

## Перспективы

# Чтобы долголетие было во благо

## Проблема гериатрии становится приоритетной



Рост продолжительности жизни в России требует создания эффективно работающей гериатрической службы, заявила в Доме правительства в ходе обсуждения развития системы гериатрической помощи вице-премьер РФ Ольга Голодец.

«Мы должны сделать долголетие активным и благополучным. Это сложная задача, поскольку проблема гериатрии впервые оказывается в числе приоритетных, но она обязательно должна быть решена», – сказала О. Голодец.

Гериатрическая служба формируется на основе трёхуровневой модели, включающей созданный в 2016 г. Федеральный научный центр геронтологии и гериатрии, гериатрические отделения или блоки в стационарах, кабинеты или отделения в поликлиниках. При этом предусмотрено усиление территориальных врачебных участков, если доля пожилого населения превышает 40%.

В этом году Минздраву России в сотрудничестве с профессиональным сообществом предстоит разработать

Жить надо не только долго, но и в удовольствие для себя и окружающих

профессиональные стандарты врача-гериатра, которые соответствуют современным международным требованиям. В течение 2018 г. должны быть подготовлены и внедрены программы ординатуры по специальности «гериатрия» и дополнительного профессионального образования для терапевтов и врачей общей практики. В соответствии с ними за 3 года планируется обучить 3,5 тыс. врачей. Кроме того, будет организована подготовка психологов, социальных

работников и других специалистов по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии». Реализация этих мер должна привести к снижению смертности, дальнейшему увеличению продолжительности жизни, а также будет способствовать повышению качества жизни людей старшего поколения.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

## Из первых уст

## Россияне прибавляют года

Ольга Голодец сообщила, что средняя продолжительность жизни в России по итогам первого полугодия составила 72,4 года.

Вице-премьер подчеркнула, что по сравнению с 2016 г. она увеличилась на полгода.

Как пояснила заместитель главы федерального Правительства, это увеличение произошло благодаря снижению смертности.

Соб. инф.

Ирина БЕЛЯЕВА,  
заведующая отделением  
для недоношенных детей  
Национального научно-  
практического центра здоровья  
детей, доктор медицинских наук:

Процесс грудного вскармливания сложен для практики, но крайне важен для ребенка.

Стр. 4-5



Алексей ПОГОНИН,  
заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
Москвы:

Время первичного приёма для москвичей пожилого возраста с несколькими хроническими заболеваниями увеличено до 40 минут.

Стр. 11



Екатерина КУРБАНГАЛЕЕВА,  
член Общественной палаты РФ:

На государственном уровне уже сформулирована приоритетная задача – создать максимально комфортные условия для поступления в вузы и дальнейшего обучения инвалидов.

Стр. 12

## Перемены

# Дополнительно 1,7 миллиарда

Госкорпорация Ростех до конца 2017 г. введёт в строй ещё 10 перинатальных центров в регионах страны. На завершение строительства и оснащение новых объектов современным медицинским оборудованием её руководство дополнительно выделит 1,7 млрд руб.

В частности, уже решено 360 млн направить на строительство перинатального центра в Карелии, более 200 млн – в Пензе, свыше 140 млн – в Ульяновске, в ближайшие месяцы также будут дофинансированы объекты в Ленинградской и Тамбовской областях.

Программа строительства перинатальных центров в регионах реализуется с 2013 г. в рамках соответствующего распоряжения Президента России. К настоящему моменту уже построены и открыты центры – в Уфе, Оренбурге, Брянске, Махачкале и Назрани. Практически готовы к открытию в Пензе, Якутске, Пскове. Остальные объекты – всего госкорпорация Ростех получила заказ на создание 15 центров по всей стране – будут сданы до конца декабря 2017 г.

Решение о выделении дополнительного финансирования обусловлено, в том числе объективным увеличением стоимости работ, так как проектная документация готовилась в 2014 г., в других ценовых условиях. При этом в некоторых случаях принимаемые меры сопряжены с претензиями в адрес подрядных организаций, которые не выдерживали сроки, не соблюдали требования к качеству работ и допустили кассовые разрывы. С несколькими подрядчиками, не исполнявшими свои обязательства, договоры расторгнуты, в отношении ряда недобросовестных фирм инициированы уголовные расследования.

В корпорации отдельно отметили, что в результате конкурсного отбора подрядных организаций удалось снизить первоначальную стоимость строительства перинатальных центров и закупаемого оборудования почти на 800 млн руб. Сэкономленные деньги также будут направлены на организацию строительства и оснащение центров.

Алексей ПИМШИН,  
МИА Cito!

Москва.

## В особых условиях

# От Калининграда до Владивостока

На территории Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах приземлился вертолёт с пациентом на борту. Мужчину с травмами шейного отдела позвоночника доставили из Республиканской клинической больницы Казани всего за 40 минут.

Вот что сообщил главный врач центра Николай Николаев: «Ежегодно мы выполняем свыше 7,5 тыс. операций, из них 77-78% – у иногородних пациентов. К нам едут больные пациенты

из разных уголков – от Калининграда до Владивостока. Мы всегда готовы их принять».

А накануне в Минздраве Чувашии состоялась встреча с представите-

лем компании «Русские вертолётные системы» по развитию на территории республики санитарной авиации. Рассматривается возможность создания совместного проекта с соседними регионами.

Лилия НОВИЦКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Чувашская Республика.



## Новости

## К беременным — особое отношение

Губернатор Костромской области Сергей Ситников поставил перед региональным Департаментом здравоохранения задачу выстроить эффективную систему диагностики беременных женщин с привлечением глав муниципальных районов и сельских поселений. Это целый комплекс мероприятий профилактики врождённых и наследственных болезней: УЗИ плода на трёх стадиях беременности, биохимический скрининг, расчёт риска синдрома Дауна, медико-генетическое консультирование и др. По данным регионального Департамента здравоохранения, охват беременных женщин пренатальной диагностикой в области за 6 месяцев этого года составил 91,3%. В дальнейшем будет охвачено 100%.

В регионе для акушеров-гинекологов, врачей УЗИ-диагностики и лаборантов проходят обучающие семинары по пренатальной диагностике, ведётся работа по созданию электронных карт беременных, осуществляется организационно-методическое сопровождение женских консультаций врачами высшей категории родильного дома Костромы.

Благодаря проведённой работе в первом полугодии этого года специалисты здравоохранения отмечают в регионе значительное снижение младенческой смертности.

Галина ПАПЫРИНА.

Кострома.

## Одиноким и маломобильным

Министерством здравоохранения Астраханской области проводится еженедельный мониторинг выполнения программы льготного лекарственного обеспечения. За первое полугодие 2017 г. за выпиской льготных рецептов обратилось 10,5 тыс. федеральных льготников. Больше 30 тыс. астраханцев воспользовались своим правом на льготное лекарственное обеспечение в рамках областного регистра.

Льготное лекарственное обеспечение организовано в 12 сельских районах региона в 155 структурных подразделениях медицинских организаций. Для оказания своевременной и доступной лекарственной помощи населению в местах, где отсутствуют аптечные организации, медицинские работники осуществляют адресную доставку препаратов гражданам пожилого возраста, в том числе одиноким и маломобильным. С начала 2017 г. данной услугой воспользовались более 3 тыс. человек.

Анна ЖВАЧКИНА.

Астраханская область.

## Болезнь стало не выгодно

Россияне стали реже оформлять больничные листы, из них почти половина выдаётся в связи с болезнями органов дыхания, сообщили в Министерстве здравоохранения РФ.

«За последние несколько лет действительно прослеживается тенденция к снижению оформления больничных листов. Так, в 2016 г. выдано 19,53 млн листов нетрудоспособности в сравнении с аналогичным периодом в 2015 г., когда было выдано 19,65 млн», — отмечается в сообщении.

По информации ведомства, такая тенденция объясняется активной вакцинацией, диспансеризацией и программами по формированию здорового образа жизни россиян. Оформление и выдача больничных листов не является прямым показателем здоровья населения, отметили в Минздраве.

Андрей ДЫМОВ.

Москва.

Совместные выезды  
на Балтийское побережье

Медицинские специалисты из Калининграда осмотрели более полсотни жителей посёлка Янтарный на Балтийском побережье. Отсюда начала работу совместная выездная бригада врачей областной больницы и Центра медпрофилактики и реабилитации. Приём жителей посёлка проходил в помещениях местной больницы, которая является структурным подразделением Светлогорской центральной районной поликлиники.

В течение 7 часов специалистов из Калининграда посетили более 50 человек, рассказал руководитель медицинской организации Игорь Старостин. Приём вели 4 врача Калининградской областной клинической больницы — офтальмолог, невролог, онколог и кардиолог.

Все желающие имели возможность узнать свои антропометрические данные, измерить уровень артериального давления, холестерина, сахара в крови, глазное давление бесконтактным способом, а также получить консультацию врача по профилактической медицине.

По словам главного врача центра медпрофилактики Сослана Дадьянова, такие совместные выезды специалистов Центра медицинской профилактики и реабилитации и больницы станут регулярными и будут направляться в те муниципалитеты региона, в которых такая медицинская помощь наиболее востребована. Причём, если возникнет необходимость, в одном и том же районе врачи будут работать в течение нескольких дней. Кроме того, в выездной бригаде в зависимости от востребованности в разных муниципалитетах может варьироваться состав врачей.

Следующий приём медицинские специалисты из Калининграда планируют провести в Правдинской центральной районной больнице.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

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

## События

В память  
о выдающемся докторе

В юбилей Святослава Фёдорова многие жители Дагестана проверили своё зрение

На днях выдающемуся офтальмологу Святославу Фёдорову исполнилось бы 90 лет. За свою жизнь он совершил настоящий прорыв в офтальмологии. Память академика чтят по всему миру.

В преддверии дня рождения Святослава Фёдорова настоящий подарок получили пациенты Дагестанского центра микрохирургии глаза. Там состоялась ежегодная благотворительная акция «Прекрасные глаза — каждому», в ходе которой пациенты клиники получили возможность пройти все виды диагностики без направления и бесплатно. Завершилась она в юбилей великого офтальмолога, который произвёл революцию в этом направлении медицины. Именно С.Фёдоров и его ученики разработали первую интраокулярную линзу под названием «Спутник», которая долгое время оставалась самым популярным искусственным хрусталиком в мире. «Благотворительная акция «Прекрасные глаза — каждому» проводится по всей России. У нас она проходит с 2003 г. Это дань памяти выдающемуся доктору, юбилей которого мы отмечаем сегодня. Многим в силу разных причин недоступно качественное



Идёт обследование у офтальмолога

обследование у офтальмологов, рекомендованное специалистами раз в год, и с помощью таких мероприятий мы мотивируем людей пройти осмотр», — отметил главный врач центра профессор Абдул-Гамид Алиев.

Обследоваться могли не только пациенты, которые имеют хроническое заболевание, но и те, кто решил проверить своё зрение с профилактической целью. Также

на консультациях в центре микрохирургии глаза можно было задать все интересующие вопросы специалистам. В акции приняли участие порядка 130 человек. У большинства осматриваемых были выявлены наиболее часто встречающиеся патологии зрения.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,  
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

## Кстати

## С.Фёдорова вспомнили и в Петербурге



Сотрудники Санкт-Петербургского филиала МНТК у памятника С.Фёдорову

В Санкт-Петербургском филиале Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» состоялся митинг. Сотрудники и пациенты с благодарностью возложили цветы к его памятнику.

Ранее в рамках традиционной всероссийской акции «Прекрасные глаза каждому» филиал оказал благотворительную помощь 82 пациентам. Они получили бесплатное комплексное диагностическое обследование и консультации спе-

циалистов. На местном телеканале в честь знаменательной даты был показан документальный фильм «90 лет со дня рождения академика С.Н.Фёдорова», созданный при активном участии сотрудников Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». Этот фильм транслировали в холлах клиники для сотрудников, пациентов и гостей.

В торжественных мероприятиях, проводимых головной организацией МНТК, от Санкт-Петербургского филиала участвовала делегация в составе директора, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Э.Бойко, заместителя директора по научной работе, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ И.Пановой и начальника отдела кадров С.Новиковой. Петербуржцы в числе остальных своих коллег поучаствовали в возложении цветов на могилу С.Фёдорова в Рождественно.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.  
МИА Cito!

Санкт-Петербург.

## Ориентир

Лечиться будут  
в нормальных условиях

Более 40 млн руб. выделил бюджет Республики Хакасия на то, чтобы к концу этого года участковая больница в селе Балыкса Аскизского района начала принимать пациентов в новом здании. Сейчас жители села — это более 2 тыс. человек — получают медицинскую помощь в старом больничном корпусе, построенном в начале 1960-х годов. И условия для работы медиков, и сервисные условия для пациентов здесь давно не те, какие должны быть.

Как уточнили в Минздраве республики, новая участковая больница в Балыксе рассчитана на 25 стационарных коек и 70 амбулаторных посещений в смену. Впер-

вые в селе появится стоматолог. Оборудование для кабинета уже приобретается, осталось только оформить на работу врача.

— Наша задача — в кратчайшие

сроки завершить эту стройку. В новом здании предусмотрено всё необходимое для оказания медицинской помощи: кабинеты врачей, процедурный и прививочный, лаборатории, комфортные палаты с койками дневного и круглосуточного пребывания. Все лекарства, в том числе льготные, люди будут получать на месте, так как Балыкса находится в зоне низкой транспортной доступности, — прокомментировала ход строительства больницы заместитель главы региона Ирина Смолина.

Елена ЮРИНА.

Абакан.



Официально

# Лекарства для заключённых

Входящая в госкорпорацию «Ростех» «Национальная иммунобиологическая компания» назначена единственным поставщиком лекарственных препаратов и медицинских изделий, закупка которых будет осуществляться для Федеральной службы исполнения наказаний РФ в 2017-2018 гг. Соответствующее распоряжение подписал председатель Правительства РФ Д.Медведев.

До конца 2018 г. «Нацимбио» обеспечит поставку для нужд ФСИН

24 наименований лекарственных препаратов и 11 медицинских изделий, в числе которых рентгеновские установки и УЗИ-сканеры.

«Наша компания работает с поставками для ФСИН с 2014 г., и мы накопили достаточный опыт в этой сфере, – заявила генеральный директор компании Марьям Хубиева. – Благодаря систематизации закупок был минимизирован риск отсутствия необходимых препаратов на местах и полностью исключено попадание в закупку контрафактных лекарственных средств. Новое назначение гово-

рит о доверии к компании, и мы сделаем всё возможное, чтобы его оправдать, исполнить условия контракта, подтвердить репутацию надёжного поставщика».

Напомним, что для нужд ФСИН в 2016 г. «Нацимбио» поставила более 4,5 млн упаковок лекарственных препаратов. Доля отечественных препаратов, закупаемых для нужд ФСИН в 2013 г., составляла 23%, в 2016 г. – уже 100%.

Павел АЛЕКСЕЕВ,  
корр. «МГ».

Москва.

Дословно

# За здоровьем школьников надёжный присмотр

Министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов обнародовал цифры пятилетней динамики состояния здоровья кубанских школьников.

По данным краевого Минздрава с 2011 г. на Кубани на 12% выросло количество здоровых детей (1-я группа здоровья). При этом почти на 19% уменьшилась доля детей, имеющих хронические заболевания, в том числе приводя-

щие к инвалидности (3-5-я группы здоровья).

А вот доля детей с функциональными нарушениями здоровья (2-я группа здоровья) осталась практически на одном уровне (2011 г. – 54,7%, 2016 г. – 54,3%), впрочем, тоже со склонностью к снижению.

«Все дети в крае обязательно проходят медицинские осмотры при поступлении в детсады, школы и во время учёбы. Это позволяет врачам своевременно выявлять заболевания и проводить необхо-

димое лечение, – отметил министр здравоохранения края. – И хоть статистика на сегодняшний день говорит об улучшении здоровья детей, мы по-прежнему призываем родителей не игнорировать медосмотры и обязательно прививать детей. Это действительно необходимо для каждого ребёнка».

Аревик ТАМРАЗЯН,  
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Проекты

# Норматив стоимости определит Правительство России

Министерство здравоохранения РФ разработало проект федерального закона, которым вносятся изменения в правовое регулирование правоотношений, связанных с организацией обеспечения граждан, включённых в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и не отказавшихся от получения социальной услуги.

Действующая редакция пункта 2 части 3 статьи 41 Федерального

закона № 178-ФЗ от 17.07.1999 «О государственной социальной помощи» предусматривает, что норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарствами, медизделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, устанавливается ежегодно законом, принимаемым одновременно с федеральным законом о федеральном бюджете

на соответствующий финансовый год.

Это затягивает разработку норматива финансовых затрат на очередной финансовый период, что может способствовать срыву проведения аукционных процедур на закупку такой продукции.

Законопроектом предлагается наделить Правительство РФ правом определять ежегодный норматив финансовых затрат на лекарства для одного льготника.

Соб. инф.

Решения

# С высоким наркогенным потенциалом

Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в нашей стране, дополнен рядом психоактивных веществ. Об этом говорится в недавнем постановлении Правительства РФ.

В настоящее время поток синтетических наркотиков, в том числе новых психоактивных веществ (НПВ), обладающих неопределённым правовым статусом, формулы которых постоянно изменяются,

способствует поддержанию высокой степени наркоугрозы.

Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в России, подписанным постановлением дополнен рядом НПВ. В частности, 14 веществ внесены в раздел «Наркотические средства», одно НПВ – в раздел «Психотропные вещества», две позиции изменены в связи с выявлением их новых производных. Пятнадцать веществ, которые включены в соответствующие разделы перечня отдельными позициями, обладают высоким нар-

когенным потенциалом, имеют ярко выраженные сходства в структурах с наркотическими средствами и психотропными веществами, ранее уже включёнными в перечень.

Одновременно внесены соответствующие изменения в значительный, крупный и особо крупный размеры наркотических средств и психотропных веществ.

Принятые решения необходимы для государственного контроля за оборотом новых видов наркотических средств.

Соб. инф.

Итоги и прогнозы

# Хвалили всех, ругали поимённо

Коллегия Министерства здравоохранения Республики Тыва подвела итоги работы за первое полугодие 2017 г. Как подчёркивают в ведомстве, среди прочих успехов медицинской отрасли региона главный – снижение смертности населения на 11,2%. Таким образом, в настоящее время показатель смертности в Туве составляет 8,7 случаев на 100 тыс. человек против 9,6 в 2016 г.

Вторым положительным результатом работы системы здравоохранения стало снижение на 8,3% смертности от болезней системы кровообращения.

На противоположной чаше весов – неприятные «достижения». К их числу в Минздраве республики относят тот факт, что среди причин смерти людей работоспособного возраста на первое ранговое место вышли несчастные случаи, отравления и травмы.

К сожалению, пока сохраняется тенденция снижения рождаемости: с начала года в Туве родилось 3476 детей, что на 138 меньше, чем за первые полгода 2016 г. И хотя показатель рождаемости в Республике Тыва по-прежнему выше, чем в среднем по России и Сибирскому федеральному округу, руководство

Министерства здравоохранения обеспокоено тем, что число новорождённых год от года уменьшается, и не только в столице региона Кызыле, но и в сельских районах.

Одна из наиболее сложных и застарелых проблем Тувы – туберкулёз. О значительных успехах в её решении пока говорить не приходится, при том, что кое-какие изменения всё же произошли. Заболеваемость туберкулёзом снизилась на 4%, в то же время смертность от него выросла на 26%. Тут впору задаться вопросом эффективности работы противотуберкулёзной службы.

На коллегии не просто перечислили выявленные проблемы отрасли, но и заслушали главных врачей кожунных больниц с худшими показателями здоровья населения, а также назвали участковых терапевтов, у которых среди прикреплённого населения наибольшее число умерших. Таким образом, разговор получился предметным, а замечания – адресными. Эффективность такого подхода станет видна на коллегии Минздрава республики по итогам 2017 г.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Однако

# В поликлинику — со своими перчатками, шприцем и лекарством



В рамках реализации проекта Общероссийского народного фронта «Народная оценка качества» активисты ОНФ в Омской области проводят мониторинг качества оказания услуг в поликлиниках, действующих на базе центральных районных больниц.

Среди основных недостатков, отмеченных экспертами ОНФ – нехватка терапевтов и врачей узкой специализации (эндокринолога, гинеколога, детского хирурга, детского ортопеда, офтальмолога), а также устаревшая материально-техническая база медучреждений, нуждающихся в ремонте.

Особенно много негативных и «нестандартных» отзывов представители общественности зафиксировали во взрослой поликлинике Саргатской ЦРБ. После беседы с пациентами в очереди, они выяснили, что на приём к гинекологу и в смотровой кабинет нужно приносить с собой одну пару перчаток, в процедурный кабинет на анализ крови из вены необходимо иметь при себе одноразовый стерильный

шприц, а на приём к стоматологу-хирургу, кроме шприца, ещё и обезболивающий лекарственный препарат.

Как рассказали в региональном отделении ОНФ, большинство посетителей отметили сложность при получении талонов для записи к врачу – терминал электронной записи часто не работает. Например, из соседних деревень пациенты приезжают за 2 часа до открытия учреждения, чтобы успеть получить талон на приём к врачу.

По итогам общественной экспертизы активисты ОНФ намерены провести «круглый стол», пригласив на него представителей региональных органов исполнительной власти. Они намерены обсудить не только выявленные недостатки и меры по их устранению, но и положительный опыт, который вполне можно тиражировать в другие медучреждения Прииртышья.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.



При своевременном и благополучном родоразрешении доношенный ребёнок сразу прикладывается к груди матери. А недоношенный, особенно с экстремально низкой массой тела, этого лишён. Он не может получить молоко из груди матери в силу незрелости сосательного рефлекса и жизненных функций. Его земной путь начинается с отделения реанимации и интенсивной терапии (от 1,5 до 3,5% новорождённых нуждаются в оказании реанимационной помощи), с балансирования между бытием и небытием. Как обеспечить такого младенца грудным молоком, с какими сложностями сталкиваются специалисты при организации данного процесса в ОРИТН – об этом наш разговор с заведующей отделением для недоношенных детей Национального научно-практического центра здоровья детей доктором медицинских наук Ириной БЕЛЯЕВОЙ.

– Ирина Анатольевна, немало медработников считают, что порой проще и надёжнее дать недоношенному ребёнку специальную сбалансированную смесь, чем сцеженное материнское молоко, тем более что кормление вначале, как правило, осуществляется через зонд, нередко сочетается с парентеральным питанием. Почему вы так ратуете за вскармливание недоношенных детей, находящихся в ОРИТН, грудным молоком?

– Потому что оно даёт возможность обеспечить прежде всего комплексную защиту, благодаря чему у ребёнка многократно возрастают шансы выжить, ведь недоношенные дети составляют группу высокого риска отсроченной летальности, вследствие незрелости защитных механизмов на фоне высокой частоты инвазивных манипуляций и неадекватного вскармливания. Исследование, привлекающее сейчас внимание клиницистов, говорит о том, что даже очень небольшие дозы грудного молока собственной матери (0,2 мл), полученные ребёнком орофарингеально, помогают справиться с такими тяжёлыми проблемами как некротизирующий энтероколит (основная причина инвалидности и смертности у недоношенных детей) и сепсис.

– О пользе грудного молока известно давно. Но появляются всё новые и новые данные раскрывающие его значимость для новорождённого.

– Да. В последние годы расшифрован состав клеточных пулов грудного молока (CD-профиль). Установлено, что он зависит от периода лактации и меняется на её протяжении. Наиболее выражена популяция защитных клеток CD-45 в молозиве и наименее – в зрелом молоке. Интересно не только обнаружение такой динамики, но и обратная связь, механизм которой пока ещё не совсем ясен. Это – возможность лейкоцитов грудного молока реагировать на инфекционно-воспалительные заболевания увеличением своего количества.

Грудное молоко обеспечивает защиту ребёнку гуморальными иммунными факторами. Одним из наиболее важных являются секреторный иммуноглобулин А. Самое высокое его содержание – именно в молозиве.

Уникальным защитным компонентом считается лактоферрин, обладающий широким спектром иммуномодулирующих свойств, прямой антибактериальной, противовирусной, противогрибковой активностью; его концентрация тоже особенно высока в молозиве. Изучаются и новые свойства лактоферрина, такие как способность проникать через гемато-энцефалический барьер, влиять на развитие головного мозга. То есть лактоферрин признаётся сейчас нейротрофическим элементом грудного молока.

В числе важных защитных компонентов молока – альфа-лактальбумин, при расщеплении

Протективное воздействие грудного молока на незрелый желудочно-кишечный тракт помогает обеспечить более быстрый переход к энтеральному питанию (что крайне важно для маловесных пациентов), снижает неблагоприятные побочные эффекты полного парентерального питания, способствует становлению пищевой толерантности.

– Сейчас уже не только доказан эффект грудного моло-

Существуют достоверные данные, подтверждающие не только ранний профилактический эффект грудного молока для недоношенных детей (уменьшение риска тяжёлых заболеваний, улучшение неврологических исходов, и, конечно, сокращение продолжительности пребывания в стационаре), но и отдалённый – в отношении таких состояний как бронхиальная астма, ожирение, сахарный диабет, лейкопения,

экстремально преждевременных родах. Поэтому мы призваны бороться за каждую каплю молозива.

– Зачастую у среднего медицинского персонала сохраняется убеждённости, что в первые часы после родов у матери ничего нет, дескать, говорить о каких-то каплях молозива даже смешно, стоит подождать, пока придёт молоко.

## Острая тема

# Как не растерять

Отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых могут добиться



И.Беляева знакомит с отделением

которого образуются пептиды, наделённые антибактериальными, иммунорегулирующими и другими свойствами. Кроме того, обнаружено, что в желудочно-кишечном тракте эти пептиды создают специфический комплекс, обладающий активностью уничтожения раковых клеток. Отсюда – эффекты грудного молока в отношении профилактики онкогенных заболеваний.

Выявлено новое свойство олигосахаридов (их в молоке около 130), позволяющее бороться с инфекциями, – это конкурентные взаимоотношения с патогенными микроорганизмами за связывание с кишечными рецепторами. Установлено, что олигосахариды влияют непосредственно на кишечные эпителиальные клетки и изменяют клеточные реакции, оказывают воздействие на продукцию цитокинов лимфоцитами и способствуют более сбалансированному Th1/Th2-ответу.

Не только эти защитные факторы, но и другие свойства грудного молока сказываются на созревании кишечника, уменьшают проницаемость кишечного барьера и позволяют справляться с инфекционно-воспалительными заболеваниями у недоношенных детей. Используя с самых первых часов жизни ребёнка молозиво, а затем грудное молоко, можно предотвратить развитие патологии. Подчеркну, грудное молоко женщины, родившей раньше срока, содержит весь комплекс защитных факторов, не зря его называют второй кровью. К тому же оно значительно лучше усваивается недоношенным по сравнению с молочной смесью, так как питательные вещества находятся в доступной форме.

ка в отношении профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний, таких тяжёлых как некротизирующий энтероколит и сепсис, но и подсчитана экономическая выгода. Можете подтвердить это фактами?

– Действительно, использование грудного молока позволяет значительно сократить расходы, уменьшить стоимость выхаживания детей в ОРИТН. Чем раньше инициировано грудное вскармливание, тем больше эффективность, ниже неонатальная смертность и заболеваемость. Исследователи установили: риск развития сепсиса снижался на 19% при наращивании грудного молока в объёме 10 мл на килограмм в день.

Отмечается дозозависимый эффект в отношении тяжёлых форм ретинопатии, бронхолегочной дисплазии, частота последней снижается на 9,5% на каждые 10% увеличения объёма грудного молока в питании пациента. Кстати, это заболевание приводит к увеличению расходов на медико-санитарную помощь в размере свыше 40 тыс. долл.

Доказанный факт: каждый дополнительный миллилитр грудного молока, сцеженного в ОРИТН в течение первых 14 дней лактации, сокращает расходы на выхаживание недоношенного ребёнка в ОРИТН на 534 долл. – насколько это эффективная стратегия предотвращения затрат в стационарах.

У нас в отделении практически все дети получают грудное молоко (либо материнское, либо донорское), что позволило снизить использование молочных смесей в разы, значительно улучшить клинические исходы.

сердечно-сосудистые болезни. Грудное молоко стоит на первом месте по значимости влияния на когнитивное развитие недоношенных детей (по сравнению с другими факторами). Оно способствует оптимальному формированию ЦНС и развитию белого вещества головного мозга. Причём установлен дозозависимый эффект. Всё это делает грудное молоко незаменимым в питании недоношенных детей.

– Что мешает вскармливанию детей грудным молоком в ОРИТН? Понятно, что не все женщины готовы к этому. Многие испытывают стресс от того, что произошли преждевременные роды...

– Причин много, как субъективных, так и объективных. У половины таких женщин наблюдается гипогалактия, поскольку они имели осложнения во время беременности и родов. Для них характерна отсроченная активация секреции грудного молока. Имеются трудности раннего регулярного сцеживания.

Но существуют и факторы самого отделения интенсивной терапии, которые препятствуют успешному вскармливанию недоношенных детей. Прежде всего, это – удалённость проживания матери, недостаток места для сцеживания у кувеза или отдельных помещений, нежелание персонала инициировать вскармливание ребёнка независимо от наличия грудного молока, отсутствие молокоотсосов, ожидание трудностей при сборе, сортировке и безопасному применению сцеженного грудного молока. В отделении зачастую среди сотрудников нет консенсуса о необходимости кормления недоношенных грудным молоком. Всё это образует комплекс проблем, задерживающих применение грудного молока в ОРИТН.

– Вы уже говорили о высокой ценности молозива. Значит, ему придаётся всё большее значение?

– Конечно. Оно, особенно у женщин родивших преждевременно, содержит максимальное количество защитных факторов: после преждевременных родов включаются адаптационные механизмы, направленные на сохранение жизни ребёнка. Природа это предусмотрела и дала нам в руки в качестве инструмента.

Отдельные исследования показали, что секреция молозива может быть даже продлена на несколько часов или дней при

– Всемирная организация здравоохранения обращает особое внимание на важность использования молозива в качестве первого кормления для младенца, на необходимость информирования матерей о пользе грудного молока, что является этической обязанностью медицинских работников. Начинать сцеживание женщина должна максимально рано, в течение первых 6 часов после родов. Его частота не должна быть реже, чем у женщины, родившей доношенного ребёнка (7-8 раз в сутки, включая ночные часы с максимальным перерывом в 5 часов в ночное время). Для того чтобы получить ценные капли молозива, необходимо комбинировать ручное сцеживание с использованием молокоотсосов. Молозиво может применяться для трофического кормления и может безопасно вводиться через рототропку перед трофическим кормлением.

– Какие практические рекомендации для сбора и использования молозива вы могли бы дать?

– Использовать молозиво для кормления нужно в том же порядке, в котором оно получено. Это очень важно. Мы не должны отступать от тех методов, которые посылает нам природа. После 3-4 дней кормления исключительно молозивным молоком его можно чередовать уже с более зрелым молоком. Молозиво хранят в специальных пищевых контейнерах, которые нумеруются, его не следует смешивать с фортификатором или молочной смесью.

– Порой матери выливают сцеженное грудное молоко, молозиво, особенно, если младенец находится в тяжёлом состоянии.

– Это неправильно. Можно создать индивидуальный банк грудного молока для ребёнка, чтобы использовать его в дальнейшем, когда начнётся энтеральное питание. (Такая возможность существует, правда есть ограничительные моменты.) Поэтому женщины должны поддерживать лактацию и хранить своё грудное молоко, каждая капля которого бесценна.

– У женщин, преждевременно родивших, много проблем связанных как с инициацией, так и со становлением лактации. Как им помочь?

– В общем-то, действия достаточно простые, и их надо лишь своевременно выполнять. А для этого требуются усилия персонала. Следует разъяснить



порядок сцеживания, составить расписание, подобрать наиболее удобный тип молокоотсоса, наладить полноценный отдых и питание матери, обеспечить регулярный контакт женщины с ребёнком «кожа к коже».

Поскольку недоношенный младенец не прикладывается к груди, то у женщины, родившей преждевременно, существует риск уменьшения объёма лактации, даже если медперсоналу

денция грудного молока (против непрерывного введения, когда больше жиров теряется). Для предотвращения возможного оседания жира на стенках питательных катетеров, необходимо поднимать вверх шприц инфузомата.

— **Часто женщины слышат от медперсонала: «Ваш ребёнок плохо прибавляет в весе, находясь на вскармливании грудным молоком, давайте**

течение 24 часов. В России это пока не принято.

— **Как правило, недоношенный ребёнок не съедает всё молоко. Как поступают с избытками?**

— «Лишнее» молоко ни в коем случае не выливается, мать замораживает его в морозильной камере домашнего холодильника для отсроченного использования. Оно может храниться и в холодильнике ОРИТН, в дальней-

щины выявлена цитомегаловирусная инфекция? Насколько велик риск её передачи ребёнку?

— Вопрос дискуссионный. Чётких рекомендаций в мировой практике не существует. Каждый врач должен принять решение для каждого конкретного ребёнка.

Вирус может присутствовать в молоке в течение 4-6 недель после родов. Замораживание

своим опытом с коллегами из регионов. Каким образом добиваетесь соответствия состава донорского молока потребностям конкретного недоношенного ребёнка, ведь молоко у родивших в срок и у родивших преждевременно женщин отличается.

— Донорское молоко мы сортируем по степени зрелости, индивидуализируем его применение в зависимости от женщины, которая его предоставила (женщина после преждевременных родов или доношенной беременности, женщина на определённых сроках лактации). Всё это учитываем.

За рубежом, где существуют большие банки грудного молока, для недоношенных детей оно просто обогащается фортификаторами.

— **Подытоживая разговор, как вы оцениваете состояние проблемы в нашей стране в целом? Я имею в виду вскармливание преждевременно родившихся детей материнским молоком в отделениях реанимации?**

— Мы продвигаемся к использованию грудного молока в ОРИТН, но маленькими шагами. Всё держится на энтузиазме людей, работающих в стационарах. К сожалению, мать не всегда допускается в отделение даже в дневное время, и это затрудняет предоставление ребёнку грудного молока. Тормозят процесс и нормативные трудности.

— **Какие же?**

— Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» предусматривает в ОРИТН помещение для сбора, обработки и хранения женского молока и молочных смесей. Но не предусматривает помещений для сцеживания матери или предоставления ей места для сцеживания рядом с кушеткой. Нет комнат для круглосуточного пребывания матери, есть только комната для отдыха и для консультации родителей. Штатное расписание не предполагает наличие молочных сестёр, специалиста по грудному вскармливанию. В списке оборудования для ОРИТН значится молокоотсос, но отсутствует холодильник для хранения молока, сцеженного женщиной. В то время как морозильная камера всё-таки есть.

Сейчас согласно нормативным документам мы не можем поставить свежесцеженное молоко в холодильник и использовать его для последующих кормлений, а должны его пастеризовать, причём на водяной бане (без всякого пастеризатора, работающего по определённой программе) и хранить пастеризованным не более 12 часов. Конечно же, это устаревшие требования. С тех пор, как они были сформулированы многое изменилось.

Молокоотсосы, с одной стороны, разрешены согласно порядку оказания помощи. Но, с другой, СанПиН не содержит никаких рекомендаций по работе с ними в ОРИТН, правилам обработки и применения.

Такие нестыковки задерживают становление и развитие инициативы, мешают предоставлению грудного молока в ОРИТН. Сейчас Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины, Союз педиатров России совместно с Роспотребнадзором работают над их устранением. Надеемся, что наконец появятся законодательные возможности для использования грудного молока в ОРИТН в современных реалиях.

Беседу вела  
Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Фото автора  
и Александра ХУДАСОВА.

# драгоценные капли

значительных преимуществ при вскармливании недоношенных детей грудным молоком

удалось инициировать лактацию своевременно. Поэтому матери недоношенных детей должны обязательно использовать молокоотсосы, которые частично моделируют функцию удаления молока здоровым ребёнком.

Нужно помнить, что чем больше молока удалено, тем больше его придёт. Кстати, максимальная концентрация защитных факторов в нём, таких как лактоферрин, альфа-лактальбумин, иммуноглобулины, лизоцим, отмечается в течение первых недель жизни ребёнка.

К 14-му дню женщина должна иметь как минимум 500-600 мл сцеженного грудного молока в сутки. Если достигаются эти цифры, то можно быть уверенным в продолжительной лактации и далее.

Инструментом контроля и стимуляции лактации, с одной стороны, и психоэмоциональной мотивацией женщины, с другой, является ведение журнала учёта сцеженного молока. Простой, казалось бы, метод. Но он в комплексе с другими позволяет добиваться цели.

Безусловно, нужно стараться не допускать снижения лактации, постоянно её мониторить. Если мать видит, что её грудное молоко используется, она с большей вероятностью будет продолжать его сцеживать.

Следует отметить, что стратегия поддержки грудного вскармливания в ОРИТН начинается ещё с взаимодействия с акушерами по вопросам начала лактации и преимуществ грудного молока, с образовательных программ для родителей и сотрудников. Очень важно включение в штат ОРИТН опытного консультанта по лактации. Если таких консультантов нет, то медперсонал сам должен принять на себя эти функции.

— **Известно, что грудное молоко постепенно (через 3-4 недели после родов) начинает утрачивать свои питательные свойства для недоношенного ребёнка, поскольку тот отличается более быстрыми темпами роста по сравнению с доношенным младенцем, высокой потребностью в белке, ряде витаминов и минеральных веществ. Как пролонгировать питательную ценность?**

— Очень важно использовать свежесцеженное материнское молоко, избегать его пастеризации, так как обработка приводит к потере питательных свойств, и, конечно же, нужно своевременно применять обогатители.

Следует отдавать предпочтение болюсным способам вве-



Родённый доношенным, ребёнок сразу прикладывается к груди матери

дадим смеси и прибавки будут лучше, он быстрее выпишется из стационара».

— Процесс грудного вскармливания сложен для практики, но крайне важен для ребёнка.

Недостаточная прибавка массы тела у недоношенных в ОРИТН при вскармливании грудным молоком может быть связана с недополучением липидов. Чтобы этого избежать, следует применять «заднее» грудное молоко, которое наиболее богато жирами, а использование «переднего» у таких детей отсрочить. Или смешивать «переднее» и «заднее» грудное молоко. Можно смешивать в одном контейнере молоко, полученное в разное время суток, и контролировать содержание липидов с помощью крематокрита.

Нужно, чтобы в ОРИТН понимали ценность грудного молока и выработали единую политику в отношении его фортификации для недоношенных детей.

— **Кормление свежесцеженным материнским молоком при условии продолжительного или круглосуточного пребывания матери в ОРИТН, конечно, идеальный вариант. Но если мать не может находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых, а живёт в отдалённом районе города, тогда как быть?**

— За рубежом широко распространена практика, когда женщина ежедневно привозит в ОРИТН грудное молоко, сцеженное в

шем размораживается и выдаётся ребёнку после фортификации. Это становится обычной практикой в ОРИТН за рубежом. Но пока по ряду причин не находит применения у нас в стране.

— **Каковы сроки хранения грудного молока в холодильной камере без ущерба для его качества?**

— Охлаждённое материнское молоко сохраняет оптимальный питательный профиль и безопасный микробный состав в течение 96 часов после сцеживания, но для стационаров определён срок в 72 часа. Сформулировано правило «трёх» для хранения сцеженного молока: молоко может храниться 3 часа при комнатной температуре (22-24°C), 3 дня в холодильнике (температура 4-6°C), 3 месяца в морозильной камере (при температуре минус 20°C) и 12 месяцев при глубоком замораживании. У нас в стране, к сожалению, пока ещё недоверчиво относятся к этим доказательным данным. Хотя мировой опыт позволяет говорить о том, что это безопасно.

— **Всех интересует, как избежать бактериального загрязнения сцеженного грудного молока?**

— Для этого надо соблюдать протокол сбора, хранения, транспортировки молока, использовать методы безводного оттаивания замороженного молока.

— **Можно ли использовать грудное молоко, если у жен-**

уменьшает его количество. Пастеризация и вовсе предотвращает передачу. Доказано, что пастеризация грудного молока при температуре 62,5°C в течение 30 минут гарантированно уничтожает любые вирусы, содержащиеся в нём, включая ВИЧ, гепатиты, цитомегаловирус.

— **Разрешается ли кормить грудным молоком при мастите у матери (что — не редкость), если ребёнок при этом находится в отделении реанимации и интенсивной терапии?**

— В таком случае женщину должны проконсультировать специалисты. С акушерской точки зрения, мастит — противопоказание. Но маммологи сейчас в подавляющем большинстве случаев позволяют женщине кормить сцеженным молоком, так оно является наиболее ценным продуктом для ребёнка, находящегося в ОРИТН. Вопрос решается индивидуально с учётом состояния матери, характера мастита и т.д.

— **А если у ребёнка обнаружена галактоземия?**

— Галактоземия — одно из самых редких противопоказаний для использования грудного молока. При подтверждении заболевания (оно выявляется с помощью неонатального скрининга) рекомендуется специальная диета.

— **Я знаю, что на базе вашего отделения несколько лет назад создан первый в России банк донорского грудного молока. Вы щедро делитесь**



## Ситуация

Отказ от лечения  
требует наказания!

Почему создаётся опасный прецедент

В Общественной палате РФ обеспокоены прекращением уголовного дела против жительницы Тюмени из-за смерти дочери, у которой та не лечила ВИЧ-инфекцию. Председатель Комиссии Общественной палаты по поддержке семьи, материнства и детства Диана Гурцкая обращается в этой связи к генпрокурору России.

«Совершенно возмутительное решение. Ребёнок – это не собственность биологических родителей, – заявила Д. Гурцкая. – И если отец, признанный потерпевшим, помирился с матерью, которая была обвиняемой, то это совсем не значит, что дело должно быть прекращено. Создаётся очень опасный прецедент».

Так называемые родители-отрицатели, фактически получили индульгенцию на свои действия, полагает глава комиссии палаты. «Прошу вас поддержать обжалование судебного решения, а также дать поручение о проведении полного и всестороннего расследования, выявления и привлечения к ответственности всех виновных в смерти ребёнка, особенно врача, консультировавшего мать ребёнка», – обращается она к генпрокурору Юрию Чайке, добавив, что ребёнка уже не вернуть, но «неотвратимость наказания должна быть проявлена».

Ранее в Тюмени суд в связи с заключением мирового соглашения прекратил уголовное дело и закончил слушания по делу ВИЧ-диссидентки, дочь которой

скончалась в больнице из-за отсутствия своевременного лечения антиретровирусными препаратами. По версии следствия, женщина не хотела лечить у своей дочери ВИЧ-инфекцию. Муж ВИЧ-диссидентки отказался от претензий к жене.

По данным Минздрава России, общее число ВИЧ-инфицированных в России на 1 января 2017 г. составило более 1,5 млн человек. К этой цифре надо добавить более 100 тыс. инфицированных ВИЧ временно проживающих иностранцев. На начало этого года умер каждый пятый ВИЧ-инфицированный.

Ежегодный рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции в среднем на 10% в год отмечается в стране с 2006 г.

Константин ШАРЫН.  
МИА Сити!

## Идеи

Не оставлять  
с бедой  
наедине

Если лечение дорогостоящее...



Положение – критическое...

Страховать детей от критических заболеваний на основе государственно-частного партнёрства предлагает Общественная палата Белгородской области.

«Болезнь ребёнка, требующая дорогостоящего лечения – это беда, с которой родители нередко остаются наедине. И собирают деньги на лечение как могут: обращаются в фонды, стучатся во все двери, обивают пороги с протянутой рукой. Практика сбора средств для лечения детей уже никого не удивляет, и эта обыденность страшна. А на теме активно паразитируют лжеволонтеры и прочие мошенники», – пояснил член Общественной палаты РФ от Белгородской области Михаил Бажинов.

По мнению белгородских общественников, государственных ресурсов на всех и сразу не хватит. Достойным выходом могло бы стать страхование детей на случай необходимости дорогостоящего лечения и невозможности попасть в квоту по ОМС в разумные сроки. Но страховые компании, в основном, предлагают варианты при несчастных случаях, во время занятий спортом или на период отдыха. Предложения по страхованию от так называемых

критических заболеваний редки, дороги и содержат ряд ограничений. Существующие варианты страхования детей в стране не являются общедоступными и не способны снять финансовое бремя с родителей ребёнка, заболевшего не в результате несчастного случая, считают в региональной палате.

«Цель страхового, как и любого другого бизнеса – это получение прибыли. Поэтому очевидно, что при нынешнем положении вещей работа в этом направлении страховщикам малоинтересна. Выходом могло бы стать государственно-частное партнёрство в страховой сфере. Объединение возможностей государства и бизнеса, а также посильные взносы с ответственных родителей – и, убеждён, – проблема сдвинется с мёртвой точки. Собирать на лечение детей всем миром будет приходиться всё реже», – подчеркнул М.Бажинов.

Соответствующее предложение направлено белгородскими общественниками в Общественную палату РФ, которая изучит его и может инициировать законодательную инициативу.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.  
МИА Сити!

## Преодоление

Учитывая особенности  
каждого пациента

На это настроены колопроктологи Александро-Мариинской больницы

Сложные операции по удалению поражённых отделов кишечника стали уже привычными в Александро-Мариинской областной клинической больнице.

Так, недавно молодая женщина из Казахстана поступила в это лечебное учреждение с диагнозом «язвенный колит» – известным заболеванием, возникающим при развитии воспалительного процесса в толстой кишке и окружающих её тканях. Пациентке была проведена колопроктэктомия.

«Был сформирован тонкокишечный резервуар, благодаря чему женщина будет избавлена от пожизненной колостомы», – пояснил заведующий колопроктологическим отделением больницы Владимир Есин.

Сложность такой операции состоит в анатомических особенностях конкретного пациента – хватит ли длины тонкого кишечника или нет. Подобное хирургическое вмешательство проводится в два или три этапа. Ранее язвенный колит, устойчивый к гормональной терапии, заставлял хирурга просто удалять прямую кишку и формировать илеостому, что значительно ухудшало качество жизни и накладывало ограничения. Сейчас эти проблемы решаются по-другому, более сложные операции внедрены в Александро-Мариинской больнице, в результате чего человек возвращается к привычному для себя образу жизни.

Через 10 дней женщину выписали и, уезжая домой, жительница

Казахстана резюмировала работу хирургов больницы при выписке так: «Ничего не беспокоит, всё устраивает!».

«В ближайшее время операции для восстановления проходимости кишечника после удаления толстой кишки запланированы ещё у четырёх пациентов с язвенным колитом», – сообщил заместитель главного врача по хирургической помощи Александро-Мариинской областной клинической больницы, главный специалист колопроктолог Южного Федерального округа, доктор медицинских наук Николай Костенко...

Анна ЖВАЧКИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

## Санитарная зона

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека усилила в связи с сообщениями о вирусе Коксаки в Турции контроль за эпидемиологической ситуацией.

Как сообщила глава Роспотребнадзора главный санитарный врач РФ Анна Попова, возглавляемое ею ведомство не фиксирует роста обращений, связанных с заболеваниями, и направило официальный запрос в адрес органов здравоохранения Турецкой Республики о количестве подобных случаев, местах распространения и принимаемых мерах.

«Я хочу отметить, что мы усилили санитарно-карантинный контроль, и он показывает обычную стабильную ситуацию. Нет увеличения числа заболевавших, пересекающих границу России. Нет увеличения количества обращений, связанных с теми или иными инфекционными поражениями», – заявила А.Попова.

Сразу, как стало известно о первых случаях заболевания, Роспотребнадзор открыл специальную

## Тревога оказалась излишней?

Ситуация с вирусом Коксаки – под контролем Роспотребнадзора



В одной из лабораторий Роспотребнадзора

горячую линию для туристов, пострадавших от инфекции во время отдыха на курортах Турции. В ходе

работы этой линии от россиян поступило 5 сообщений о проблемах со здоровьем после отдыха в этой стране. Обращения принимаются по специальному электронному адресу.

Также в территориальных органах Роспотребнадзора работают горячие линии для приёма телефонных обращений по месту проживания. Роспотребнадзор обращает внимание, что при ухудшении самочувствия во время

отдыха либо по возвращении в РФ следует незамедлительно обратиться за медицинской помощью,

особенно в случае заболевания детей.

По мнению медиков, причиной заболеваний является энтеровирус, или вирус Коксаки. При обращении, пострадавших просят указывать период своего пребывания в Турции, название отеля, а также уточнить, когда они почувствовали ухудшение самочувствия и перечислить симптомы. Кроме того, нужно указать название туроператора и страховой компании.

Пока Роспотребнадзор не получил ответ турецкого Минздрава на свой официальный запрос по случаям заболеваний среди туристов. По информации от консульства России, ситуация там стабильная.

Ранее турецкие власти опровергли сведения о массовых заболеваниях, вызванных вирусом Коксаки. «Ни о каких массовых

заболеваниях, тем более эпидемии, даже речи нет», – заявил глава дирекции культуры и туризма провинции Анталья Ибрагим Аджар. По его словам, вирусом Коксаки, предположительно, могла заразиться только одна семья из Украины, однако они улетели на родину ещё 1 августа. Как заверил Аджар, других случаев заражения вирусом Коксаки – возбудителем детской кишечной инфекции – в Анталии зафиксировано не было.

Роспотребнадзор с 2011 г. неоднократно предлагал Минздраву Турции подписать меморандум о сотрудничестве в сфере борьбы с инфекционными болезнями. Однако турецкая сторона задерживает это решение.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!



КОНСПЕКТ ВРАЧА  
ВЫПУСК № 58 (2088)

Острая боль челюстно-лицевой области – болевой синдром, возникающий и\или иррадирующий в область лица и челюстей.

| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма       |
|---------------|----------------------------|
| K00.7         | Синдром прорезывания зубов |
| K02           | Кариес зубов               |
| K04.0         | Пульпит                    |
| K05.2         | Острый пародонтит          |

Этиология и патогенез

Болевой синдром – частый симптом воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области вследствие богатой иннервации последней, ведущей к интенсивности болевого ощущения и возможности его иррадиации в различные отделы головы и шеи. Некоторые соматические заболевания (невралгия и неврит тройничного нерва, средний отит, гайморит, инфаркт миокарда и др.) могут симулировать зубную боль, что затрудняет диагностику.

Острая зубная боль может возникать при поражении тканей зуба, слизистой оболочки полости рта, пародонта, кости. Выделяют следующие причины острой зубной боли:

*Гиперестезия твёрдых тканей* зуба часто связана с дефектами твёрдых тканей (повышенная стираемость зубов, эрозии твёрдых тканей, клиновидные дефекты, химическое повреждение эмали, рецессия десны и др.).

*Кариес* – патологический процесс, проявляющийся поражением твёрдых тканей зуба, их деминерализацией и размягчением с образованием полости.

*Пульпит* – воспаление пульпы зуба, возникающее при проникновении в пульпу зуба микроорганизмов или их токсинов, химических раздражителей (через кариозную полость, верхушечное отверстие корня зуба), а также при травме пульпы зуба.

*Периодонтит* – воспаление периодонта, которое развивается при попадании микроорганизмов, их токсинов, продуктов распада пульпы в периодонт, а также при травме зуба (ушиб, вывих, перелом).

*Перикоронит* – воспаление мягких тканей, окружающих прорезающийся или прорезавшийся зуб (как правило, третьих моляров – «зубов мудрости»).

*Невралгия тройничного нерва* – полиэтиологическое заболевание, в генезе которого большое значение придаётся нарушениям в периферических и центральных механизмах регуляции болевой чувствительности. При патологии зубов боль может распространяться в височную область, нижнюю челюсть, иррадиировать в область гортани и уха, теменную область. Для невралгии характерны приступообразные боли после касания областей выхода тройничного нерва (надбровная область, подглазничная и подбородочная область (триггерные зоны), отсутствие ночных болей и старшие возрастные группы больных.

Классификация

Острая зубная боль не диагноз, а симптом указывающий на:

- поражение твёрдых тканей, пульпы зуба и тканей периодонта, которая требует амбулаторного лечения у врача-стоматолога;
- процесс в костной ткани челюстей, который требует срочной госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии;
- наличие иных заболеваний (невралгию тройничного нерва, гайморит и т.д.)

Клиническая картина

Острая зубная боль может иметь разный характер и возникать в различных ситуациях, что зависит от того, какие ткани и в какой степени поражены.

Характер боли при поражении твёрдых тканей зуба зависит от глубины патологического процесса:

- при гиперестезии эмали и поверхностном кариесе боль острая, но кратковременная. Она возникает при воздействии экзогенных (температурных и химических) раздражителей и прекращается после устранения источника раздражения. Осмотр зубов при поверхностном кариесе позволяет обнаружить неглубокую кариозную полость в пределах эмали, с неровными

краями. Зондирование может быть болезненно.

- при среднем кариесе поражены эмаль и дентин, при зондировании полость более глубокая, боль возникает не только от термических и химических, но и от механических раздражителей, исчезает после их устранения.

- при глубоком кариесе при попадании в кариозную полость пищи возникает кратковременная, острая зубная боль, исчезающая при устранении раздражителя. Поскольку при глубоком кариесе остаётся тонкий слой дентина, покрывающий пульпу

Скорая медицинская помощь при острой боли челюстно-лицевой области

Клинические рекомендации

зуба, могут развиваться явления очагового пульпита.

Пульпит характеризуется более интенсивной, чем при кариесе, болью, которая может возникать без видимых причин:

- при остром очаговом пульпите острая зубная боль локализованная, приступообразная, кратковременная (длится несколько секунд), возникает без видимых причин, но может быть продолжительной при воздействии температурных раздражителей, усиливается в ночное время; промежутки между болевыми приступами продолжительные; со временем боль становится более длительной; кариозная полость глубокая, зондирование дна болезненное;
- при остром диффузном пульпите отмечают продолжительные приступы острой распространённой зубной боли, усиливающейся ночью, иррадирующей по ходу ветвей тройничного нерва, с короткими периодами ремиссии; кариозная полость глубокая, зондирование дна болезненное;
- при развитии хронического процесса (хронический фиброзный пульпит, хронический гипертрофический пульпит, хронический гангренозный пульпит) интенсивность болевого синдрома уменьшается, боль становится ноющей хронической, нередко возникает только при еде и чистке зубов.

Для воспалительных заболеваний пульпы зуба характерен ночной характер болей. Боли приступообразные со светлыми промежутками.

При остром **периодонтите** и обострении хронического периодонтита пациент жалуется на постоянную локализованную боль различной интенсивности, усиливающуюся при еде и перкуссии, ощущение, что зуб «вырос», стал как бы выше. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность десны, её болезненность при пальпации. Асимметрия лица не наблюдается. При обострении хронического периодонтита возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. Перкуссия поражённого зуба болезненна, при зондировании может быть обнаружена вскрытая полость зуба. При хроническом периодонтите боль менее сильная. Может беспокоить постоянная ломящая боль в области поражённого зуба, но у некоторых пациентов она отсутствует.

При **невралгии тройничного нерва** приступообразные дёргающие, режущие, жгучие боли появляются в определённой зоне лица, соответствующей зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Изменения мягких тканей лица не наблюдаются.

Сильная боль не позволяет больному разговаривать, умываться, принимать пищу из-за страха спровоцировать новый приступ. Приступы возникают внезапно и также прекращаются. Они могут сопровождаться вегетативными проявлениями (гиперемией в области иннервации поражённой ветви тройничного нерва, расширением зрачка на стороне поражения, увеличением количества слюны, слезотечением) и сокращением мимической мускулатуры. При

невралгии второй ветви тройничного нерва болевой синдром может распространяться на зубы верхней челюсти, а при невралгии третьей ветви тройничного нерва – на зубы нижней челюсти.

При пальпации зоны иннервации соответствующей ветви тройничного нерва может быть выявлена гиперестезия кожи лица, а при надавливании на болевые точки – спровоцирован приступ невралгии. Характерной особенностью невралгии тройничного нерва служит отсутствие боли во сне.

Для **перикоронита** характерна боль в задних отделах ротовой полости, в горле. Боль усиливается при глотании, приёме воды и пищи. Возможно затруднённое открывание рта. В поднижнечелюстных областях и боковой поверхности шеи пальпируются увеличенные и болезненные лимфатические узлы.

**Характеристика и локализация боли** при заболеваниях челюстно-лицевой области приведена ниже.

*Поверхностный кариес.* Болевые ощущения могут быть различной интенсивности и имеют приступообразный характер: кратковременная локализованная (в области причинного зуба) боль возникает при действии химических, термических, реже механических раздражителей и исчезает после устранения раздражителя.

*Средний кариес.* Боль обычно тупая, кратковременная, локализована в области причинного зуба, возникает при действии химических, термических, реже механических раздражителей и исчезает после устранения раздражителя.

*Глубокий кариес* характеризуется возникновением острой локализованной (в области причинного зуба) интенсивной боли при попадании в кариозную полость пищи, исчезающей после устранения раздражителя.

*Острый очаговый пульпит.* Беспокоит кратковременная локализованная (в области причинного зуба) интенсивная острая боль, имеющая самопроизвольный приступообразный характер. Боль усиливается в ночное время.

*Острый диффузный пульпит.* Боль интенсивная продолжительная, имеет острый самопроизвольный характер. Боль не локализована, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва и усиливается в ночное время.

*Острый периодонтит и обострение хронического периодонтита* характеризуются острой приступообразной, пульсирующей продолжительной (с редкими промежутками ремиссии) болью. Боль локализована в области причинного зуба, имеет различную интенсивность, усиливается при еде и перкуссии поражённого зуба. Больной отмечает ощущение, что зуб «вырос».

*Невралгия тройничного нерва.* Боль острая, приступообразная, чаще возникает при разговоре и при прикосновении к коже лица. Боль не локализована, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. Болевые ощущения интенсивные, ослабевают или прекращаются ночью, имеют обычно кратковременный характер.

*Перикоронит.* Боли при открывании рта и приёме пищи. Возможно затруднение глотания.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика поражений твёрдых тканей и пульпы зуба не показана при оказании скорой медицинской помощи.

Для решения вопроса о доставке пациента в стационар на догоспитальном этапе важна дифференциальная диагностика острого остеомиелита и острого периостита с обострением хронического периодонтита.

При периодонтите характерна постоянная локализованная боль различной интенсивности, усиливающаяся при еде и перкуссии поражённого зуба. Больной жалуется на

ощущение, что зуб «вырос», на нарушение сна. При объективном обследовании возможно незначительное ухудшение общего состояния пациента, повышение температуры тела, увеличение регионарных лимфатических узлов. При осмотре полости рта иногда выявляют гиперемию и отёчность слизистой оболочки десны, её болезненность при пальпации; возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. Показано терапевтическое или хирургическое лечение в амбулаторных условиях, доставка в стационар только при наличии сопутствующих декомпенсированных заболеваний (ИБС, ГБ, коагулопатии и т.д.).

При остром гнойном периостите возникают сильные, иногда пульсирующие боли. При объективном обследовании отмечают повышение температуры тела, асимметрия лица за счёт отёка мягких тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов. При осмотре полости рта выявляют отёчность и гиперемию слизистой оболочки

края десны, сглаженность и гиперемию переходной складки. Показано неотложное хирургическое лечение: либо в амбулаторных условиях, либо доставка в стационар при нарушении общего состояния и\или наличии сопутствующих заболеваний.

При остром остеомиелите больной жалуется на боль в области причинного зуба, которая быстро распространяется и усиливается. При объективном обследовании отмечают выраженную интоксикацию, повышение температуры тела, озноб, слабость, асимметрию лица за счёт выраженного отёка мягких тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов; в тяжёлых случаях гной может распространяться в окружающие мягкие ткани с развитием флегмоны. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность слизистой оболочки в области края десны. Показана срочная доставка в стационар и госпитализация в профильное отделение для хирургического лечения с последующей консервативной терапией.

Действия на вызове скорой медицинской помощи

*Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:*

- Как себя чувствуете?
- Какая температура тела?
- Как давно болит зуб?
- Были ли приступы острой боли в зубе ранее?
- Имеется ли отёк десны или лица?
- Какая ощущается боль: в определённом зубе или боль иррадирует?
- Боль возникает самопроизвольно или под влиянием каких-либо раздражителей (еды, холодного воздуха, холодной или горячей воды)?
- Прекращается ли боль после прекращения действия раздражителя?
- Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная)?
- Не затруднён ли приём пищи?
- Изменяется ли характер боли ночью?
- Имеются ли функциональные нарушения зубочелюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
- В случаях, когда имеются разлитая боль и коллатеральный отёк тканей, необходимо выяснить следующие моменты:
- Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов или выделения гноя?
- Не беспокоит ли общая слабость?
- Не повышалась ли температура тела?
- Не беспокоит ли озноб?
- Как открывается рот?
- Не затруднено ли глотание?
- Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- Купируется ли боль применяемыми лекарственными средствами?

(Окончание на стр. 8.)



(Окончание. Начало на стр. 7.)

### Диагностика

Обследование пациента с острой зубной болью включает несколько этапов:

- Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, смыкание зубов, окраска кожных покровов).
- Осмотр полости рта:
  - состояние зубов (кариозные зубы, гипоплазия эмали, клиновидный дефект, флюороз, повышенная стираемость эмали);
  - состояние края десны (гиперемия, отёчность, кровоточивость, наличие зубодесневого кармана, свищевого хода и др.);
  - состояние слизистой оболочки полости рта.
- Пальпация мягких тканей и костей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
- Выявление специфических симптомов невралгии.
- Определение гиперестезии кожи лица.
- Провоцирование приступа невралгии тройничного нерва путём надавливания на болевые точки (первая в подглазничной области на 1 см ниже края глазницы по зрачковой линии, вторая на нижней челюсти ниже 4-х зубов, в проекции подбородочного отверстия).

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

### Лечение

Основная задача при оказании скорой медицинской помощи пациенту с острой зубной болью на догоспитальном этапе – выявление состояний, требующих доставки в стационар. Для снятия острой зубной боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

**Показания к доставке в стационар**

Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела, ознобом, слабостью, асимметрией лица за счёт отёка мягких тканей, затруднённом открывании рта, с нарушенным глотанием показана срочная госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии.

**Часто встречающиеся ошибки.**

Недостаточно полный сбор анамнеза. Неправильная оценка распространённости и тяжести воспалительного процесса. Неправильно проведённая дифференциальная диагностика, приводящая к ошибкам в постановке диагноза и тактике лечения. Назначение лекарственных препаратов без учёта соматического состояния и применяемой пациентом лекарственной терапии.

**Почечная колика представляет собой приступ резких болей, возникающий при острой обструкции верхних мочевых путей, с наиболее частой локализацией в поясничной области**

| Код МКБ-10    |                              |
|---------------|------------------------------|
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма         |
| N23           | Почечная колика неуточнённая |

#### Классификация

В зависимости от стороны поражения выделяют правостороннюю и левостороннюю почечную колику.

### Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

#### Диагностика

**Опрос: жалобы**

Основным симптомом почечной колики является боль, характеризующаяся следующим образом:

- внезапная, постоянная и схваткообразная, продолжительностью от нескольких минут до 10-12 часов;
- боль локализуется в поясничной области и/или в подреберье; у детей младшего возраста – в области пупка. Иррадиация боли – зависит от локализации зоны обструкции, которая чаще всего соответствует местам физиологических сужений мочеточника. При этом обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента приводит к иррадиации боли в мезогастральную область; обструкция в месте перекрёста мочеточника с подвздошными сосудами – иррадиации боли в паховую область и наружную поверхность бедра; обструкция в нижней трети мочеточника (предпузырный и интрамуральный отделы) – боль иррадирует в головку полового члена и

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

| Уровни доказательств | Описание                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1++                  | Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок                                                                                                                                         |
| 1+                   | Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок                                                                                                                                                                                                    |
| 1-                   | Метаанализы систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок                                                                                                                                                                                                                            |
| 2++                  | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+                   | Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи                                                                                                               |
| 2-                   | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи                                                                                                                                   |
| 3                    | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)                                                                                                                                                                                                                              |
| 4                    | Мнения экспертов                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

| Сила | Описание                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| B    | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как 1++ или 1+                                                                                           |
| C    | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++                                                                                                      |
| D    | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+                                                                                                                                                                                                                                              |

### Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

#### Диагностика (D,4)

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- рентгенография челюстей.

**Лечение (D,4)**

- консультация челюстно-лицевого хирурга;
- консультация терапевта (по показаниям);
- осмотр оториноларингологом (по показаниям);
- осмотр неврологом (при подозрении на невралгию тройничного нерва).

**Показания для госпитализации в профильное отделение**

- необходимость удаления зуба при пульпите, обострение хронического перио-

донтита и т.д. у пациента с сопутствующими заболеваниями (соматическими и психическими);

- перикоронит с выраженной воспалительной реакцией или нарушение общего состояния;
- острый периостит челюсти при наличии сопутствующей патологии или нарушении общего состояния;
- острый лимфаденит челюстно-лицевой области при наличии сопутствующей патологии или нарушении общего состояния;
- острый остеомиелит челюсти, флегмона (абсцесс) челюстно-лицевой области.

**Показания для госпитализации на койки краткосрочного пребывания**

- обострение хронического периодонтита у пациента с сопутствующими заболеваниями;
- острый периостит челюсти;
- перикоронит.

**Показания для направления на лечение в амбулаторных условиях:**

- обострение хронического периодонтита после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента;
- острый периостит челюсти после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента;
- перикоронит после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Андрей ЯРЕМЕНКО,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

**Илья ЖУРАВЛЁВ,**  
кандидат медицинских наук,  
ассистент.

**Юлиан ИВАНОВ,**  
кандидат медицинских наук,  
ассистент.

**Георгий НАУМЕНКО,**  
кандидат медицинских наук,  
ассистент.

**Николай ПЕТРОВ,**  
кандидат медицинских наук,  
ассистент.

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.**

# Оказание скорой медицинской помощи при почечной колике

## Клинические рекомендации

может сопровождаться учащённым мочеиспусканием, болями в уретре, ложными позывами к дефекации;

- боль, особенно в первые 1,5-2 ч, заставляет пациента метаться, менять положение тела, удерживать ладонь на пояснице со стороны боли что, как правило, не приносит облегчения.

Почечную колику могут сопровождать другие симптомы:

- тошнота и рвота, не приносящие облегчения (возникают почти одновременно с болью);
- гематурия;
- дизурия;
- умеренное повышение артериального давления;
- олиго- и анурия;
- парез кишечника разной степени выраженности;
- головокружение и обморок;
- брадикардия.

**При сборе анамнеза** следует учесть, что почечная колика чаще всего является признаком мочекаменной болезни, о наличии которой пациенты знают по предыдущим эпизодам, выделению конкрементов с мочой, результатам проведённых ранее обследований. Другими факторами риска почечной колики являются аномалии развития верхних мочевых путей, стрик-

туры и перегибы мочеточников, а также новообразования почек, мочеточников и забрюшинного пространства. Почечная колика может быть вызвана обструкцией мочеточника сгустками крови.

**Осмотр и физикальное обследование**

Повышение температуры тела при почечной колике может свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является фактором, указывающим на необходимость транспортировки больного в стационар для дальнейшего обследования в условиях стационара.

Диагностические мероприятия:

- оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Для почечной колики характерно двигательное беспокойство, частая смена положения тела, возможно учащение пульса и повышение АД. Повышение температуры тела при почечной колике может свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является фактором, указывающим на необходимость обследования больного в условиях стационара;
- осмотр и пальпация живота с целью исключения острой хирургической патологии (наличие послеоперационных рубцов – следы аппендэктомии, холецистэктомии, операций по поводу перфоративной язвы

желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости и т.п. облегчают дифференциальную диагностику); живот при почечной колике участвует в акте дыхания, отсутствуют напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.

Для почечной колики типичны следующие симптомы:

- положительный симптом поколачивания по пояснице (болезненность со стороны поражения), постукивание следует проводить крайне осторожно во избежание травмы почки;
- болезненность при пальпации в поясничной области и костовертебральном углу на стороне поражения.

**Дифференциальный диагноз**

В первую очередь почечную колику необходимо дифференцировать с «острым животом»: острым аппендицитом, печёночной коликой и острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, а также с расслаивающей аневризмой аорты, тромбозом мезентериальных сосудов, острым аднекситом, внематочной беременностью, перекутом кисты яичника, грыжей межпозвоночного диска, межрёберной невралгией, опоясывающим лишаем. Нередко



при почечной колике отмечаются резкая болезненность передней брюшной стенки и её ригидность. Эти симптомы наряду с самостоятельными болями, локализующимися в подвздошной области, заставляют подозревать местный перитонит.

На почечную колику указывает беспокойное поведение больного во время приступа и болезненность на стороне поражения при поколачивании по пояснице, однако, решающими дифференциально-диагностическими критериями являются данные, полученные при обследовании в условиях отделения экстренной помощи стационара – примесь эритроцитов в моче, (уретеро)пиелозктазия и снижение функции почки.

#### Часто встречающиеся ошибки терапии:

- введение наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе;
- стимуляция диуреза при развитии анурии на фоне почечной колики;
- одновременное назначение нескольких анальгетиков.

#### Лечение: купирование почечной колики

Уложить больного в постель, провести успокаивающую беседу.

При почечной колике следует немедленно выполнить обезболивание (А).

При наличии НСПВС они являются препаратами выбора (А;1-), предпочтителен внутримышечный путь введения.

Для купирования боли синдрома применяют ненаркотические анальгетики и их комбинации со спазмолитиками:

- дротаверин в/в медленно, 40-80 мг (2% р-р – 2-4 мл);
- кеторолак в/в 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 секунд или в/м;
- диклофенак натрия (А;1-) – внутримышечно, ректально, внутрь или сублингвально. Доза при введении внутрь и для в/м введения – 75 мг, в ректальных свечах – 100 мг;
- метамизол натрия. Взрослым и подросткам старше 15 лет вводят в/в медленно 2 мл со скоростью 1 мл в течение 1 минуты или в/м 2-5 мл. Перед введением инъекционного раствора его следует согреть в руке. В период лечения не рекомендуют принимать спиртные напитки. Возможно окрашивание мочи в красный цвет за счёт выделения метаболитов (клинического значения не имеет). Расчёт дозы для детей:
- 3-11 мес. (5-8 кг) – только в/м 0,1-0,2 мл;
- 1-2 года (9-15 кг) – в/в 0,1-0,2 мл или в/м 0,2-0,3 мл;
- 3-4 года (16-23 кг) – в/в 0,2-0,3 или в/м 0,3-0,4 мл;

**Опоясывающий герпес (герпес Zoster, опоясывающий лишай) – вирусное заболевание кожи и нервной ткани, возникающее вследствие реактивации вируса герпеса 3-го типа и характеризующееся воспалением кожи (с появлением преимущественно пузырьковых высыпаний на фоне эритемы в области «дерматом») и нервной ткани (задних корешков спинного мозга и ганглиев периферических нервов).**

#### Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

#### Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

#### Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10

**В02**

#### Этиология и эпидемиология

Возбудитель заболевания – вирус герпеса человека 3-го типа (вирус Varicella Zoster, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella Zoster Virus, VZV) – подсемейства Alphaherpesvirinae, семейства Herpesviridae. Существует только один серотип возбудителя опоясывающего герпеса. Первичная инфекция вирусом Varicella Zoster проявляется, как правило, ветряной оспой.

Заболеваемость опоясывающим герпесом (ОГ) в различных странах мира составляет от 0,4 до 1,6 случаев заболевания на 1000 человек в год у лиц в возрасте до 20 лет, и от 4,5 до 11,8 случаев на 1000 человек в год в старших возрастных группах.

Риск развития ОГ у пациентов с иммуно-

- 5-7 лет (24-30 кг) – в/в 0,3-0,4 мл;
- 8-12 лет (31-45 кг) – в/в 0,5-0,6 мл;
- 12-15 лет – в/в 0,8-1 мл;
- трамадол 50 мг в/м;

– после введения препаратов необходим контроль за частотой сердечных сокращений, артериальным давлением, диурезом.

Медицинской эвакуации в стационар для последующего обследования и лечения подлежат больные в случае:

- почечной колики, не купирующейся в течение 1 часа или возобновившейся в течение 1 часа после купирования;
- наличия единственной почки;
- двусторонней почечной колике;
- беременности;
- невозможности проведения последующего амбулаторного обследования, контроля и лечения;
- сомнений в правильности постановки диагноза (особенно у лиц старше 60 лет, которые могут иметь схожие симптомы при расслаивающей аневризме аорты).

- При наличии осложнений:
- повышение температуры тела;
- анурия;
- неудовлетворительное общее состояние;
- гематурия.

Медицинскую эвакуацию осуществляют в зависимости от состояния, желательно после уменьшения болей (на носилках в положении лёжа).

В остальных случаях допустимо оставить больного на амбулаторное лечение.

#### Рекомендации для пациентов, не имеющих показаний к доставке в стационар:

- обратиться в местную поликлинику (лечебное учреждение) для обследования с целью установления причины почечной колики и лечения. Нередко подобные больные нуждаются в дальнейшем стационарном лечении;
- домашний режим;
- диета № 10, при уратном уролитиазе – диета № 6;
- тепловые процедуры: грелка на область поясницы, горячая ванна (температура 40-50°С);
- своевременно опорожнять мочевой пузырь, тщательно соблюдать правила личной гигиены;
- мочиться в сосуд и просматривать его на предмет отхождения камней;
- если возникает повторный приступ почечной колики, появляется лихорадка, тошнота, рвота, олигоурия, а также, если состояние больного прогрессивно ухудшается, следует незамедлительно обратиться за скорой медицинской помощью, так как больному в подобной ситуации показано стационарное обследование и лечение.

#### Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

##### Диагностика

Больному с симптомами почечной колики в СтОСМП при поступлении следует выполнить:

- общий анализ мочи. Для почечной колики характерна гематурия. Лейкоцитурия позволяет предположить сопутствующую инфекцию мочевых путей. Пациенту разъясняют необходимость производить мочеиспускание через фильтр для обнаружения конкрементов, выделяющихся с мочой.
- клинический анализ крови. Изменения показателей общего анализа крови при типичной почечной колике не определяются, это исследование необходимо для дифференциальной диагностики;
- биохимические анализы крови (трансаминазы, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевины) при типичной почечной колике – без отклонений, нужны для дифференциальной диагностики;
- УЗИ (для визуализации подтверждающих наличие мочекаменной болезни конкрементов в чашечках, лоханках, лоханочно-мочеточниковом и пузырно-мочеточниковом сегментах, мочевом пузыре, а также выявления характерного для почечной колики расширения верхних мочевых путей);
- Венепункцию и капельное введение физиологического раствора, как этап подготовки к последующему введению лекарственных препаратов и, при необходимости, получения крови для последующих анализов.

Врач скорой медицинской помощи СтОСМП производит опрос и осмотр согласно рекомендациям по диагностике на догоспитальном этапе и при наличии показаний рекомендует выполнение дополнительных исследований для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики, а также консультации специалистов.

При лихорадке, единственной почке, а также в тех случаях, когда диагноз неясен, требуется срочное выполнение исследования, позволяющего получить изображение почек и уточнить их функцию (D;4) – спиральной компьютерной томографии, при её отсутствии – экскреторной урографии. При наличии противопоказаний к введению рентгеноконтрастного вещества в дополнение к ультразвуковому исследованию необходимо выполнить обзорную урограмму.

##### Лечение

В условиях СтОСМП врач скорой медицинской помощи назначает внутривенное введение растворов анальгетиков (аналогично рекомендациям на догоспитальном этапе), в зависимости от состояния пациента и интенсивности болей. При необходимости купировать тошноту и рвоту вводят метоклопрамид 0,5%-ого 2 мл (в/м или в/в).

Повторный осмотр после назначения обезболивающих препаратов врач скорой медицинской помощи СтОСМП производит не позднее, чем 2 часа от начала лечения.

При купировании болей и нормализации состояния больной может быть выписан с рекомендациями продолжения наблюдения участкового терапевта и выполнения в течение 1-2 дней спиральной КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства амбулаторно. При этом ему также следует рекомендовать продолжать производить мочеиспускание через фильтр для обнаружения конкрементов, выделяющихся с мочой. Пациент должен быть проинструктирован о том, что при ухудшении состояния, повышении температуры тела или возобновлении болей он должен повторно обратиться в стационар для продолжения обследования.

Если боль не прекратилась и состояние больного не нормализовалось, врач скорой медицинской помощи СтОСМП направляет пациента на исследование, позволяющее получить изображение СКТ без контрастного усиления (она более информативна, чем экскреторная урография (А;1+)). У пациентов с ИМТ < 30 при КТ можно использовать низкую дозу излучения (А;1-).

Если СКТ не доступна, следует выполнить экскреторную урографию (при отсутствии противопоказаний – повышения уровня мочевины или креатинина крови, аллергии на рентгеноконтрастные препараты, приёма метформина).

Если есть противопоказания к экскреторной урографии необходимо сделать обзорную урограмму и интерпретировать полученные результаты совместно с данными УЗИ.

Врач скорой медицинской помощи СтОСМП приглашает на консультацию уролога или хирурга, которые определяют показания к госпитализации в отделения специализированной помощи (урологическое или при отсутствии – хирургическое) для дальнейшего обследования и лечения.

**Под редакцией заведующего кафедрой урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, профессора Сальмана АЛЬ-ШУКРИ.**

# Ведение больных опоясывающим герпесом

## Клинические рекомендации

супрессией в 20-100 раз выше, чем у людей того же возраста с нормальным иммунитетом. К иммуносупрессивным состояниям, ассоциированным с высоким риском развития ОГ, относятся: инфицирование ВИЧ, пересадка костного мозга, лейкомия и лимфомы, химиотерапия и лечение системными кортикостероидами. Опоясывающий герпес может быть ранним маркёром инфицирования ВИЧ, указывающим на первые признаки развития иммунодефицита. К другим факторам, увеличивающим риск развития ОГ, относят: женский пол, физическую травму поражённого дерматомы, полиформизм гена интерлейкина.

При неосложнённых формах ОГ вирус может быть выделен из экссудативных элементов в течение 7 дней после развития сыпи (период увеличивается у пациентов с иммуносупрессией). При неосложнённых формах ОГ распространение вируса происходит при прямом контакте с высыпаниями, при диссеминированных формах – передача инфекции возможна воздушно-капельным путём.

В процессе течения заболевания VZV проникает из высыпаний на коже и слизистых оболочек в окончания сенсорных нервов, и

по их волокнам достигает сенсорных ганглиев – это обеспечивает его персистенцию в организме человека. Наиболее часто вирус персистирует в 1-й ветви тройничного нерва и спинальных ганглиях T<sub>1</sub>–L<sub>2</sub>.

Большое значение имеет внутриутробный контакт с VZV, ветряная оспа, перенесённая в возрасте до 18 месяцев, а также иммунодефициты, связанные с ослаблением клеточного иммунитета (ВИЧ-инфекция, состояние после трансплантации, онкологические заболевания и др.). Так, ОГ страдают до 25% ВИЧ-инфицированных лиц, что в 8 раз превышает средний показатель заболеваемости у лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Опоясывающим герпесом заболевают до 25–50% больных отделений трансплантации органов и онкологических стационаров, при этом летальность достигает 3-5%.

Рецидивы заболевания встречаются менее чем у 5% переболевших лиц.

#### Классификация

В02.0 Опоясывающий лишай с энцефалитом.

В02.1 Опоясывающий лишай с менингитом.

В02.2 Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы.

Постгерпетический(ая):

– ганглионит узла колена лицевого нерва;

- полиневропатия;
- невралгия тройничного нерва.

В02.3 Опоясывающий лишай с глазными осложнениями.

Вызванный вирусом опоясывающего лишая:

- блефарит;
- конъюнктивит;
- иридоциклит;
- ирит;
- кератит;
- кератоконъюнктивит;
- склерит.

В02.7 Диссеминированный опоясывающий лишай.

В02.8 Опоясывающий лишай с другими осложнениями.

В02.9 Опоясывающий лишай без осложнений.

(Окончание на стр. 10.)



(Окончание. Начало на стр. 9.)

## Клиническая картина

Клиническим проявлениям ОГ предшествует *продромальный период*, во время которого появляются боль и парестезии в области поражённого дерматомы (реже – зуд, «покалывание», жжение). Боли могут носить периодический или постоянный характер и сопровождаться гиперестезией кожи. Болевой синдром может имитировать плеврит, инфаркт миокарда, язвы двенадцатиперстной кишки, холецистит, почечную или печёночную колику, аппендицит, пролапс межпозвоночных дисков, раннюю стадию глаукомы, что может приводить к трудностям диагностики и лечения.

Боль в продромальном периоде может отсутствовать у пациентов в возрасте до 30 лет с нормальным иммунитетом.

Особенностью высыпаний при опоясывающем герпесе являются расположение и распределение сыпи, которая развивается с одной стороны и ограничена областью иннервации одного сенсорного ганглия. Наиболее часто поражаются области иннервации тройничного нерва, в особенности глазной ветви, а также кожа туловища T<sub>3</sub>–L<sub>2</sub> сегментов. Поражение кожи грудной клетки наблюдается более чем в 50% случаев; реже всего сыпь появляется на коже дистальных отделов конечностей.

Клиническая картина опоясывающего герпеса складывается из *кожных проявлений и неврологических расстройств*. Наряду с этим, у большинства больных наблюдаются общеинфекционные симптомы: гипертермия, увеличение региональных лимфатических узлов, изменения ликвора (в виде лимфоцитоза и моноцитоза).

Высыпания при опоясывающем герпесе имеют короткую эритематозную фазу (часто она вообще отсутствует), после чего быстро появляются папулы. В течение 1-2 дней папулы превращаются в везикулы, которые продолжают появляться в течение 3-4 дней – *везикулярная форма Herpes zoster*. Элементы склонны к сливанию. Если период появления новых везикул длится более недели, это указывает на возможность наличия у пациента иммунодефицитного состояния.

Пустулизация везикул начинается через неделю или раньше после появления первичных высыпаний. Далее через 3-5 дней на месте везикул появляются эрозии и образуются корочки. Корочки обычно исчезают к концу 3-й или 4-й недели заболевания. Однако чешуйки, а также гипо- или гиперпигментация могут оставаться и после разрешения высыпаний опоясывающего герпеса.

При более лёгкой, *абортивной форме Herpes zoster* в очагах гиперемии также появляются папулы, но пузырьки не развиваются.

При *геморрагической форме* пузырьковые высыпания имеют кровянистое содержимое, процесс распространяется глубоко в дерму, корочки приобретают тёмно-коричневый цвет. В некоторых случаях дно пузырьков некротизируется и развивается *гангренозная форма Herpes zoster*, оставляющая рубцовые изменения кожи.

Интенсивность высыпаний при ОГ разнообразна: от диффузных форм, почти не оставляющих здоровых участков кожи на стороне поражения, до отдельных пузырьков, нередко сопровождающихся резко выраженными болевыми ощущениями.

*Генерализованная форма* характеризуется появлением везикулярных высыпаний по всему кожному покрову наряду с высыпаниями по ходу нервного ствола. Повторного проявления инфекции в виде генерализованных высыпаний, как правило, не наблюдается. При наличии иммунной недостаточности (в том числе, при ВИЧ-инфекции) кожные проявления могут появляться вдали от поражённого дерматомы – *диссеминированная форма* ОГ. Вероятность появления и степень выраженности диссеминации высыпаний на коже повышаются с возрастом больного.

Поражение *глазной ветви тройничного нерва* наблюдается у 10-15% больных ОГ, высыпания при этом могут располагаться на коже от уровня глаза до теменной области, резко прерываясь по срединной линии лба. Поражение *назоцилиарной ветви*, иннервирующей глаз, кончик и боковые части носа, приводит к проникновению вируса в структуры органа зрения.

Поражение *второй и третьей ветви тройничного нерва*, а также других черепно-мозговых нервов может приводить к развитию высыпаний на слизистой оболочке полости рта, глотки, гортани и коже ушных раковин и наружного слухового прохода.

## Болевой синдром

Боль является основным симптомом опоясывающего герпеса. Она часто предшествует развитию кожной сыпи и наблюдается после разрешения высыпаний (постгерпетическая невралгия, ПГН). Боль при опоясывающем герпесе и ПГН обусловлена различными механизмами. На ранних стадиях течения ОГ формируются анатомические и функциональные изменения, приводящие к развитию ПГН, что объясняет связь тяжести первичной боли с последующим развитием ПГН, а также причины неудач противовирусной терапии в профилактике ПГН.

Болевой синдром, ассоциированный с ОГ, имеет три фазы: *острую, подострую и хроническую* (ПГН). *Острая фаза* болевого синдрома возникает в продромальный период и длится в течение 30 дней. *Подострая фаза* болевого синдрома следует за острой фазой и длится не более 120 дней. Болевой синдром, длящийся более 120 дней, определяется как *постгерпетическая невралгия*. ПГН может длиться в течение нескольких месяцев или лет, вызывая физическое страдание и значительно снижая качество жизни больных.

Непосредственной причиной продромальной боли является субклиническая реактивация и репликация VZV в нервной ткани. Повреждение периферических нервов и нейронов в ганглиях является триггерным фактором афферентных болевых сигналов. У ряда больных болевой синдром сопровождается общими системными воспалительными проявлениями: лихорадкой, недомоганием, миалгиями, головной болью.

У большинства иммунокомпетентных пациентов (60-90%) сильная, острая боль сопровождает появление кожной сыпи. Значительный выброс возбуждающих аминокислот и нейропептидов, вызванный блокадой афферентного импульса в продромальном периоде и острой стадии ОГ, может вызывать токсическое повреждение и гибель ингибирующих вставочных нейронов задних рогов спинного мозга. Выраженность острого болевого синдрома увеличивается с возрастом. Избыточная ноцицепторная активность и генерация эктопических импульсов могут приводить к увеличению и пролонгированию центральных ответов к обычным стимулам – *аллодиния* (боль и/или неприятное ощущение, вызванные стимулами, которые в норме не вызывают боли, например прикосновением одежды).

*Предрасполагающими факторами* к развитию ПГН, являются: возраст старше 50 лет, женский пол, наличие продрома, массивные кожные высыпания, локализация высыпаний в области иннервации тройничного нерва или плечевого сплетения, сильная острая боль, наличие иммунодефицита.

При ПГН можно выделить *три типа боли*:  
– постоянная, глубокая, тупая, давящая или жгучая боль;  
– спонтанная, периодическая, колющая, стреляющая, похожая на удар током;  
– аллодиния.

Болевой синдром, как правило, сопровождается нарушениями сна, потерей аппетита и снижением веса, хронической усталостью, депрессией, что приводит к социальной дезадаптации пациентов.

## Осложнения опоясывающего герпеса

К осложнениям опоясывающего герпеса относятся: *острый и хронический энцефалит, миелит, ретинит, быстро прогрессирующий герпетический некроз сетчатки, приводящий к слепоте в 75-80% случаев, офтальмогерпес (Herpes ophthalmicus) с контралатеральным гемипарезом в отдалённые сроки, а также поражения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы* и др.

Офтальмогерпес – герпетическое поражение любого ответвления глазного нерва. При этом часто поражается роговица, приводя к возникновению кератита. Кроме того, поражаются другие части глазного яблока – *эписклерит, иридоциклит, воспаление радужной оболочки*. Сетчатка редко вовлекается в патологический процесс (в виде кровоизлияний, эмболий), чаще поражается зрительный нерв, что приводит к невриту зрительного нерва с исходом в атрофию (возможно, вследствие перехода менингеального процесса на зрительный нерв). При опоясывающем герпесе с поражением глаз высыпания распространяются от уровня глаз до макушки, но не пересекают среднюю линию. Везикулы, локализованные на крыльях или кончике носа (*признак Гетчинсона*), ассоциируются с наиболее серьёзными осложнениями.

Ганглиолит коленного ганглия проявляется синдромом Ханта. При этом по-

ражаются сенсорные и моторные участки черепно-мозгового нерва (*паралич лицевого нерва*), что сопровождается вестибуло-кохлеарными нарушениями. Появляются высыпания в области распределения его периферических нервов на слизистых оболочках и на коже: везикулы локализуются на барабанной перепонке, наружном слуховом отверстии ушной раковины, наружном ухе и на боковых поверхностях языка. Возможна односторонняя потеря вкуса на 2/3 задней части языка.

Высыпания ОГ могут располагаться в области копчика. При этом развивается картина нейрогенного мочевого пузыря с нарушениями мочеиспускания и задержкой мочи (за счёт миграции вируса на соседние автономные нервы); может ассоциироваться с ОГ сакральных дерматом S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub> или S<sub>4</sub>.

## Опоясывающий герпес у детей

Имеются единичные сообщения о заболевании детей опоясывающим герпесом. К факторам риска возникновения ОГ у детей относятся: ветряная оспа у матери во время беременности или первичная инфекция VZV в 1-й год жизни. Риск заболевания ОГ повышен у детей, которые переболели ветряной оспой в возрасте до года.

Опоясывающий герпес у детей протекает не так тяжело, как у пожилых пациентов, с меньшей выраженностью болевого синдрома; постгерпетические невралгии также встречаются редко.

## Опоясывающий герпес у больных ВИЧ-инфекцией

Риск развития ОГ у больных ВИЧ-инфекцией более высок, и у них чаще развиваются рецидивы заболевания. Возможно появление дополнительных симптомов за счёт вовлечения двигательных нервов (в 5-15% случаев). Течение ОГ более длительное, нередко развиваются гангренозные и диссеминированные формы (25-50%), при этом у 10% больных данной категории выявляются тяжёлые поражения внутренних органов (лёгких, печени, головного мозга). При ВИЧ-инфекции отмечаются частые рецидивы ОГ как в пределах одного, так и нескольких смежных дерматом.

## Опоясывающий герпес у беременных

Заболевание у беременных может осложняться развитием пневмонии, энцефалита. Герпетическое инфицирование в I триместре беременности приводит к первичной плацентарной недостаточности и, как правило, сопровождается прерыванием беременности.

Наличие инфекции должно служить основанием для проведения интенсивной профилактики последствий нарушения гемодинамики (плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии, задержки внутриутробного развития плода).

## Диагностика

Диагностика ОГ основана на характерных жалобах (проявления неврологической симптоматики), течении заболевания (продромальный период и манифестация на коже) и особенностях клинических проявлений на коже.

При необходимости для верификации диагноза используются методы амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для выделения вируса Varicella zoster, содержащегося в материале из очагов поражения ОГ на коже и/или слизистых оболочках.

## Дифференциальная диагностика

Дифференцировать проявления ОГ необходимо с зостериформной разновидностью простого герпеса, контактным дерматитом (после укусов насекомых, фотодерматитом), пузырьными дерматозами (герпетический дерматит Дюринга, буллёзный пемфигоид, пузырчатка).

## Лечение

### Цели лечения:

– купирование клинических симптомов заболевания;  
– предупреждение развития осложнений.

### Общие замечания по терапии

Наличие при ОГ кроме высыпаний на коже поражений периферических ганглиев и нервной ткани, органа зрения, определяют необходимость привлечения к лечению специалистов соответствующего профиля. Лечение постгерпетической невралгии и офтальмогерпеса проводится совместно с врачами неврологами и офтальмологами.

Для эффективного воздействия на течение вирусной инфекции, обусловленной VZV необходимо назначение *противовирусных препаратов*. При выраженности болевого синдрома назначают анальгетические препараты. Наружное лечение направлено на ускорение регресса кожных высыпаний,

уменьшение признаков воспаления и предупреждение бактериальной суперинфекции.

Необходимость противовоспалительного лечения определяется возникновением герпетических невралгий, сопровождающихся болевым синдромом, при наличии показаний оно должно быть подобрано индивидуально.

Необходимо избегать применения окклюзионных повязок, применения топических стероидов. Наружное лечение ОГ противовирусными и обезболивающими средствами неэффективно!

### Показания к госпитализации

Осложнённое течение опоясывающего лишая

### Схемы терапии

#### 1. Противовирусная терапия

Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно в первые 72 часа развития клинических проявлений заболевания:

– ацикловир (А) 800 мг перорально 5 раз в сутки в течение 7 дней или  
– фамцикловир (А) 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или  
– валацикловир (А) 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Сниженная по сравнению с ВПГ чувствительность VZV к ацикловиру, а также высокий уровень противовирусной активности, определяют предпочтительное назначение для лечения ОГ фамцикловира или валацикловира (А).

#### 2. Противовоспалительная терапия

Возможно назначение нестероидных противовоспалительных средств.

При отсутствии эффекта обезболивающей терапии могут использоваться препараты с центральным анальгетическим действием и невральные блокады (симпатические и эпидуральные), что определяется консультацией невролога (А).

Лечение постгерпетической невралгии и офтальмогерпеса проводится соответственно врачами неврологами и офтальмологами.

*3. Интерфероны системного действия:* интерферон гамма 500000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций (D).

#### 4. Наружное лечение

Для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции назначаются спиртовые 1-2%-ные растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зелёный), фукоцин (D).

При наличии буллёзных высыпаний пузыри вскрывают (надрез стерильными ножницами) и тушируют анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0,5%-ного раствора хлорексидина биглюконата и др.) (D).

### Особые ситуации

При лечении ОГ у *больных с нарушениями иммунитета* (лица со злокачественными лимфопролиферативными новообразованиями, реципиенты трансплантированных внутренних органов, пациенты, получающие системную терапию кортикостероидами, а также больные СПИДом) терапией выбора является внутривенное введение ацикловира:

– ацикловир (В) 10 мг на кг массы тела (или 500 мг/м<sup>2</sup>) внутривенно 3 раза в сутки.

По достижении морбидитического эффекта лечение может быть продолжено пероральными формами ацикловира, фамцикловира или валацикловира по методике, предложенной для больных с нормальным иммунитетом:

– ацикловир (А) 800 мг перорально 5 раз в сутки в течение 7 дней или  
– фамцикловир (А) 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или  
– валацикловир (А) 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней.

#### Лечение детей:

– ацикловир (В) 20 мг на кг массы тела перорально 4 раза в сутки в течение 5 дней.

### Требования к результатам лечения

– клиническое выздоровление;  
– купирование болевого синдрома.

## Профилактика

В Российской Федерации на момент создания данных рекомендаций вакцинопрофилактика ОГ не проводится.

**Валерий ДУБЕНСКИЙ,**  
заведующий кафедрой дерматовенерологии,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

**Владислав ДУБЕНСКИЙ,**  
доцент кафедры дерматовенерологии,  
кандидат медицинских наук.

**Тверская государственная  
медицинская академия.**



Министерство здравоохранения РФ и ОК РУСАЛ объявляют о начале пострегистрационных исследований российской вакцины «ГамЭвак Комби» в Гвинейской Республике.

## Сотрудничество

# Предупреждая вирус Эбола

## Вакцину проверят на добровольцах

В ходе исследований, которые будут проходить на базе Научного клинико-диагностического центра эпидемиологии и микробиологии (НКДЦЭМ), построенного РУСАЛом в провинции Киндия, вакциной будут привиты более тысячи добровольцев. Программа испытаний включает их вакцинацию и наблюдение в течение года за состоянием здоровья и формированием иммунитета. Успешные результаты позволят использовать российский препарат для профилактики вируса Эбола во всём мире. Для организации проведения и координации пострегистрационных исследований российской вакцины Министерство здравоохранения Гвинейской Республики учредило Национальный комитет содействия проведению вакцинации, председателем которого стал руководитель Агентства санитарной безопасности Гвинеи Сакоба Кейта.

Вакцина «ГамЭвак Комби» была создана в Федеральном научно-исследовательском цен-

тре эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России. Препарат разработан по поручению Президента РФ Владимира Путина после обращения к нему в конце 2014 г. Президента Гвинейской Республики Альфа Конде. Вакцина создана биотехнологическим методом без использования патогенного вируса лихорадки Эбола. Основой вакцины является генетический материал безопасного для человека аденовируса и вируса везикулярного стоматита, в который встроены ген, кодирующий информацию о структуре белка GP вируса Эбола. Доклинические и клинические исследования вакцины продемонстрировали её безопасность и более эффективное по сравнению с иностранными аналогами стимулирование иммунитета. Также одним из основных преимуществ российской вакцины является более

лёгкий режим хранения: препарат «ГамЭвак Комби» можно транспортировать и содержать при температуре от -16°C, тогда как для иностранных аналогов необходимо поддерживать температуру ниже -60°C, что трудно осуществить в климатических условиях Африки.

Препарат был зарегистрирован в России в конце 2015 г., его презентация на площадке Всемирной ассамблеи здравоохранения с участием бывшего генерального директора ВОЗ Маргарет Чен состоялась 15 февраля и 28 мая 2016 г. В настоящее время препаратом прививаются российские врачи и другие специалисты, выезжающие в регионы, где существует высокий риск заражения вирусом Эбола.

«Вакцинация в Гвинее является весомым вкладом РФ в борьбу с лихорадкой Эбола и даёт надежду всей Западной Африке на то, что благода-

ря российскому препарату о смертельной угрозе вируса будут говорить, как о проблеме прошлого. Россия и компания РУСАЛ с 2014 г. оказывают поддержку Гвинее в борьбе с Эболой, благодаря совместным усилиям удалось добиться весомых результатов и остановить распространения эпидемии в стране. Наше сотрудничество продемонстрировало успешный опыт реализации принципов государственно-частного партнёрства при решении важных социальных задач», – отметил генеральный директор РУСАЛа Владислав Соловьёв.

Вакцинация и последующее обследование жителей Гвинеи будет проходить в НКДЦЭМ. Этот центр не имеет аналогов в регионе Западной Африки по уровню использования высоких технологий и системе биологической безопасности. Центр создан с учётом всех рекомендаций международных гумани-

тарных организаций, оснащён современным медицинским и лабораторным оборудованием. Инвестиции РУСАЛа в строительство НКДЦЭМ составили более 10 млн долл. За время работы в период эпидемии Эболы центр показал наилучшие данные по проценту выздоровевших в Гвинее: 62,5% пациентов НКДЦЭМ с подтверждённым диагнозом лихорадки Эбола успешно прошли лечение. В настоящий момент НКДЦЭМ является ведущим центром изучения и профилактики инфекционных заболеваний в Гвинее, а также центром подготовки национальных специалистов-эпидемиологов.

РУСАЛ работает в Республике Гвинея с 2001 г., являясь одним из крупнейших иностранных инвесторов в этой стране.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сито!

## Итоги и прогнозы

В настоящее время более 76 тыс. москвичей пожилого возраста участвуют в программе по ведению пациентов с тремя и более хроническими заболеваниями – коморбидностью. Они получают помощь у специально выделенных для них терапевтов, которые прошли профессиональную переподготовку с учётом современных гериатрических представлений о человеческом организме.

### С акцентом на возраст

Программа индивидуальной помощи пожилым людям с несколькими хроническими заболеваниями была разработана специалистами Департамента здравоохранения Москвы с учётом отечественного и международного опыта. Уместно, наверное, будет напомнить, что в прошлом и позапрошлом годах в столичном регионе уже проводили пилотный проект по оказанию помощи этой категории больных. Проект был реализован в 8 московских поликлиниках. Итоги его были расценены экспертами как успешные. Увеличилось число пациентов с нормализовавшимися цифрами артериального давления и уровня холестерина, сократилась частота вызовов бригад скорой помощи, уменьшилось количество госпитализаций вследствие обострения хронической патологии. В этой связи было решено приступить к реализации программы, первый этап которой стартовал в апреле нынешнего года (см. «МГ» № 31 от 03.05.2017).

Приём пожилых пациентов ведут специально выделенные под программу участковые терапевты. Они принимают только пожилых полиморбидных больных. Участвующий в программе доктор в обязательном порядке проходит профессиональную переподготовку на врача общей практики (подтверждается сертификатом о соответствующей квалификации), углублённое

# В сражении с коморбидностью

## Для пожилых пациентов это особенно актуально

обучение по гериатрии, а также подготовку по программе «Развитие культуры соблюдения пациентами рекомендаций врача», что является очень важным при работе с пожилыми пациентами. На сегодня в столичных поликлиниках работает более 200 таких специально подготовленных врачей. Сейчас в реализацию программы вовлечено 47 столичных поликлиник и их филиалы.

По сведениям Департамента здравоохранения Москвы, с момента начала реализации программы врачи осуществили около 165 тыс. приёмов. Результаты полностью подтвердили возможность достичь целей этого проекта: обеспечить преемственность в ведении особой категории пациентов, повысить качество оказываемой им медицинской помощи и уменьшить количество экстренных госпитализаций.

### В индивидуальном порядке

«В рамках проекта, который до конца нынешнего года охватит все взрослые поликлиники столицы, у таких пациентов есть возможность активнее взаимодействовать с терапевтом, – рассказал о программе заместитель руководителя столичного Департамента здравоохранения Алексей Погонин. – Например, для пожилых пациентов с множественными хроническими заболеваниями врач составляет индивидуальный план лечения и выдаёт рекомендации. Эти больные могут оперативно связаться с доктором или медсестрой на протяжении всего рабочего дня для уточнения имеющихся вопросов, например в части лекарственной терапии. Время первичного приёма для них увеличено до 40 минут».



Осень жизни, как и осень года, надо благодарно принимать...

Кроме того, пациентов знакомят с тем, как правильно контролировать состояние своего здоровья при том или ином заболевании. Например, как вести дневники самоконтроля артериального давления для больных гипертонией, выдают памятки для пациентов, перенёвших инсульт или страдающих сахарным диабетом 2-го типа и др. Отдельные памятки разработаны также в помощь врачу в качестве руководства к работе.

Врачи, что характерно, прошли курс обучения по неврологии, кардиологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, нефрологии и другим направлениям, а также по актуальным вопросам гериатрии.

Попасть на приём к специализированному врачу могут женщины в возрасте от 55 и мужчины от 60 лет (в некоторых случаях допускаются исключения), способные самостоятельно посещать поликлинику и с нали-

чием трёх и более хронических заболеваний из актуального списка (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, бронхиальная астма и др.)

Примечательно, что доктора самостоятельно формируют список пациентов для участия в программе на основе анализа данных из единой медицинской информационно-аналитической системы и амбулаторных карт. Далее медицинский работник звонит пациенту, излагает суть программы, приглашает принять в ней участие. Если человек соглашается, то прикрепляется к врачу. Если нет – продолжает наблюдаться у участкового терапевта в обычном режиме.

Участвующие в проекте медики получают доплату. Правительство Москвы утвердило грант, согласно которому врачи и медицинские сёстры городских поликлиник, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с множественными хроническими заболеваниями в рамках данной программы, с июня получают прибавку к ежемесячной зарплате соответственно в 20 тыс. и 10 тыс. руб.

В сентябре к работе планируется привлечь ещё более 180 врачей. К концу же нынешнего года в программе будут участвовать около 400 специалистов, которые будут принимать до 200 тыс. пациентов. Таким образом, все пожилые люди с тремя и более хроническими заболеваниями смогут получить по этой программе квалифицированную медицинскую помощь.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.  
Москва.



## Ситуация

## К безбарьерной среде

## Как поступают и учатся в вузах инвалиды

**Вузы отказываются принимать абитуриентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) по причине недостаточного количества бюджетных мест. Именно об этом чаще всего сообщали абитуриенты с инвалидностью на горячую линию Общественной палаты РФ.**

Чаще всего абитуриенты с ОВЗ сталкиваются с тем, что вузы отказываются брать документы по причине ограниченного количества бюджетных мест или несвоевременной подачи документов. Об этом, подводя предварительные итоги проекта, сообщила член Общественной палаты РФ, инициатор горячей линии Екатерина Курбангалеева.

Одной из первых на горячую линию обратилась абитуриентка из Казани. У девушки-инвалида II группы с ДЦП отказывались принимать документы по причине ограниченного количества бюджетных мест и якобы недостаточности баллов. После консультации с Минобрнауки России она всё-таки смогла подать заявление, и теперь вопрос её дальнейшего поступления будет решаться по результатам конкурса внутри квоты.

Возникли проблемы с подачей документов и у абитуриента с ОВЗ из Крас-

ноярска. Спортивный колледж, куда молодой человек собирался поступать после 9-го класса, отказал ему, объясняя это тем, что у них нет специальной программы обучения для инвалидов. По словам юноши, ему рекомендовали обратиться в другие города, где такие программы существуют. Однако добавили, что если абитуриент будет настаивать, то его примут, но через полгода ему предстоит сдавать нормативы физподготовки для обычных здоровых студентов, которые он не сдаст и всё равно будет отчислен.

«Мы также обратились в Минобрнауки России, которое, в свою очередь, связалось с Министерством спорта РФ, а те – с администрацией Красноярского края и данного колледжа. Колледж обещали принять спецпрограмму. Юноша зачислен», – рассказала член Общественной палаты РФ Е.Курбангалеева.

Также она поделилась типичной ситуацией, когда абитуриенты-инвалиды поздно сдают документы. Е.Курбангалеева пояснила, что если абитуриент поступает по результатам ЕГЭ, то подать документы в вуз он мог до 26 июля (в этом году), а если ему необходимо проходить вступительные испытания, как, например, после получения

среднего профессионального образования, то сроки более сжатые. В этом году таким абитуриентам необходимо было подать документы до 10-12 июля.

«В конкретной ситуации приёмная комиссия вуза в Ленинградской области приняла документы 14 июля и только через неделю сообщила, что все сроки вышли. Юноша с инвалидностью, кстати окончивший юридический колледж с отличием, мог потерять целый год. Минобрнауки по нашей просьбе подключилось к ситуации: абитуриенту предложили альтернативные варианты, в том числе заочное обучение в Российском государственном социальном университете с последующим переводом в вуз, в который он хотел поступать в этом году. «Таким образом, наш абитуриент не потеряет год, а затем перейдёт без потери курса в тот вуз и на тот факультет, куда он хотел изначально», – подытожила Курбангалеева.

Член Общественной палаты подвела промежуточные итоги горячей линии по поступлению инвалидов в вузы: «На государственном уровне уже сформулирована приоритетная задача – создать максимально комфортные условия для поступления и дальнейшего обучения инвалидов. Как нам кажется, помимо

решения индивидуальных проблем и ситуаций, нам с помощью горячей линии удалось выполнить две задачи. Прежде всего, это выявление и обобщение типичных историй, которые чаще всего случаются при поступлении в вузы. Следующим шагом будет сбор и описание типичных проблем, проработка механизмов и вариантов реагирования, а также последующих решений. Мы должны указать, на что обращать внимание далее, и встроить этот блок в процесс информирования будущих абитуриентов-инвалидов».

Вторая задача, которую, как отметила Е.Курбангалеева, начали решать Минобрнауки России и Общественная палата РФ, – создание максимально возможных условий для поступления и обучения в вузах инвалидов.

«Теперь вузы отчётливо понимают, что они должны полностью или частично менять свою политику по отношению к абитуриентам с инвалидностью, и эту ситуацию будут пристально контролировать Министерство образования РФ и Общественная палата РФ», – подчеркнула Е.Курбангалеева.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.  
МИА Сити!

## Тенденции

**В Пятигорском медико-фармацевтическом институте (ПМФИ) – филиале Волгоградского государственного медицинского университета подведены итоги приёмной кампании на 1-й курс высшего образования по четырём фармацевтическим и медицинским специальностям, а также двум специальностям бакалавриата.**

## Держись, студент!

Профессия фармацевта остаётся востребованной

На 1-й курс на специальность «фармация» (код 33.05.01) на бюджетные места зачислено 250 студентов (из них – 20 по целевому набору и 10 – так называемых льготников).

На основные места данной специальности в рамках контрольных цифр приёма было подано 740 заявлений от абитуриентов, поступающих по общему конкурсу. Таким образом, конкурс на бюджетные места составил более 3 человек на место.

В итоге на бюджетные места прошли абитуриенты, набравшие не менее 177 баллов. Как отметили в приёмной комиссии, в прошлом году соответствующий проходной балл составил 165.

Наряду с «бюджетниками» ещё 77 человек зачислены в ПМФИ на данную специальность по договорам об оказании платных образовательных услуг.

В приёмной комиссии отмечают и неизменно повышенный спрос на специальность «стоматология» (код 31.05.03), на которую абитуриентами было подано 274 заявления. В рамках контрольных цифр приёма было выделено 10 бюджетных мест (из них льготников – 1). В итоге в нынешнем году

конкурс на бюджетные места составил более 27 человек на место.

Всего на данную специальность, включая студентов зачисленных по договорам об оказании платных услуг, поступило 62 человека. Проходной балл на бюджетные места составил 289. В отличие от специальности «фармация» для будущих врачей было предусмотрено ещё вступительное испытание профессиональной направленности.

Как отметил директор ПМФИ доктор медицинских наук Всеволод Аджиенко, задача профессорско-преподавательского коллектива ПМФИ – подготовить из школьников с разным уровнем базовых знаний востребованных высокопрофессиональных специалистов для здравоохранения и фармации. И с этим вуз успешно справляется. Например, в нынешнем году 726 провизоров – выпускников ПМФИ 2017 г. прошли первичную аккредитацию и получили допуск к профессии, а также возможность продолжить образование в ординатуре.

Ирина АНДРЕЕВА.  
МИА Сити!

## Акценты

**Итоги первичной аккредитации специалистов в Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого показали высокий уровень вузовской подготовки молодых специалистов для здравоохранения. Так, по специальности «фармация» успешно прошли первичную аккредитацию и допущены к фармацевтической деятельности все 57 выпускников фармфакультета, равно как и все 10 выпускников факультета медицинской кибернетики.**

В процессе аккредитации будущие фармацевты не только отвечали на тестовые задания и демонстрировали практические навыки общения с покупателями в аптеке и с лекарственными препаратами, но также должны были продемонстрировать умение оказать человеку базовую реанимационную помощь.

То же самое касалось кибернетиков: уметь провести реанимацию обязан каждый, кто получил диплом медицинского университета, даже если человек намерен целиком посвятить себя медицинской статистике, а не лечению больных. Разумеется, уровень знаний выпускников по статистическому анализу медицинских данных, их умение кодировать записи в учётных медицинских документах в соответствии с правилами МКБ-10 и рассчитывать медико-демографические показатели интересовали членов аккредитационной комиссии особо. И, как подчёркивают в ректорате КрасГМУ, все без исключения завтравшие фармацевты и медицинские кибернетики справились с проверочными заданиями.

Первичная аккредитация педиатров также прошла без «двоек»: все 98 выпускников по данной специальности получили «допуск

## Белый халат носить достойным

Он не должен быть запятнанным



Один из этапов аккредитации стоматологов



Реанимировать уметь обязан

к профессии». К первичной аккредитации по специальности «стоматология» были допущены 84 выпускника КрасГМУ 2017 г. Помимо умения проводить осмотр полости рта, препарировать, пломбировать и удалять зубы, завтравшие стоматологи тоже показывали практически все навыки по базовой сердечно-лёгочной реанимации. По итогам испытаний комиссия дала всем без исключения выпускникам

разрешение приступить к работе врачом-стоматологом или – по желанию – продолжить обучение в ординатуре.

Аналогичные результаты показала первичная аккредитация специалистов по специальности «лечебное дело»: 247 (100%) выпускников лечебного факультета успешно преодолели все три этапа, показав высокий уровень знаний и умений, и получили сертифи-

кат врача – участкового терапевта. Следует отметить, что комиссия, оценивавшая уровень знаний участковых терапевтов, была самой представительной: она состояла из 47 экспертов, руководителей и специалистов медицинских учреждений региона, которые могли не только оценить готовность молодых коллег к работе с пациентами, но и пригласить кого-то из них в свои клиники.

Не менее впечатляющие результаты показал нынешний выпуск клинических психологов. По итогам государственной итоговой аттестации из восьми выпускников шестеро получили за выпускную квалификационную работу оценку «отлично», и двое – оценку «хорошо». Таких клинических психологов не страшно брать на работу.

Можно было бы усомниться в объективности аккредитационных и аттестационных комиссий: поставить плохую оценку знаниям выпускника вуза – значит признать собственные ошибки в подготовке молодых специалистов. Но все сомнения отпадают, когда узнаешь о том, насколько строго в КрасГМУ обходятся с теми, кто явно недостоин получить диплом врача. В этом году трое студентов лечебного факультета были отчислены с 6-го курса. Как сообщают в ректорате, все они трижды получили неудовлетворительные оценки по одной и той же дисциплине, а кроме того «показывали крайне низкий уровень подготовки по другим предметам и демонстрировали отсутствие мотивации к обучению, регулярно пропуская занятия».

Отчисление на выпускном курсе – событие для вуза малоприятное, но необходимое. Такое решение позволяет сохранить чистоту мундира и не выслушивать от руководителей ЛПУ упреки в плохом уровне подготовки начинающих врачей.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Красноярск.



Болезнью Альцгеймера через несколько десятков лет будет болеть каждый второй человек старшего возраста. К таким выводам пришли учёные, изучив статистические данные. Согласно информации на 2015 г. болезнь Альцгеймера обнаружена у каждого десятого человека старше 50 лет. В связи с этим учёные рассказали, что к 2100 г. половина людей на Земле будут страдать от старческого слабоумия. К 2030 г. число больных составит 60 млн, а уже в конце XXI века возрастёт до 3 млрд.

### Побочный эффект эволюции

Учёные придерживаются мнения, что такое распространение заболевания обусловлено эволюцией человека. Мозг человека не успевает обрабатывать весь материал, что и приводит к отмиранию его нейронов.

Исследователи также пояснили, что начинать защищать мозг от болезни Альцгеймера необходимо уже сейчас. Научные труды международной группы учёных показали, что необходимо полноценно спать ночью и быть активным в течение дня. По их мнению, именно это и сможет уберечь от слабоумия в старости. Также важно правильное питание.

Ранее учёные рассказывали, что лечение болезни Альцгеймера может принести максимальный эффект, если начать ещё до наступления старости. Они пригласили две группы добровольцев, в возрасте 40-60 лет. Половина из них имели признаки болезни Альцгеймера, а остальные были абсолютно здоровы. Оказалось, что одним из начальных симптомов может быть нарушение ориентации в пространстве.

### Не только мозг

Учёные выяснили, что бляшки, которые образуются в мозгу больных Альцгеймером, могут также угрожать здоровью сердца. Американские медики обнаружили, что бета-амилоидные белки, которые приводят к формированию бляшек в мозгу, то есть вызывают болезнь Альцгеймера, делают сердечную мышцу более жёсткой, что может привести к развитию сердечной недостаточности.

Ранее считалось, что все сопутствующие проблемы связаны как раз с амилоидными бляшками – нарушаются связи, человек постепенно утрачивает когнитивные способности, а потом и другие функции мозга, что в итоге приводит к смерти. Но, похоже, Альцгеймер является системным заболеванием и поражает не только мозг, но и другие органы.

Учёные сравнили медицинские данные пожилых людей, страдающих Альцгеймером и их здоровых ровесников. У испытуемых больных была отмечена тенденция к утолщению стенок левого желудочка. Это повышает риск развития сердечной недостаточности.

### Почему бы и нет?

# Страсти по Альцгеймеру

## Исследования ведутся во всех уголках планеты, однако...

Кроме того, повышенные уровни бета-амилоидов обнаруживались и в других тканях организма пациентов с болезнью Альцгеймера, в том числе в кишечнике, почках и мышцах.

### В уединении – беда?

Учёные из Гарвардского университета (США) выяснили, что одиночество увеличивает риск развития маразма в восемь раз. Как выяснили специалисты из Университета Гарварда, люди, проживающие жизнь в одиночестве, в старости могут столкнуться со слабоумием. Дело в том, что на это влияет повышенный уровень бета-амилоидных бляшек в мозгу.

Одиночество внесли в группу риска развития деменции. У таких людей чаще развивается болезнь Альцгеймера, появляются нарушения когнитивных функций и возникают проблемы с памятью. Специалисты считают, что бляшки как раз говорят о развитии деменции в организме. Ведь именно они убивают клетки головного мозга, вызывая спутанность сознания.

К такому выводу учёные пришли после ряда исследований, в которых приняли участие 79 добровольцев. У них измеряли уровень бета-амилоидов в головном мозге. Так, у 25% участников испытаний выявили фактор риска развития заболевания Альцгеймера. У 32% белок аполипопротеин E4 был повышен, а у остальных не превышал норму. Также участники эксперимента отметили на шкале от 3 до 12 баллов уровень своего одиночества. Средний показатель находился на отметке 5,3, а у тех, у кого он был выше, тем заметнее становилось скопление бета-амилоидных бляшек.

### «Химией» и ферментом

Сейчас разрабатывается новый препарат от болезни Альцгеймера под названием верубецестат, он уже прошёл клинические испытания на животных. Теперь лекарство тестируют на людях. Сообщается, что препарат относится к ингибиторам фермента бета-секретазы. Он препятствует образованию бета-амилоида, который формирует бляшки в сосудах. При этом препарат, в отличие от аналогов, не токсичен. Испытания на животных показали приличные результаты – концентрация бета-амилоида была существенно снижена, никаких побочных эффектов не наблюдалось.



В настоящее время запущено полугодовое исследование с участием больных лёгкой и умеренной формой болезни Альцгеймера. Также проводится ещё одно исследование, в котором принимают участие пациенты, у которых Альцгеймер был диагностирован по результатам томографии, но пока не проявился.

Как известно, симптомами болезни Альцгеймера является потеря памяти, нарушения речи, когнитивных функций и пространственной ориентации. Как правило, болезнь развивается достаточно медленно – мозг постепенно утрачивает свою функцию, а потом наступает смерть. Американские учёные обнаружили элемент, способный предотвратить развитие болезни Альцгеймера.

Над этой проблемой работали и специалисты из Университета Джона Хопкинса в Балтиморе (США) и смогли обнаружить фермент Nuak1, который сможет предотвратить появление болезни Альцгеймера. Учёные провели эксперимент на мышах и мухах. В результате лабораторных опытов стало известно, что фермент Nuak1 может препятствовать возникновению и развитию болезни. По словам медиков, с помощью элемента стало возможным предупредить чрезмерное появление вредного белка в мозгу.

Опыты, проведённые учёными, относились к поздней стадии заболевания. И как уточнили эксперты, лечить болезнь надо начать тогда, когда она ещё не успела повредить клетки головного мозга, то есть в самом начале её развития.

Исследователи доказали, что фермент Nuak1 является действенным элементом в борьбе с болезнью Альцгеймера. Теперь нужно разработать лекарственный препарат на основе Nuak1, и тогда у людей появится средство для профилактики заболевания. Учёные продолжают работать над созданием средства, которое бы

помогло тормозить негативные процессы уже у больных людей.

### Поможет пробиотик?

Группа учёных из Ближнего Востока провела исследование и выяснила, что регулярное употребление йогуртов с пробиотиками значительно улучшает состояние больных Альцгеймером.

Иранские медики пригласили людей в возрасте от 60 до 95 лет, страдающих Альцгеймером. Их случайным образом разделили на две группы. Одна группа каждый день употребляла 200 мл йогурта с пробиотиками, а вторая – столько же обычного йогурта. Эксперимент длился 12 недель.

После всех испытуемых опросили и обследовали. Пациенты из группы, употреблявшей йогурт с пробиотиками, отметили улучшение состояния. Специалисты с помощью тестов тоже подтвердили, что у больных улучшились память и внимание. У респондентов, которые употребляли обычный йогурт, улучшений отмечено не было.

### С помощью спорта

Регулярные занятия спортом способны избавить и от проблем с памятью. Такой вывод сделали учёные из Канады, которые провели собственное исследование. В нём приняли участие порядка 70 испытуемых в возрасте от 65 лет. Они должны были на протяжении полугода заниматься несложным фитнесом 3 раза в неделю, продолжительность занятий составляла час.

В итоге представители группы, занимавшиеся спортом с такой периодичностью, показали лучшие результаты в тестировании функций ментального типа в отличие от тех пожилых людей, кто вовсе не утруждал себя физическими нагрузками. Результаты этого исследования позволили специалистам заявить, что физическая активность отлично

сказывается на мозговом кровообращении, устраняя причины, которые вызывают проблемы с памятью. Также эти недуги могут быть вызваны сосудистыми когнитивными нарушениями, на которые приходится в среднем 10% различных зафиксированных случаев.

Ведь нарушения когнитивных функций возникает в большинстве своём в пожилом возрасте. Так, по статистике ими страдают 15-20% людей преклонного возраста. Причин возникновения этого заболевания может быть масса, но чаще всего оно связано с дисциркуляторной энцефалопатией. Когнитивные нарушения могут носить как временный характер, так и прогрессировать до болезней Альцгеймера, Паркинсона, сосудистых заболеваний. При возникновении первых симптомов людям советуют обратиться к профессиональному неврологу, который поставит диагноз и пропишет лечение.

### Дым разрушения

Табакозависимость может грозить серьёзными проблемами головного мозга, уверяют учёные, ссылаясь на последние данные. Новое исследование «Влияние курения на снижение когнитивных функций в ранней старости» провели американские учёные. Они доказали, что использование сигарет негативно влияет на мозг, в том числе значительно снижает когнитивные функции. Отмечается, что курение способно вызвать развитие деменции и болезнь Альцгеймера.

Курильщики имеют чуть ли не в два раза больше вероятность того, что у них разовьются данные заболевания, нежели те, кто не курил или отказался от пагубной привычки. Ранее учёные заявляли, что курение вредит работе сердца, лёгких, сосудистой системы. Кроме того, неожиданно для всех выяснилось, что вредная привычка способна привести к потере зрения.

Сейчас исследователи считают, что необходимы дополнительные исследования в этой области, чтобы установить точную взаимосвязь между курением и болезнью Альцгеймера. Пока же всем курильщикам советуют отказаться или свести до минимума злоупотребление табаком, чтобы снизить риск развития неприятных болезней, связанных с мышлением, памятью и мыслительными процессами. Ещё одним фактором развития болезни Альцгеймера служит повышенный уровень холестерина.

## Эксперименты

В лаборатории Орегонского университета науки и здоровья (Портланд, США) впервые успешно отредактировали геном живого человеческого эмбриона при помощи технологии CRISPR. Об этом сообщает журнал североамериканского Массачусетского технологического института.

Коллектив учёных под руководством Шухрата Миталипова, американского биолога казахского происхождения, при помощи технологии CRISPR впервые в США успешно отредактировал ДНК человеческого эмбриона. Ш.Миталипов отказался коммен-

# Геном под редакцией человека

тировать эксперимент, ссылаясь на то, что вся необходимая информация будет обнародована в соответствующей научной публикации.

Известно лишь, что опыты были проведены на нескольких человеческих эмбрионах, и все они успешно развивались после этого несколько дней. Какая именно генетическая болезнь корректировалась с помощью CRISPR, также не уточняется.

«Хотя ни один из эмбрионов никогда не предназначался для

помещения в человеческую матку, сам эксперимент, безусловно, стал важной вехой на пути, похоже, к неизбежному появлению на свет первых генетически модифицированных людей», отмечается в статье.

Это первый такого рода эксперимент в США и четвёртый в мире, три других провели китайские учёные. Создание генетически модифицированных людей помимо чисто научных вызывает и множество этических вопросов.

Тем не менее, технология CRISPR сейчас широко исследуется как метод коррекции врождённых заболеваний – в конце 2016 г. учёные из Университета Юты применили этот метод редактирования генома для лечения серповидно-клеточной анемии. Методика показала поло-

жительные результаты на мышах.

Так, в Мексике в минувшем году родился первый ребёнок, зачатый с помощью генетического материала трёх родителей. Эта методика помогает людям с опасными генетическими мутациями иметь здоровых детей.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.  
По материалам Science Daily, MIT Technology Review.



Гипотезы

## Культура и язык

**Новое исследование Тель-Авивского университета указывает на то, что культурная активность, например использование языка, влияет на наши процессы обучения, возможность собирать информацию и делать связи между данными.**

«Мы полагаем, что на длительных временных отрезках некоторые аспекты мозга должны изменяться, чтобы соответствовать различной культурной активности, — говорит глава исследования профессор Арнон Лотем. — Влияние культуры на когнитивную эволюцию фиксируется через небольшие модификации развивающегося обучения и механизмов приобретения информации. Их координированное действие улучшает возможность мозговой сети поддерживать обучающие процессы в таких культурных феноменах, как язык или производство инструментов. Наш новый вычислительный подход к изучению человеческой и

животной когнитивности, может объяснить, как человеческая культура сформировала эволюцию человеческого мозга. Мозг — это не жёсткая познавательная машина, он функционирует благодаря коэволюционирующим механизмам обучения и приобретения данных с определёнными параметрами памяти, которые вместе образуют сложную сеть, поддерживающую целый набор когнитивных способностей».

Чтобы обучаться, мозг подсчитывает статистику данных, которые собирает из окружающей среды, наблюдая за их распределением и определяя уровень связей между ними. Новая модель обучения приобретает ограниченное окно памяти и конструирует ассоциативную сеть, которая представляет частоту связей между данными.

Компьютер помнит всю полученную им информацию. Но наш мозг развился таким образом, что он ограничивает количество получаемой и запоминаемой информа-

ции. Модель профессора Лотема предполагает, что он делает это «намеренно», то есть фильтрация данных — это интегральный элемент процесса обучения. Более того, ограниченная рабочая память может помогать в задачах, требующих экстенсивного вычисления. И это может объяснить, почему у нас память меньше, чем, например, у шимпанзе.

Работа с большим окном памяти даёт слишком большую вычислительную нагрузку на мозг. В качестве примера можно привести человеческий язык. Когда мы слышим цепочку слогов, то должны сразу просмотреть большое число возможных комбинаций для идентификации знаменитых слов.

И таким образом язык сам по себе начал формировать по-иному человеческую сеть когнитивности. Например, если человеку надо провести лишь малую идентификацию, скажем, между двумя типами деревьев в лесу, никаких больших вычислительных возможностей не требуется, и мозг формируется совершенно иначе.

Олег КУЗЬМИН.

По информации Medical Xpress.

Идеи

## «Нет» облучению детей

**В детской больнице «Дана-Дуэк» установили новую рентгенографическую систему. Она уменьшит облучение детей, которым приходится часто делать рентген.**

Использование данной системы позволяет снизить дозу облучения в 2-3 раза по сравнению с обычной рентгенографией и в 20 раз — по сравнению с компьютерной томографией. При съёмках позвоночника доза уменьшается на 85%, диагностика искривления нижних конечностей проводится с дозой, уменьшенной на 95%, при сканировании позвоночника и конечностей по всей длине излучение уменьшается на 50%. При этом сохраняется высокое

качество изображения. Есть также протокол, позволяющий снизить эти дозы ещё в 10 раз.

Применение новой системы позволяет существенно снизить дозы облучения детям, которым приходится часто делать рентгенографию, например при сколиозе.

Кроме того, устройство существенно уменьшает время обследования до 10-25 секунд. Снимки конечностей делаются для диагностики и планирования операций при заболеваниях костей и суставов.

Рентгенография стоящих детей позволяет не только увидеть позвоночник и конечности, но и отследить их взаимодействие между собой и с другими частями

скелета. При этом для получения снимка, охватывающего все системы, нужного для диагностики и планирования лечения, достаточно одного сеанса.

Новая система применяется главным образом в ортопедической практике для диагностики патологий позвоночника.

Двухмерная рентгенография не давала достаточных сведений при идиопатическом сколиозе. Новое устройство, делающее снимки сразу в 2 плоскостях, позволяет построить 3D-модель, объективно отображающую характер искривления и позволяющую планировать методы лечения.

Александра БЕРЧЕНКО.

По информации vesty.co.il.

Однако

Как известно, обоняние — одно из пяти основных человеческих чувств. Доктор Кара Хувер из Даремского университета (Великобритания), сравнила, как воспринимали запахи предки человека — неандертальцы и денисовцы, и сопоставила их обоняние с обонянием ныне живущих людей. Оказалось, что мы воспринимаем запахи примерно также, как это делали неандертальцы, а вот денисовцы обладали не таким хорошим обонянием. Однако современные люди в настоящее время постепенно приближаются к денисовцам — потому что простые и сильные запахи загрязнённой окружающей среды «перебивают» запахи природы, и ухудшается способность воспринимать нюансы различных ароматов. К.Хувер рассказала, что это негативно влияет на здоровье людей.

По словам специалиста, ухудшение обоняния может привести к целому ряду последствий. Прежде всего, недостаточное восприятие запахов влияет на вкус. Люди, у которых обоняние работает не лучшим образом, более склонны к ожирению, так как они выбирают пищу с более сильным запахом, — а такая пища

часто содержит гораздо больше жира и сахара. Ранее проводившиеся исследования показали, что люди, хорошо чувствующие запахи, в среднем имеют более низкий индекс массы тела.

Ещё одна опасность, которая может сопутствовать плохому обонянию — это тревожные расстройства, а также депрессия. Человек может сильно беспокоиться по поводу того, что он, например, не чувствует запаха собственного тела и потому не может определить, идёт ли от него плохой запах или нет. Такая тревожность может увеличивать риск развития более серьёзных психических расстройств.

В США провели исследование, статья по итогам которого была напечатана в журнале Scientific Reports. В 2005-2006 гг. среди более 3 тыс. людей в возрасте от 57 до 85 лет был проведён опрос, в ходе которого специалисты из Исследовательского института Монелл (Monell Center) интересовались, в том числе социальной жизнью респондентов, и тестировали их на восприимчи-

## ...А нюх как у собаки



вость к запахам. Невролог Йохан Лунгстрём, один из авторов статьи, рассказал, что среди населения США более чем 20% людей старшего возраста (от 50 лет) имеют сниженное, по сравнению с нормальным обонянием. Врач пояснил, что в ходе исследования, он и его коллеги выясняли, каким образом восприятие запахов может влиять на социальную жизнь.

Оказалось, что между восприя-

Выводы

**Зачастую к пожилому возрасту люди приобретают целый букет всевозможных болезней. Именно поэтому пациенты старшего возраста склонны не замечать проблем со здоровьем — ведь с их точки зрения это является «частью нормы», что ошибочно. Медики из США призывают не делать этого ни в коем случае — можно пропустить первые симптомы того или иного опасного заболевания. Обращать внимание на состояние своего здоровья важно в любом возрасте. В этой связи североамериканские доктора выпускают соответствующие методические рекомендации как для своих коллег, так и для пациентов.**

## Гормон молодости

В частности, стоит прислушаться к своему дыханию. Появление одышки, особенно после незначительных нагрузок или в состоянии покоя, может говорить о болезнях сердца или лёгких, поэтому не стоит откладывать визит к врачу. Также нельзя оставлять без внимания боли в груди и постоянный кашель.

Если у пожилого человека начинаются головокружения, проблемы с координацией и равновесием, это может быть серьёзным симптомом — так проявляется инсульт. Кроме того, эти симптомы могут говорить о нарушении мозгового кровообращения, проблемах с позвоночником и многих других болезнях.

Женщины должны немедленно обратиться к врачу, если после менопаузы возникают выделения, похожие на менструальные. Также нужно обращать внимание на изменения молочных желёз — любые узелки, изменения цвета кожи, выделения из соска требуют визита к доктору.

Тревожным симптомом могут быть проблемы со стулом. Например, запоры, или, наоборот, частые диареи. Также стоит наблюдать за аппетитом — его потеря тоже симптом.

Наряду с этим учёным удалось открыть белковый гормон Клото, который может в значительной степени увеличить работоспособность головного мозга, тем самым как бы омолаживая главный орган человеческого организма.

Примечательно, что белковый гормон Клото был открыт ещё в 1997 г. Его называют ещё гормоном молодости. Считается,

что он способен влиять на продолжительность жизни человека. Однако недавно выяснилось, что данный гормон обладает способностью улучшать работу мозга. Такой вывод сделали специалисты из Калифорнийского университета в Сан-Франциско (США).

Учёные заметили, что между уровнем Клото и умственными способностями есть определённая связь. Более молодые люди соображают гораздо лучше пожилых. Одно из исследований было направлено на то, чтобы искусственно увеличить количество данного белка и посмотреть, может ли это улучшить работу мозга. Как выяснилось, это возможно.

Опыты были проведены на молодых мышах. Положительные изменения в работоспособности органа были замечены в течение всего нескольких часов. Они сохранялись даже после того, как белок перестал быть активным в организме. Одной инъекции было достаточно, чтобы улучшить работу мозга, способность ориентироваться в пространстве и решать новые задания.

«Это в очередной раз заставляет нас задуматься о связи между телом и мозгом. Полученный эффект похож на физические упражнения, которые также улучшают работу мозга, но как именно это происходит, мы до сих пор не знаем», — сказала один из авторов исследования доктор медицины США Дена Дубал.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам Daily Mail.

заявили по итогам опроса, что для женщин в возрасте от 50 лет могут быть крайне полезны тренировки по распознаванию запахов, так как это поможет им чаще общаться с другими людьми, а значит, улучшить качество их жизни.

Ещё одна статья была опубликована в журнале Journal of the American Geriatrics Society. Один из авторов, доктор Йонас Олофссон, рассказал, что он и его коллеги в течение 10 лет наблюдали за 1774 людьми в возрасте от 40 до 90 лет и обнаружили, что потеря обоняния повышала риск ранней смерти. Вероятность того, что люди со сниженным обонянием умрут раньше времени, была на 19% больше, чем у людей, воспринимавших запахи в пределах нормы. Каждый правильно распознанный участниками исследования запах снижал эту вероятность на 8%.

Геррих ВЕРНЕР.

По информации Daily Mail.



## Далёкое — близкое

Недавно наш замечательный коллектив Центральной медико-санитарной части № 58 (ЦМСЧ) ФМБА России отметил свой 75-летний юбилей. Эта знаменательная дата побудила меня поделиться некоторыми воспоминаниями становления, развития и совершенствования нашего заводского здравоохранения и рассказом о спасении моей жизни замечательными людьми, ставшими буквально братьями по крови...

## Мои университеты

Ещё будучи студентом Архангельского государственного медицинского института я, как и большинство моих сокурсников, никакого представления о городе Северодвинске не имел.

И только отслужив в организации «Севвоенморстрой» на Кольском полуострове, получив дополнительную подготовку по терапии и дерматовенерологии в базовом госпитале Грехи (Мурманская область), мне дали направление для трудоустройства в Северодвинский горздравотдел. Это и позволило в 1973 г. получить пропуск в столь заветный и закрытый в тот период Северодвинск.

Первая же попытка трудоустроиться в Северодвинский кожвендиспансер потерпела фиаско: главный врач оказался в отпуске. Тогда мне посоветовали обратиться в лечебное учреждение «Медсанотдел № 58» (МСО), занимающееся медицинским обеспечением рабочих и служащих оборонных предприятий города.

В управлении МСО, размещённом в старом здании больницы, я был очень тепло встречен. На тот момент в терапевтическом отделении стационара было развёрнуто 90 коек и 3 поста дежурных медсестёр. Надо сказать, что к несению дежурств по больнице тогда привлекались практически все врачи поликлиники. Уже через 2 месяца меня назначили на должность участкового врача-терапевта цехового участка. Работы было море, как и обязанностей через край, но я был счастлив трудиться

# Мы стали братьями по крови...

## Воспоминания доктора о своей роли пациента



Н. Белых

рядом с людьми неординарными, влюблёнными в свою профессию.

Уже на пятый год работы нам удалось существенно снизить заболеваемость с временной утратой трудоспособности на участках цехов.

Кипела в медсанотделе и общественная, культурная жизнь. Постоянно проводились врачебные и сестринские конференции на различные медицинские темы, готовились конкурсные вечера на звание лучший по профессии, репетировались и другие интересные мероприятия.

## Между жизнью и...

Казалось бы, что всё у меня складывалось в те годы как нельзя лучше. Но и любимая работа, и семья, мои друзья и планы на будущее, всё полетело в тартарары, причём в один день 17 марта 1979 г. День, когда со мной случилось то, о чём уже не забыть никогда...

В тот вечер, а была пятница, я вёл амбулаторный приём боль-

ных, когда мне позвонила коллега. В силу семейных обстоятельств она попросила заменить её как врача на маршруте лыжного поезда «Снежинка», отправляющегося на следующий день к месту отдыха горожан. Я не смог отказать, хотя в выходной запланировал работу по ремонту кровли гаража.

Утром следующего дня, не зная, что расписание пригородных поездов изменилось, я неспешно отправился с лыжами на вокзал. Комплект медикаментов и перевязочного материала был ещё накануне оставлен коллегой в поезде. Ступив на перрон вокзала, я вдруг увидел набирающую скорость «Снежинку»... Пытаясь на ходу вспрыгнуть в открытую дверь предпослед-

травме и массивной кровопотере молниеносно сообщили на работу.

## Медик медика спасая...

Неоценимую помощь в моём возвращении к жизни в решающий час оказала трансфузиолог больницы ЦМСЧ Тамара Шаратинова. Это она, увидев меня бледного и глотающего воздух как рыба, настояла перед лечащим врачом на немедленном восполнении объёма потерянной крови. Она же сверхоперативно нашла для меня доноров, организовав введение плазмозамещающих жидкостей и препаратов крови. Позже, без усталости контролируя моё состояние, Тамара Александровна давала



Дружный коллектив ЦМСЧ № 58

него вагона, я ухватился вместо поручня за ручку дверцы вагона и... не удержавшись, сорвался на рельсы... Состав поезда протащил меня под передней парой колёс до конца перрона... Дальше были темнота и беспмятство... О моей

бесценные советы и рекомендации для скорейшего восстановления моих сил и здоровья. Не могу не вспомнить добрым словом и лечащего врача-травматолога Анатолия Жгилева. Вместе с заведующей травматологическим отделением

Юлией Котцовой они проводили мне противошоковые мероприятия. Кровь была перелита более чем от 20 доноров. Много позже узнал, что мне дали свою кровь работники «Севмаша», а также большая группа доноров, в числе которых были и медицинские работники нашего учреждения.

Мои коллеги, ставшие для меня теперь близкими людьми, помогли справиться и с глубокой депрессией, и вернуться к любимой работе.

С тех пор прошло много лет. Несмотря на пережитое, считаю себя человеком счастливым и даже очень. Ведь в самые тяжёлые, с адскими болями чёрные дни, всегда были рядом и есть мои родные, друзья и отзывчивые, сострадательные товарищи по работе.

## Добро возвращается

Раньше и сам я был донором. Сдавал кровь прямым переливанием больному во время полостной операции в районной больнице. Не раз делал это и потом в родной медсанчасти. А тут вдруг я оказался в роли реципиента... Это ли не судьба?

«Помогай другим и близким, и тебе воздастся». Вдумайтесь, сколько веры, доброты, милосердия любви и надежды таит в себе вечная, нестареющая заповедь. Вот и я своей второй жизнью обязан многим прекрасным людям: донорам — врачам, медсёстрам, санитаркам, спасшим меня в смертельный час.

Спасибо вам всем, друзья! Будем жить дальше. Любить, мечтать, работать, «искать и не сдаваться!» Только так.

Николай БЕЛЫХ,  
врач.

Архангельская область.

## Книгу написал врач

«Вместо таблетки» — новый сборник юмористических рассказов тверского доктора-хирурга и литератора Максима Страхова. И, как нам кажется, это яркое событие, которое не останется незамеченным ни писателями, ни критиками, ни, тем более, читателями.

Книга, которая вышла из-под пера 33-летнего литератора, собранная им за 10 с лишним лет творческих поисков и находок, вполне способна заинтересовать широкую аудиторию и вызвать живой читательский интерес далеко за пределами тверского провинциального пространства. Именно такие художественные книги обычно охотно выпускают крупные столичные издательства, опирающиеся на читательские рейтинги и нацеленные на массовый спрос.

Во-первых, автор выбрал «козырный» жанр — юмористические рассказы, не обременённые глубокими психологическими размышлениями и философско-трагедийными сюжетами. Всё проще, понятнее и оттого ближе современному читателю — в книге представлены истории из реальной жизни вполне реальных и порой даже узнаваемых врачей и пациентов. При этом каждая история Страхова пропитана тонким профессиональным медицинским или житейским юмором, способным вызвать естественную реакцию читателя — от умиленной улыбки до гомерического хохота. Однако, что особенно ценно, доктор не опускается до сублимирования заезженных анекдотичных сюжетов,



рассказанных и пересказанных тысячи раз до него, все истории, не-трафаретные, в каждой есть своя неповторимая изюминка. К тому же Страхов каким-то удивительным образом почти избежал традиционной в современной литературе на медицинскую тему циничной пошловатости и подчёркнутого смакования «нижепоясных прелестей» врачебной профессии — здесь нет лобовых гинекологических приколов и некромагических изысков бесконечных «исповедей» анестезиологов, патологоанатомов и других представителей системы здравоохранения постсоветского пространства. Всё гораздо тоньше, художественнее, интеллигентнее и изысканнее, хотя и не без некоторых отступлений от этой общей тенденции. Нет, безусловно, это не абсолютно чеховская стилистика

и не явное продолжение художественного наследия писателя и врача. В добротном и интересно написанных рассказах Страхова, скорее, прослеживаются стилистические нотки, украшенные лёгкой человеческой простотой и одновременно литературной «кружеватостью», есть умышленное погружение в медицинские курьёзы обыденной бытовой жизни. Но при этом самобытный авторский стиль доктора Страхова в сборнике «Вместо таблетки» абсолютно очевиден, узнаваем и явно не заимствован. А это, на наш взгляд, является самым ценным и значимым фактором оценки мастерства молодого писателя.

Второй любопытный аспект, вызывающий интерес к обсуждаемому изданию, связан с применением автором в своих произведениях приёмов сатирического слога. Сатира — это не просто невинный смех над курьёзами и чьей-то нелепостью, это совершенно иная, гораздо более высокая планка в художественной литературе — осмысление злободневных тем и актуальных событий, хлёсткое высмеивание абсурдности всеобщих социальных явлений, связанных с моральной и политической атмосферой современного общества. Этот жанр в литературе особенный — сложный, зыбкий, но при этом точный и направленный в

конкретную цель, эдакое душевное зеркало живого народа. Именно поэтому, наверное, истинных сатириков в нашей стране очень мало. Отрадно, что доктор Страхов прикоснулся к этому востребованному и сложному жанру, что сразу преумножает в разы интерес думающего и искушённого читателя.

В данном аспекте наиболее интересен последний рассказ сборника под названием «Доступная среда», где главным героем является успешный и удачливый главный врач провинциальной ЦРБ с многоговорящим именем Матвей Недойный, погружившийся в активную политическую деятельность и изменивший спокойную и размеренную жизнь медицинского учреждения. Не станем пересказывать весьма занимательный и откровенно смешной сюжет этого, по сути, гигантского фельетона, пусть его лучше оценят читатели. Однако скажем, что в этом прелестном, может быть самым удачным из всех представленных произведений, автору удалось главное — ярко показать и талантливо высмеять сквозь призму локального события в стенах придуманной больницы весь трагикомизм громких реформ сегодняшнего здравоохранения, самобытно рассказать о том, как на местах определённые «герои нашего времени» способны любую, даже самую благородную и добрую

идею превратить в абсолютнейший абсурд, феерический фарс, противоречащий логике, разуму и здравому смыслу. Примечательно, что образ главного героя рассказа, безусловно, собирательный, несколько вычурный и умышленно утрированный, но в нём всё же отчётливо прослеживаются определённые поразительные сходства с некоторыми тверскими политическими деятелями, что придаёт ещё большую пикантность новой книге.

И в конце хочется напомнить, что М.Страхов, несмотря на свою молодость, довольно известен читателю, как врач-флеболог, журналист и поэт. Помимо работы в Тверском государственном медицинском университете, областной больнице и центре им. В.П.Аваева, он является членом сразу трёх профессиональных творческих организаций. Им издано 5 книг. Он — лауреат премии имени М.Булгакова. М.Страхов неоднократно выступал в роли организатора ряда актуальных культурных проектов на Верхневолжской земле. Хочется заключить, что книга «Вместо таблетки» состоялась, получилась она необычной, яркой, увлекательной и весёлой.

Евгений ПАВЛЕНКО.

Тверь.

# Необычные рецепты хирурга Страхова

Литературные традиции в «медицинской» прозе продолжают



На литературный конкурс

Игорь АЛЕКСАНДРОВ

# Лечиться или нет — вот в чём вопрос

Ничто так не подвергается пересудам в наши дни, как футбол, хоккей, рост цен, коррупция и медицина.

Но давние приятели Ложкин, Кошкин и Мышкин с годами всё больше и больше любили порассуждать именно на последнюю тему.

— Здоровье — не кукиш! — глобокомысленно и почти афористично начал недавно самый старший из них Ложкин, а двое его старинных приятелей, согласно потрясая воспоминаниями о былых шевелюрах, дружно и охотно поддерживали его.

— А всё это — современные доктора!.. — почти презрительно кривясь, стал развивать затронутую приятелем издавна актуальную тему Кошкин. — Вот что значит — «бесплатная медицина»!

— Оно, конечно, так, когда за нас им никто не платит... — туманно согласился с ним Мышкин.

— А точнее, почти не платит... — уточнил Ложкин.

— Тогда всё становится понятным! — загорелся Кошкин. — Нет, скажите вы мне, как можно уважать врача, который даёт дикие советы?!

— Это, какие же? — уточняюще поинтересовались двое его приятелей.

— Да вот прихожу я намерен в нашу полуклинику, а там этот ихний новый эскулап, ну, который теперь там по внутренним болячкам, стучит мне молоточком по грудям, лапает мой живот и сходу заявляет, вам, мол, нужно, папаша, как можно чаще бывать на свежем воздухе! Вот как!

— Ну, так что? — не совсем понимая приятеля.

— А где, где это, скажите вы мне на милость, он видел в нашем городе Чернореченске свежий воздух?! Разве что на нашем местном телеканале?... Ну, недоучка... то есть шарлатан!

Приятели Кошкина начали понимающе кивать, а Мышкин при этом вообще просто заклокотал и пожаловался: «А меня мой, так сказать, лечащий врач, даже мо-



лоточком не простучит! Он только чуть что по столу бухает!..»

— Бухает?! — ахнув, поражённо вскрикнули Ложкин и Кошкин. — Прямо на рабочем месте?! На, так сказать, трудовом посту?!

— Это он кулаком грохочет, призывая меня вести здоровый образ жизни, — разъярил Мышкин.

— Ну, это ещё ничего... это ничего ещё... И чем вы тогда так недовольны?

— Так ведь, этот «гиппократ» не разъясняет — куда?

— Что — куда?

— Куда мне его нужно вести этот самый «образ», вот что!

Приятели Мышкина возмущённо и понимающе закричали, а Кошкин даже принялся ломать пальцы, демонстрируя отложение солей, ревматизм, подагру, остеохондроз, лигаментит и также артрозо-артрит, и негодующе сообщил: «А мой лекаришка, так вообще даже не запретил мне пить и курить, во, как!»

— Так вы ведь... того... вы, вроде бы, вообще не курите... и не употребляете? — непонимающе смутились его давние приятели.

— А всё равно, он был просто обязан дать мне дельный про-

фессиональный медицинский совет! — почему-то погрозил кулаком потолку Кошкин. — А, точнее, дать отдельные рекомендации!

— Чего?

— Так ведь этой, как её, профилактики от всех болезней, вот чего!

— Нет, отцы, что-то не так теперь в нашей медицине, — тяжело вздохнул Ложкин. — Странные рекомендации дают нам эти наши местные доктора...

— Если даже и дают... — почему-то тяжело задумался Кошкин. — А то ведь и вовсе не дают...

— А мне этот мой полуклинический «эскулап» тоже говорит: нужно обязательно бегать от инфаркта, — вспомнил Мышкин, — этим, как его, оздоровительным бегом.

— И вы бегаете? — поинтересовались приятели.

— Бегаю?! Ну, да!.. Как же!.. Он ведь не сказал мне куда, в какую сторону!

— И как же вы? Так и не стали бегать?

— Стал... Но настолько устал, что тут же побежал в ближайшую аптеку, — тяжело переводя дух как бы после длительного забега, признался Мышкин.

— А мой, когда я стал спрашивать — нужно ли в моём возрасте бегать, вообще заявил, что лучше заниматься ходьбой, — сообщил Ложкин.

— Какой ещё ходьбой?

— Скандинавской.

— Вот даже как?! Это какой такой?!

— Ну, той, что с двумя палками.

— И что? Вы пошли?

— Я бы пошёл, даже в полуклинику, да только в нашем общественном транспорте с этими палками не очень-то походишь. Особенно, в часы пик.

— Это от кого?

— Так ведь от попутчиков...

— Во, как!.. Нет, бездельники они — все эти полуклинические докторишки! — пришли к единому мнению приятели. — Пора, пора кончать с такой вот медициной!

Но вскоре приятелям, когда в целях реорганизации и экономии бюджетных средств в их городе, вдруг вообще упразднили поликлиническую службу, пришлось не только походить, но и побегать, по различным инстанциям, чтобы добиться возвращения их привычной и почти родной «полуклиники»...

Москва

Умные мысли

## Крепость и её «крепостные»

● Не закладывайте за ворота своё счастливое будущее.

● Когда ума маловато, начинают «соображать на троих».

● Все беды от водки? Вот почему истина в вине.

● Пьяному горе по колено.

● Когда мужик «под мухой», он часто начинает делать из неё слона.

● Особенно сильно алкоголь бьёт по мозгам безголовых.

● Буря в стакане воды может порой начаться из-за того, что её налили вместо водки.

● Что у трезвого на уме, то у пьяного и близко в мыслях нет.

● Огонь любви несложно залить спиртным.

● Был бы праздник, а похмелье приложится.

● И часто пьющие с умом способны его пропить.

● Было бы здоровье, а способные его пропить всегда найдутся.

● Семейная буря часто начинается в стакане.

● Таланты на улице не валяются, но их порой можно найти под забором.

● Особенно плохо соображают чаще всего те, что любят «хорошо сообразить».

● Жажду жизни кое-кто успешно заливает спиртным.

● Алкоголь бьёт в голову, но поражает печень.

● Лучше горькая правда о себе, чем очередная бутылка «горькой».

● Многим трудно смотреть трезво на вещи, которые ещё можно пропить.

● Спирт — это лучший растворитель мозгов.

Евгений ТАРАСОВ,  
экс-нарколог.

Московская область.

## Сокровенное

Вы меня не поймёте, леди.  
Уж не будет нашей встречи...  
Синей краской закрасил небо  
Летний вечер, знойный вечер...  
За окном кто-то жалобно стонет.  
На подворье токует птица...  
Над погостом кружит ворон...  
Выбрал место — на крест садится...  
Поздно...  
Встречи не будет...

Гаврил МАРКОВ

## Грустная лирика

Поздно...  
Это то, что зовут — потери.  
Мы теряем легко и просто  
На безвыигрышной лотереи.  
Нет цены у того, что имеем.  
Нет и слёз, когда это теряем,

Но когда-нибудь, вспомнив минуту...  
Почему — то безмолвно скучаем.  
Но уж поздно...  
Родная, поздно.  
Не воротишься  
В прошлое лето,  
За окном  
кто-то жалобно стонет,  
Над погостом  
кружит ворон...

Москва.

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

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

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

Дежурный член редколлегии — В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.  
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.  
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.  
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-07-00231 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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