсутствием признаков констрикции перикарда. Своевременная оценка практикующими врачами клинико-инструментальной диагностики перикардита позволяет исключить вторичный характер заболевания, признаки дисфункции миокарда, уточнить терапию и показания к возможному рациональному терапевтическим и хирургическим методам.

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

Диагностика тампонады сердца

Таблица 4

| | |
|---|---|
| Клинические проявления | Повышение системного венозного давления, артериальная гипотония, парадоксальный пульс, тахикардия, одышка или тахипноэ в отсутствии хрипов в лёгких |
| Факторы, способствующие развитию тампонады сердца | Применение некоторых лекарственных препаратов (циклоsporин, антикоагулянты, тромболитики); операции на сердце, тупая травма сердца, длительное нахождение ряда устройств в сердце; онкологические заболевания, заболевания соединительной ткани, сепсис, почечная недостаточность |
| ЭКГ | Либо нормальная, или неспецифические изменения сегмента ST, зубца T, электрическая альтернатива (комплекса QRS, зубца T), брадикардия, электромеханическая диссоциация (в терминальной стадии) |
| Рентгенологическое исследование грудной клетки | Увеличение силуэта сердца в отсутствии признаков застоя в лёгких |
| ЭхоКГ (в М-режиме и двухмерная) | Диастолический коллапс передней свободной стенки ЛЖ, коллапс ПП, ЛП, редко ЛЖ, увеличение толщины стенок ЛЖ за счёт «псевдогипертрофии», расширение нижней полой вены |
| Допплер-ЭхоКГ | На вдохе поток через трикуспидальный клапан увеличивается, через митральный уменьшается (обратная картина на выдохе). На выдохе систолический и диастолический потоки в крупных венах уменьшаются, во время сокращения предсердия в них увеличивается обратный кровоток |
| Катетеризация сердца | 1) Подтверждение диагноза и оценка гемодинамических нарушений в динамике 2) Выявление сопутствующих заболеваний (КМП, ИБС) |
| Ангиография коронарных артерий | Сдавление коронарных артерий во время диастолы |

Жизнь напоминает, что спортсмены болеют, болеют по-разному и от разных причин. Это не значит, что занятия спортом вызывают патологию. Однако, как известно, всё же существует профессиональная патология, которая является следствием имеющихся спортивных перегрузок и неадекватной реабилитации-восстановления. Изучение причин возникновения этой патологии ставит задачу ликвидации заболеваний, связанных со спортивной деятельностью, или сведения их к минимуму. В последнее время наша газета всё чаще обращается к теме состояния здоровья наших спортсменов, тех, кто занимается спортом. Сегодня мы вновь решили поговорить на тему, которая, несомненно, привлечёт внимание наших читателей, специалистов, занятых их подготовкой.

Задача номер один

Необходимость изучения вопроса о болезнях, в частности сердечно-сосудистых, у спортсменов не умаляется тем, что процент больных среди них невелик. Болезней при занятиях спортом не должно быть совсем, а достигнуть этого можно только, если глубоко и основательно изучать этот вопрос. Нежелание произнести слово «патология» или «болезнь» по отношению к спортсменам, с одной стороны, и необходимость всё же говорить об этом – с другой, привели к тому, что в спортивно-медицинской литературе можно найти термины «отклонение» или «нарушение» состояния здоровья, «отсутствие» или «недостаточная адаптация» к нагрузкам и т.д. На самом деле под этими терминами обычно скрываются заболевания. Да, самые обычные заболевания.

Изучение этого вопроса определяется прежде всего тем, что если диагноз возможного заболевания спортсмена будет поставлен рано, то изменения, возникающие при этом, обратимы; если же поздно, то они могут перейти в необратимую стадию со всеми вытекающими отсюда последствиями. А это значит прекращение занятий спортом, возможная инвалидность, а иногда такие изменения могут приводить и к смерти. Поэтому очень важно эффективно разрабатывать и проводить профилактику, диагностику и комплексную реабилитацию спортсменов с такими заболеваниями для того, чтобы полностью ликвидировать возможность возникновения патологии при занятиях спортом.

Причин заболеваемости спортсменов становится с каждым днём всё больше. Это определяется следующими обстоятельствами: первое заключается в том, что в занятиях спортом вовлекается всё большее число людей разного возраста и состояния здоровья; во-вторых, происходит значительное повышение объёма и интенсивности спортивной тренировки, что создаёт условия для возможной перегрузки организма, то есть для переутомления.

Повторим, что спорт и здоровье – это в какой-то мере синонимы. Однако занятия физкультурой и спортом несут здоровье только тогда, когда они проводятся рационально, с оптимальной нагрузкой, в соответствующей гигиенической обстановке и в соответствии со своевременными реабилитационными методиками. Однако если раньше погрешности в выполнении этих условий редко вызвали тяжёлые последствия, поскольку тренировочные нагрузки были невелики, то сейчас, учитывая, что они высоки, несоблюдение этих условий приводит к тяжёлым, и иногда и к трагическим результатам, так как превращает занятия в свою противоположность.

По данным различных авторов, от 20 до 50% спортсменов нуждаются в том или ином виде лечения. Конечно, это не тяжёлые хронические заболевания, однако даже небольшие дефектам в состоянии здоровья сегодня надо придавать значение, ибо, учитывая современную тренировку, они нередко являются причиной развития тяжёлых заболеваний, выводящих человека из строя. Всё это отнюдь не значит, что современный спорт потерял своё оздоровительное значение, однако правильно использовать положительные его свойства сейчас сложнее. Обострилась необходимость в достаточно точной индивидуальной дозировке степени физической нагрузки, ибо если она чрезмерна, то может быть причи-

ческой нагрузки, что приводит к её чрезмерности и вследствие этого к перенапряжению органов и систем организма. Однако заболевания у спортсменов могут возникать и при правильной организации и методике тренировки, но при определённых условиях.

Причины, которые могут вызвать заболевания в первой подгруппе, много. Они зависят от неправильных действий как спортсмена, так и тренера. К неправильным дей-

Всякое утомление, особенно переутомление (а грань между ними очень тонка и не всегда может быть точно определена), является предпатологическим состоянием, то есть благоприятным фоном для развития заболеваний, и снижает иммунитет и устойчивость к инфекции. Что же касается состояния перетренированности, то есть перенапряжения центральной нервной системы, то хорошо известно, что определяемые иногда

левания, например порок сердца, гипертония и т.п., не являются препятствием к занятиям, поскольку есть случаи, когда спортсмены с такими патологиями устанавливали даже рекорды. Другая точка зрения, представляющаяся более обоснованной, требует для современного спортсмена абсолютно здорового. Наличие каких-либо заболеваний является противопоказанием к занятиям. Если заболевание можно вылечить, то сначала это надо

Проблемы и решения

Кто в ответе за наших спортсменов?

Как важно вовремя анализировать причины заболеваний у тех, кто ставит рекорды



ной развития болезни. Очевидно, что только оптимальная нагрузка обеспечивает физическое совершенствование человека. Однако определение её оптимальности, её строгая индивидуализация сложны.

Не скрывайте свои жалобы

Мы выделили среди широкой выборки, а это 778 спортсменов, наиболее встречаемую патологию: на первом месте – заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата; затем варикозная болезнь; заболевания желудочно-кишечного тракта и грыжи передней брюшной стенки; нейроциркуляторная дистония и артериальная гипертония; нарушения ритма сердца и ишемическая болезнь сердца; повышенная масса тела и переутомление с нарушением иммунитета и связанными с этим заболеваниями и неврозами.

Причины возникновения заболеваний следует разделить на две большие группы: не связанные и связанные с занятиями спортом.

К причинам, непосредственно, не связанным с занятиями спортом, относятся все воздействия внешней среды – различные инфекции, переохлаждение, неблагоприятные экологические факторы и т.п. Естественно, что любой спортсмен в той или иной степени подвержен воздействию этих факторов. Однако, как было указано, реакция организма спортсмена на эти факторы, учитывая особенности его состояния здоровья, физического развития и функционального состояния, может иметь известные отличия от реакции лиц, не занимающихся спортом. Кроме того, спортсмены существенно различаются друг от друга в зависимости от направленности тренировочного процесса, от специализации.

Вторую, наибольшую, группу составляют причины, связанные с занятиями спортом. Эту группу можно разделить на две подгруппы. К первой относятся причины, зависящие от неправильной организации тренировочного процесса, нерационального использования средств и методов тренировки, отсутствия или недостаточной индивидуализации степени физи-

ствия спортсмена нужно, прежде всего, отнести нарушения предписаний тренера и врача в отношении режима. Современная тренировка требует от человека строгого и неуклонного выполнения режима тренировочного процесса, режима дня, регулярного и достаточного питания и т.д. Любые нарушения, особенно при тренировках с высокими нагрузками, могут быть причиной возникновения болезни, существенное место в этой группе причин занимают вредные привычки (курение, алкоголь), а также диссимуляция. В зарубежной спортивно-медицинской литературе можно найти описание случаев внезапной смерти спортсменов на марафонской дистанции после выпитого на дистанции коньяка или возникновения острого инфаркта миокарда при спринтерском беге после интенсивного курения перед стартом.

Что же касается диссимуляции, то есть сокрытия жалоб и заболеваний, то это дезориентирует врача и тренера при оценке состояния здоровья спортсмена и не только лишает возможности правильно организовать тренировочный процесс, но и является причиной развития различных заболеваний. Известны случаи, когда спортсмен, зная об изменениях электрокардиограммы, посылает в кабинет функциональной диагностики своего товарища, приносит на исследование чужую мочу и т.п. Поэтому следует с большой осторожностью оценивать данные повторного исследования. Из-за возможной диссимуляции сбор анамнеза у спортсменов требует очень серьёзного внимания, умения ставить вопросы и т.п.

Кого допускать к занятиям и тренировкам

В основе действий тренера, которые могут способствовать возникновению заболеваний, лежат неправильная организация и методика тренировки и обучения, в частности, недостаточная индивидуализация нагрузки, создающая условия для возникновения перегрузки и перенапряжения организма.

при различного рода неврозах так называемые функциональные нарушения со стороны внутренних органов могут становиться стойкими и необратимыми.

Таким образом, очевидно, что при неправильной организации методики тренировки, приводящей к физическому и эмоциональному перенапряжению организма, заболевание может возникнуть даже у абсолютно здорового спортсмена, а у спортсмена, допущенного к тренировкам с тем или иным дефектом в состоянии здоровья, – тем более. Иначе говоря, если неправильная организация и методика тренировки при соответствующих условиях способствуют появлению болезней у здоровых спортсменов, то при допуске к занятиям лиц с какой-либо патологией они проявляют эти заболевания. Вывод здесь только один: рациональное использование высоких тренировочных нагрузок абсолютно здоровым спортсменом, подготовленным к их выполнению, то есть когда они не являются чрезмерными, не может быть причиной болезни.

Ответственность врача и тренера

К группе причин, связанных с неправильной организацией методики тренировки, относятся также неблагоприятные санитарно-гигиенические условия, плохое материально-техническое обеспечение и т.д. Имеется в виду допуск к тренировкам вопреки запрету врача, к занятиям после болезни без предварительного врачебного осмотра. Пренебрежение рекомендациями доктора теми, кому занятия спортом безусловно противопоказаны вследствие различных патологических изменений, даже при правильно организованной и методически безупречной тренировке, приведет к тому, что заболевание может обостриться, осложниться, и это нередко заканчивается инвалидностью спортсмена.

Иногда, однако, несмотря на наличие патологических изменений, врач допускает спортсмена к занятиям, не придавая должного значения дефектам в его состоянии здоровья. В других случаях доктор по тем или иным причинам не может выявить патологических изменений и допускает спортсмена к тренировкам, будучи уверенным в том, что он абсолютно здоров. Хорошо известны многочисленные заболевания, протекающие до определённого времени скрыто и выявляющиеся случайно. Такое течение болезни нередко имеет место у лиц, организм которых отличается от организма не занимающихся спортом.

На этих двух последних группах причин необходимо остановиться несколько подробнее. В отношении допуска к занятиям спортом лиц с дефектами в состоянии здоровья существуют две точки зрения. Одни считают, что некоторые забо-

левание. Если же заболевание хроническое и неизлечимо, то занятия спортом полностью противопоказаны и рекомендуется оздоровительная физкультура. Таким образом, учитывая огромные нагрузки, свойственные современному спорту, к спортивным тренировкам следует допускать только лиц, обладающих абсолютным здоровьем, то есть не имеющих никаких отклонений в состоянии здоровья.

К числу заболеваний, не диагностируемых врачом, относится большая группа так называемых латентных болезней, протекающих без каких-либо клинических проявлений. Учитывая особенности морфологии и функции, есть основания считать, что скрытое течение хронических заболеваний у спортсменов имеет место чаще, чем у лиц, не занимающихся спортом. Наибольшее значение среди такого рода заболеваний при занятиях имеют гипертоническая болезнь и атеросклероз коронарных сосудов. Диагностика последнего в случаях, когда оно протекает бессимптомно, не даёт изменений на ЭКГ. Вместе с тем скрыто протекающий атеросклероз коронарных сосудов особенно опасен у лиц, занимающихся пауэрлифтингом, ибо при интенсивной физической нагрузке он может проявиться спазмом или тромбозом коронарных сосудов и развитием инфаркта миокарда. К сожалению, вследствие недостаточного знакомства врачей с возможностью развития инфаркта миокарда у молодых, в частности у спортсменов, а также недооценки больными тяжести своего заболевания подчас имеют место несвоевременная госпитализация и несоблюдение соответствующего режима, что приводит к тяжёлым осложнениям, в частности к развитию аневризмы сердца.

Следует подчеркнуть, что вопрос о причинах возникновения заболеваний у спортсменов имеет существенное значение. Три основные фигуры определяют правильность и полноценность использования средств спорта – это врач, тренер и спортсмен. И для того, чтобы спорт выполнял свою оздоровительную роль, нужно, чтобы они сегодня отвечали определённым и очень высоким требованиям. Нужно, чтобы допуск к занятиям спортом и врачебное наблюдение за спортсменами осуществлял высококвалифицированный спортивный врач, владеющий современными методами исследования, умеющий поставить сложный диагноз «здоров», разобраться в клинической картине предпатологических состояний и патологических изменений, знающий особенности возникновения и течения заболеваний у спортсменов и умеющий их предупреждать и лечить.

Эдуард НАУМЕНКО,
хирург, спортивный врач,
кандидат медицинских наук.

Максим КИШКИН,
хирург, спортивный врач.

В последних числах июля – начале августа 1948 г. в Москве состоялась памятная сессия Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук имени Ленина, которая стала панихидой по генетике не только в сельском хозяйстве, но и в биологии и в медицине. Занятия классической генетикой – этой «буржуазной лженаукой» – в СССР были запрещены. Ситуацию усугубило то обстоятельство, что Отделение биологических наук АН СССР, возглавляемое выдающимся физиологом академиком Л. Орбели, не приняло «должного» участия и в работе сессии ВАСХНИЛ, то есть фактически отказалось поддержать лысенковцев-мичуринцев.

Абсолютно идеологизированное, лишённое убедительных научных доводов «избиение генетиков» на несколько десятилетий затормозило развитие биологической науки и ото-

двинуло появление медицинской генетики в нашей стране.

К счастью, российская генетика, в том числе медицинская, не просто наверстала упущенное, а по ряду позиций сегодня показывает результаты, сопоставимые и даже превосходящие результаты ведущих мировых научных центров. Представить российское здравоохранение без медико-генетической службы уже невозможно.

О месте и роли медицинской генетики в современной кардиологии и кардиохирургии, проблемах взаимодействия врачей-генетиков с коллегами других специальностей и о доступности ДНК-диагностики наследственных заболеваний для пациентов – в интервью ведущей лабораторией медицинской генетики Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского доктора медицинских наук Елены ЗАКЛЯЗЬМИНСКОЙ.



о необходимости такой диагностики, включена ли она в стандарты, клинические рекомендации?

– Проводить такую диагностику нужно. Другой вопрос, что на сегодняшний день в российских стандартах не прописано генетическое тестирование пациента при выявлении у него патологии аорты. Хотя в американские руководства по аортальной хирургии ДНК-диагностика включена уже давно.

Есть европейское руководство за 2015 г. по диагностике и лечению гипертрофической кардиомиопатии. Это самое

– Елена Валерьевна, генетика – удел узкого круга специалистов, или врачи всех специальностей должны обладать определённым объёмом знаний в данной области медицинской науки? И обеспечивает ли вузовское образование этот объём?

– Генетика – интегральная часть медицины. Я не знаю ни одного заболевания, включая травмы и инфекции, где не было бы существенного генетического компонента либо в развитии патологии, либо в ответе на лечение. Таким образом, нет такого врача, который в своей практике не сталкивался бы с генетическими заболеваниями.

При этом любой врач должен работать в рамках своих компетенций. Когда я консультирую больного и понимаю, что вот здесь заканчивается моя зона ответственности и начинается зона ответственности гастроэнтеролога или кардиолога, или невролога, моя задача – вовремя направить пациента к нужному специалисту. То же самое должно быть с обратной стороны: в тот момент, когда гастроэнтеролог, кардиолог или хирург понимают, что речь идёт о наследственном заболевании, но его знаний недостаточно, чтобы оценить, какова степень значимости генетических факторов, есть ли геноспецифические риски, существует ли специфическое лечение, он должен направить пациента к врачу-генетику.

Что касается сегодняшнего стандарта высшего медицинского образования, судите сами: заведующий кафедрой семейной медицины в одном из российских университетов недавно в разговоре со мной сказал, что на его кафедре на генетику отводится «целых» две недели. Поскольку вузовские образовательные программы федеральные, скорее всего, такова общая практика.

В то же время к нам приходят выпускники московских медуниверситетов на обучение в ординатуре по специальности «медицинская генетика», среди которых есть такие, кто читает научные статьи едва ли не в большем объёме, чем я. И хорошо владеет английским языком, что очень важно в генетике. Это очень быстро обновляющаяся специальность, нет языка – нет апгрейда знаний.

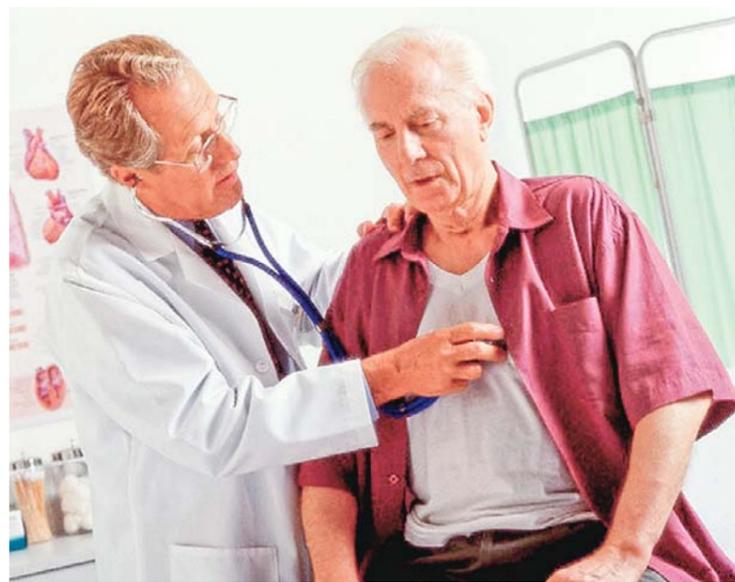
– Ваша лаборатория была первым медико-генетическим подразделением в хирургической службе страны. Как пришла идея такого неожиданного соседства?

– Более того, это одна из первых лабораторий в Европе, которая появилась в хирургическом центре. Лаборатория

Авторитетное мнение

Риск внезапной смерти: предвидеть и предупредить

Почему достижения кардиогенетики используются в нашей стране не в полную силу?



Когда кардиолог понимает, что речь идёт о наследственном заболевании, он должен направить пациента к врачу-генетику

медицинской генетики в РНЦХ организована в 2009 г. Сергеем Леонидовичем Дземешкевичем, который тогда был директором центра. Профессор Дземешкевич – всемирно известный специалист по кардиомиопатиям, а эта патология из категории наследственных.

Открытие нашей лаборатории действительно стало большим эволюционным шагом для российской и даже мировой хирургии. Когда мы начали получать первые генетические данные на хирургических больных и докладывать о них на международных конференциях, было очень заметно, с каким интересом это воспринимают кардиологическое и хирургическое сообщества. Сейчас во многих хирургических центрах Европы и США развиваются генетические лаборатории, но на тот момент у нас был приоритет.

– А в России они развиваются?

– Есть аналогичная лаборатория академика М.Воеводы, которая тоже работает в области кардиопатологии на базе сибирского Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина в Новосибирске, и есть подобная служба в Алмазовском центре в Санкт-Петербурге. Вот, пожалуй, и всё.

– Не понимаю... Коль скоро вы показываете результаты, которые убедительно обосновывают важность медико-генетических исследований в кардиохирургии, почему этот опыт не перенимают другие клиники, хотя бы федерального уровня?

– В нашей стране мало сертифицированных специалистов в области медицинской генетики: на всю Россию, если не ошибаюсь, 870 человек. Генетика – высокотехнологичная область медицины, организация рабочего места врача и проведение исследований очень дорого стоят. Возможно, это и есть ответ на ваш вопрос.

Сегодня врачи всех кардиологических и кардиохирургических учреждений Москвы направляют своих пациентов к нам. А как быть жителям, скажем, Дальнего Востока, если встанет вопрос о ДНК-диагностике наследственной кардиологической патологии? В идеале такие лаборатории должны быть во всех регионах, одной на всю страну недостаточно. Да и с точки зрения развития науки и медицины должна быть здоровая конкуренция лабораторий. Мы, конечно, общаемся с коллегами-генетиками из Франции, Дании, Швейцарии, но очень хочется

сравнивать наши данные с данными генетиков из Томска, Санкт-Петербурга. А для этого надо делать одно дело. Мы же пока работаем каждый на своём участке науки и на своём участке клиники.

– Коль скоро в любой патологии, включая инфекции и травмы, есть генетическая составляющая, которая может влиять на течение болезни и затруднять ответ на терапию, означает ли это, что имеет смысл проводить генетическое обследование всех пациентов, чтобы назначать лечение с учётом результатов ДНК-диагностики?

– Нет. В генетике, как в любой другой области медицины, всё должно делаться по показаниям. Как правило, к нашей помощи прибегают, если больной «не вписывается в шаблон», что-то идёт не так. Задача врача-генетика в этой ситуации поставить точный диагноз наследственного заболевания и дать коллегам информацию, развитие каких осложнений возможно в той или иной ситуации.

Например, у двоих пациентов с наследственной дисплазией соединительной ткани при одной и той же клинике возможны два разных сценария расширения аорты. У пациента с мутацией гена фибриллина – синдромом Марфана – течение заболевания предсказуемо, в этом случае диаметр аорты прямо пропорционален риску её разрыва. А при синдроме Лойса – Дитца, который клинически от синдрома Марфана ничем не отличается, но здесь причиной являются мутации в другом гене, риск разрыва аорты с диаметром не коррелирует. Это значит, надо немедленно обсуждать с кардиохирургами возможность операции на аорте.

Пока мутация не обнаружена, различить два синдрома невозможно. За годы работы нашей лаборатории хирурги РНЦХ убедились в этом.

– Если патология аорты выявлена ещё на догоспитальном этапе, нужно ли проводить генетическую диагностику сразу, там же? И знают ли врачи первичного звена

распространённое наследственное заболевание у людей европеоидной расы: один случай на каждые 500 человек. И в данном руководстве прописаны протоколы ДНК-диагностики, что, конечно, тоже вызывает колоссальное уважение. Причём, обозначено конкретно у каких пациентов, какие гены, в каком порядке секвенировать.

Кардиомиопатия – тема, которая меня, как исследователя, увлекает особо. На протяжении 20 лет я занимаюсь генетикой внезапной смерти в контексте первичных аритмий и первичных кардиомиопатий. На мой взгляд, большим шагом вперёд стало то, что в прошлом году вышли российские клинические рекомендации по профилактике внезапной сердечной смерти (ВСС), куда мы включили рекомендации по ДНК-диагностике.

– На недавно прошедшем съезде аритмологов России вы сделали сообщение о генетических маркерах риска внезапной сердечной смерти. Это новая информация для большинства врачей?

– Для большинства – да. Давайте оценим, каков совокупный результат наших усилий по выявлению риска и профилактике внезапной смерти с помощью иных предикторов, прежде всего данных электрокардиографии?

Мы можем направить человека, у которого на ЭКГ выявлен высокий риск внезапной смерти, к кардиохирургам на имплантацию жизнеспасающих антиаритмических устройств. Но даже в такой стране с высокоразвитой медициной, как США, ежегодно 300-400 тыс. человек умирают внезапно. О чём это говорит? О том, что чувствительность имеющихся в наших руках собственно кардиологических предикторов ВСС недостаточно высока.

Посмотрим на проблему с другой стороны. Мы нашли некое число больных, кардиохирурги имплантировали им кардиовертеры-дефибрилляторы. Как мы можем оценить, спасло ли это устройство пациента? Только одним способом: если прибор сработал. Но, по данным зарубежных иссле-

дователей, менее чем у 20% из тех, кому имплантировали кардиовертер-дефибриллятор, в ближайшие 25 лет он сработает. Что это значит? Что существующие критерии внезапной сердечной смерти обладают недостаточной специфичностью.

Таким образом, имеющиеся у нас маркеры ВСС недостаточно чувствительны и специфичны. Тем не менее, каждый год на кардиологических конгрессах звучат доклады о попытках усовершенствовать запись и интерпретацию ЭКГ для повышения точности оценки степени риска внезапной смерти. На мой взгляд, мы уже достаточно хорошо знаем ЭКГ, изучение микроальтернатив – это путь в никуда. На сегодняшний день, как я вижу это по результатам работы нашей лаборатории, именно генетические маркеры способны существенно улучшить прогноз и предупреждение внезапной сердечной смерти.

– В отношении каких категорий пациентов такое исследование необходимо проводить?

– Справедливости ради следует сказать, что кроме нас, прицельно, этой тяжёлой моногенной кардиологической патологией – диагностикой и дифференциальной диагностикой первичных кардиомиопатий и первичных аритмий, часто являющихся причиной внезапной смерти – в стране никто не занимается. Когда мы начинали эту работу ещё на базе Медико-генетического научного центра, не было зарубежных гайдлайнов, мы не знали, какие гены смотреть и в каком порядке.

Прошло 20 лет, и мы стали понимать, какие генетические находки связаны с каким риском. Сегодня мы знаем, кому из пациентов нужно, а кому не нужно проводить ДНК-диагностику, потому что генов, которые отвечают за первичные аритмии, около 25, а генов, которые отвечают за первичные кардиомиопатии, около 100. Сразу оговорюсь, что это не только наши умозаключения, а совокупный опыт генетиков разных стран и центров, включая специалистов РНЦГ.

Каждый пациент с подозрением на наследственный характер кардиологического заболевания нуждается в консультации врача-генетика. Это – первое.

Второе: если у пациента уже выявлена или предполагается первичная каналопатия или кардиомиопатия. Данный диагноз очень трудно поставить, потому что электрокардиографические маркеры – к примеру, Бургада-паттерны – нестабильны, они могут быть видны на одной ЭКГ и не видны на следующей. Генетическое тестирование в таком случае незаменимо.

Ещё одна группа пациентов – люди, пережившие внезапную смерть и успешно реанимированные. Здесь необходимо искать генетическую природу: если явной причины внезапной остановки сердца у них не выявлено, то, скорее всего, за этим стоит каналопатия.

Но! ДНК-диагностика не обладает исключительной силой, эту мысль очень хотелось бы донести до коллег. К сожалению, для многих врачей отсутствие мутаций в таргетных генах, прописанных в гайдлайне, является поводом снять диагноз

наследственного заболевания. Это ошибка!

– По поводу успешно реанимированных внезапно умерших: наверное, таких случаев единицы. А погибают тысячи. Массовый скрининг на каналопатии – утопия, нечего и надеяться. Неужели всё так пессимистично?

– Не будем забывать, что речь идёт о наследственной патологии, следовательно, мы можем выявить риск ВСС у членов семьи внезапно умершего человека и предупредить повторение трагедии.

Возможна и необходима посмертная молекулярная аутопсия, однако в России она практически не проводится. Мы за 8 лет существования лаборатории выполнили всего 12 посмертных ДНК-диагностик. Как правило, это делается в рамках судебных генетических экспертиз в случаях, когда внезапно умирают ребёнок или молодой человек хорошо обследованный спортсмен, хорошо обследованный военный.

К сожалению, не только многие люди без медицинского образования, но и врачи задаются вопросом, стоит ли овчинка выделки? ДНК-диагностика – дорогостоящее исследование, человек уже умер, так что же изменят результаты этого анализа, кроме слов в посмертном эпикризе? На самом деле они изменят очень многое. Большинство кардиомиопатий и аритмий – доминантные заболевания. Да, человек умер, но ведь у него остались живые родственники. Если в данном случае причиной внезапной смерти была мутация де-ново – у них нет рисков. Но если это наследственная мутация, оставшаяся в живых под ударом: мутантная версия гена распространена в семье, и риск ВСС здесь очень высок.

В нашей практике был случай, когда мы посмертно верифицировали у пациента генетическую природу заболевания с высоким риском внезапной смерти, но его семья не поспешила сообщить об этом другим родственникам. Пока люди откладывали неприятный разговор для более удобного случая, в этой семье умер ещё один ребёнок, носитель той же генетической мутации.

Поскольку ДНК-диагностика стоит очень дорого, ждать, что в России её завтра же начнут финансировать из бюджета или фонда ОМС, не приходится. А сами семьи не всегда готовы к таким тратам, даже понимая степень риска. Между тем в других странах нашли решение данной проблемы.

К примеру, профессор Кристофер Семсарян (Christopher Semsarian), руководитель кардио-генетического центра в Сиднее, сумел «пробить» проект, согласно которому сегодня в Австралии во всех случаях внезапной сердечной смерти проводят посмертную ДНК-диагностику за деньги государства. Затем, если выявляется мутация, дальнейшее исследование в рамках каскадного семейного скрининга оплачиваются уже по медицинским страховкам пациентов. В итоге благодаря вовремя выявленному генетическому риску внезапной смерти удаётся сохранить тысячи жизней.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В клиниках и лабораториях

Возникающий исподволь

Рассеянный склероз: в бесконечном процессе поиска

Вирус герпеса, который находится в состоянии покоя у многих людей, может помешать восстановлению миелиновой оболочки нервных волокон, разрушение которой вызывает рассеянный склероз (РС). К такому выводу пришли североамериканские учёные. Обнаружение вируса HHV-6 может помочь объяснить различия в симптомах и прогрессировании заболевания от человека к человеку, говорят исследователи.

Вирус тому виной

HHV-6 является одним из наиболее распространённых человеческих вирусов герпеса, которым в детстве заражается около 80% людей. Около 1% населения имеет врождённый HHV-6, то есть они унаследовали его от своих родителей.

У некоторых людей, заражённых вирусом, проявляются мягкие симптомы, включая жар и сыпь, которые сражаются с их иммунной системой. Но во многих случаях HHV-6 остаётся незамеченным. Это потому, что он производит белок, известный как U94, который препятствует его обнаружению иммунной системой.

Независимо от того, есть у человека симптомы вируса или нет, он никогда не уничтожается, а это значит, что он может снова активироваться. Некоторые исследования показали, что вирусы могут ухудшать восстановление миелина и, таким образом, играют роль в развитии РС. В одном из исследований учёные обнаружили генетическую информацию HHV-6 в нейронах людей с тяжёлыми формами РС. Другие исследования пришли к выводу, что HHV-6 является маловероятной причиной заболевания.

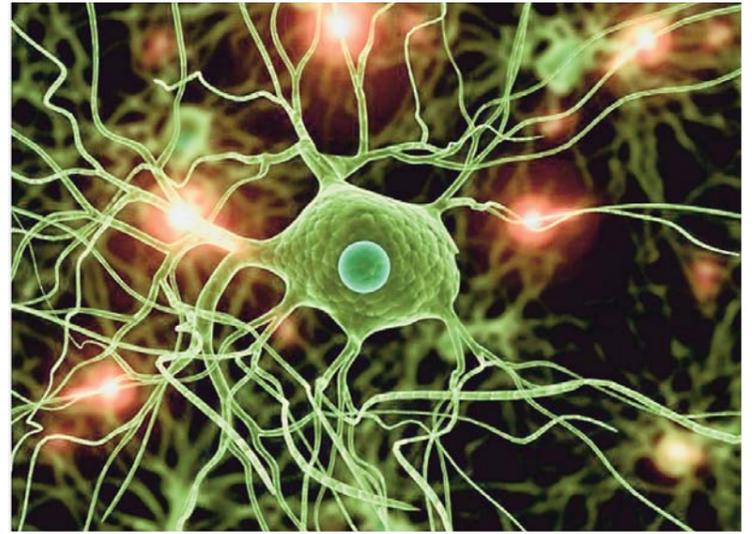
«Хотя скрытый HHV-6, который можно обнаружить в клетках во всём мозге, связан с демиелинизирующими расстройствами, такими как рассеянный склероз, неясно, какую роль он играет в этих заболеваниях», – говорит доктор Марго Майер-Прошл, доцент кафедры Биомедицинской генетики Университета Рочестера (США), которая является старшим соавтором исследования.

Команда доктора Майер-Прошл решила проверить, может ли HHV-6 влиять на клетки мозга, называемые клетками-предшественниками олигодендроцитов, которые играют ключевую роль в обеспечении миелина для нейронов. Когда заболевание, травма или возраст вызывают потерю миелина, клетки-предшественники мигрируют в место, которое нуждается в восстановлении. Там они созревают в клетки, производящие миелин, называемые олигодендроцитами, чтобы устранить повреждение.

Исследователи обнаружили, что клетки-предшественники олигодендроцитов, содержащие вирусный белок U94, не смогли мигрировать в места, которые нуждались в восстановлении миелина. «Эти данные показывают, что, находясь в процессе скрытия от иммунной системы, вирус производит белок, который может нарушить нормальную способность клеток в головном мозге восстанавливать повреждённый миелин», – сказала Майер-Прошл.

Хотя исследование показало, что HHV-6 может способствовать утрате миелина, оно не дало понять, может ли вирус влиять на тяжесть заболевания, вызванного утратой миелина, включая РС. Также не понятно, могут ли лица с врождённым HHV-6 находиться в стадии риска развития такого заболевания.

«Необходимо больше исследований, чтобы понять, какие



Процесс уже идёт...

механизмы вирус тормозит, и какое влияние это оказывает на прогрессирование этих заболеваний, – сказала доцент Майер-Прошл. – Но ясно, что HHV-6, хотя и не обязательно является причиной демиелинизирующих заболеваний, ограничивает способность мозга восстанавливать повреждение миелина, тем самым потенциально ускоряя прогрессирование этих заболеваний».

Зловещее молчание

Недавние исследования выявили показатели наличия РС у человека задолго до появления симптомов. Период, в течение которого индивидум имеет заболевание без проявления симптомов, называется продромальной стадией.

Нейродегенеративные расстройства представляют собой группу расстройств, которые характеризуются прогрессирующей потерей структуры и функции нервных клеток головного и спинного мозга. Рассеянный склероз является нейродегенеративным аутоиммунным заболеванием, которое атакует миелин, защитный и изолирующий слой, поддерживающий нейронные связи. Без миелина нервные клетки подвергаются воздействию, что делает их уязвимыми для повреждения и замедляет сенсорные или моторные сигналы через нерв, в мозг и из него.

У человека присутствуют такие симптомы как слабость, покалывания, дефекты зрения, плохая координация, изменчивое настроение и т.д. К сожалению, полного излечения нет, а лечение, которое существует, направлено на предотвращение и подавление обострений заболевания.

Трудность лечения РС побудила исследователей взглянуть на существование продромальной стадии, который может помочь в раннем выявлении и профилактике заболевания. Одно из таких исследований, опубликованное в журнале *Lancet Neurology*, было проведено в 4 провинциях Канады (Британская Колумбия, Саскачеван, Манитоба и Новая Шотландия), где данные о пациентах с РС анализировались с апреля 1984 по апрель 2014 г. Рассматривались данные за период до постановки диагноза РС, чтобы определить общие характеристики.

Результаты этого исследования явно показали наличие продромальной стадии у лиц с РС, о чём свидетельствует более частые обращения к врачам за 5 лет до первого симптома. Число посещений ещё больше возросло за год до постановки диагноза на основе симптомов. Госпитализации увеличивались на 78%, а пользование услугами врача повысилось на 88%

у пациентов, у которых потенциально был РС, по сравнению с общей популяцией.

Причины, которые начинают дегенеративный процесс РС, не совсем понятны, и существующие методы лечения только частично эффективны. В последнее десятилетие исследования показали, что дегенеративные процессы начинаются задолго до появления симптомов. Описанные выше данные явно указывают на наличие продромального периода РС. Этот вывод требует дальнейших исследований для выявления признаков нейродегенеративных состояний, когда очевидных симптомов нет.

Сквозь мембранный барьер

Учёные из Израиля обнаружили аномалию в защитной мембране нейронов, которая может позволить иммунной системе организма атаковать себя по ошибке. Исследование, опубликованное в журнале Американского химического сообщества, указывает на структурную нестабильность в мембранах миелина, окружающих нейроны. Именно этот дефект, по видимому, даёт иммунной системе доступ к другим защищённым областям.

Один из исследователей Рой Бек из Университета физики и астрономии и Школы нейрофизиологии Тель-Авива рассказал: «Современные терапевтические подходы сосредоточены на аутоиммунных ответах без выявления чёткого механизма. Наше исследование предлагает новый путь для лечения и диагностики РС. После нескольких лет работы мы были поражены, обнаружив, что возможную причину для вспышки заболевания можно найти в физической структуре мембраны».

Эксперт объяснил, что липид-белковые строительные блоки оболочки миелина придают мембране форму, которая имеет решающее значение для их функционирования. «Если основные строительные блоки прямые, мембрана будет плоской, что является предпочтительной структурой для «изоляционной ленты» нейрона. Однако, если они проявляют более конусообразную форму, мембрана будет иметь тенденцию образовывать замкнутые круглые цилиндры. Они создают самопроизвольные дыры на поверхности оболочки, что делает её уязвимой для атаки. Следующий шаг – найти способ изменить прогрессию болезни и найти новые методы раннего выявления».

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

МИА Cito!

По материалам Scientific Reports.

Оказалось, что есть довольно простой способ облегчить навязчивое состояние при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР). Так, североамериканские учёные нашли простой способ, как ослабить симптомы при ОКР. При этом заболевании у людей часто возникают навязчивые мысли, и они склонны к повторяющимся действиям и ритуалам. Например, часто мыть руки, переставлять предметы и т.д.

Навязчивая чистота

Учёные пригласили для исследования группу больных, у которых была одинаковая навязчивая мысль – острое отвращение к предметам, кажущиеся им грязными. Поэтому они постоянно моют руки. Сначала респондентам показывали предметы, которые вызывают у них отвращение. Потом либо сам участник, либо учёный, касались этого предмета в перчатках. После либо участник, либо учёный мыли руки. Во время эксперимента больных просили оценить степень своего дискомфорта, когда кто-то касается предмета, а также степень облегчения, когда кто-то моет руки.

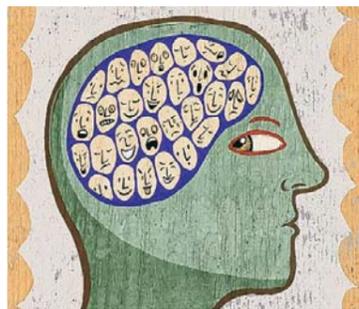
Результаты оказались весьма неожиданными. Степень отвращения не зависела от того, кто касался предмета – сам больной или учёный. Но также и облегчение не зависело от того, кто из них потом мыл руки. При этом в ходе эксперимента было отмечено, что респонденты давали советы, как мыть руки. Они испытывали такое же облегчение, будто сами помыли руки. То есть, тем, кто испытывает желание постоянно мыть руки, можно просто, например, посмотреть видео, на котором показано, как кто-то другой моет руки. Специалисты уверяют: киношные образы маньяков не имеют ничего общего с реальностью.

Где же вы, эмоции?

Психиатры считают, что на самом деле отличить психопата от обычных людей очень сложно, так как очевидные признаки, вроде причинения вреда другим людям, проявляются крайне редко. Выражаясь обывательским языком, у психопата нарушено восприятие себя и других людей. Например, он может быть не способен к эмпатии и не запоминает о людях никакой личной информации, вроде имён их детей, любимых блюд, хобби и пр. Также одной из характерных черт является холодность, которая проявляется в отношении к людям, их проблемах и вообще почти

Гипотезы

Ментальные происки, Или тёмный лес психиатрии



всему происходящему. Психопаты испытывают трудности с чтением эмоций других людей и могут быть практически безэмоциональными. Также у них бывают эмоции, противоречащие ситуации.

Эксперты констатируют: психопаты как бы смотрят на происходящее со стороны, всегда находясь на некотором удалении от реальности в эмоциональном плане. Они эгоистичны и часто переоценивают свои возможности. Им постоянно требуется внимание, поэтому искать психопатов стоит среди людей, которые часто выкладывают в соцсети свои фотографии или пишут о своих мыслях. Часто они буквально зациклены на себе и считают других людей «второсортными». Психопаты не способны к искреннему раскаянию и не испытывают сочувствия.

Стоит отметить, что эти черты могут проявляться и у абсолютно здоровых людей. Считается, что к психопатии больше склонны мужчины, а не женщины. Но это не означает, что имеется полноценное психическое расстройство, или психическое здоровье под угрозой.

На генетической основе

Исследования показывают, что чаще всего склонность к психическим отклонениям обусловлена генетически. Но своё влияние оказывает воспитание, окружение человека и среда, в которой он живёт. Учёные выделили несколько признаков, которые помогут понять, что вы столкнулись с нездоровым человеком.

Как правило, психопаты очень обаятельны. Они легко находят

контакт с людьми и входят в доверие. Но для дружбы психопату всегда нужна какая-то причина – он ищет выгоду. В общении заметно пренебрежение, отсутствие уважения. Чаще всего, психопаты не способны на серьёзные отношения с противоположным полом и искреннюю дружбу, но при этом отлично манипулируют людьми. Чувство сострадания им не знакомо.

Для них характерно неприятие правил, стремление не брать на себя ответственность и патологическая ложь. Психопаты окружают свою жизнь множеством легенд. При этом их абсолютно не беспокоит мнение окружающих по этому поводу. Психопаты склонны «менять маски» – вам может даже показаться, что вы общаетесь с совершенно разными людьми «в одном теле».

Психопаты склонны к употреблению алкоголя, наркотиков, экстремальным видам спорта – они ищут острых ощущений. У таких людей могут быть странные, и даже пугающие увлечения, например, интерес к жестокому сексу, насилию, смерти.

Госпожа Шизофрения

Как известно, шизофрения на данный момент не излечима. Доктора могут только купировать состояние и приостановить развитие болезни. Это полиморфное расстройство, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций. Шизофрения одинаково проявляется как у мужчин, так и у женщин. Но, как отмечают врачи, у женщин заболевание чаще развивается в более старшем возрасте. До сих пор точно не известно, почему возникает шизофрения, но часто это «семейное» заболевание.

Клиницисты в свою очередь аккуратно относятся к постановке диагноза. Дело в том, что шизофрения – своеобразный приговор, а симптомы, которые проявляются у больных, могут присутствовать и при ряде других расстройств, которые можно полностью устранить и человек вернётся к нормальной жизни. При шизофрении люди, в

зависимости от состояния, тоже могут работать и жить со своей семьёй, но требуется постоянное наблюдение специалистов и приём препаратов. В ряде случаев пациентам оформляют инвалидность.

Психиатры отмечают, что заболевание развивается достаточно медленно. Перед тем, как человек впервые сталкивается с «острым» состоянием, которое уже нельзя игнорировать, первые признаки могут наблюдаться долгое время. Это могут быть, например, утрата интересов, приступы агрессии, навязчивые мысли и страхи, бредовые идеи. У большинства людей заболевание начинается с притупления чувств и эмоций. Человек становится безразличен к тому, что происходит вокруг, мало общается и проявляет эмоции. Также может наблюдаться эмоциональная неадекватность: больной может проявлять беспричинную агрессию, или, например, рассмеяться, узнав печальное известие. Могут также слабеть инстинктивные чувства – человек может забывать о еде на несколько дней, потому что не голоден.

Начальным признаком может быть утрата интересов. Например, если больной любил играть на музыкальном инструменте, он перестаёт это делать. А новые интересы не появляются. Также для больных на начальных стадиях характерны бредовые идеи, которые, как правило, сначала воспринимаются окружающими как шутки. Появляются навязчивые мысли, страхи, мании. Больной может рассказывать, что его преследует правительство, разыскивают инопланетяне, что он заразился неизвестным вирусом и т.д. Страхи могут быть абсолютно нелепыми.

Стоит помнить, что шизофрения – очень изменчивое заболевание. В некоторых случаях все симптомы, которые мы перечислили, могут проявиться по мере развития болезни, а первыми появятся более серьёзные признаки, например, галлюцинации. Для шизофрении больше всего характерны слуховые галлюцинации, их ещё называют «голоса в

голове». Ранее учёные объясняли природу их появления. «Голоса в голове» могут отдавать приказы или комментировать что-нибудь, больной может общаться с ними, как с невидимым собеседником.

В поисках первопрчины

Медики считают, что приблизились к пониманию того, почему при мутации маленькой РНК могут приводить к развитию шизофрении. Американские психиатры обнаружили в мозгу человека сигнальную РНК, которая может быть ключом к пониманию природы шизофрении и галлюцинаций, которые возникают у больных. Последние исследования показали, что шизофрения и «голоса в голове» возможно связаны с молекулой, которую называют miR-338-3p. Именно она управляет рецепторами, которые считывают дофамин. Люди с мутациями этого гена с вероятностью в 40% заболевают шизофренией. Учёные заблокировали этот участок у мышей и кора головного мозга начала работать «сама по себе», утратив связь с таламусом. Это, как считают специалисты, и может быть причиной появления «голосов в голове». Когда ген «включали», мыши снова начинали вести себя нормально. Как рассказали учёные, ещё несколько лет назад они обнаружили нейронную последовательность, на которую действуют все известные психотропные препараты. Но они вызывают тяжёлые побочные эффекты.

Однако психиатры со всего мира спорят о том, как именно возникает шизофрения. Пока единого мнения по этому вопросу нет. При этом в последние годы всё больше людей попадают к медикам с диагнозом «шизофрения» – в мире этой болезнью страдают более 24 млн. Большая часть из них – молодые люди в возрасте до 35 лет. Также нет единого мнения и по поводу того, как лечить шизофрению. Но никто пока не может предсказать вероятность того, что при наличии мутации у человека начнётся заболевание. Не ясна и природа возникновения «голосов в голове» и других галлюцинаций.

Угроза

Пагубная тенденция

Как сообщают специалисты из Великобритании, более четверти британских женщин не получают достаточного количества железа. Это приводит к постоянной усталости, выпадению волос, перепадам настроения и железодефицитной анемии.

К подобному результату, считают исследователи, привёл рост веганских настроений и призывы есть меньше красного мяса. Однако эксперты предупреждают, что подобные рекомендации приводят к дефициту железа у миллионов британских женщин.

Сейчас 27% женщин употребляют в день всего 47 г красного мяса в день, при норме в 70. Это приводит к формированию групп риска особенно среди молодых девушек и женщин, которые едят мало мяса и подвержены анемии и дефициту железа. Железодефицитная анемия является наиболее распространённым пищевым расстройством в мире, по данным ВОЗ.

Выводы

Группа североамериканских учёных провела очередное исследование и установила, что женщины, которые злоупотребляют алкоголем, более подвержены риску развития сахарного диабета, чем пьющие мужчины. Однако почему имеет место именно такой патологический процесс, пока сказать точно нельзя.

Так, специалисты из США подвели итоги масштабного научного исследования, которое длилось больше 27 лет. В данном научном изыскании принимали участие, как мужчины, так и женщины, начиная с 16-летнего возраста. Всё это время добровольцы предоставляли информацию о том, сколько алкоголя они употребляют и как часто.

Результаты научного изыскания несколько удивили учёных – оказалось, что чрезмерное употребление спиртных напитков и суррогатов привело к повышению уровня сахара в крови, но только у женщин. Примечательно, что

Рюмка диабета



данный этиологический фактор является прямой предрасположенностью к развитию сахарного диабета 2-го типа. Примечательно и то, что у мужчин такой этиологии обнаружено не было. Более того – даже те мужчины, которые страдали от алкоголизма, не были

подвержены развитию сахарного диабета 2-го типа, уровень сахара в крови у них был в норме.

Отмечается и то, что в первую очередь во внимание принимались именно данные анализа крови на сахар. Такие предрасполагающие факторы, как избыточная масса тела, повышенное артериальное давление и образ жизни, во внимание не принимались. Почему женщины, которые злоупотребляют алкоголем, более подвержены риску развития сахарного диабета, учёным пока установить не удалось.

Поэтому, научные изыскания будут осуществляться и дальше, для того чтобы можно было установить механизм развития такого патологического процесса. В целом, алкоголь крайне негативно сказывается на функционировании женского организма. Кроме этого, следует учитывать и то, что алкоголь у женщин пола лечиться гораздо сложнее, чем у мужского.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам who.int, MedicalXpress, Science Daily, Daily Mail.

Медицина и общество

Русская православная церковь и государственное здравоохранение в городе Находка Приморского края будут совместными усилиями решать задачи, стоящие перед обществом в сфере охраны здоровья, повышения духовности, заботы о тяжелобольных людях, а также в вопросах благотворительности. Соглашение о взаимодействии подписали епископ Находкинский и Преображенский Николай (Дутка) и главный врач Находкинской городской больницы Игорь Понитаев.

– Стороны заключили соглашение, принимая во внимание традиции и опыт Русской православной церкви в области социального служения. Здравоохранение и социальное развитие являются областью сотрудничества государства и церкви. Решение задач в этой сфере требует объединения наших усилий. Государственные и религиозные организации Российской Федерации осуществляют социальную работу во многих областях, направленных на укрепление духовного и физического здоровья граждан: здравоохранение, образование, социальная защита, благотворительность и гуманитарная помощь. Уровень социальной защищённости и нравственное состояние общества

Церковь пришла к медикам

Заключено соглашение о сотрудничестве



взаимозависимы, это обязательно нужно учитывать в стремлении расширить потенциал здравоохранения и социального развития, – считает епископ Преображенский и Находкинский Николай. Среди оговорённых в документе направлений – расширение возможностей помощи сестёр милосердия в отделениях больни-

цы. Сестричество «Милосердие» епархии РПЦ в Находке было создано в 2014 г. С тех пор добровольцы в свободное от основной работы время помогают медперсоналу Находкинской городской больницы кормить и ухаживать за тяжелобольными людьми, находящимися на лечении в ЛПУ. – При нашем дефиците ка-

дров сестры милосердия оказывают действительно серьёзную помощь, – рассказывает И.Понитаев. – Многим пациентам нашего отделения квалифицированный уход жизненно необходим. Но далеко не у всех есть родственники, готовые за ними ухаживать, от некоторых и вовсе отворачиваются родные. Особенно неопытными духовно-психологическая поддержка больных, которую служители церкви дают людям, столкнувшимся с тяжёлой болезнью. Для многих важно, что с ними просто поговорят.

В основу соглашения о взаимодействии как раз заложена идея совместной ответственности за здоровье людей, формирование здорового образа жизни и необходимости содействия в оказании помощи нуждающимся.

– Наши сестры воспринимают помощь ближнему как свой долг, разделяют чужую боль и стараются дать каждому надежду, – отмечает руководитель отдела по церковной благотворительности и социальному служению отец

Георгий. – К сожалению, под грузом своих забот мы часто не задумываемся о том, сколько горя и изломанных человеческих судеб находится рядом с нами и сколько людям мы могли бы оказать посильную помощь. В сестрической организации сегодня 11 человек. Мы приглашаем в службу «Милосердие» новых волонтеров. В наших планах организовать патронажную службу.

Отец Георгий дважды в неделю проводит молебны о здравии пациентов в кардиологическом, пульмонологическом, хирургическом, гинекологическом отделениях и отделении общей терапии. Многие пациенты, находясь в стенах лечебного учреждения, ждут встречи со священнослужителем. Каждый, кто приходит на молебен, может приложиться к иконе святого преподобного Агапита, врача-целителя, которую приносит с собой священник.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Открытия, находки

Британские хирурги выяснили, что так называемое биостекло не только крепче, чем человеческая кость, но и может гнуться, пружинить и даже бороться с инфекцией. А это многое значит для медицины! В 2002 г. Изну Томпсону, специалисту по лицевой костной реконструкции Королевского колледжа Лондона, позвонил отчаявшийся пациент, с которым несколько лет назад произошёл несчастный случай – попав в автомобильную аварию, он получил травму лица. Была сломана хрупкая кость, удерживающая глаз в глазнице.

Смелая попытка

«Без этой тоненькой – не больше 1 мм толщиной – косточки ваш глаз уйдёт вглубь черепа, словно хочет там спрятаться, – объяснил ему Томпсон. В результате зрение становится хуже – теряется фокус и способность правильно распознавать цвета».

Пациенту было около 30, он работал в авиации, в том числе в его обязанности входило менять электропроводку в самолётах, но после травмы он уже не мог отличить синий проводок от красного. В течение 3 лет хирурги пытались помочь ему восстановить нормальное положение глазного яблока – сначала они применяли искусственные имплантаты, потом сконструировали замену из собственного ребра пострадавшего. Но обе попытки оказались неудачными – в каждом из этих случаев спустя несколько месяцев развивалась инфекция, что сопровождалось сильными болями. У врачей иссякли идеи.

Томпсон, разобравшись в ситуации, предложил соорудить первый в мире имплантат из стекла, который бы удерживал глаз пациента в глазнице в нормальном положении. Идея использовать для этого стекло, материал хрупкий и ломкий, поначалу выглядела нелепой. Но это было необычное стекло!

«Если поместить в человеческое тело кусочек обыкновенного оконного стекла, то оно быстро обрастёт рубцовой тканью и через некоторое время будет вы-

Заманчивое биостекло

Оно может совершить революцию в хирургии

теснено», – отмечает Джулиан Джонс, эксперт по биоактивному стеклу из Королевского колледжа Лондона. «А когда вы помещаете в тело биостекло, оно начинает рассасываться, выделяя ионы, которые «разговаривают» с иммунной системой и говорят клеткам, что делать. Таким образом, тело не воспринимает биостекло как нечто чужеродное, и оно срастается с костями и мягкими тканями, стимулируя образование костного материала».

Эффект антибиотика

Томпсону удалось достичь требуемого результата довольно быстро. Почти сразу к его пациенту вернулись нормальное зрение и способность распознавать цвета. Спустя 15 лет его глаз был в полном порядке.

Томпсон тем временем продолжил работать с биостеклом в качестве имплантата и оказал эффективную помощь более 100 пациентам, пострадавшим в авариях.

«На самом деле биостекло работает даже лучше, чем собственный костный материал, – говорит он. – Как мы обнаружили, это из-за того, что оно по мере того, как растворяется, постепенно выделяет ионы натрия, уничтожая бактерии. Таким образом – совершенно случайно – оказалось, что биостекло имеет умеренный эффект антибиотика».

Вот так «шпаклёвка»!

Биостекло в 1969 г. изобрёл американский учёный Ларри Хенч. Однажды в автобусе он разговорился с офицером, недавно вернувшимся с вьетнамской войны, который сказал Хенчу, что хотя современные медицинские технологии помогают спасать жизни на поле боя, они не могут спасти конечности раненых. Та

беседа оставила такое сильное впечатление у учёного, что он решил бросить работу в области межконтинентальных баллистических ракет и попытаться создать биоматериалы, которые бы не отторгались человеческим организмом. Свои исследования Хенч продолжил в Лондоне, поэтому именно в Британии были впервые применены некоторые из самых революционных инноваций с новым материалом – биостеклом – в самых разных областях, от ортопедической хирургии до стоматологии.

На протяжении последних 10 лет хирурги применяли биостекло в виде порошка (который выглядит как шпаклёвка) для устранения дефектов костей в случаях небольших трещин. С 2010 г. эта самая «шпаклёвка» из биостекла стала главным компонентом и в некоторых зубных пастах, что стало самым глобальным случаем применения биоактивного материала вообще.

Когда человек чистит зубы этой пастой, биостекло растворяется и выделяет ионы фосфата кальция, которые связываются с минералами зубной ткани. Постепенно, мало-помалу они начинают стимулировать восстановление зубной ткани.

Однако, как считают многие учёные, нынешнее применение биостекла – это лишь самая верхушка айсберга. В настоящее время разрабатываются новые продукты для клинического применения, которые в итоге должны произвести революцию в костно-суставной хирургии.

Например, изобретено «пружинистое биостекло». С помощью небольших изменений в химической формуле этому биостеклу придали способность пружинить. Оно не хрупкое, а очень гибкое. Имплантат из такого материала

можно вставить в ногу в месте серьёзного перелома, и он будет выдерживать вес пациента, позволяя тому ходить без костылей и без необходимости в дополнительных металлических пластинах или других имплантатах.

В то же самое время «пружинистое биостекло» будет стимулировать восстановление костной ткани, постепенно, естественным образом проникая в тело пациента. «Когда стоит задача регенерации значительных участков кости, например в случае серьёзного перелома, очень важно, чтобы ваша нога испытывала нагрузку от веса, – подчёркивает Джонс. – Важно и то, чтобы биоимплантат в ноге мог передавать своего рода сигнал костным клеткам о весе вашего тела. Наш организм создаёт костный материал, исходя из собственных потребностей, – клетки понимают механические особенности тела».

Дальнейшие изменения в химическом составе биостекла ведут к получению новых его форм – более мягких, на ощупь похожих на резину. Такое биостекло, как надеются учёные, поможет в самом сложном разделе ортопедической хирургии – восстановлении хрящевой ткани.

Сейчас хирурги пытаются восстанавливать повреждённую ткань хряща в бёдрах больных артритом или в повреждённых коленных суставах с помощью простой процедуры, называемой «микрофрактурирование». Этот хирургический метод стимулирования роста ткани даёт только временный результат, что подтверждают многие спортсмены.

Джонс предлагает своё решение проблемы – такую форму биостекла, имплантат из которого можно будет распечатать на 3D-принтере и затем поместить в любое отверстие в хряще. Чтобы клетки организма не отторгли имплантат,

материал должен обладать всеми естественными свойствами хряща. Для проверки Джонс использует коленные суставы мёртвых тел, пожертвованные для его исследований.

Вам новую коленку?

Применение биостекла может быть решением проблемы восстановления повреждённых коленных суставов.

«Мы имитируем механику ходьбы, сгибание – в общем, всё то, что делает колено человека, – чтобы убедиться в том, что биостекло ведёт себя как часть хряща, – рассказывает он. – И если это будет работать, то мы продолжим тесты на животных, а затем перейдём к клиническим испытаниям».

Такое биостекло может найти применение и в случаях, когда люди страдают от болей, связанных с грыжей позвоночных дисков. «До настоящего времени никто не сумел воспроизвести механические свойства человеческого хряща, применяя синтетические материалы, – отмечает Джонс. – Но мы считаем, что биостеклу это по силам. Нам просто надо доказать, что это возможно. Если всё пойдёт хорошо и мы успешно пройдем все необходимые испытания по безопасности, то через 10 лет этот материал поступит в распоряжение врачей».

Что ж, даже если сейчас искусственно созданные материалы, которые могут срастаться с тканями человеческого тела, выглядят немного фантастично, похоже, это один из наиболее вероятных элементов медицины будущего.

В конце концов, уже сейчас миллионы людей чистят зубы пастой с таким материалом. И это только начало.

Юлия ИНИНА.
По материалам ВВС.

