

Медицинская

25 февраля 2015 г.
среда
№ 13 (7535)

Газета®

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

События

Без ампутации!

Развитие новаторских направлений в хирургии Санкт-Петербурга продолжится



С открытием городского центра спасения конечностей в Санкт-Петербурге число ампутаций на уровне бедра среди пациентов вследствие осложнений атеросклероза и сахарного диабета сократилось в 1,5 раза.

Эта оптимистическая статистика прозвучала в ходе посещения губернатором Георгием Полтавченко городской больницы № 14, в составе которой ровно год назад при активной поддержке властей впервые в России и Европе была создана структура, обеспечившая замкнутый цикл оказания специализированной хирургической помощи пациентам с гнойно-некротическими процессами на нижних конечностях.

Два года назад задумке сформировать новаторское направление в хирургии, развернув не имеющую аналогов специализированную кли-

ническую операцию под руководством главного врача больницы профессора Сергея Петрова (справа) призвана уберечь больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей от ампутации

нику, предшествовало решение правительства города о капитальном ремонте «четырёхэтажной». Насколько эффективно потрачены бюджетные деньги, предназначавшиеся для создания госпитализированным тяжёлым больным комфортной среды, а кроме того, достойных условий труда медицинского персонала? Ответ глава региона Георгий Полтавченко, сопровождавшие его вице-губернатор Ольга Казанская, председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Валерий Колабутин, депутат местного Законодательного собрания Андрей Васильев и руководитель администрации Кировского района Сергей Иванов получили, побывав на месте.

Знакомство строгих «экзаменаторов» с результатами первого года работы городского центра спасения конечностей включало визуальный осмотр введённых недавно в эксплуатацию центрального стерилизационного отделения, операционного зала, отделения анестезиологии и реанимации, помещений для исследования периферического кровообращения, а также подробные беседы со специалистами.

По словам главного врача больницы профессора Сергея Петрова, в 2014 г. пациентами центра стали 1786 петербуржцев.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Татьяны ЧЕРКАЩЕНКО.



Михаил ЗЕМЦОВ, главный врач Ставропольского краевого клинического кожно-венерологического диспансера:

...По нашему варианту – сохранения диспансеров... пошла вся Россия.

Стр. 5.

Игорь ПАРАМОНОВ, директор Кировского НИИ гематологии и переливания крови:

...Искать доноров стволовых клеток и костного мозга... нередко приходится за границей.

Стр. 7.



Леонид РОШАЛЬ, президент Национальной медицинской палаты:

НМП создаёт общероссийскую систему досудебного и внесудебного урегулирования конфликтов...

Стр. 7.

Инициатива

Для удобства врачей

В ближайшее время столичным врачам будет выдано около 40 тыс. социальных карт москвича с цифровой подписью.

«Речь не идёт о том, чтобы через этот инструмент предоставлять врачам дополнительные льготы. Если, конечно, конкретный врач и так не является льготником. Медики смогут получать только скидки по партнёрским программам в аптеках и магазинах» (около 2 тыс. торговых точек), – пояснили в Департаменте здравоохранения столицы.

В настоящее время у каждого московского доктора есть пластиковый пропуск для авторизации в Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС). Именно их и планируется заменить на соцкарты, в которые можно встроить функцию цифровой подписи.

Такие карты позволят медикам получать доступ к ЕМИАС не только на рабочем месте, но и удалённо. Таким образом, врачи смогут работать, в том числе, из дома, например, выписывать электронные рецепты.

Сегодня в столице электронные рецепты выписываются через ЕМИАС. Врач вводит в систему данные, а пациенту остаётся распечатать готовый рецепт в информационном киоске, расположенном в поликлинике. По состоянию на конец 2014 г. в столице оформили 3,7 млн подобных рецептов. 85% из них уже выдали в аптеках. Внедрить систему электронных рецептов во всех столичных поликлиниках планируется в I квартале года.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сито!

Москва.

Тенденции

На медицину санкции не распространяются

Иркутские онкологи получили техническую возможность проводить телевизионные консультации в реальном времени с коллегами из Берлина.

Несмотря на осложнение межгосударственных отношений России и Германии в связи с событиями на Украине, медицинское сообщество двух стран продолжает сотрудничать.

На днях в Иркутском областном онкологическом диспансере дан старт государственно-частному проекту «Российско-немецкая телеклиника».

На средства региона и частного инвестора приобретено оборудование для видеосвязи, уровень которой позволяет не только видеть лица участников телеконференции, но и детально рассмотреть представленные для обсуждения рентгеновские снимки, томограммы.

В Министерстве здравоохранения Иркутской области считают создание «телеклиники» очень важным этапом в повышении доступности онкологической помощи жителям Приангарья. Теперь в сложных диагностических ситуациях врачи

онкодиспансера могут советоваться с зарубежными онкологами, а пациенты – получать очную консультацию немецких докторов, не выезжая за границу.

Другое важное направление применения видеосвязи – обмен опытом между специалистами двух стран, организация научных конференций и семинаров.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

АРЕНДА

МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ И ТЕХНИКИ



МЕДИЦИНСКАЯ МЕТРОЛОГИЯ

+7-495-609-66-89 | Info@medmetr.ru

Новости

Отмеченный грантом
Президента

За исследование, посвящённое сопровождению пациентов, находящихся в критическом состоянии, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Северного государственного медицинского университета Всеволод Кузьков стал одним из обладателей гранта Президента Российской Федерации в области медицины.

Как известно, гранты Президента РФ – один из видов государственной поддержки исследований молодых российских учёных – кандидатов и докторов наук. Они выделяются на 2-летний срок для финансирования расходов на проведение фундаментальных и прикладных исследований. Размер гранта доктора наук составляет 2 млн руб.

«На полученные средства будет приобретено научно-исследовательское оборудование и расходные материалы», – сказал В.Кузьков.

Алина КРАУЗЕ.

Москва.

Регион не стоит на месте

Итоги оптимизации медицинских учреждений в Нижегородской области обсудили в Законодательном собрании на заседании «круглого стола».

Было отмечено, что в течение 2 последних лет в регионе было реорганизовано 28 медицинских учреждений, а в нынешнем – 2015 г. должно открыться 10 офисов врачей общей практики, и их общее количество составит 142. Кроме того, в поликлиниках региона откроются 14 кабинетов реабилитации и 5 кабинетов паллиативной помощи.

Наряду с этим за последнее время в области увеличилось количество межрайонных центров, в том числе перинатальных, первичных сосудистых отделений, центров гемодиализа. Количество нижегородцев, получающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не выезжая за пределы региона, возросло на 35%.

В ходе совещания выносились на обсуждение и другие актуальные отраслевые вопросы на современном этапе: обеспеченность медицинских учреждений кадрами, повышение цен на лекарства, а также качество медицинского образования в регионе.

Марк ВИНТЕР.

Нижегород.

555 коек
сестринского ухода

В каждой районной больнице области и двух медицинских организациях Воронежа появились койки нового типа – социальные, ещё называемые койками сестринского ухода. На сегодняшний день в общей сложности их 555. Десять из них – на базе Лисянской участковой больницы Лискинского района.

В Поворинском районе на такую койку на днях госпитализирована пожилая женщина, едва не погибшая в одиночестве в неотапливаемом доме. Сегодня её жизнь вне опасности. И таких случаев, когда социальные койки становятся настоящим спасением, много.

Койки сестринского ухода – это койки круглосуточного пребывания для больных, получивших основное лечение, в том числе после оперативных вмешательств, а также для пациентов из социально незащищённых категорий, одиноких, за которыми некому ухаживать, особенно в зимнее время года. Также на эти койки принимают больных с различными хроническими патологиями и онкобольных, которые не нуждаются в круглосуточном наблюдении врача, но им необходим уход и забота. В отделении сестринского ухода врачи осматривают пациентов 1-2 раза в неделю, в остальное время их наблюдает средний медицинский персонал. Средняя продолжительность пребывания больного на такой койке – 1 месяц.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронеж.

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

События

Без ампутации!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Учитывая те красноречивые факты, что количество ампутаций радикально снизилось, а за опытом сюда уже проторили дорожку хирурги из ряда европейских государств, не говоря уже о коллегах из многих российских регионов, власти предрекшие поставили деятельности годовалого детища ГБ № 14 высокую оценку. При этом губернатор выразил уверенность, что отныне центр спасения конечностей в состоянии не только оказывать медицинскую помощь горожанам, но и принимать на лечение больных, проживающих

за пределами Санкт-Петербурга – как соотечественников, так и иностранцев.

Во время визита в лечебное учреждение губернатор дал поручение по полному завершению на его площадях капитального ремонта. Часть средств будет вложена в благоустройство территории, другими объектами инвестирования в этом году названы центр амбулаторной хирургии и внутрибольничная аптека.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Начало

Новое лицо Урала

Здесь будут выпускать лекарства не хуже заводных



Губернатор Свердловской области Евгений Куйвашев и депутат Государственной Думы, член Комитета по охране здоровья Александр Петров приняли участие в открытии научно-внедренческого биомедицинского технопарка в Новоуральске.

Е.Куйвашев отметил, что в современных экономических условиях вопросы импортозамещения, создания высокотехнологичной, конкурентоспособной продукции играют ключевую роль в обеспечении устойчивого развития территорий. По его мнению, открытие технопарка позволит решить важнейшие для региона задачи: создать новые высокопроизводительные рабочие места, увеличить доходы бюджета, повысить эффективность региональной экономики и качество жизни уральцев.

– Мы должны стремиться к обеспечению лекарственной безопасности. Россия пока, к сожалению, во многом зависима от иностранных поставок, в том числе от суб-

В торжественный момент открытия технопарка

станций. Однако сейчас мы уже ушли от зависимости в поставках инсулина, инфузионных растворов; большой прогресс достигнут в обеспечении противовирусными препаратами пятого поколения, – отметил А.Петров. – Основное преимущество биофармацевтического технопарка состоит в том, что он создаёт благоприятные условия для полного цикла производства: от идеи до готового лекарства. Здесь есть необходимые лаборатории и экспериментальные участки для проведения доклинических и клинических испытаний.

Территория технопарка составляет более 25 тыс. м² и включает в себя 9 зданий. Уже сегодня почти половина площадей технопарка арендованы различными профильными фирмами и производствами. За прошлый год резиденты реализовали продукции на 940 млн руб., из них 86% составляют инновационные товары и услуги. Сейчас на базе биофармацевтического

технопарка разрабатывается 15 новых противовирусных препаратов.

Губернатор отметил, что биофармацевтическая и медицинская промышленность – это одна из «точек роста» региональной экономики. Работа по созданию и развитию биофармацевтического кластера ведётся давно и успешно. Для этого в регионе есть всё необходимое: сильная научно-исследовательская база, действующие современные предприятия.

Свердловская область входит в пятёрку ведущих российских регионов-производителей медицинского оборудования и лекарственных средств. На нужды здравоохранения работают более 50 предприятий, которые имеют успешный опыт в производстве современных препаратов, субстанций, медицинских изделий.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Здоровая жизнь

Их позвала лыжня...

На неё вышли будущие и нынешние медики Тамбовщины

Погода в день проведения всероссийского спортивного праздника «Лыжня России» в Тамбове выдалась как по заказу. Стоял лёгкий морозец, в воздухе мелькали мириады снежинок. И вот один за другим последовали старты: сначала младших мальчиков и девочек, потом подростков. В возрастной группе юношей и девушек стартовали студенты Тамбовского медицинского колледжа. Юноши преодолевали дистанцию 3 км, девушки – 2.

– Наши спортсмены показали хорошие результаты, придя к финишу практически друг за другом, – рассказывает руководитель физического воспитания медицинского колледжа Татьяна Семёнова.

Весёлые, раскрасневшиеся, счастливые, пришли они с лыжни. И были запечатлены на фото. Им, будущим медицинским работникам, особо понятна польза таких мероприятий.

– «Лыжня России» – наша лыжня!



Вот они – пропагандисты здорового образа жизни, учащиеся медицинского колледжа

– сказал за всех своих товарищей по учёбе активист и пропагандист здорового образа жизни Максим Тихомиров (на снимке – в центре).

Стартовали в этот день и медицинские работники здравоохранения областного центра. Среди них – представители коллектива Тамбовской областной больницы в

составе главного врача Александра Лутцева, его заместителей и другого персонала.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
соб. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.

Официально

Добровольность и человеческая солидарность

В Государственной Думе РФ состоялись парламентские слушания на тему «Актуальные проблемы развития законодательного регулирования донорства органов человека и их трансплантации в Российской Федерации».

Заседание открыл председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников, отметив, что вопросы донорства органов и их трансплантации занимают особое место в системе оказания медицинской помощи во всём мире.

С докладом на этих слушаниях выступил статс-секретарь – заместитель министра здравоохранения РФ Дмитрий Костенников. Он обозначил различные аспекты донорства органов в целях по-

следующей трансплантации, подробно остановившись на проекте федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации».

«В качестве основополагающих принципов новый законопроект о донорстве органов человека и их трансплантации предусматривает добровольность, человеческую солидарность, приоритет интересов человека над интересами общества, науки, предоставление донорских органов потенциальным реципиентам осуществляется по медицинским показаниям, а не на основе денежного или иного вознаграждения», – отметил Д.Костенников.

Далее он, в частности, подчеркнул, что законопроект «впервые вводит понятие донорства у несовершеннолетних и определяет

последовательность его реализации».

Также с докладами выступили помощник министра Ляля Габбасова, помощник министра Людмила Лоцман, главный трансплантолог Минздрава России Сергей Готье, руководители региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, представители профессионального сообщества и общественных пациентских организаций.

Разработанный Минздравом России проект федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» в целом получил единодушную поддержку собравшихся.

Олег ТРОПОЛЬСКИЙ.

МИА Сито!

Перспективы

Мужским здоровьем наконец озаботились

Министерство здравоохранения и социального развития Ульяновской области планирует создать на базе региональных медицинских учреждений кабинеты, специально предназначенные для приёма мужской части населения.

К активизации региональных властей на этот счёт привела весьма печальная статистика заболеваемости среди мужчин, проживающих в регионе. Согласно официальным данным, численность женского населения региона превышает мужское на 104,5 тыс. человек, а в трудоспособном возрасте разница достигает трёхкратного размера.

«Продолжительность жизни мужчин на 10% ниже, чем женщин. Они в 3 раза чаще страдают

ишемической болезнью сердца и в 6 раз – сахарным диабетом», – отметил губернатор Ульяновской области Сергей Морозов. – Мы направляем огромные средства на развитие здравоохранения, спорта. Но, несмотря на принимаемые меры, в 2014 г. в нашем регионе рост заболеваемости мужчин в возрасте от 18 до 60 лет составил 17,6%», – добавил он.

«Несмотря на снижение в 2014 г. смертности мужского населения от новообразований и внешних причин, в зоне нашего повышенного внимания остаются болезни системы кровообращения среди мужчин трудоспособного возраста», – как бы в унисон главе региона подчеркнул министр здравоохранения и социального развития Ульяновской области Павел Дегтярь.

В этой связи на территории региона планируется открыть сеть мужских консультаций на базе местных больниц и поликлиник.

Примечательно, что подобный опыт в нашей стране уже есть. Так, к примеру, мужская консультация функционирует в одной из больниц Чебоксар. Наряду с оказанием помощи по сугубо мужскому профилю – урологическому и антологическому там производится диагностика сердечно-сосудистых, эндокринных, респираторных и онкологических заболеваний с использованием абсолютно всех методов исследования, как лабораторных, так и инструментальных.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сито!

Ульяновск.

Перемены

Жильё для медиков в исторических местах

Правительство Новгородской области предусмотрело финансирование в размере 37 млн руб. для проведения работ по приспособлению объекта культурного наследия, расположенного на территории Новгородской областной клинической больницы, под современное использование. Согласно проектной документации, в двухэтажном здании будут расположены 6 квартир и 15 комнат гостиничного типа.

Данное здание внесено в список выявленных объектов культурного наследия Новгородской области в 2009 г. как «Комплекс построек бывшей психиатрической больницы, корпус 3 (здание кухни), начала XX века». В настоящее время

разработана научно-проектная документация по приспособлению объекта культурного наследия, которая прошла государственную и историко-культурную экспертизу, согласования со службами водо- и теплоснабжения. Начать работы по приспособлению объекта культурного наследия под современное использование планируется уже в этом году, завершение – в следующем.

В 2012 г. в Колмово, рядом с Новгородской ОКБ построен 36 – квартирный жилой дом для медицинских работников, позволивший, в том числе, переселить сотрудников учреждения из данного здания, служившего общежитием.

Примечательно, что вопрос обеспечения жильём новгородских медиков находится под патрона-

жем губернатора области Сергея Митина. В 2016 г. строительство будет продолжено – на территории областной больницы начнут возводить ещё одну 9-этажку для сотрудников отрасли.

В октябре 2014 г. завершён капитальный ремонт общежития для сотрудников Новгородской станции скорой медицинской помощи. 32 комнаты и 1 квартира на ул. Московской, 24, позволили закрыть потребность «скорой» в служебном жильё. Также в области реализуются проекты льготного субсидирования и ипотечного кредитования для медицинских работников.

Юлия РАЗИНКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Великий Новгород.

Деловые встречи

Это нам по силам!

В городе Раменское Московской области прошла областная научно-практическая конференция, посвящённая Всемирному дню борьбы против рака, организованная областным Минздравом, Московским областным центром медицинской профилактики, Московским областным онкологическим диспансером.

Девиз Всемирного дня борьбы против рака 2015 г.: «Это нам под силу!». Поэтому главное внимание было уделено здоровому образу жизни, ранней диагностике.

Была отмечена роль диспансеризации в выявлении злокачественных новообразований на ранних стадиях. Также были представлены перспективы развития взрослой и детской онкологической службы в Подмоскovie, современные аспекты диагностики и лечения злокачественных опухолей толстой кишки и печени.

С докладами выступили руководитель центра здоровья города

Раменское, доктор медицинских наук, профессор Р.Сафаев, учёный секретарь Института онкологии, радиологии и ядерной медицины ФНЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва кандидат медицинских наук Т.Шаманская, сотрудники отделения абдоминальной онкологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, заведующий онкологическим отделением Раменской ЦРБ В. Дмитриев и другие специалисты.

Заместитель руководителя Московского областного центра медицинской профилактики Ю.Шалягин напомнил, что при ведении здорового образа жизни и грамотной профилактики рака риск заболеть можно значительно снизить.

Наталья ЗУБКОВА,
заведующая отделом
Московского областного центра
медицинской профилактики,
кандидат медицинских наук.

Московская область.

Профилактика

Юбилей астма-школы

Для пульмонологов Омской областной клинической больницы стало традицией проведение в сельских районах Прииртышья выездных астма-школ.

Сейчас, например, бригада пульмонологов этого ведущего в регионе лечебно-профилактического учреждения проводит занятия с людьми, страдающими бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью лёгких, в Таврической ЦРБ.

Участниками первых занятий в астма-школе стали 52 человека. Как сообщила руководитель выездной бригады пульмонологов Омской областной клинической

больницы врач-пульмонолог Ирина Меньщикова, следующие занятия астма-школы будут проведены в марте в Одесском районе Омской области. Не останутся без внимания омских пульмонологов и другие сельские муниципальные территории, а их в Прииртышье 32. И до конца года специалисты выездной астма-школы намерены побывать в каждой из них. К слову, такие выезды пульмонологов проводятся вот уже 10 лет подряд. И нынешний год, выходит, юбилейный.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Криминал

Виновата «ситуация в стране»



Из Арбитражного суда Калужской области поступила информация об иске, поданным ЗАО «МСМ-Медимпэкс», что находится в подмосковном Королеве, к Министерству здравоохранения Калужской области. Сумма иска – почти 154 млн руб. Заседание суда назначено на середину марта.

В 2014 г. Калужская область объявила конкурс на поставку радиотерапевтической системы в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Конкурс, проведённый в сентябре, выиграла инжиниринговая

компания вышеназванной фирмы. Согласно заключённому контракту, фирма обязалась в течение 90 дней поставить оборудование и смонтировать его, а также обучить калужских специалистов работе на этом оборудовании. И, как утверждается, обязательства выполнена. Но расчёта не получила.

Руководство области заявило в средствах массовой информации, что это не единственный случай, но заверяет, что «всем всё отдадим, это вопрос времени и связан с общей ситуацией в стране».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Калуга.

Во исполнение плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие биотехнологий и геномной инженерии» Минздрав России разработал проект федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах». Он был одобрен на заседании Правительства РФ. Распоряжение о его внесении на рассмотрение Госдумы РФ подписано премьер-министром Дмитрием Медведевым.

Будущий закон призван определить основы государственного регулирования в сфере обращения биомедицинских клеточных продуктов. Это отношения, возникающие в связи с их разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, госрегистрацией, клиническими исследованиями, производством, хранением, утилизацией, транспортировкой, продажей, ввозом в нашу страну и вывозом из России.

Законопроектом вводится актуализированный терминологический аппарат, включающий такие основные понятия, как «биологический материал», «клеточная линия», «разработчик биомедицинского клеточного продукта», «донорство биологического материала», «аутологичный биомедицинский клеточный продукт», «аллогенный биомедицинский клеточный продукт».

Определяются также субъекты обращения клеточных продуктов (физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, и юридические лица, занимающиеся обращением клеточных

Проекты

Правительство «отрегулирует» закон

Он открывает интересные перспективы для развития геномной инженерии



В ОАО «Институт стволовых клеток человека»

продуктов), их права и обязанности в сфере такого обращения.

Кроме того, устанавливаются принципы государственного контроля (надзора) за обращением клеточных продуктов, включающие в себя лицензионный контроль в сфере их производства и федеральный госнадзор в сфере обращения.

Законопроектом также устанавливаются полномочия экспертного учреждения по проведению экспертиз клеточного продукта и требования, предъявляемые к экспертам при проведении экспертиз таких продуктов, их права и обязанности.

Кроме того, устанавливаются порядок представления разработчиком клеточного продукта документов в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти для государственной регистрации клеточного продукта, а также порядок и размер уплаты

государственной пошлины при выполнении государственной регистрации клеточных продуктов.

Законопроектом определяются условия и порядок получения биологического материала у донора для производства клеточного продукта, вводятся нормы, позволяющие производить и использовать в медицинской деятельности персонализированные (аутологичные) клеточные продукты, содержащие собственные клетки пациента.

Минздрав России наделяется, в частности, полномочиями по утверждению правил доклинических исследований клеточных продуктов, их госрегистрации, утверждению порядка проведения мониторинга безопасности применения клеточных продуктов, лицензированию их производства.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Ситуация

Обнародовать цены на лекарства

Информация о результатах прокурорских проверок, похоже, утаивается

Общественная палата РФ обратилась к генпрокурору России Юрию Чайке с просьбой предоставить публичную информацию о результатах проверок цен на лекарственные препараты в разных регионах страны.

Соответствующий запрос направлен членом Комиссии Общественной палаты по социальной поддержке граждан и качеству жизни Павлом Сычёвым, избранным в палату от общероссийских общественных объединений и иных некоммерческих организаций. «В январе 2015 г. органами прокуратуры РФ проводились проверки, направленные на выявление и пресечение нарушений законодательства в сфере ценообразования на внутреннем рынке... Прошу вас предоставить публичную информацию о результатах проверок цен на лекарственные средства, о причинах, способствующих росту цен, в том числе на средства из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), если такие факты имеются», – говорится в обращении.

П.Сычёв просит также сообщить об общей эффективности проведенных проверок с точки зрения их влияния на пресечение нарушений законодательства в сфере ценообразования. «Для отслежи-

вания ситуации с лекарственными препаратами прошу предоставить информацию о том, на какие конкретно лекарственные средства и в каком количестве наблюдается рост цен. Предоставить информацию об основных нарушениях в сфере ценообразования на рынке лекарственных препаратов, и были ли привлечены к ответственности нарушители законодательства», – пишет член Общественной палаты в Генпрокурору России.

«Проверки, которые проводились в январе органами Прокуратуры РФ в торговых сетях и продуктовых магазинах на предмет выявления необоснованной цены на продукты питания, оказались эффективными. Выявлены нарушители, понёсшие ответственность, а самое важное – рост цен на самые необходимые продукты был остановлен. В ходе проверок также были проведены множественные рейды по аптекам на предмет мониторинга необоснованного роста цен на лекарственные препараты, однако полной информации о результатах в публичном доступе до сих пор нет. Покупатели должны и обязаны знать нерадивых торговцев, и в отношении к ним должны быть предприняты самые жёсткие меры», – убеждён П.Сычёв.

Как сообщили ранее в Минздраве России, цены на лекарства повысились в стране в январе

2015 г. на 15%, при этом рост цен на ЖНВЛП составил около 4%. А председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев заявил, что цены на лекарства, по экспертным оценкам, вырастут у нас в этом году на 20%. При этом он констатировал, что в настоящее время уже зарегистрирован рост цен на лекарства, что, по его словам, отчасти связано с колебанием валютного курса, а отчасти – «просто со спекуляцией».

Резкий рост стоимости медикаментов на фоне подорожания доллара и евро эксперты объясняют большой долей импорта на российском фармацевтическом рынке. Сейчас в стране только треть препаратов отечественного производства. Согласно указу Президента РФ, к 2018 г. власти должны сократить долю импорта до 10%.

В 2014 г. инвестиции из федерального бюджета на реализацию «Развития фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» составили 12 млрд руб. Пик же придёт на 2015 г., к окончанию которого в отрасль предусматривается направить более 13 млрд руб.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Перспективы

Частные медучреждения планируют работать в системе ОМС при условии дополнительной оплаты медицинской помощи гражданами. Такие предложения Ассоциация частных клиник Москвы и Центрального федерального округа разработала к ближайшему заседанию Госсовета по малому и среднему бизнесу. По мнению авторов инициативы, нововведения позволят увеличить конкуренцию и качество услуг в секторе здравоохранения.

Слова А.Грота подтверждаются и данными Всероссийского центра изучения общественного мнения. Так, согласно исследованиям ВЦИОМа, в 2013 г. 20% россиян были готовы доплачивать за медицинские услуги в среднем 1,3 тыс. руб. в месяц, а в 2014 г. уже треть опрошенных ориентировалась на сумму 1,9 тыс. руб.

Кроме того, руководство нескольких крупных сетевых частных медучреждений подчёркивает, что тарифы ОМС, функционирующие в настоящее время, вносят не-

Не без доплат

Если пациент захочет выбрать клинику или получить помощь без очереди, придётся раскошелиться?

Целью данной программы является увеличение доли малых и средних предприятий в отрасли в 10 раз (с 1,5 до 10-15%). Добиться столь эффективных показателей планируется посредством фиксации доли малых и средних предприятий в госзаказе по ОМС на уровне не менее 15% в каждом регионе Российской Федерации. Наряду с этим представители Ассоциации частных клиник предложили предоставить гражданам возможность расширять условия ОМС, доплачивая за услуги личными средствами или же за счёт полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), тем самым создавая программу «ОМС+».

Перехода на такую систему не избежать. Добровольное участие пациентов в платежах – это мировой тренд. Например, во Франции и ряде других стран Европы они доплачивают за услуги от 10%. Если пациент хочет выбрать госпиталь или получить помощь без очереди, то доплата может составлять и 30, и 50%, – отметил глава Ассоциации частных клиник Москвы и ЦФО Александр Грот.

мало сложностей в работу частных клиник.

– При внедрении модели «ОМС+» частные клиники с удовольствием расширят перечень услуг. Привлекательность работы в системе ОМС вырастет, если у пациентов появится возможность оплачивать расходы сверх тарифа ОМС наличными либо покрывать их за счёт страховки ДМС, – уверен вице-президент группы компаний «Медси» Александр Троицкий.

– Возможность обращения пациентов в частные медучреждения создаст конкуренцию за пациента с полисом ОМС, что даст экономии бюджетных средств за счёт оптимизации государственных медучреждений, – говорит он.

По мнению экспертов, вероятность внедрения системы «ОМС+» весьма и весьма высока. Это предусматривает уже одобренный общественным советом при Минздраве России проект стратегии развития здравоохранения до 2030 г.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Классики утверждали, что статистика знает всё. В свою очередь, сама статистика подвержена субъективным и объективным факторам. К первым относятся подтасовки и передёргивания в мире «беспристрастных» цифр; «на второе» можно «подать» исторический, или, если хотите, социальный фон, на котором происходит действие.

Общеизвестно, что периоды социальных потрясений зачастую сопровождаются катаклизмами природного характера, ростом заболеваний, иногда – эпидемиями. Это хорошо видно на графиках кривых, где пиковые значения совпадают во времени с периодами перемен. Поводом к таким размышлениям стали как раз статистические данные, озвученные на планёрке в Министерстве здравоохранения Ставропольского края, когда с отчётом выступал главный врач краевого клинического кожно-венерологического диспансера Михаил Земцов. Сразу оговоримся, что на сегодняшний момент речь не идёт о каких-то эпидемиях, более того, поводом для настоящего повествования стали как раз успехи ставропольских медиков в этой сфере здравоохранения.

Поскольку в докладе внимание акцентировалось на теме борьбы с сифилисом, уместно будет привести данные статистики именно по этому заболеванию. Если сегодня в целом по России этот показатель составляет 30 на 100 тыс. населения, то на Ставрополье эта цифра в 2 раза ниже – 14,2. К слову сказать, Ставрополье знало и другие времена, опять же, в эпоху вышеназванных перемен.

Цифры показались впечатляющими, а тема – по меньшей мере злободневной, и по окончании планёрки М.Земцов дал интервью нашей газете, а также пригласил на «экскурсию» в возглавляемое им ЛПУ (в тот момент сработал «бытовой инстинкт», и я чуть было не процитировал известного киногероя – «Нет уж, лучше вы к нам»).

– Действительно, в начале 90-х годов, когда разваливался СССР, в нашем крае отмечался всплеск сифилиса, заболеваемость была почти в 3 раза больше, чем в целом по России, тогда мы занимали печальное третье место по стране. В то время значительную долю статистики дали курорты Кавминвод и Карачаево-Черкесии, которая на тот момент входила в состав Ставропольского края.

Можно привести такой пример – в ареал одного эпидочага вошло 120 (!) человек: в Домбае нашёл очень любвеобильный работник сервиса, каждый из его половых партнёров также не ограничивал себя в связях и т.д. – в геометрической прогрессии. Не отставали в подобной активности Кисловодск, Ессентуки... Раньше отдыхали по 24 дня, северяне – вообще по полтора месяца, за это время успевал пройти инкубационный период, и вполне можно было «поймать» первичный сифилис, тем более – гонорею. Что поделаешь – курортный роман, многие за этим и едут отдыхать. Я бы не стал уповать только на падение нравов, например, в той же Америке, на которую привыкли кивать, штаты, где практически нет заболеваний сифилисом, на специальной карте отмечены белым цветом, а штат Флорида – тоже курортное место, весь испещрён значками. При том, что там несколько иная система статистики, сути это не меняет: поведенческая реакция людей везде одинаковая.

– Михаил Алексеевич, Россия совершила гигантский

скачок – увеличение заболеваемости более чем в 10 раз – от 2,5 на 100 тыс. населения до 30!

– Действительно, и пик пришёлся на 1997-1998 гг.

– Давайте вспомним – это было время обострения экономического кризиса, который завершился дефолтом.

– Да, в некоторых регионах статистика отмечала запредельные показатели – более 300 на 100 тыс., а в Бурятии, Туве, Кемеровской области вообще зашкаливали – за 1000 на 100 тыс., то есть там сифилисом болел, по сути, каждый сотый житель. Для сравнения скажу, что такой рост заболеваемости в России

был выявлен работник с заразной формой сифилиса, нам пришлось в экстренном порядке ставить всех детей на превентивное лечение. Если бы профосмотр проводился через 3 месяца, вероятность диагностики при раннем сифилисе – практически 100%.

– А кому пришлось в голову сократить количество профосмотров? Выражаясь лексикой тех «декретных» лет, это просто вредительство какое-то.

– Здесь очень постарались предприниматели,



Михаил Земцов

«молод» сифилис в Ставропольском крае?

– На моей памяти – а я работаю главным врачом уже 26 лет – был всего один случай приобретённого сифилиса у мальчика 11 лет, в последние же годы ничего подобного нет. Что касается профилактики, то основной прицел мы делаем на студентов и учащихся старших классов. Кроме того, вот уже 5 лет работает Центр «Доверие» для детей, попавших в трудную жизненную ситуацию именно по вензаболеваниям. На первых порах доверия не было и пациенты с опаской относились к этим начинаниям, но потом потихоньку потянулись, стали приводить друзей.

Ориентиры

«Земцкая» медицина даёт щедрые плоды

Самые характерные моменты из поучительной беседы с одним из лучших врачей-инфекционистов России – Михаилом Земцовым

отмечался только во время Гражданской войны.

– Как удалось обуздать ситуацию?

– Мы подключили все ресурсы, какие только можно – административный, образовательный, новые медицинские технологии в диагностике. Сработало и то, что Ставропольский край был выбран для участия в пилотном проекте по отработке системы раннего активного выявления сифилиса. В общем, к концу

которые не хотят оплачивать частые профосмотры своих работников. Конечно, всё это подавалось под другим соусом: частые осмотры – нарушение прав человека и т.п. В итоге мы сейчас имеем приказ, который добросовестно исполняем.

– Получается, что лишний раз пройти медосмотр – нарушение прав, а права детей, которые оказались из-за этого под угрозой заражения, никого не интересуют?

– Получается так. Я бы всё оставил по-прежнему, но у нас ведь всё с перекосами. «Повоевать», но уже по другому поводу, пришлось и в начале 2000-х годов, когда придумали, что больные, расположенные в городах и районах, должны стать муниципальными, а те, что в краевом центре, – городскими. Зачем это было нужно, не знаю, но в этой чехарде с перелицензированием мы едва не потеряли диспансеры, они вообще оставались «за бортом». Чудом удалось их отстоять. А как

курортным городам – Кисловодску, Ессентукам без них? Мы уже говорили про «курортные романы»... А промышленный город, который всегда на высоких цифрах и по сифилису, и по гонорее. Как этим городам без диспансеров? Пришлось повоевать, но всё-таки удалось убедить чиновников в Москве. Самое интересное, что по нашему варианту – сохранение диспансеров путём превращения их в филиалы госучреждений потом пошла и вся Россия.

– Можно считать, что основа сегодняшнего успеха была заложена именно тогда?

– Несомненно. Но успех во многом зависит и от того, что нам удалось сохранить не только собственно систему дерматовенерологической службы края, но и наш коллектив. Если говорить о нашем диспансере, то он славится, прежде всего, династиями. Можно назвать такие фамилии: Калина, Бурменские, Халайчевы. Например, в каждом отделении работают преимущественно родственники. Там у нас очень тяжёлые больные, и для обычного человека это может быть не совсем приятно: язвы, эрозии, неприятный запах. Их нужно помыть, обработать, это очень кропотливая работа, но кому-то надо и её выполнять. Если кожного больного сегодня плохо обработать, завтра заболевание даст вспышку. Если к нему не прикасаются человеческие руки в плане ухода, вытащить его невозможно ни таблетками, ни мазями. В каждом отделении у нас великолепные медсёстры – тётки и племянница.

– Можно сказать, семейственность в хорошем смысле слова, ведь по блату обрабатывать язвы не устраиваются...

– Когда в коллективе есть родственники, это решает многие вопросы. Во-первых, наставничество: кто как ни родственник поможет и подскажет лучше других; во-вторых, что очень важно при нашей работе, – ответственность и качество.

– При том, что в вашем диспансере у всех золотые руки, многое ведь зависит от своевременного и точного диагноза.

– Несколько лет назад у нас появилась техника для иммуноблотинга на сифилис – это на сегодня самая точная диагностика, в России такое оборудование есть далеко не везде. Вот пример действия по этой методике. Женщина 5 лет лечилась от бесплодия, потом забеременела. Но обследование показало положительные серореакции. И вот мы думаем: может быть, они всё-таки ложноположительные? Дал знать о себе старый сифилис, или это иммунный вираж? Сделали иммуноблоттинг – сифилиса нет. И мы теперь спокойны и за неё, и за ребёнка.

– Коль уж коснулись темы детей, что делается в плане профилактики и насколько

– Чтобы не путаться в терминах, где граница между «детьми» и «подростками» применительно к вашей службе?

– Согласно законодательству, гражданин Российской Федерации с 15 лет может обратиться за медицинской помощью самостоятельно, а до этого возраста – только с родителями или опекунами.

– Можно считать, что обратная связь как результат напряжённой работы вашего коллектива пришла как раз в виде хорошей динамики статистических данных (прилагательного «положительный» стараюсь избегать в контексте разговора), значит, каждодневный кропотливый труд даёт плоды.

– Наверное, так оно и есть.

* * *

Закончить повествование хотел бы небольшим штрихом к портрету собеседника. По окончании школы Михаил Земцов решил поступать в лётное училище, но случилось так, что получил травму носа, и медкомиссия однозначно закрывала путь «в небо». Тут и вспомнил про врачебную династию: родители Миши всю жизнь трудились на ниве здравоохранения: мама Светлана Чкалова 62 года проработала заведующей ФАПом и на пенсию ушла в 83 года, отец Алексей Земцов трудился на скорой помощи, долгое время возглавлял Карачаево-Черкесский областной противотуберкулёзный диспансер. В своё время добился приёма у Валентины Терешковой и привёз в регион 6 передвижных флюорографов. Стаж работы более 50 лет.

Вот так Михаил Земцов, впоследствии отмеченный на Всероссийском конкурсе «Лучший врач» (2-е место в номинации «лучший врач-инфекционист» в 2011 г.), и стал продолжателем династии медиков. Выходит так, что авиация осталась «с носом», а медицина – в нашей интерпретации «земцкая» – здорово выиграла.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Фото автора.



Лаборант-техник Елена Паршуткина – специалист по ПЦР

90-х годов благодаря всем этим мерам ситуация пошла на спад. К сожалению, не всё из арсенала того времени удаётся применять сейчас. Например, если раньше людей из так называемой «декретированной группы», имеющих по работе контакты с большим количеством людей (воспитатели, учителя, повара и т.д.) мы приглашали на профосмотр 4 раза в год, то сейчас – только 1 раз. Ситуация осложняется тем, что если такой человек заболевает, он сразу даёт эпидочаг. И такой случай произошёл – год назад в одном из детских садов Ставропольского края

курортным городам – Кисловодску, Ессентукам без них? Мы уже говорили про «курортные романы»... А промышленный город, который всегда на высоких цифрах и по сифилису, и по гонорее. Как этим городам без диспансеров? Пришлось повоевать, но всё-таки удалось убедить чиновников в Москве. Самое интересное, что по нашему варианту – сохранение диспансеров путём превращения их в филиалы госучреждений потом пошла и вся Россия.

– Можно считать, что основа сегодняшнего успеха была заложена именно тогда?

Медики отмечают: зачастую пациенты путают плохое настроение или кратковременные эмоциональные реакции на проблемы в повседневной жизни с депрессией. Между тем последняя является одним из распространённых психических расстройств, для которого характерны уныние, потеря интересов или желаний, чувство вины или низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, чувство усталости и плохая концентрация, суицидальные мысли.

Об этом на встрече с журналистами рассказал заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Юрий Сиволап. Он сообщил, что сегодня в мире этим заболеванием страдает 350 млн человек, а у каждого седьмого жителя планеты хотя бы раз в жизни были депрессивные расстройства. Ежегодно 10% людей в мире сталкиваются с депрессией, 17% страдают от этого заболевания на протяжении всей жизни.

Разглядеть симптомы

– Под влиянием тяжёлых обстоятельств, таких как смерть близких, унижение (особенно характерно для отдельных культур), разочарование, утрата социального статуса, а также финансовые потери, определённая психологическая ответная реакция вполне ожидаема и рассматривается как нормальное явление.

Как раз отсутствие какой-либо реакции в таких обстоятельствах является ненормальным, и подобное равнодушие, апатия может быть проявлением иного психического расстройства, – замечает Ю.Сиволап.

Однако при этом для медиков и пациентов существует ряд серьёзных проблем. Так, несмотря на возможность эффективной терапии, депрессия часто остаётся нераспознанной и, следовательно, неизлеченной, особенно в старшем возрасте. Депрессия имеет стёртое течение, либо надевает маску физической болезни или неврологического расстройства; она может «заслоняться» проявлениями сопутствующей болезни.

Далеко не все врачи ассоциируют такие симптомы, как навязчивая головная боль, головокружения, обидчивость и конфликтность пожилых людей с этим тяжёлым заболеванием. Так же, впрочем, как и детские страхи, расстройства сна и кошмарные сновидения, снижение успеваемости, нарушения поведения с преобладанием раздражительности и агрессии. В большинстве своём родители станут в лучшем случае утешать, а в худшем – наказывать ребёнка с подобными симптомами, нежели поведут к врачу.

Но есть и сугубо медицинская проблема: иногда даже при успешном распознавании депрессии антидепрессанты назначаются не всем пациентам. Во-первых, антидепрессанты часто (и, в общем-то, необоснованно) приписывается способность вызывать зависимость. Во-вторых, депрессия, связанная со стрессами, невзгодами и другими очевидными причинами, воспринимается как «понятное», а значит, не требующее лечения состояние.

Главный симптом депрессии – снижение настроения – обычно не воспринимается в качестве признака болезни. Поэтому некоторые врачи полагают, что настроение нельзя изменять лекарствами. Они стараются на путь упомянутых нами родителей: вместо лечения пациенту предлагается отдохнуть, развлечься, чем-то заняться.

Проблемы и решения

За депрессию пора браться всерьёз

Иначе она станет глобальной проблемой человечества



А этого, по мнению Ю.Сиволапа, ни в коем случае не следует делать! Подтверждением может служить история канадки Милен Пакетт, которая в 2013 г. в одиночку на вёслах пересекла Атлантический океан. За 4 месяца она преодолела 5 тыс. км. А подвигла её на это... водобоязнь! После многочисленных советов «взять себя в руки» Милен отправилась в столь тяжёлое и рискованное путешествие. И что же? По возвращении домой фобия вернулась с прежней силой.

Дело в том, что в основе депрессии и других психических расстройств лежат не слабость духа и безволие, а нейрохимические изменения, требующие фармакологического воздействия.

Поэтому советы в духе «перестать об этом думать» и «взять себя в руки» беспомощны, усугубляя чувство одиночества, беспомощности и непонимания окружающими, способствуют усилению депрессии и суицидальных мыслей.

Один шаг к суициду

Причины суицидальных мыслей и суицидов обусловлены тем, что тяжёлая депрессия – крайне мучительное состояние, и смерть воспринимается больным как избавление.

Прошлое выглядит как сплошная цепь ошибок, настоящее ощущается безвыходным, в будущем не ожидается ничего хорошего, и смерть представляется единственным выходом.

Самооценка пациента обычно

у женщин. Появление одного из расстройств – злоупотребления алкоголем или депрессии в раннем подростковом или молодом (15-29 лет) возрасте рассматривается в качестве маркера повышенного риска последующего формирования другого расстройства, особенно у женщин. Но что самое страшное: доказано, что «алкоголь смазывает шестерни суицидального поведения, приводя в движение акт самоубийства». Риск появления большого депрессивного расстройства, связанных

Тем не менее, Ю.Сиволап с удовлетворением отмечает изменения отношения к этому заболеванию в нынешнем веке: всё реже проявляется незаслуженная зловещая стигма в отношении подобных пациентов, они всё чаще получают амбулаторную помощь в обычных многопрофильных больницах, а большие психиатрические больницы колониального типа постепенно уходят в прошлое.

В психиатрии на смену умозрительным теориям приходят современные научные представ-

с ним суицидальных мыслей и суицидального поведения, а также сильной тревоги и бессонницы при повторяющемся тяжёлом пьянстве в среднем оценивается в 40%.

Печальным примером коморбидной депрессии и алкогольной зависимости может служить недавняя жизнь известного американского писателя Эдгара Аллана По (1809-1849).

Поэтому данное заболевание следует рассматривать не только как медицинскую, но и как социально значимую проблему.

Тенденции мировой психиатрии

– Эффективные способы лечения депрессии существуют, – говорит Ю.Сиволап. – И чем раньше пациент получит надлежащее лечение, тем оно будет успешнее. Здесь главное для пациента – решиться на посещение врача. По его мнению, лёгкую депрессию должны уметь лечить терапевты, поскольку к психиатру пойдёт далеко не каждый человек (даже знающий, что депрессией страдали Гоголь и Шостакович, Ив Сен Лоран и Энтони Хопкинс, многие другие известные люди).

Во многих странах (например, во Франции) так и есть: помощь людям с психическими расстройствами оказывают врачи общей практики. Согласно экономическим расчётам, лечение депрессии в рамках оказания первичной медицинской помощи целесообразно и способствует сокращению издержек.

Звучит убедительно, однако для того, чтобы поставить диагноз «депрессия» (что, как мы уже говорили, не так и просто), терапевтам, скорее всего, необходимо будет пройти дополнительное обучение.

ления, она становится схожей с другими разделами клинической медицины, например, с хирургией, общей терапией, акушерством и гинекологией.

В соответствии с Программой ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья предпочтительным методом лечения депрессии является психосоциальная поддержка в комбинации с приёмом антидепрессантов или прохождением курса психотерапии. В настоящее время доступны эффективные и малозатратные методы лечения, способные улучшить качество жизни и здоровье миллионов людей во всём мире, страдающих от депрессии.

Как любое серьёзное заболевание, депрессия значительно снижает качество жизни. Она сопутствует многим другим болезням, почти всегда ухудшая их течение. Это также и одна из наиболее инвалидизирующих патологий по количеству дней нетрудоспособности, поскольку подобные расстройства, как правило, начинаются в юном возрасте и оказывают существенное влияние на работоспособность людей, чему немало способствуют частые рецидивы.

Сейчас депрессия занимает четвёртое место в мире среди причин инвалидности. По прогнозам специалистов, к 2020 г. она переместится на второе место, а к 2030 г. станет наиболее значимой проблемой здравоохранения. Пора делать серьёзные выводы и приступать к решительным действиям.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Новости

У сахалинских реабилитологов – обновление

Оздоровительные программы на самом передовом оборудовании стали доступны островитянам, проходящим лечение в сахалинском областном реабилитационном центре «Аралия». В начале этого года в учреждении, перешагнувшем 40-й юбилей, завершён первый этап капитального ремонта.

Значительным переделкам подвергнуты жилые помещения – отремонтировано более 40 номеров, в каждом из них рекон-

струировали санузлы, поменяли напольные и настенные покрытия, установили бытовую аппаратуру. Капитальная реконструкция произошла и в лечебных отделениях. Помещения, в которых ещё полгода назад осыпалась штукатурка, изменились кардинальным образом.

Интерьер лечебных кабинетов и коридоров оформлен в современном стиле, в соответствии с медицинским назначением помещения. Модернизация учреждения затронула и лечебно-аппаратный

комплекс – на вооружении специалистов появилась самая современная техника, позволяющая внедрять комплексный подход для восстановления здоровья.

Это уникальное оборудование для реабилитации инвалидов, пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с постинсультными состояниями, ортопедическими заболеваниями, болезнями периферической нервной системы и другими недугами. На оборудование потрачено 45 млн руб. По оценкам

специалистов, которые обслуживают медицинскую аппаратуру на всём Дальнем Востоке, равного оборудованию, которым ныне располагает реабилитационный центр «Аралия», от Урала до Владивостока нет. Среди самых передовых приобретений учреждения – интерактивный стол с обратной биологической связью и стабилометрической платформой и многое другое. Один из компонентов восстановительного лечения, применяемого в «Аралии», – грязелечение.

Преобразования санатория на этом не завершены. В этом году в учреждении будет продолжен капитальный ремонт – в жилом секторе и пищеблоке. В перспективных планах руководства учреждения – развитие системы реабилитации на всём острове, создание условий для восстановительного лечения в муниципальных образованиях региона.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

В Новосибирске за «круглым столом» обсудили возможность создания регионального регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток (ГСК).

Очевидно, что существующая в нашей стране система оказания высокотехнологичной помощи онкологическим больным, нуждающимся в трансплантации стволовых клеток или костного мозга, пока не может считаться оптимальной. И главная проблема – типирование и подбор доноров.

По единодушному мнению специалистов, в такой многонациональной стране, как Россия, с населением свыше 140 млн человек, в едином Национальном регистре доноров ГСК должно быть не менее 5 млн. Пока же во всех немногочисленных регистрах, существующих автономно друг от друга, насчитывается только 30 тыс. доноров.

Самый крупный из созданных к сегодняшнему дню в Российской Федерации регистров доноров стволовых клеток работает в Кирове, но в его базе данных в основном доноры из европейской части страны. Учитывая многообразие генотипов в популяции населения РФ, необходимо также заниматься рекрутингом и типированием доноров на огромной территории от Урала до Сахалина. Представители Кировского НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России приехали в столицу Сибири, чтобы обсудить с коллегами сложившуюся ситуацию.

– Искать доноров стволовых клеток и костного мозга для российских больных нередко приходится за границей. Наша

«Круглый стол»

Регистр плюс

Почему доноров для наших больных нередко приходится искать за границей?



Академик РАН Владимир Козлов (слева) и директор Кировского НИИ гематологии и переливания крови Игорь Парамонов

общая задача – обеспечить их медицинской помощью здесь, в России. Новосибирский центр крови, где уже создана лаборатория иммунотипирования, вполне готов к тому, чтобы организовать на его базе сибирский регистр доноров стволовых клеток. В идеале же для потребностей такой страны, как наша, необходимо 10 подобных лабораторий иммунотипирования, – убежден директор Кировского НИИ гематологии и переливания крови Игорь Парамонов.

Как пояснил главный врач

Новосибирского центра крови Константин Хальзов, за 2 года организованная здесь лаборатория иммунотипирования накопила опыт типирования крови пациентов и доноров для родственной трансплантации стволовых клеток и костного мозга. В активе уже есть успешные операции пересадки ГСК. При наличии финансирования лаборатория готова создавать базу данных доноров и для аллогенных пересадок стволовых клеток.

Идею создания регионального регистра поддержали

министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванинский и директор НИИ клинической иммунологии академик РАН Владимир Козлов.

– Безусловно, это потребует финансовых вложений от бюджета региона, но даже в нынешнее экономически сложное время мы должны реализовать такие социально значимые проекты, – считает О.Иванинский.

Более того, участники встре-

чи считают правильным предложить минздравам субъектов Сибирского федерального округа тоже участвовать в проекте. Каждая территория получит возможность провести на базе Новосибирского центра крови типирование «своих» доноров и пациентов онкоклиник. Из полученных данных можно будет сформировать Сибирский регистр доноров стволовых клеток, который в свою очередь станет частью Национального.

Кто-то из присутствующих в шутку назвал обсуждаемую тему политикой импортозамещения в гематологии: доноров ГСК для наших сограждан нужно искать не за рубежом за немалые деньги, а в своём отечестве, и желательно – в своём регионе. И в этой шутке 100% правды.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.



В лаборатории иммунотипирования Новосибирского центра крови

Перспективы

«Национальная медицинская палата создаёт общероссийскую систему досудебного и внесудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом и третейского судопроизводства. Необходимость в системном подходе к правовому урегулированию конфликтов между врачами и пациентами назрела уже давно. Для этого нам следует создать условия для подготовки специалистов – только в этом случае и врач и пациент смогут получить объективную оценку ситуации, а также правовую защиту», – заявил президент НМП Леонид Рошаль. К сожалению, до сих пор не был создан ни один эффективный алгоритм досудебного разбирательства на государственном уровне.

«С самого начала своего существования НМП развивает систему защиты как врача, так и пациента, а также ищет способы наиболее действенного и эффективного урегулирования споров между ними, – отметил Л.Рошаль. – Успешный опыт в этом направлении есть у наших коллег – Врачебной палаты Смоленской области. Вот уже несколько лет при этой организации функционирует третейский суд. За годы

Во избежание конфликтов

Требуются специалисты, чтобы врачи и пациенты всегда могли получить правовую защиту



Леонид Рошаль

его работы было рассмотрено свыше 700 жалоб по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи», – подчеркнул он.

Примечательно, что подавляющее большинство конфликтных ситуаций было урегулировано на досудебном уровне с помощью экспертов

из коллегии досудебного разрешения споров, и лишь единичные случаи были доведены до разбирательства в судебном порядке. «Настало время распространить успешный опыт Врачебной палаты Смолен-

являющихся членами НМП. Первоочередной задачей стартового проекта является обучение членов НМП по программам повышения квалификации в сфере третейского судопроизводства, а также создание региональных центров по урегулированию конфликтов между врачами и пациентами.

Стоит заметить, что учёба в этом направлении для членов НМП будет бесплатной. Обучение будет проходить на базе Института последипломного медицинского образования в Смоленске по двум программам: «Основы медиации» и «Организация деятельности третейских судов в здравоохранении и социальной сфере».

«В рамках этого проекта предполагалось обучить по каждой программе 2 человек от каждого региона нашей страны, – сказала Наталья Аксёнова, председатель Врачебной палаты Смоленской области. – Однако мы вполне способны обучить вдвое

больше. Таким образом, пройти бесплатное обучение по этим программам смогут более 300 человек».

Данный проект предполагает очно-заочную форму обучения с элементами дистанционного образования. По окончании образовательного курса будут выданы удостоверения установленного образца, позволяющие официально работать в рамках данной профессии.

«Обучение начнётся с 1 марта, и мы уже получили и продолжаем получать массу заявок из регионов», – заметила Н.Аксёнова.

Наряду с этим при НМП планируется также создать всероссийские коллегии по третейским судам и досудебному урегулированию споров. Проект также включит в себя проведение «круглых столов», конференций и прочих мероприятий по обмену опытом в этой области.

Марк ВИНТЕР.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 12 (1864)

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений.

Кроме того, в настоящее время выделяется как самостоятельная нозологическая форма – недифференцируемый неспецифический язвенный колит, это «промежуточная» форма между НЯК и болезнью Крона (БК), при которой у пациента с типичной картиной НЯК имеются клинические и/или эндоскопические, и/или рентгенологические, и/или патоморфологические признаки, характерные для БК.

Этиология и патогенез

НЯК встречается повсеместно, чаще в странах с умеренным климатом, заболеваемость в городах выше, чем в сельской местности. НЯК наиболее широко распространён в индустриально развитых странах, особенно в Европе и Северной Америке. Так, в США распространённость НЯК составляет 116 на 100 тыс. населения, в Италии – 121, в Канаде – 37,2. Частота выявления новых случаев НЯК в Северной Америке и Северной Европе колеблется от 3 до 16 наблюдений на 100 тыс. населения в год. В Канаде воспалительными заболеваниями кишечника страдает около 5% всего населения. В Москве распространённость НЯК составляет до 20,6 на 100 тыс. жителей.

Наибольшее число случаев заболевания приходится на возраст 20-40 лет, чаще 20-29 лет. Второй пик отмечается в старшей возрастной группе – после 55 лет. Наивысшие показатели смертности – в течении первого года болезни, вследствие крайне тяжёлого и молниеносного течения заболевания, а также через 10 лет после его начала – из-за развития у пациентов колоректального рака. Мужчины и женщины болеют НЯК почти одинаково часто.

Причины возникновения заболевания до конца не изучены. Высказывались различные, зачастую противоречивые точки зрения, касающиеся этиологии и патогенеза НЯК. Был выдвинут ряд теорий возникновения заболевания: инфекционная, ферментативная, алиментарная, нервная, аллергическая, сосудистая и др.

В настоящее время обсуждаются три основные концепции этиологии НЯК:

1. Заболевание вызывается непосредственным воздействием некоторых экзогенных факторов окружающей среды. В качестве основной причины рассматривается инфекция.

2. Язвенный колит является аутоиммунным заболеванием. При наличии генетической предрасположенности организма воздействие одного или нескольких триггерных факторов запускает каскад механизмов, направленных против собственных антигенов. Аналогичная модель характерна для других аутоиммунных заболеваний.

3. Развитие НЯК обусловлено дисбалансом иммунной системы желудочно-кишечного тракта. На этом фоне воздействие разнообразных неблагоприятных факторов приводит к чрезмерному воспалительному ответу, который возникает из-за наследственных или приобретённых нарушений в механизмах регуляции иммунной системы.

Генетические факторы играют важную роль в патогенезе НЯК. Семейные случаи НЯК регистрируются с частотой 6-30%. Зафиксирована связь неспецифических воспалительных заболеваний кишечника с рядом генетических синдромов, а также заболеваниями, имеющими генетическую предрасположенность. Установлено множество фактов, свидетельствующих об участии наследственных механизмов в генезе НЯК. Кроме того, наследуется различная иммунологическая реактивность – различные варианты иммунного ответа на различные повреждающие факторы.

При НЯК всегда выявляется дисбиоз кишечника, который активно влияет на

секреторную, моторную и другие функции кишечника и коррелирует с тяжестью воспаления кишечной стенки. В настоящее время повышенная проницаемость кишечного барьера рассматривается в качестве одного из патогенетических механизмов развития НЯК, при этом учитываются патологическая реакция на кишечную флору и нарушение иммунной регуляции на уровне кишки.

Большое значение в патогенезе НЯК имеют факторы окружающей среды. Так, у курильщиков НЯК встречается реже, так как никотин подавляет продукцию ИЛ-2 и TNF. Факторами риска являются приём нестероидных и противовоспалительных препаратов, пероральных контрацептивов,

избыточное потребление легкоусвояемых углеводов, а также дефицит полиненасыщенных жирных кислот.

К настоящему времени выявлены значительные иммунологические нарушения при НЯК. Важную роль в регуляции иммунного ответа и воспалительной реакции играют цитокины – низкомолекулярные белковые вещества, которые выделяются клетками для взаимодействия друг с другом. У больных НЯК существует дисбаланс между провоспалительными (ИЛ-1, ИЛ-8, ИЛ-8, TNF-альфа, интерферон-γ) и противовоспалительными (ИЛ-4, ИЛ-10, TGF-β, ИЛ-2) цитокинами.

Существенная роль в патогенезе НЯК отводится нарушению барьерной функции слизистой толстой кишки, когда бактериальные агенты могут проникать в глубокие ткани кишки, запустив каскад воспалительных и иммунных реакций. Таким образом, генетическая предрасположенность, возможности иммунного ответа индивидуума, воздействие экзогенных факторов при наличии ряда эндогенных нарушений при НЯК реализуются в повреждение и хроническое воспаление слизистой оболочки кишечника.

Патологический процесс при НЯК всегда начинается в прямой кишке и распространяется в проксимальном направлении, захватывая всю толстую кишку, а в ряде случаев и терминальный отдел подвздошной кишки. Патологический процесс носит диффузный характер, функциональная длина толстой кишки уменьшается на 1/3, стриктуры наблюдаются редко. При прогрессировании болезни в слизистой толстой кишки образуются язвы разнообразной формы и размеров, с ровными, подрытыми краями. Характерны узкие длинные язвы, расположенные вдоль мышечных лент двумя-тремя параллельными рядами. Дно крупных язв покрыто фибрином.

В тяжёлых случаях слизистая разрушается на всём протяжении, поверхность кишки приобретает вид обширной кровотокающей язвы. Дно язвы расположено в слизистой, реже в подслизистой основе. Характерно наличие псевдополипов, представляющих собой либо сохранившиеся участки слизистой, либо полиповидное разрастание грануляций. Слизистая оболочка при этом отёчная, отмечается контактная кровоточивость.

Современная клиническая классификация язвенного колита учитывает распространённость процесса, выраженность клинических и эндоскопических проявлений, характер течения заболевания. В связи с этим колит различают:

По протяжённости процесса:

- дистальный (проктит или проктосигмоидит);
- левосторонний (поражение ободочной кишки до правого изгиба);
- тотальный (поражение всей ободочной кишки, в ряде случаев с терминальным отрезком подвздошной кишки).

По выраженности клинических проявлений течение заболевания:

- лёгкое;
- средней тяжести;
- тяжёлое.

По характеру течения заболевания:

- молниеносная форма;
- острая форма (первая атака);
- хроническая рецидивирующая форма (с повторяющимися обострениями, не чаще одного раза в 6-8 месяцев);
- непрерывная форма (затянувшееся обострение, более 6 месяцев при условии адекватного лечения).

Отмечается корреляция между протяжённостью поражения и степенью выраженности симптоматики, что, в свою очередь, определяет объём и характер лечения. К моменту установления диагноза

до 20-30%. Стриктура прямой и толстой кишки выявляется у 10% пациентов с НЯК. Частота рака толстой кишки на разных сроках лечения НЯК колеблется от 2-3 до 10-20%, причём при 20-летнем анамнезе НЯК частота колоректального рака достигает 23%, а при продолжительности болезни более 25 лет – 42% наблюдений. Риск развития рака у больных НЯК, длительно получающих терапию 5-аминосалицилатами, уменьшается на 70-80%.

Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника отмечаются не менее чем у 30% больных и чаще ассоциируются с активностью процесса. Внекишечные проявления включают в себя глазные, кожные, урологические, гематологические и сосудистые заболевания, поражение слизистой рта, опорно-двигательной системы, печени и желчевыводящих путей. Кожные проявления и поражения слизистой полости рта регистрируются у 15% пациентов с НЯК и тесно связаны с активностью воспалительного процесса в толстой кишке. Поражение суставов и позвоночника констатируются у 20-60% больных НЯК,

Неспецифический язвенный колит

приблизительно у 20% пациентов выявляется тотальный колит, у 30-40% – левостороннее поражение и у 40-50% – проктит или проктосигмоидит.

Клиника

Для НЯК характерны три ведущих (местных) симптома: выделение алой крови при дефекации, нарушение функции кишечника и боль в животе.

При дистальном колите кровь обнаруживается на поверхности кала. При поражении проксимальных отделов толстой кишки кровь оказывается смешанной с калом. Количество крови варьирует от прожилок на поверхности кала до 300 мл и более при каждом акте дефекации. При острой форме кровь выделяется струей.

Частота стула может быть от 3-4 раз в сутки до почти постоянных водянистых некаловых выделений. Понос с кровью остаётся основным симптомокомплексом НЯК.

Боль носит схваткообразный или постоянный характер, усиливается перед дефекацией и исчезает после неё.

Общие симптомы обусловлены токсемией – лихорадка, похудение, слабость, тошнота, рвота. Для тяжёлой формы характерны внезапное начало, высокая лихорадка, профузные поносы до 24 раз в сутки, обильное кишечное кровотечение, тахикардия, снижение АД, обезвоживание, нарастание внекишечных проявлений. Течение НЯК во многом определяется возрастом больных и объёмом поражения.

Осложнения при НЯК подразделяются на местные и общие (системные). К местным относятся перфорация стенки кишки, токсическая дилатация (токсический мегаколон), кишечное кровотечение, стриктуры прямой и толстой кишки, парапроктиты, свищи, трещины, перианальные раздражения кожи, псевдополипоз и полипоз кишечника, рак толстой кишки. Системные осложнения связаны с декомпенсацией или прогрессированием внекишечных проявлений НЯК. К ним относятся артропатии, поражение кожи в виде пиодермии и узловых эритемы, гепатит, панкреатит, пневмония и плеврит, пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, язвенный стоматит, дистрофия, поражения глаз в виде конъюнктивита, кератита, амлоидоз внутренних органов, психические расстройства и др.

Частота кишечных кровотечений при НЯК составляет 1,5-4%. При впервые возникшем НЯК частота перфорации не превышает 4%, при длительно протекающем достигает 10% наблюдений. Летальность при перфорации достигает 30%. Токсическая дилатация развивается у 5-10% пациентов, а послеоперационная летальность при этом осложнении составляет

причём чаще поражаются суставы верхних конечностей и мелкие суставы. Активность артритов коррелирует с активностью НЯК. Из гепатобилиарной патологии наиболее часто диагностируется стеатоз печени, а самым грозным проявлением НЯК является склерозирующий холангит. Частота хронического панкреатита колеблется от 53 до 80%. После проктокоэктомии при НЯК все виды внекишечных проявлений уменьшаются (кроме анкилозирующего спондилита и гепатобилиарных проявлений).

Диагностика

Диагноз НЯК устанавливают на основании результатов комплексного клинического, лабораторного, эндоскопического, рентгенологического и морфологического исследования.

Большое значение при НЯК имеет исследование прямой кишки пальцем, позволяющее выявить перианальные абсцессы, свищи прямой кишки, трещины и бугристость слизистой оболочки, наличие крови и гноя.

В показателях крови выявляются анемия, лейкоцитоз, что свидетельствует о появлении осложнений. В биохимических анализах крови выявляются гипо- и диспротеинемия, гипонатриемия, гипергаммаглобулинемия, расстройства электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, высокий уровень С-реактивного белка и серозомукоида, коррелирующих со степенью активности заболевания. При микробиологическом исследовании содержимого толстой кишки при НЯК определяются явления дисбиоза различной степени выраженности. Важным для определения прогноза заболевания и тактики ведения больного является изучение иммунного статуса.

Следует помнить, что патологический процесс при НЯК начинается в прямой кишке и распространяется в проксимальном направлении, захватывая вышележащие отделы кишечной стенки, распространяясь на всю толстую кишку.

По эндоскопической картине выделяют четыре степени активности воспаления в кишке: минимальная, умеренная, выраженная и резко выраженная. Широкое распространение получила балльная система оценки степени тяжести НЯК, предложенная Rachmilewitz (1989). Она базируется на определении индекса клинической и эндоскопической активности. Выбор данной системы оценки тяжести НЯК связан с частичным несоответствием клинической и эндоскопической тяжести патологического процесса в толстой кишке.

При ирригоскопии в активной стадии НЯК выявляются рентгенологические признаки:

отсутствие гаустр, сглаженность контуров, изъязвления, отёк, зубчатость, двойной контур, псевдополипоз, перестройка по продольному типу складок слизистой оболочки, наличие свободной слизи. Для выявления токсической дилатации толстой кишки выполняется обзорная рентгенография брюшной полости. При I степени дилатации диаметр кишки составляет 8-9 см, при II – 10-14 см и при III – свыше 14 см.

С современных позиций диагноз НЯК считается достоверным только при его гистологическом подтверждении. Критериями достоверности являются:

- поражение прямой кишки, части или всей толстой кишки;
- непрерывный характер воспаления слизистой оболочки толстой кишки без гранулём.

Патогномоничными считаются: крипт – абсцессы, а также неровная ворсинчатая поверхность слизистой оболочки, уменьшение числа бокаловидных клеток, деформация и атрофия крипт.

НЯК необходимо дифференцировать с заболеваниями, протекающими с синдромом диареи, кишечными кровотечениями, а также с острыми кишечными инфекциями, туберкулёзом, ишемическим, уремитическим, радиационным, коллагеновым и лимфоцитарным колитами. Наиболее сложна дифференциальная диагностика НЯК и БК. В типичных случаях БК отличается от НЯК отсутствием воспаления в прямой кишке, частым вовлечением в патологический процесс подвздошной кишки, сегментарным поражением пищеварительного тракта, наличием внутрибрюшинных воспалительных инфильтратов и внутренних свищей.

Лечение

Современные возможности Клиник Самарского государственного медицинского университета позволяют проводить индивидуальное, комплексное консервативное и оперативное лечение, адекватный послеоперационный восстановительный период, а также осуществлять профилактические мероприятия. В полный цикл медицинской реабилитации пациентов с НЯК включена работа консультативной поликлиники, диагностических служб, стационарных – колопроктологического (клиника) и кафедра госпитальной хирургии), гастроэнтерологического отделений, а также отделения восстановительной терапии.

Консервативное лечение при НЯК направлено на наиболее быстрое купирование атаки, предупреждение рецидива заболевания и прогрессирование процесса. Лечебная тактика определяется локализацией патологического процесса в толстой кишке, его протяжённостью, тяжестью атаки, наличием местных и/или системных осложнений. Дистальные формы НЯК – проктит и проктосигмоидит, характеризующиеся более лёгким течением, чаще всего лечатся амбулаторно. Больные с левосторонним и тотальным поражением, как правило, лечатся в стационаре, так как течение заболевания у них отличается большей выраженностью клинической симптоматики и большими органическими изменениями.

Назначается высококалорийная диета, включающая продукты, богатые белками

и витаминами, с ограничением жиров животного происхождения и исключением грубой растительной клетчатки (диеты 4, 4Б, 4В НИИ питания РАМН).

Принцип назначения медикаментозных средств при НЯК основывается на применении базисных (основных) и дополнительных (вспомогательных) препаратов. Базисные препараты включают аminosалицилаты (5-аминосалициловая кислота – 5 АСК, месалазин, сульфасалазин, салофальк, пентаса), кортикостероиды и иммунодепрессанты. К вспомогательным относятся препараты, способствующие созданию «покоя» кишке и восстановлению её нормальной функции (спазмолитики, антидиарейные препараты и т.д.). Механизм противовоспалительного действия 5-АСК заключается в следующем: посредством ингибирования циклооксигеназы тормозится образование простагландинов; подавляется липооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты; задерживается освобождение лейкотриена В4 и сульфапептида лейкотриенов. Благодаря антиоксидантным свойствам препараты 5-АСК улавливают свободные радикалы, эффективны тормозят образование цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6 в слизистой кишечника, подавляют образование рецепторов ИЛ-2, то есть вмешиваются в течение иммунных процессов.

Кроме того, они тормозят миграцию, дегрануляцию и фагоцитоз нейтрофилов и подавляют секрецию лимфоцитами иммуноглобулинов. При использовании аminosалицилатов удаётся добиться ремиссии в 60-80% случаев НЯК.

Наиболее эффективными противовоспалительными средствами в лечении НЯК остаются стероидные гормоны, которые при тяжёлой форме НЯК превосходят аminosалицилаты. Патогенетическая направленность глюкокортикоидов базируется на их клеточных эффектах. Они изменяют проницаемость лейкоцитов и лимфоцитов, снижают адгезию лейкоцитов и лимфоцитов, подавляют фагоцитоз, ингибируют высвобождение воспалительных медиаторов, снижают количество иммунораспознаваемых молекул и молекул адгезии, подавляют продукцию антител, ингибируют клеточно-опосредованную цитотоксичность, а также уменьшают выработку цитокинов – интерлейкинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6 и ИЛ-8 и интерферона.

Показания для проведения стероидной терапии:

- острые тяжёлые и среднетяжёлые формы заболевания и наличие внекишечных осложнений;
- левосторонние и тотальные формы язвенного колита с тяжёлым и среднетяжёлым течением при наличии 3-й степени активности воспалительных изменений по данным эндоскопического исследования;
- отсутствие эффекта от других методов лечения при хронических формах НЯК.

При дистальных формах НЯК гормональные препараты назначаются местно – ректально в виде микроклизм и свечей. Однако почти у 20-35% больных тяжёлым язвенным колитом формируется гормональная зависимость и резистентность – реакция на терапию глюкокортикоидами, при которой положительный лечебный эффект сменя-

ется реактивацией воспалительного процесса на фоне снижения дозы или отмены препарата.

При гормональной зависимости и резистентности назначение иммунодепрессантов (6-меркаптопурин, азатиоприн, метотрексат, циклоспорин) позволяет снизить и отменить гормоны у 60-70% больных с гормональной зависимостью.

Нарушение барьерной функции толстой кишки при НЯК приводит к развитию синдрома токсемии. Для её коррекции необходимо восстановление зубиоза (назначение пробиотиков – линекс, бифиформ, флорин форте и т.д.), антибактериальная терапия (фторхинолоны, метронидазол, аминогликозиды, защищённые пенициллины), гемосорбция, УФО крови, белковые и реологические препараты. При анемии по показаниям проводится трансфузия препаратов крови. Кроме того, назначаются витамины, а также препараты, содержащие балластные вещества (мукофальк и др.), способствующие нормализации стула.

В настоящее время разработана «биологическая» лечебная стратегия, основанная на применении антицитокиновой терапии. Широко применяется ремикейд (инфликсимаб) – химерные моноклональные антитела к фактору некроза опухоли, соединённые с человеческим IgG1K. Препарат оказался высокоэффективным и безопасным. Основным показанием для применения ремикейда служат тяжёлые случаи НЯК, резистентные к терапии глюкокортикоидами.

В колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии Самарского ГМУ разработан и применяется метод эндолимфатической антибактериальной и иммуностимулирующей терапии пациентов с тяжёлой и среднетяжёлой формами НЯК.

После предварительного прокрашивания лимфатических сосудов раствором метиленовой сини под местной анестезией выделяется и катетеризируется лимфатический сосуд тыла стопы. В катетер вводятся антибактериальные, иммуностимулирующие препараты дозатором лекарственных средств. Курс составляет от 3 до 5 дней. Выбор антибактериальных препаратов проводится с учётом микрофлоры, выделенной из биоптатов слизистой оболочки толстой кишки при фиброколоноскопии.

Разработанная в клинике тактика с применением данного метода позволяет быстрее купировать атаку НЯК и достигнуть ремиссии, а при оперативном лечении – уменьшить количество осложнений.

Стационарное лечение заканчивается при достижении клинико-эндоскопической ремиссии, после чего больной подлежит диспансерному наблюдению в поликлинике у терапевта, гастроэнтеролога или проктолога. После купирования атаки НЯК рекомендуется поддерживающая доза аminosалицилатов в течение 6 месяцев. Если за этот период признаков обострения заболевания не отмечено, а при эндоскопическом исследовании констатируется ремиссия, противорецидивное лечение можно отменить. Если во время курса противорецидивной терапии состояние больного остаётся нестабильным, то лечение продолжают ещё 6 месяцев.

Оперативные вмешательства при НЯК необходимы у 10-20% пациентов. Ради-

кальной операцией является удаление всей толстой кишки. Однако эта тяжёлая операция приводит у большинства больных к утрате анальной дефекации и формированию постоянной илеостомы.

Показания к операции при НЯК:

Неэффективность консервативной терапии. При тяжёлых формах НЯК и адекватном лечении временным критерием являются 2-3 недели, а при гормонозависимой форме – не более 6 месяцев.

Осложнения язвенного колита – кровотечения, перфорация толстой кишки, токсическая дилатация.

Колоректальный рак на фоне НЯК.

Операцией выбора при хирургическом лечении тяжёлого НЯК является субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы и сигмостомы. Затем проводят интенсивное лечение сохранённого сегмента толстой кишки. В отдалённом периоде (6 месяцев – 2 года) при отсутствии рецидивов выполняют формирование илеоректального анастомоза. При среднетяжёлой форме НЯК возможна одномоментная операция – колэктомия с илеоректальным анастомозом либо колэктомия с брюшно-анальной резекцией и формированием илеорезервуара и наложением илеоанального анастомоза с превентивной илеостомой.

При своевременном выполнении операции и динамическом наблюдении прогноз для жизни благоприятен. В случае сохранения прямой кишки необходимы ежегодный контроль с множественными биопсиями прямой кишки и мониторинг малигнизации.

Главными принципами медицинской реабилитации пациентов с неспецифическим язвенным колитом являются дифференцированный подход с учётом выраженности заболевания, комплексность с использованием всех специфических и неспецифических вариантов лечебных воздействий. Осуществление системы поэтапной реабилитации должно базироваться на строгом соблюдении определённых принципов: максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии, мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, колопроктологов, гастроэнтерологов, физиотерапевтов и др.) и индивидуальный характер реабилитационных мероприятий.

Борис ЖУКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Павел АНДРЕЕВ,
врач-колопроктолог клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Вячеслав ИСАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Андрей ЧЕРНОВ,
заведующий отделением колопроктологии,
кандидат медицинских наук.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

Применение метода дозируемой гипоксической стимуляции у лиц пожилого возраста

(Окончание. Начало в № 12 от 20.02.2015.)

4. Лечение и реабилитация пациентов с сочетанной патологией (ССЗ + ХОБЛ).
5. Неврозы, эндогенные депрессии, нарушения сна.

6. Пациенты с ограниченной физической работоспособностью (перенёвшие инсульт, травмы, длительный постельный режим и т.д.), лежащие/сидящие пациенты с целью поддержания функционального состояния сердечно-сосудистой системы (пассивная тренировка).

7. Подготовка к операциям (аортокоронарное шунтирование и др. длительные операции на сердце) – снижение риска послеоперационных осложнений, сокращение периода реабилитации.

Профилактика развития возрастных заболеваний

Для старения характерным является определённый спектр основных заболеваний: сер-

дечно-сосудистых, злокачественных опухолей, инфекций, дегенеративных заболеваний мозга и внутренних органов, диабета. С увеличением возраста вероятность тяжёлых, ведущих к смерти заболеваний неуклонно растёт. Так, смертность в результате сердечно-сосудистых заболеваний в течение каждого десятилетия увеличивается в 2-3 раза.

Метод управляемой гипоксической стимуляции может применяться в режиме преколонирования, когда для проведения процедур гипоксической стимуляции используется гипоксический стимул, близкий к пороговому для повреждения, но его не вызывающий. Сразу после или с некоторой латентией орган (организм) приобретает резистентность к такому же или более сильному повреждающему стимулу (или даже другим стрессорам, надпороговым по интенсивности, приводящим к формированию патологии). Процедура преколонирования экспериментально обоснована и эффективна для предотвращения в результате последу-

ющих экстремальных событий, повреждений сердца, мозга, печени и других тканей.

Улучшение качества жизни, увеличение социальной активности

На уровне целостного организма, кроме развития вышеуказанных заболеваний, возрастные изменения проявляются в виде снижения выносливости и уменьшения способности переносить физическую нагрузку.

С возрастом интенсивность физической нагрузки значительно падает и даже бытовая ежедневная нагрузка становится трудно выполнимой. Пожилой человек вынужден ограничивать себя в двигательной активности, сужая пространство своего существования до границ своей квартиры/дома.

Ограничение активности пациента в повседневной жизни связано с ограничением функциональных способностей организма и в большей степени со снижением кардиореспираторных резервов.

Основные физиологические эффекты управляемой гипоксической стимуляции – повышение стрессоустойчивости и улучшение доставки и утилизации кислорода тканями – являются базовыми в повышении устойчивости организма к физическим нагрузкам. А этот факт является чрезвычайно важным для пациентов зрелого и пожилого возрастов, поскольку повышение устойчивости к физическим нагрузкам не только улучшает качество жизни, но и является предиктором снижения смертности от сердечно-сосудистых и лёгочных заболеваний. Показано, что 2-4-недельные курсы интервальных гипоксических тренировок приводят к повышению максимальной или субмаксимальной физической работоспособности, причём эти эффекты более выражены у пожилых людей, пациентов с ИБС или ХОБЛ в сравнении со здоровыми молодыми добровольцами.

Олег ГЛАЗАЧЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Галина СПИРИНА,
кандидат медицинских наук.

**Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова.**

Природа основательно «укрыла» головной мозг. Роль своеобразной «брони» играет череп. Этот мощный костный панцирь окружает мозг со всех сторон, оставляя лишь маленькие отверстия и щели, через которые проходят кровеносные сосуды и нервные стволы. Благодаря такой глухой защите от воздействия внешней среды мозг может с высокой надёжностью функционировать в самых различных ситуациях – эволюция работала «на норму», на здоровье, на совершенство. При травмах же и болезнях защита мозга – череп превращается в непреодолимое препятствие для прямого распознавания патологии.

Истина не может быть тройственной

Вся диагностика заболеваний мозга многие десятилетия строилась преимущественно на косвенных признаках – на симптомах и синдромах нарушения движений, чувствительности, координации, статики, зрения, речи, интеллекта и других мозговых функций, выявляемых неврологом путём расспроса, а также с помощью молоточка и иголки. Однако точное распознавание таким путём нередко весьма затруднительно, так как большинство неврологических симптомов многозначно. Например, парез конечностей может быть обусловлен поражением лобной или теменной доли, подкорковых узлов, ствола мозга или мозжечка. Тот же парез может быть первичным симптомом, симптомом «по соседству» либо «на отдалении», может зависеть от смещения мозга, отёка или нарушений его кровоснабжения. Наконец, тот же парез может быть вызван десятками самых различных заболеваний как хирургического, так и нехирургического характера.

Понятно, что высшее искусство врача – установление истинной локализации и происхождения того или иного признака при диагностике в трудных случаях доступно лишь мэтрам неврологии и нейрохирургии. И даже они порой могут ошибаться.

Вспоминается давний эпизод, когда к одному больному с неясным диагнозом были приглашены на консилиум три крупнейших столичных невролога. Один из них занимался сосудистыми заболеваниями и решил, что у пациента тромбоз средней мозговой артерии. Другой изучал энцефалиты, и его заключение констатировало воспаление мозга. Третий, посвятивший жизнь нейрохирургической патологии, предположил опухоль. Каждый из учёных имел основания для своего диагноза. Однако истина не могла быть тройственной: у больного оказалась опухоль правой височной доли.

Тенденции

В помощь врачу нужны доступные методы прямого видения мозговой патологии, способные бескровно неинвазивно преодолевать черепной барьер.

Благодаря технологическому прогрессу они появились в конце XX века и их число непрерывно растёт. Но как объективно оценить достоинства и недостатки каждого из них, как вынести вердикт – хороший или плохой метод диагностики?

Царят субъективизм, односторонние подходы. Говорят, этот метод хороший, потому что безопасный. Ну, а если он малоинформативен, что толку в его безвредности? Говорят, этот метод хороший, потому что очень демонстративно выявляет заболевания мозга. Ну, а если демонстративность достигается за счёт болезненности, травматичности, опасности самого исследования, всегда ли оправдано его применение?

Очевидно, нужны общедоступные критерии, которые охватывали бы все стороны задачи и полностью исключали волюнтаризм.

Мы разработали комплекс критериев идеального метода диагностики нейрохирургической патологии мозга. При этом выявили следующие тенденции в развитии новых методов:

- от дающих косвенные представления – к прямой визуализации;
- от кровавых и болезненных – к бескровным и безболезненным;
- от чреватых осложнениями – к полностью безопасным;

2. Безвредность для пациента.
3. Безопасность для персонала.
4. Бескровность.
5. Безболезненность.
6. Отсутствие каких бы то ни было противопоказаний к применению метода.
7. Отсутствие необходимости в специальной подготовке больного к исследованию (проба на переносимость, премедикация, бритьё волос и т.д.).
8. Простота получения информации:
 - а) минимум персонала (1-2 человека);

применения не только в стационарных, но и в различных условиях (на месте происшествия, в поликлинике, на дому, в очагах массового поражения и т.д.).

15. Доступность:
 - а) техническая (наличие серийно выпускаемой аппаратуры, предприятий по монтажу и ремонту, специалистов по эксплуатации и др.);
 - б) экономическая (стоимость аппаратуры, стоимость строительства или подготовки специальных помещений, стоимость одного исследования и др.).

неинвазивной нейровизуализации, как, например, функциональная МРТ и позитронно-эмиссионная томография.

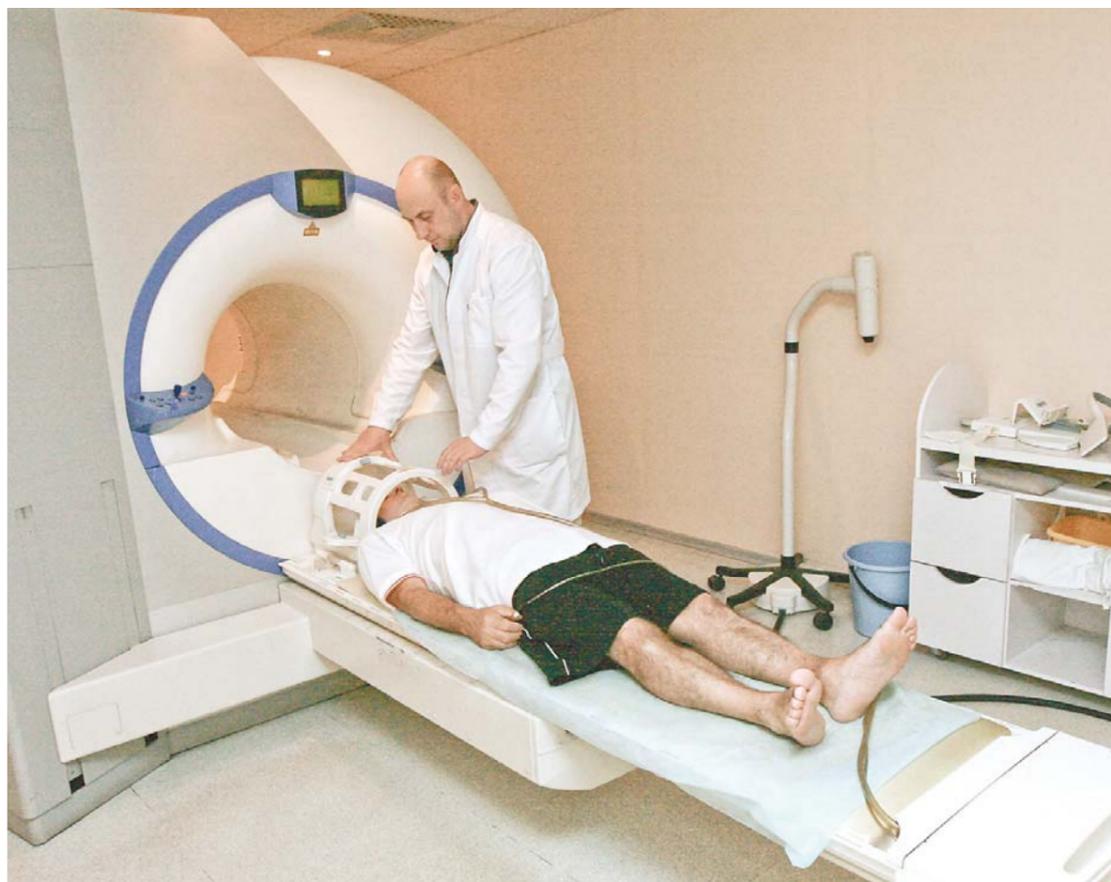
Нередко для уточнённого диагноза необходимо знать различные биохимические показатели. Здесь незаменима магнитно-резонансная спектроскопия.

Перейдём к следующему критерию. Конечно, метод должен быть безвреден для пациента и столь же, бесспорно, безопасен для тех, кто применяет этот метод, – врачей и их помощников. Как мы уже говорили, следует стремиться к

Современные технологии

Преодолевающая черепной барьер

Оптимальный метод диагностики в нейрохирургии



исследованиям бескровным и безболезненным для человека, таким, при которых отсутствуют какие бы то ни было противопоказания к применению. В последние годы подобные методы созданы – это методы диагноза на расстройении, без вторжения в организм. Однако необходимо помнить и изучать возможные вредоносные эффекты малых доз ионизирующей радиации и магнитных полей большой напряжённости.

А необходимость специальной подготовки к исследованию? Тут и проба на переносимость препарата (как, например, при ангиографии), и премедикация (введение снимающих реакцию препаратов перед исследованием), и бритьё головы (как, например, при тепловидении). На это уходит время, усложняются условия и т.д. Ясно, что методы исследования надо освободить от подобных наслоений. И это уже осуществлено в ряде современных методов экспрессвизуализации.

Чрезвычайно важна простота и быстрота получения информации. Например, при нейросонографии всё исследование занимает 5-10 минут. Его проводит один врач, который сам же и оценивает полученные данные.

При всей практической безопасности, скажем, компьютерной, магнитно-резонансной и ультразвуковой томографии всё же имеет место активная локация – воздействие на организм рентгеновскими лучами, магнитным полем или ультразвуком. Особенно чреваты последствиями первые. Конечно, физиологичнее использовать в качестве носителей информации физические факторы, постоянно продуцируемые самим мозгом в процессе жизнедеятельности. Сам о себе мозг может сказать гораздо больше, чем нам это кажется. Я имею в виду его биоэлектрическую активность, магнитное поле, тепловое излучение, радиоволны и т.д.

На абсолютно безвредном принципе пассивной локации мозга основаны многие методы – электроэнцефалография, тепловидение, радиометрия, магнитоэнцефалография. Позволяя углублённо судить о функциональном состоянии мозга, эти методы пассивной локации пока мало информативны с точки зрения видения его структур.

Есть большие и малые методы диагностики. Большие – это, например, магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография. Аппаратура для них технически эстетична, удобна во время исследования и для па-

– от выявляющих отдельные церебральные образования – к способным одновременно воспроизводить все слагаемые внутричерепного содержимого;

– от требующих специальной подготовки больного и динамического прослеживания – к немедленно выдающим однозначную диагностику;

– от дающих изолированное представление о структуре или функции мозга к сочетанно характеризующим анатомо-топографические картины и функциональное состояние центральной нервной системы;

– от основанных на активной локации (воздействие на организм) – к основанным на пассивной локации (использование информации, продуцируемой организмом в процессе его жизнедеятельности).

Критерии:

1. Информативность:
 - а) прямое видение патологического процесса через закрытый череп;
 - б) одновременное получение структурных и функциональных представлений о состоянии мозга.

б) минимум дополнительных манипуляций (кнопочный принцип управления аппаратурой, отсутствие многозвенности и т.п.);

в) доступность исследования и расшифровки полученных данных любому врачу.

9. Быстрота получения однозначной информации (в пределах минут).

10. Использование в качестве носителя информации физических и иных факторов, постоянно продуцируемых самим мозгом (биотоки, теплоизлучение, радиоволны и др.).

11. Возможность неограниченной повторяемости исследования.

12. Полная воспроизводимость результатов исследования в любое нужное время и их надёжное длительное хранение (видеозапись, персональные компьютеры и др.).

13. Техническая эстетичность (размеры, форма, вес, портативность, мобильность аппаратуры, удобства для пациентов и персонала во время исследования и др.).

14. Возможность и надёжность

Аналитический обзор

Требования к диагнозу в нейрохирургической клинике резко возросли. Теперь надо, в прямом смысле этого слова, видеть патологический процесс до операции, разумеется, через интактные мягкие покровы головы, через кости черепа. Возможность визуализации очага болезни в мозгу с указанием долевого локализации, размеров, формы, природы, его влияния на корковые центры и проводниковые системы, кровотока и ликворобращения – главное содержание критерия «информативность метода». Хотя череп отнюдь не становится прозрачным, появились новые методы, которые, используя достижения научно-технического прогресса, отвечают этому требованию, прежде всего компьютерная рентгеновская и магнитно-резонансная томография, включая и такие модальности, как КТ-ангиография, КТ-перфузия, Flair, SWAN, DWI, DTI и др.

На совмещение анатомического и функционального состояния мозга направлены такие методы

Работают мастера

В едином механизме

Хитрости кардиохирургов привели к успеху

циентов, и для врачей. Но она не мобильна, требует значительных площадей и доставки к ней больного. Несчастье может случиться на улице и дома, в геологической партии и в океане. Больной может оказаться в поликлинике или маленьком стационаре. И диагноз порой должен быть срочным. В таких ситуациях нужно доставить аппарат к пострадавшему. Вот тут-то вне конкуренции малые методы экспресс-диагностики, прежде всего нейросонография. Приборы для её осуществления мобильны, портативны. Их форма, размеры и вес рассчитаны на лёгкость передвижения в любых условиях. Есть достаточно доказательный немедленный диагноз на месте исследования, будь это даже квартира или асфальт дороги. В считанные минуты становится ясно, что надо делать, как действовать врачу, а при черепно-мозговой травме это главная предпосылка для успеха в лечении пострадавших. Нейросонография по таким своим качествам, как мобильность и информативность, простота и безвредность, незаменима для urgentной диагностики и скрининга, особенно у детей. Надо сказать, что появляются и передвижные компьютерные рентгеновские томографы.

Есть великолепные методы бескровного видения мозга через кожу и кости черепа. А доступны ли они? И ответ на него, пожалуй, наиболее сложен. Здесь есть две стороны: техническая и экономическая. Обе в равной степени определяют доступность того или иного метода исследования. Метод разработан, эффект получен, но есть только один лабораторный образец прибора в руках автора. Доступен ли он технически лечебным учреждениям? Безусловно, нет – до тех пор, пока не будет запущено серийное производство. Поэтому техническая доступность подразумевает и наличие специалистов по её эксплуатации, мастеровских по монтажу, ремонту и т.д.

Часто на пути внедрения метода в широкую практику встают не менее (а может быть, и более) серьёзные препятствия – экономические. Стоимость современной медицинской аппаратуры повсеместно растёт.

Серийный отечественный быстросействующий тепловизор так же, как и портативный нейросонограф, способен приобрести каждое лечебно-профилактическое учреждение. Но компьютерный томограф, а тем более магнитно-резонансный томограф, часто для них недоступен. Такие дорогостоящие приборы рассчитаны на научно-исследовательские и диагностические центры и крупные больницы.

При объективно существующих экономических барьерах чрезмерно дорогой метод диагностики – уже не идеальный. Отвечая всем предложенным критериям, метод может стать идеальным только через свою полную техническую и экономическую доступность. Это и составляет одну из главных проблем новой медицинской техники. И так, выдвигая последовательно каждый из изложенных критериев, можно чётко оценить достоинства и недостатки любого из существующих или развивающихся методов диагностики патологии головного и спинного мозга и, следовательно, сделать обоснованный вывод о перспективах применения.

Очевидно, что пока ещё не создан способ исследования поражений центральной нервной системы, отвечающий всем требованиям идеального метода диагностики, но эта цель представляется принципиально достижимой. Здесь философское искание идеального метода смыкается с прагматическим его осуществлением.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Фото Александра ХУДАСОВА.



Бригада кардиохирургов сработала отлично

Кардиохирурги Челябинской областной клинической больницы провели редкую операцию по протезированию торакоабдоминальной аневризмы аорты.

67-летнюю Галину Батыгину доставили в Челябинскую ОКБ из Миасса с помощью санавиации. Женщине стало плохо в новогоднюю ночь.

– Боль поднялась по всему позвоночнику, вызвали «скорую», к тому времени боль уже начала в живот отдавать, – рассказывает Галина Батыгина, – так и привезли меня с диагнозом «острый живот». А здесь, помимо аневризмы брюшной аорты, обнаружили ещё и аневризму грудной аорты, причём не просто аневризму, а расслоение.

В течение 8 часов кардиохирурги устраняли причину сильнейших болей. На счастье пациентки, внутренняя стенка аорты отслоилась сразу на двух участках – на уровне 3-го и 8-го позвонков – так, что в верхнее «окно» кровь поступала, беспрепятственно проходила параллельно основному потоку и через второй просвет питала нижние конечности. Это обстоятельство помогло избежать гангрены ног. Обычно в медицине такая ситу-

ация считается самоизлечением. Но боль, которая должна была сразу же пройти, продолжала мучить пациентку. Поэтому кардиохирурги решились на операцию.

– Если пережимать аорту грудного отдела, пострадают другие артерии, в частности та, что питает конечности, – вспоминает операцию пошагово заведующий отделением кардиохирургии центра сердечно-сосудистой хирур-

на брюшной полости доступ к повреждённому органу оказался непросто. Разрез прошёл огромным зигзагом – от подмышки до бедра.

– Это достаточно редкий случай: например, за прошлый год таких не было совсем, – резюмирует первый заместитель главного врача Челябинской ОКБ Агата Ткачёва. – К тому же технически эта операция очень сложная –



Галине Батыгиной, можно сказать, повезло, что она попала в руки к таким докторам

гии ОКБ Алик Серажитдинов. – Поэтому мы предпочли более «хитрый» вариант. Сначала потихоньку включали все артерии в протез, потом нижний участок протеза соединили со здоровым участком аорты.

Повреждённый участок аорты иссекли, а на его место внедрили специальный протез. Из-за ранее перенесённых пациенткой операций на лёгком и



Хирург Алик Серажитдинов может быть доволен результатом

на брюшной полости доступ к повреждённому органу оказался непросто. Разрез прошёл огромным зигзагом – от подмышки до бедра.

– Это достаточно редкий случай: например, за прошлый год таких не было совсем, – резюмирует первый заместитель главного врача Челябинской ОКБ Агата Ткачёва. – К тому же технически эта операция очень сложная –

требует слаженной и филигранной работы всей операционной бригады. А в послеоперационный период такой пациент нуждается в длительном тщательном уходе со стороны кардиореаниматологов. Поэтому шансы на успешное выздоровление у пациента есть только тогда, когда вся команда работает как единый механизм.

Резекция аневризмы торакоабдоминального отдела аорты с линейным протезированием, протезирование правой почечной артерии с реимплантацией в протез левой почечной и нижней брыжеечной артерии длилась более 8 часов. Ещё месяц потребовался для того, чтобы поставить «тяжёлую» пациентку на ноги.

Сейчас Галина Ивановна готовится к выписке, уже выходит из палаты в коридор и ежедневно звонит мужу, детям и внукам, которые с нетерпением ждут её возвращения.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Итоги и прогнозы

Опасность иммунодефицита

Специалисты «разрешают» ребёнку часто болеть. Однако...

В Сургутской окружной клинической больнице обсудили вопросы диагностики и лечения пациентов с иммунодефицитом.

В работе конференции приняли участие ведущие учёные и специалисты, практикующие врачи аллергологи-иммунологи, ревматологи, инфекционисты, онкологи и врачи смежных специальностей. Приглашённые эксперты из Москвы рассказали коллегам о роли иммунологии в общемедицинской практике, эффективных разработках в области диагностики и лечения

аутоиммунных, аллергических и инфекционных заболеваний.

– На сегодняшний день очень остро стоит вопрос диагностики иммунодефицита. Поскольку у наших врачей нет наработанной практики, зачастую сложно поставить диагноз на раннем этапе, адекватно назначить терапию. Есть категория детей, которым может понадобиться даже трансплантация костного мозга вследствие возникновения первичного иммунодефицита. И эта пересадка может спасти им жизнь, – отметила руководитель отделений иммунопатологии и интенсивной терапии Государственного на-

учного центра – Института иммунологии ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Татьяна Латышева.

Специалисты утверждают, что ребёнок имеет право часто болеть, он формирует свой иммунный ответ и знакомится с микробами, которые существуют. Но если степень тяжести заболевания возрастает (частое лечение в стационаре, регулярное применение антибиотиков), то врач должен задуматься о том, что у ребёнка может быть врождённый иммунодефицит.

В 2014 г. в РФ зарегистриро-

вано около 2 тыс. пациентов с иммунодефицитом. Эксперты уверены, что людей с данным заболеванием гораздо больше.

– Сегодняшнее мероприятие организовано с целью проинформировать специалистов для того, чтобы они своевременно выявляли больных, оперативно направляли на дообследование, уточняли диагноз. Чем позже диагностируется дефект, тем тяжелее течёт это заболевание, – поделилась Т.Латышева.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Сургут.

На днях исполнилось 60 лет начальнику Владимирского областного бюро судебно-медицинской экспертизы Александр Семёнову. В судебной медицине – этой редкой для врача специальности Александр Сергеевич уже 34 года. Он начинал судмедэкспертом городского бюро, затем последовательно стал начальником отдела, руководителем учреждения. Его есть о чём вспомнить, поразмышлять, рассказать. Тем более что у любого судмедэксперта, словно фотографии прошлых лет, отлагаются в памяти многие эпизоды нелёгкой работы.

– Это случилось в годы, когда я был молодым судмедэкспертом, – вспоминает Александр Сергеевич. – Вдруг звонят из Гороховецкого района, в лесу обнаружен занесённый снегом труп некоего Н., с множественными повреждениями на голове и теле – предполагается скрытое убийство. На это дело мы выехали вместе с опытным экспертом и на месте приступили к вскрытию. В ходе его выяснилось, что все повреждения на теле Н. обусловлены не воздействием каких-либо орудий предполагаемого преступника, а... дорожно-транспортной травмой, предположительно тяжёлым грузовиком. Получив экспертные данные, милиция неделей спустя «вычислила» и злополучный грузовик, и его водителя. В снегопад, на узкой просёлочной дороге он сбил односельчанина и, утащив тело ещё живого, но потом, как выяснилось в ходе экспертизы, замёрзшего через несколько часов человека, попытался скрыть в лесу следы разыгравшейся драмы...

Но бывают и более сложные ситуации. Вот не столь давнее, прогремевшее и в столице «Муромское дело». Началось всё с того, что двое лиц на почве ссоры зверски убили гражданина С. Следствие полностью доказало их вину, оба были осуждены. Однако заключённые сумели найти нужного адвоката, который после «независимой» экспертизы, с участием доцента – суд-

Наша коллегия

Неравнодушный человек

Судмедэксперт связывает живых и тех, кто ушел из жизни

медэксперта из Москвы, полностью отвергнув убийство, свёл дело к сложному виду автоавтомобильной аварии. После эксгумации трупа С. две авторитетные комиссии с участием столичных профессоров подтвердили верность выводов владимирских судмедэкспертов. В итоге четырёх экспертиз суд, приняв во внимание наши доводы, разобрался в истине и оставил обоих убийц «в местах не столь отдалённых».

Так случилось, что после окончания Горьковского медицинского института А.Семёнов 3 года отработал акушером-гинекологом и анестезиологом во 2-м роддоме Владимира, после чего, прослышав об интересной романтической профессии судебного медика, сменил специальность. Сейчас он открыто признаётся, что не жалеет о первичном этапе своей биографии, когда напрямую соприкоснулся с больными. Навыки практического врача в дальнейшем, безусловно, пригодились ему как судмедэксперту и начальнику бюро. Особенно в экспертизах по так называемым «врачебным делам», когда комиссия из опытных медиков даёт заключение по вопросам правильности лечения, оказания адекватной медицинской помощи, в трагических случаях, иногда заканчивающихся и смертью больного.

– Чего только не бывает у судмедэкспертов на месте происшествия, – продолжает Александр Сергеевич. – Выезжаем мы туда в составе оперативной группы полиции обычно вчетвером – следователь прокуратуры, сотрудник уголовного розыска, эксперт-криминалист, судебный медик. У каждого свои задачи, и слаженная группа действует как «маленький оркестрик»,

где каждый играет свою «скрипку». Встречаются на сотни таких выездов по убийствам, криминальным эпизодам, несчастным случаям и некие курьёзы. Они тоже как зарубки в моей памяти.

Вот однажды летом выезжаем на убийство. На поле, рядом с Семязинским прудом, обнаружена мёртвая, совершенно обнажённая женщина. Вскоре к опергруппе добавилось и начальство – прокурор города, начальник полиции. Я подошёл к телу, приступаю к осмотру. И тут «труп» ожил, женщина очнулась, начала что-то бормотать. Поняв в чём дело, вызываем скорую для протрезвления «убитой». Не обошлось и без шуток, а одежду этой дамы, кстати, так и не нашли.

В другом эпизоде попадаю в настоящую перестрелку. Тогда опергруппу вызвали в частный сектор, где вокруг дома совершенно пьяный разъярённый муж бегал за женой. Но догнать не смог, а тут мы подъехали. Так он пальнул в нас сразу из двух стволов, однако повезло: ни в кого, к счастью, стрелок не попал.

В последние годы криминал нагнетает на глазах, бандиты порой угрожают следователям, свидетелям, экспертам. Как-то поехал я в Александров на суд, куда представил своё заключение по делу – фактам двух доказанных убийств. Так подсудимые в ходе процесса прямо кричали: «Мы с тобой ещё разберёмся!» И когда мы возвращались во Владимир, уже в сумерках нам навстречу вылетел грузовик с выключенными фарами. Круто развернувшись, он почти полностью перекрыл дорогу. Лишь мастерство водителя позволило нам уйти от лобового столкновения, и обочиной, в считанных сантиметрах проскочить



Александр Семёнов

мимо тяжёлой машины. В тот день справедливость восторжествовала не только в суде, но и Бог оказался на нашей стороне...

– Судебная медицина – редкая и нужная не только для следователя или прокурора, но и для всей медицины профессия, – говорит директор Департамента здравоохранения Владимирской области Александр Кирихин. – И в этом отношении Александр Сергеевич наш надёжный помощник.

С его мнением солидаризируется и начальник Следственного управления Следственного комитета РФ по Владимирской области Александр Еланцев:

– Судебные медики – наши наипервейшие помощники. Как и я, Александр Семёнов незамедли-

тельно получает срочную информацию обо всех убийствах и тяжких преступлениях в области. Это позволяет нам скоординировать совместные действия в составе групп быстрого реагирования.

А в свободное от работы время – лето и зимние отпуска Александр Сергеевич проводит в деревне, на чистой в этих местах Нерли. Здесь стоит во многом сработанный его руками прочный добротный дом, с юности он привык дружить с топором, рубанком, любым плотницким инструментом. Рядом располагается банька, для которой заготавливаются впрок берёзовые и дубовые веники. Её, русскую парную, доктор Семёнов, внешне выглядящий гораздо моложе своих лет, ставит выше иных рыболовно-охотничьих утех сильной половины человечества. И ещё в его семье настоящий культ культуры. Достаточно сказать, что абонементы на концерты во Владимирскую филармонию закупаются семьёй заранее и сразу на несколько тематических циклов.

На днях коллектив Владимирского областного бюро СМЭ, судебно-медицинские эксперты России, сотрудники здравоохранения и правоохранительных органов, друзья поздравляют Александра Сергеевича с юбилеем. Думается, что и в дальнейшем этот неравнодушный человек и крепкий профессионал своего дела будет способствовать становлению и приоритету судебной медицины на Владимирщине, во благо истины и справедливости.

Марк ФУРМАН,
судебно-медицинский эксперт,
кандидат медицинских наук.

Владимир.

Современные технологии

Инновационная вакцина «Совигрипп» для защиты от гриппа

На предприятии «Иммунопрепарат», филиале НПО «Микроген» в Уфе, разработана новая высокоэффективная и безопасная вакцина последнего поколения для профилактики гриппа «Совигрипп».

На уфимском фармпредприятии гриппозные вакцины выпускаются полвека. Его специалисты владеют опытом промышленного производства живых гриппозных вакцин, адсорбированных химических, цельновирионных, инактивированных элюатно-центрифужных, тривалентной полимер-субъединичной, а также вакцин против птичьего и свиного гриппа.

Успешное освоение промышленного выпуска инактивированной субъединичной вакцины «Совигрипп» стало результатом начатой в 2013 г. работы по масштабированию производства препарата, ранее выпускавшегося только в экспериментальных объёмах.

Основное отличие новой вакцины: антигены вирусов гриппа актуальных, ежегодно обновляемых штаммов соединены с уникальным адъювантом «Совидон» (сополимер N-винилпирролидона и 2-метил-5-винилпиридина). Целесообразность использования адъювантов в вакцинах заключается в повышении иммуногенности антигенов, изменении характера



иммунного ответа, снижении количества антигена, необходимого для успешной иммунизации, уменьшении кратности введения вакцины и повышении интенсивности иммунного ответа у лиц со сниженной иммунологической активностью, в том числе у пожилых людей.

Включение адъюванта в состав препарата значительно повышает эффективность вакцинации людей со слабой иммунной системой, в том числе групп риска.

Субъединичные вакцины, к которым относится «Совигрипп», являются наиболее безопасными

и ареактогенными в связи с проведением при их производстве дезинтеграции вируса и многоступенчатой последовательной очистки. У вакцины отсутствуют токсичность и пирогенность.

Клинические испытания «Совигриппа» подтвердили его выраженную иммуногенную активность, хорошую переносимость, высокий уровень безопасности и стойкую профилактическую эффективность.

Препарат предназначен для активной ежегодной профилактической иммунизации против сезонного гриппа людей в возрасте от 18 до 60 лет.

Особенно вакцина рекомендована лицам, часто болеющим ОРВИ, страдающим болезнями и пороками развития сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, почек; сахарным диабетом, хронической анемией, аллергопатологией (кроме аллергии к куриному белку), а также врожденным или приобретенным иммунодефицитом, в том числе инфицированным ВИЧ.

«Совигрипп» соответствует всем требованиям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Новости

Центральная районная больница Кавалерово в Приморском крае успешно ведёт диагностику заболеваний с использованием компьютерной томографии.

Выгодный проект

Результаты томографических исследований, нуждающиеся в дополнительной консультации, в электронном виде ежедневно пересылаются в диагностический центр. На следующий день возвращаются описания результатов, выполненные высококвалифицированными специалистами центра.

В Приморском крае всего 5 районных больниц, которые интенсивно работают по технологии телемедицины. В их числе и Кавалеровская центральная районная больница. Ежемесячно оттуда отправляют коллегам 25 снимков.

Кроме Кавалерово по данному проекту в Приморье работают городские больницы Находки, Уссурийска, Лесозаводска и краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (Владивосток).

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Исследования

А ты кто такой?

Эктоморф, эндоморф или мезоморф

Каждое тело индивидуально, как и отпечатки пальцев. Тем не менее, несмотря на все различия, есть три категории человеческого тела, которые основаны на костной массе, мускулах и жировых тканях.

Прежде чем заняться физическими упражнениями, следует решить для самого себя, чего именно вы хотите — улучшить внешность или же добиться успехов в спорте, говорит Хуан Франсиско Марко, профессор при Центре спортивной медицины и фитнеса Альто Рендимиенто в Испании.

Есть три вида телосложения, три соматических типа, говорит он. «Эктоморф — это высокий, худощавый человек, имеющий тенденцию слегка наклоняться вперёд. У таких людей длинные ноги и руки, впалая грудь, и им сложно увеличивать свою мышечную массу, говорит профессор Марко. Для них идеальны спортивные занятия на выносливость, как например лёгкая атлетика, плавание или езда на велосипеде, но сначала следовало бы укрепить свою мускулатуру и набрать немного веса. «Этой группе людей следует уделить особое внимание базовым упражнениям, при которых активно двигаются суставы, так как это помогает развитию всех мускулов», — объясняет профессор. А занятия аэробикой следует ограничивать, так как подобные упражнения могут легко привести к потере веса, что помешает наращиванию мышечной массы.

Эндоморфы являются полной противоположностью эктоморфов. Это люди относительно невысокого роста и более округлого телосложения. Они отличаются медленным метаболизмом, что часто приводит к наращиванию жировых масс. Однако этот соматический тип так же легко набирает и мышечную массу. Эндоморфы добиваются значительных результатов в спортивных видах, требующих силы, из-за своей способности развивать мышечную массу. Таким людям необходимы упражнения, развивающие сердечно-сосудистую выносливость. «Следует начинать с простой аэробики, а затем продвигаться к всё более серьёзным физическим упражнениям. Полезно динамически работать над движением суставов, в отличие от эктоморфов, которым следует это делать более медленно, с перерывами», — говорит профессор Марко. Для людей с таким типом тела лучше всего подходят тяжёлая атлетика или борьба. При этом, однако, следует учитывать некоторые факторы. «Этим людям следует наращивать мышечную массу и постепенно снижать жировую. Иначе они могут стать грузными и бесформенными», — предупреждает эксперт. «С психологической точки зрения это самая слабая группа людей — им труднее подталкивать самих себя, они быстрее впадают в уныние, если не видят результатов», — добавляет профессор Марко.

Мезоморфы — люди среднего

телосложения, они — атлеты от природы. «Мезоморфы — настоящие спортсмены. В любом виде спорта они будут преуспевать, — говорит Марко. — У нас есть примеры футболистов, которые вдруг начинают успешно играть в настольный теннис. Если они хорошо играют в баскетбол, а потом решат заняться бегом, то и в этом преуспеют». Для людей такого типа тела лучше всего подходят физические упражнения, которые развивают силу. Им также следует постоянно переходить от упражнений, развивающих мышцы, к упражнениям, развивающим сердечно-сосудистую выносливость. Идеальные виды спорта для этой группы — футбол, теннис, гребля или триатлон. Однако несмотря на то, что спорт и упражнения даются мезоморфам легко, они всё равно должны следить за своей диетой, предупреждает профессор Марко, так как у них есть тенденция набирать жировую массу, хотя не так быстро, как эндоморфы. В этом их отличие от эктоморфов, которые могут есть всё, что хотят, так как при их быстром метаболизме они сбрасывают жир.

Знать тип вашего тела важно. Но ещё более важно понимать, чего вы хотите добиться, занимаясь физическими упражнениями, а также найти подходящий режим упражнений и следить за диетой.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам BBC.

Открытия, находки

Борьба с аритмией

Есть ли связь между мужским бесплодием, опухолями и сердечной аритмией? В рамках классической медицины ответ ясен — нет, но для геномщика на уровне ДНК всё едино.

Опухоли сердца бывают крайне редко, потому что клетки сердечной мышцы (миокардиоциты — МКЦ), как и нейроны, не делятся, однако невроты и миомы всё же случаются. МКЦ дали возможность начать работы по регенерации сердца после инфарктов, но столь прямой подход себя не оправдал, поэтому большие надежды возлагались на получение МКЦ из стволовых клеток. Далеко не в столь революционном подходе лежали интересы учёных Оксфорда, сосредоточившихся на исследовании свойств белка iASPP (infertility-Associated SPerm Protein), мутации которого приводят к бесплодию у мужчин. Он локализуется на поверхности головок спермиев, подавая сигнал к делению оплодотворённой яйцеклетки.

Связь с делением стимулировала интерес исследователей, занимающихся опухолевым ростом. И совершенно неожиданно для себя они открыли, что выключение гена iASPP вместо подавления опухолевого роста вызывает внезапную смерть мышечной ткани вследствие возникновения фатальной аритмии сердечной мышцы. Она, как известно, в

отличие от скелетной, имеет вставочные диски, удерживающие мышечные клетки сердца во время сокращения.

Греческий язык обогатил наш лексикон словом «десма», которое мы стали произносить как «тесма» (сравни: десмургия, рассказывающая о повязках, десмофоры — «несущие ленты» и т.д.). Отсюда понятно название десмосом, помогающих дискам в «связывании» МКЦ друг с другом. В десмосомах, помимо всего прочего, находятся белковые каналы, по которым идёт ток кальциевых ионов, обеспечивающих согласованное сокращение мышечных клеток. Их повторное сокращение по сравнению со скелетной мускулатурой крайне замедлено (500 миллисекунд против двух), что обеспечивает ровное сердцебиение и препятствует судорожным сокращениям (тетанусу). Для обеспечения нормальной функции десмосом сердечной мышцы как раз и нужен iASPP.

Выключение генов представляет собой опосредованный подход, поэтому учёные из цюрихского Института биомедицинского жиниринга (Швейцария) и их коллеги из университетов Берна (Швейцария) и Феса (Марокко) предложили для прямого наблюдения за тем, как сокращаются отдельные МКЦ, использовать модифицированный микроскоп атомной силы (AFM — Atomic Force Microscope). Он представляет собой крайне чувстви-

тельный наностержень длиной с клетку, колебания которого «задаются» давлением лазерного луча и регистрируются с помощью пьезокристалла. Швейцарцы и марокканцы сделали стержень полым, благодаря чему в МКЦ через белковые каналы натрия стал подаваться его раствор, что вызывает сокращение мышечной клетки. Тем самым авторы получили возможность одновременно фиксировать активность ионных каналов и силу клеточного сокращения, что крайне важно для разработки и опробования действия новых лекарств (NanoLetters).

За разработку метода регистрации отдельных каналов в мембране клеток Нобелевскую премию дали более 30 лет назад, но до самого последнего времени он из-за многих ограничений и сложности оставался экзотикой, применимой лишь для исследования неподвижных клеток. В Цюрихе, Берне и Фесе сумели разработать комплексную систему, резко расширяющую возможности метода, однако авторы уверены, что теперь смогут исследовать самые разные клетки, ведь все из них имеют оболочки и самые разные протеиновые каналы. А компьютеры позволяют осуществлять автоматический мониторинг всех параметров в автоматическом режиме.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам PNAS.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» и Гуманитарный фонд Андрея Скоца «ПОКОЛЕНИЕ» объявляют конкурс о присуждении ежегодных премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского за выдающиеся достижения в области сердечно-сосудистой хирургии за 2014 г.
Срок подачи документов — до 25 марта 2015 г.
С условиями представления материалов на премии можно ознакомиться на сайте www.bakulev.ru

Мифы и реальность

Год назад в моём загородном посёлке, очевидно, не выдержав конкуренции, закрылся обыкновенный продовольственный магазин. Зато появился «необыкновенный» — торгующий специально разработанными продуктами для особо озабоченных сохранением здоровья, спортивной фигуры и молодости жителей с тугим кошелем, составляющих большинство населения округа. А вслед за ним открылась психогastroлогическая консультация, «заточенная» под ту же публику. Углядев потенциальных клиентов, частнопрактикующий врач не преминул предложить им профессиональное обслуживание.

Что ты ешь...

Думается, этот эпизод — а он здесь не единственный такого рода — иллюстрирует сложившиеся сегодня у многих американцев, мягко говоря, сложные отношения с едой. Конечно, в дискуссиях и обследованиях на эту тему преобладают такие сюжеты, как идущая с переменным успехом всемирная борьба с переизбытком в сетях дешёвого общепита, мегапорции сверхкалорийных блюд в ресторанах и зашкаливающий уровень сахарного диабета при замерах среди контрольных групп населения.

Вместе с тем в последнее время утвердилась своеобразная субкультура, пронизанная стремлением во что бы то ни стало достичь и оставаться на пике физической формы за счёт соблюдения сверхстрогой диеты и придиричivosti в еде. В первую очередь восприимчивой к ней оказались, разумеется, более зажиточные слои, способные позволить себе соответствующие расходы. Трёхлитровый жбан какой-то особо очищающей организм ионизированной смеси из выжимки экзотических растений в упомянутом магазине может стоить до 100 долл.

Тенденцию взялась успешно подпитывать — невольный каламбур — пищевая индустрия, где развилась целая подотрасль, выпускающая так называемую супер-еду, с годовым оборотом, достигшим 130 млрд долл. Само собой, не отстаёт и гламурная пресса. Появилось, например, уже 4 журнала, посвящённых исключительно так называемой безглютеновой диете, то есть полному отказу от употребления продуктов, содержащих клейковину, — а это все основные зерновые злаки — в течение всей жизни.

Уверовав в укрепление подобным образом тела и духа, немало вполне зрелых и пожилых людей начинают резко менять гастрономические привычки в сторону, предписываемую бесчисленными гуру в области питания и здорового образа жизни. Многие столь усердствуют в этом, что исключают из потребления до половины основных категорий продуктов, входящих в традиционную пищевую пирамиду. В ряде случаев такая приверженность и постоянный беспощадный контроль за своим рационом становятся сродни навязчивому состоянию. Вплоть до того, что, проглотив случайно кусок чего-то, объявленного намеренно вредным, приверженец «нового слова» в науке о питании чуть ли не впадает в шок.

Возникающее на этой почве нервное расстройство ещё в 1997 г. было названо орторексией по аналогии с агокехией nervosa. Недавно проведённое исследование подтвердило, что orthorexia nervosa представляет собой «патологическое пристрастие к безуглеводной биологической простоте» пищи с точки зрения питательности и способа приготовления. Один из соавторов исследования Томас Данн, психолог из Университета Колорадо, объясняет, что подобно тому, как за анорексией

стоит боязнь набрать лишние калории и вес, орторексия зиждется на страхе отойти от единственно правильного питания и, так сказать, сбиться с избранной тропы здоровья.

— Разница в том, что первая фобия фокусируется на количественной, а вторая — на качественной стороне дела, — говорит он. — Знаменатель же у той и другой один — добровольно взваливаемые на себя драконовские диеты чреватые недостатком важных питательных веществ в смысле как их объёма, так и разнообразия.

Во втором случае жёсткая диета также способна воспрепятствовать усвоению организмом витаминов и минералов, которые человек поглощает исключительно с зеленью. Результатом могут стать повышенная хрупкость костей, гормональные изменения и нарушения сердечной деятельности, не говоря уже о непреодолимой психологической тревожности. Иными словами, эффект, противоположный ожидаемому.

— Всеи нашей культурой мы нацелены на обеспечение своего здоровья здесь и сейчас. И это правильно, — комментирует Сандра Кронберг из Национальной ассоциации по изучению питания. — Проблема в том, что люди определённого склада доводят это стремление до крайности. Они буквально агонизируют, выбирая рацион, в ущерб общению вынуждены избегать многих социальных ситуаций, связанных с застольем, и, сверх всего, культивируют в себе ложные представления о магическом эффекте, которые могут дать те или иные услужливо предлагаемые чудо-продукты.

Дженнифер Гаудиани, заместитель директора Центра по изучению нарушений пищеварения в Денвере, свидетельствует, что туда обращаются пациенты, представления которых о еде сводятся только к чёрному и белому:

— Некоторые теряются и больше не знают, что им следует есть вообще, — говорит она. — Они рассматривают чуть ли не любую пищу как потенциальный источник ущерба для здоровья. Для подавляющего большинства людей правильный образ питания сводится всего лишь к соблюдению баланса. Иногда вы посещаете вечеринку, а там подают жареный картофель с мясом. Нет никаких сомнений, что ваш организм безусловно справится с ним и вы переживёте это блюдо. Как говорили древние, умеренность и избегание крайностей должны быть золотым правилом во всём. В том числе и в питании.

Может быть, то же самое внушает своим озабоченным клиентам и врач, открывший практику в моём посёлке. А таким, как я, пока приходится ехать пару лишних миль, чтобы купить буханку нормального глютенного хлеба...

Том ЗАЙЦЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

Люди выбирают продукты с сахарозаменителями, чтобы потреблять меньше сахара. Однако в последние годы всё чаще можно услышать сомнения в безвредности подсластителей для здоровья. Насколько безопасны сахарозаменители?

Ах, аспартам!

Пожалуй, самый известный заменитель сахара – аспартам. Он же является объектом наибольшей критики в СМИ. Это жирная кислота, образующаяся при синтезе аспарагиновой кислоты и фенилаланина. В 1996 г. было высказано предположение, что рост числа опухолей мозга может быть связан с увеличением популярности аспартама. Вскоре эту добавку стали упоминать и в связи с другими разновидностями рака.

Чтобы выяснить, представляет ли добавка опасность, американский Национальный институт рака провёл исследование почти полумиллиона человек. Согласно результатам, опубликованным в 2006 г., никакой связи между приёмом аспартама и увеличением риска развития рака мозга, лейкемии или лимфомы не обнаружено. А Европейское агентство по безопасности продуктов питания, изучив все имеющиеся на тот момент материалы, пришло к выводу, что при соблюдении рекомендованных доз суточного потребления (40 мг на 1 кг массы тела) аспартам безопасен даже для детей и беременных.

Причина, по которой употребление аспартама не вызывает проблем со здоровьем у большинства людей, заключается в том, что лишь незначительное его количество попадает в кровеносную систему: вещество быстро расщепляется на составные компоненты. Впрочем, есть одно исключение. В организме людей с редким генетическим расстройством под названием «фенилкетонурия» не расщепляется фенилаланин – один из компонентов аспартама. Для них этот сахарозаменитель небезопасен. Вот почему упаковки аспартама снабжены предупреждением о том, что продукт содержит фенилаланин.

Зубам точно нравится

У некоторых подсластителей всё же есть побочные эффекты, заметные и здоровому человеку.

Мифы и факты

Опасны ли сахарозаменители?

Четверть века нет однозначного ответа



Если вы когда-нибудь переждали мятных конфет с ксилитом, то, возможно, и сами могли почувствовать последствия.

Ксилит получают из древесины берёзы и других деревьев твёрдых пород. Вещество на 30% менее калорийно, чем сахар, и практически не даёт послевкусия, но при чрезмерном употреблении может вызвать водоудержание в организме, что, в свою очередь, приводит к диарее. С другой стороны, есть доказательства того, что ксилит способен останавливать разрушение зубов. Жевание резинки или сосание конфет, подслащённых ксилитом, нейтрализует кислотность зубного налёта.

Без калорий

Новейший из используемых в промышленности сахарозаменителей добывается из многолетнего растения стевии, хотя в действительности он давно известен человеку. В Парагвае и

Бразилии стевию использовали в медицинских целях веками. Получаемый из неё подсластитель безкалориен и в 300 раз слаще сахара. В Японии его продают в качестве пищевой добавки уже свыше 40 лет. Стевия произрастает в тропических и субтропических районах Южной и Латинской Америки. Содержащиеся в её листьях стевииоловые гликозиды извлекают вымачиванием в воде. Эти соединения полностью выводятся из организма естественным путём. В 2008 г. стевию одобрили в качестве пищевой добавки в США, а в 2011 г. – в Евросоюзе. Единственный минус заключается в горьковатом послевкусии наподобие аниса. По этой причине к стевии часто добавляют искусственные подсластители.

Безопасны ли стевииоловые гликозиды? Европейское агентство по безопасности продуктов питания в 2010 г. проанализировало имеющиеся данные и пришло к выводу, что эти вещества не

вызывают рак, нетоксичны и безопасны для детей и беременных.

Подсластители и диабет

Считается, что сахарозаменители помогают людям удовлетворить потребность в сладком, не набирая вес и не рискуя заболеть диабетом. Тем не менее несмотря на то, что подсластители используются десятилетиями, пока непохоже, что они как-то повлияли на эпидемию ожирения, охватившую мир. Учёным до сих пор неизвестно, что происходит в организме, когда за сигналом о присутствии во рту сладкой еды, поступающим в мозг, не следует ожидаемая порция сахара.

Есть подозрение, что организм в этом случае вырабатывает избыточное для ситуации количество инсулина, что в дальнейшем может привести к увеличению веса. Пока этому подозрению нет научных подтверждений, но Европейское агентство по безопасности продуктов питания отмечает, что точно так же нет доказательств того, что стевия способствует сохранению здорового веса.

Казалось бы, сахарозаменители не заслужили своей дурной репутации. Однако, согласно опубликованному недавно израильскому исследованию, подсластители аспартам, сахарин и сукралоза не только не предотвращают развитие диабета 2-го типа, но и могут ему способствовать.

Учёные давали здоровым мышам воду с добавлением одного из трёх сахарозаменителей, после чего измеряли уровень глюкозы в крови. У животных развилась непереносимость к глюкозе, которая является одним из симптомов диабета 2-го типа. У мышей из контрольной группы, которые пили обычную воду или воду с

добавлением обычного сахара, такого не наблюдалось.

Исследователи пришли к выводу, что всё дело в кишечных бактериях – у мышей, которым давали подсластители, изменилась микрофлора кишечника.

Результаты опытов на мышах не всегда можно экстраполировать на человеческий организм, да и обычный мышинный рацион, разумеется, отличается от нашего. Однако в последующих экспериментах израильских учёных участвовали люди, которым давали по 40 банок диетического напитка в день, что соответствует максимально допустимой ежедневной дозе сахарина. Через 5 дней более чем у половины испытуемых в той или иной степени выявилась непереносимость к глюкозе. Причём микрофлора кишечника у них также изменилась.

Исследователи пошли ещё дальше, проведя так называемую трансплантацию фекальной микробиоты. В данном случае человеческие фекалии трансплантировали мышам. Выяснилось, что непереносимость глюкозы передаётся от людей здоровым животным, что дополнительно подтвердило непосредственное участие кишечной микрофлоры в развитии этого состояния.

Малютют страшнее

Однако не стоит торопиться с утверждениями об опасности сахарозаменителей. Речь пока идёт лишь об одном исследовании, преимущественно с привлечением мышей – в экспериментах участвовало всего 7 человек. Сами исследователи признают необходимость дальнейшего изучения этой проблемы. Никаких научных доказательств долгосрочного негативного эффекта подсластителей на человеческий организм по-прежнему нет.

Из всех этих научных исследований можно сделать один вывод: ни один из известных нам подсластителей не является однозначно полезным или вредным. Все они разные, и свойства каждого необходимо изучать отдельно. Пока же нет никаких веских причин исключать диетические напитки из рациона.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам сайта
BBC Future.

Тайное и явное

Генетические исследования позволили не только выявить новое редкое наследственное заболевание, связанное с мутацией в одном гене, но и проследить его истоки вплоть до XII века. Как оказалось, синдром, связанный с сердечной аритмией и нарушением перистальтики кишечника, ведёт своё происхождение от ветви викингов, переселившихся из Скандинавии в Нормандию.

Из варягов — в канадцы

Данное открытие группа исследователей из нескольких университетов Квебека (Канада) сделали на основании изучения генетических данных 16 пациентов франко-канадского происхождения и одного пациента из Швеции.

У всех этих людей на протяжении жизни присутствовала комбинация симптомов, связанных с нарушением ритма сердечной деятельности и функции кишечника. Половине из них ещё в раннем детстве пришлось имплантировать кардиостимулятор из-за слишком замедленного сердцебиения, а хронические проблемы с кишечником, не способным работать в нормальном ритме, заставили пациентов питаться исключительно внутривенно. Большинству из них также пришлось перенести операцию на кишечнике.

Исследования показали, что у всех больных присутствует одна и та же мутация в гене SGOL1, из-

которой наблюдается незрелость нервных и мышечных клеток в тканях сердца и кишечника. Учёные назвали вызываемое этой мутацией заболевание «синдром хронической артериальной и кишечной дизритмии».

Изучая генеалогию пациентов, авторы обнаружили, что она восходит к одной супружеской паре, поженившейся во Франции в 1620 г. и позже эмигрировавшей в Квебек. Дальнейшие генетические исследования позволили предположить, что мутация, связанная с синдромом CAID, возникла среди ветви викингов, в XII веке мигрировавших из Скандинавии в Нормандию, чьи потомки в итоге в XVII веке и оказались в Канаде.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сито!

По материалам журнала
Nature Genetics.

Почему бы и нет?

Депрессия: выход есть

Закись азота, так называемый «веселящий газ», можно эффективно использовать в лечении тяжёлой депрессии у пациентов, не реагирующих на обычную медикаментозную терапию. К этому выводу пришли специалисты из Университета Вашингтона (США).

В исследовании, посвящённом изучению воздействия этого газа, приняли участие 20 пациентов с клинической депрессией, не поддающейся лечению. После использования этого «лекарства» на практике у 65% испытуемых наблюдалось улучшение симптоматики.

Справедливости ради необходимо заметить, что симптомы улучшились и у пациентов, которые получали плацебо (кислородную смесь).

Добровольцы после использования газа рассказывали о своём состоянии (испытывали ли они грусть, чувство вины, думали о суициде, страдали от тревожности,



бессонницы). На следующий день у 7 человек было зафиксировано незначительное улучшение симптомов, ещё у 7 пациентов были заметные положительные изменения состояния, у 3 полностью пропали симптомы депрессии.

Примечательно и отраднее, что ухудшения состояния не было ни у кого. А вот после плацебо у одного человека симптомы обострились.

Борис БЕРКУТ.
По сообщению BBC News.

Совсем недавно по телевизору прошёл многосерийный военно-исторический детектив «Палач», который сняли на основе реальных событий, произошедших в годы Великой Отечественной войны на территории нынешней Брянщины. Прототипом главной героини стала бывшая прислужница гитлеровцев по кличке Тонька-Пулемётчица, которая лично расстреляла в посёлке Локоть нынешнего Брасовского района Брянской области несколько сотен партизан и подпольщиков. Удачно скрывавшуюся несколько десятилетий от справедливого возмездия преступница изобличили только в 1977 г.

Я был в ту пору сотрудником областной газеты и присутствовал на суде, который проходил в здании Брянского областного суда и был открытым.

Брянским следователям действительно (и об этом столь увлекательно повествует киносериал) пришлось проделать поистине колоссальную работу, чтобы выйти на след изменницы Родины. Первоначально же из архивных документов и воспоминаний очевидцев было доподлинно известно, что Макаровой Тонька-Пулемётчица стала по ошибке учительницы, которая так «окрестила» Антонину Парфёнову. А поскольку вся семья продолжала носить прежнюю родовую фамилию, это в незначительной степени затруднило розыск преступницы.

На фронт Парфёнова отправилась с санитарной сумкой медсестры и под Вязмой на Смоленщине попала в плен, из которого ей удалось вскоре бежать. А в январе 1942-го бывшая медсестра оказалась на территории так называемой «Локотской республики». Там она и устроилась на работу в местную полицию.

В документальной повести Г.Осипова «Пароль – Наступает осень...» (М., Политиздат, 1984)

рассказано о допросах в фашистской тюрьме руководителя подпольщиков врача Павла Незымаева, которые лично проводила надзирательница Антонина Макарова. («Медицинская газета» рассказывала о жизни и судьбе этого незаурядного человека, см. «МГ» № 25 от 03.04.2013 – «Врач – друг партизан»). Потом изощрявшейся в пытках преступнице хозяева нашли новую работу.

Вручив Тоньке пулемёт «Мак-

военных убийствах, которые в киносериале виртуозно расследует майор из МУРа Иван Черкасов, не могло быть и речи. Военная преступница затаилась и вела себя, что называется, тише воды, ниже травы. А на уроках мужества в школах лихо повествовала о том, как прошагала медсестрой героическими дорогами войны аж до фашистского Кёнигсберга. И ведь «фронтвицке» верили, повторяли за ней, что на войне – главное –

в годы войны была в немецком плену на Орловщине (как известно, нынешняя Брянская область выделена из Орловской только в 1944 г.). Начали «раскручивать» дело сызнова.

Как вспоминали ветераны органов госбезопасности, нашлось немало свидетелей, которые помнили Тоньку-Пулемётчицу. Перед расстрелами и после них она регулярно накачивалась шнапсом. Свой арест Антонина Макарова-

миловании, и Макарову-Гинзбург расстреляли в августе 1979 г.

Что касается семьи преступницы, то муж и её дочери, узнав о страшном прошлом жены и матери, отреклись от неё и уехали из Лепеля.

Мне удалось в своё время ознакомиться с некоторыми протоколами допросов Тоньки-Пулемётчицы. Вот выписка из одного из них: «Поступая на службу в полицию, я понимала, что это карательный орган противника, но сделала это созна-

Былое

Медсестра с пулемётом

Предательницу нашли только спустя 32 года после войны

сим», они поручили ей приводить в исполнение смертные приговоры патриотам и членам их семей. За каждый расстрел пулемётчица получала свои «сребреники» – 30 оккупационных марок. Усердно подрабатывала она и оказанием сексуальных услуг оккупантам и полицаям. Нахватав посредством «ударной работы» в постели целый букет венерических заболеваний, Тонька-Пулемётчица оказалась в немецком госпитале. И как раз в это время (сентябрь 1943 г.) Красная армия освободила посёлок Локоть.

Чтобы замести свои кровавые следы, преступница украла у одной из медсестёр её военный билет и позднее выдавала себя за участницу войны. Устроившись работать в передвижной военный госпиталь, она сумела вскружить голову раненому солдату Виктору Гинзбургу. Через неделю они расписались, и, взяв фамилию мужа, Тонька уехала с ним в Белоруссию.

Разумеется, ни о каких после-

смело смотреть смерти в лицо». И вряд ли, глядя в зачарованные глаза подростков, она вспоминала такие же, которые закрывал навеки её пулемёт. Как ветерана Великой Отечественной, её знали и почитали в городе Лепеле, им с мужем выделили благоустроенную квартиру, в семье росли две дочери.

Сотрудникам тогдашнего КГБ удалось выйти на след преступницы только в 1977-м. Причём колесо правосудия здорово тормозили всякие нестыковки в этом непростом деле. Ведь в своё время поиски преступницы зашли в тупик из-за того, что, как явствовало из немецких документов, некую больную сифилисом Антонину Макарову расстреляли ещё в 1943 г. Дело тогда пришлось сдать в архив. Но как это часто бывает, в конце концов помог случай. Один из военных, оформляя документы для поездки за границу, указал, что в белорусском Лепеле живёт его сестра Антонина Гинзбург, в девичестве Макарова, которая

Гинзбург восприняла совершенно спокойно, лишь попросила закурить. Пока её везли на первый допрос, решала кроссворд... Проведённая тогда же медицинская экспертиза признала её полностью вменяемой.

...Ещё жив 92-летний бывший председатель Брянского областного суда Иван Бобраков, который выносил Тоньке-Пулемётчице смертный приговор. Насколько он помнит, тогда это дело было одно из самых громких не только на Брянщине, но и во всём тогдашнем СССР. Иван Михайлович вспоминает, что не стал поручать рассмотрение дела кому-то из членов областного суда, а взялся за него сам. Ознакомившись с собранными в ходе следствия материалами, понял, что приговор будет суровым.

Когда его огласили, ни один мускул не дрогнул на лице убийцы. Однако в тот же день осуждённая попыталась его обжаловать. Высшая судебная инстанция отклонила все просьбы преступницы о по-

тально. В этот момент мне просто нужно было как-то устроиться».

Но почему же другие (и таких очень и очень много) шли «устраиваться» в партизанские отряды, которых в 1941-1943 гг. было на Брянщине около 140 общей численностью больше 60 тыс. человек? И люди эти, взяв в руки оружие, направляли его против оккупантов. А Антонина Парфёнова выбрала другой путь и безжалостно косила их из пулемёта. Видно, карательная служба в компании с оккупантами показалась ей привлекательнее. Как бы то ни было, предательство во все времена было и будет делом презренным и неизбежно наказуемым.

...Антонина Парфёнова-Макарова-Гинзбург стала одной из трёх женщин, казнённых по решению суда в постсталинскую эпоху СССР.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Память

Со светлым именем

Тамбовские врачи чтут архиепископа Луку



Праздничный вечер проходил не только торжественно, но и весело

Один из крупных зрительных залов Тамбова, что находится в областном музее, в этот раз был заполнен до отказа. Здесь собрались представители городской и областной администраций, общественности, руководители организаций и предприятий, десятки горожан. Особенно много было медицинских работников, приехавших со всей области, в том числе и одни из «виновников» торжества – работники 2-й городской больницы им. Архиепископа Луки, несущие добро людям во славу его светлого имени. Это и понятно: ведь торжество посвящалось 20-летию присвоения лечебному учреждению его имени.

Тамбовчане не понаслышке знают В.Войно-Ясенецкого, совмещившего в себе служение Богу и врачевание, опять же от Бога. Перед больницей поставлен памятник ему, в музее медицины есть большой стенд, ему посвя-

щённый. И вот торжественная дата, когда представилась возможность ещё раз воздать почести священнослужителю и талантливому хирургу.

Открывается торжество молитвой. А после её окончания на экра-

не «оживает» светлый образ архиепископа Луки. Кадры кинохроники запечатлели его за проведением операции, во время богослужения, за написанием знаменитого труда «Очерки гнойной хирургии».

Митрополит Тамбовский и Расказовский Феодосий ведал о служении архиепископа Луки Богу и людям, его беззаветной преданности делу, которому он посвятил свою жизнь. Так что работникам больницы им. Архиепископа Луки есть с кого «делать» жизнь. И коллектив с честью несёт традиции святого и старшего коллеги. Больница является одним из лидеров в области. Подтверждением этому

послужило награждение лучших сотрудников почётными грамотами городской администрации. Из рук её главы Александра Боброва их получили Галина Татарникова, Татьяна Шитикова, Тамара Кошелева и другие врачи.

Со сцены в адрес коллектива звучат приветствия руководителя, главного эксперта медико-социальной экспертизы Тамбовской области Алексея Семёнова, заместителя начальника Управления здравоохранения Татьяны Вяльцевой, главного врача Тамбовского онкологического диспансера Владимира Милованова. Приветствовала коллег и главный врач 2-й больницы Марина Македонская, вручившая отличившимся почётные грамоты и цветы. Среди них акушерка Тамара Похвищева, заведующий отделением Виктор Дедов, врачи Александра Кострюкова, Анатолий Смирягин и другие.

Настоящим сюрпризом праздника стало видеобращение к собравшимся легенды тамбовской медицины Якова Фарбера, при активном содействии которого имя архиепископа Луки присвоено больнице.

В заключение участники художественной самодеятельности именитого учреждения исполнили гимн больницы им. Архиепископа Луки.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.

Медицина и искусство

В Российской детской клинической больнице состоялся концерт «Музыка – жизнь», инициированный народным артистом РФ Михаилом Турецким.

Музыка – жизнь

Полный зал – больше 300 человек – дети, родители, сотрудники больницы. Без пафоса и официальных речей. Живые голоса женского коллектива арт-группы «Сопрано Турецкого» исполняют мировые хиты. Воистину, музыка творит чудеса! Даже те, кто с трудом дошёл до зала, с радостью танцуют и подпевают на сцене вместе с артистами.

– Пока звучит музыка, наши пациенты забывают о боли и страхах, – отмечает главный врач больницы Николай Ваганов.

«Музыка лечит душу и тело», – несколько веков назад такую надпись можно было увидеть на музыкальных инструментах. С давних пор она считается единственным лекарством, не имеющим противопоказаний, срока годности и побочных эффектов. Зная это, арт-группа «Сопрано Турецкого» устроила праздник для юных пациентов больницы.

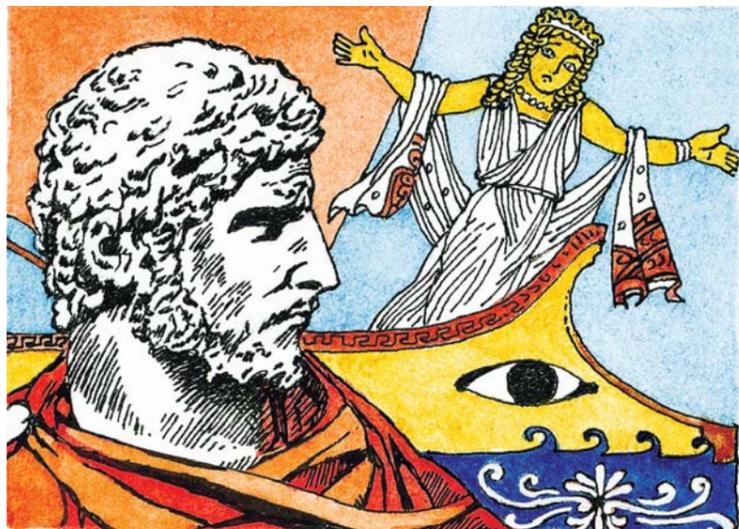
Особым сюрпризом для ребят стало выступление совсем ещё юной продолжательницы дела семьи Турецких – Эммануэль. Это – лучший пример добрых семейных традиций благотворительности и меценатства.

Елизавета ТАЛЬ,
руководитель пресс-службы
Российской детской
клинической больницы.

На литературный конкурс

Андрей БЕЛЕВСКИЙ

Возвращение Одиссея



Вот и я, тот, о котором ты говорила, о котором думала, кого любила, вот он перед тобой. Посмотри – где сила, разум и душевный покой? Весь в лохмотьях, бос и грязен, безумный взгляд... Когда ты встретила меня в первый раз – таков ли в тот вечер был мой наряд? Верно – я долго плыл по морям каким-то, проходил какие-то страны... Малярия у меня отнимала силы, а зеркала и кольца – разум. Со мною ссорились и мирились, но мирились реже, среди волн и ветра я терял опору. К тому же паруса оказались ветошью – сволочь купец, ему бы только тору читать да пейсы мазать олифой, хорошо, что помер, а то нервный я стал после всяких медуз и пифий – с ними тоже случился номер.

Но я отвлекся от линии. Ты, наверное, смотришь на меня с ужасом, хотя лицо сохранять удаётся успешно. Ты даже целуешь меня нежно, и когда я прошу: «Скажи правду», ты говоришь: «Люблю,

дорогой, ждала». И не хочешь признаться, что варвар давно занял мои места в постели ли, в сердце, в оливковой роще, буду относиться ко всему проще. Но ты не отходишь и плачешь, когда я молчу. По ночам ты зажигаешь свечу и что-то просишь у своей богини. Море бьётся во тьме, и как будто иней покрывает мне разум холодной вязью. Боги, до чего я грязен. Но она говорит: «Люблю любого, только прижми к себе, иного не нужно». Неужели верна? Телом-то ладно – сердцем, душой? Шаги... Она!

Сперва в городские термы, потом в лавку, потом вина. Лучшего! Пятьдесят свечей, ароматов, заколем овна. Слуги (забыл! у нас же есть слуги!) уберут дом, принесут цветов, протрут Аполлона. Со мной точно что-то не так – я же привёз ей подарки, там на корабле ларец с золотом и камнями... Безумец. Скорее, скорее...

Юза

Сливаясь с титульной рекой,
Теряет индивидуальность.
И, удаляясь на покой,
Находит новую реальность.
Своею скромной красотой,
Утратив хрупкие границы,
Напомнит мне мотив простой
И, будто младшая сестрица,
Пройдет неслышно волной
Под Воробьевыми горами,
А позже станет той рекой,
Что так любима всеми нами.
Приятно часто вспоминать
Полуязыческое имя
И в гордых водах узнавать
Её меж волнами тугими.
И тихий вздох её хранить
В разлуке с хмурою отчиной.
Непоспевающая нить
Между рождением и тризной.

Неизвестному поэту

(Вечный огонь)
... И замёрзшему насмерть в параднике
Третьего Рима.
И.Бродский
Никто не забыт.
Р.Рождественский

Слава тебе, делающему слово, слава,
Слава тебе, строящему переправу
От того, что было, к тому, что будет,
Слава тебе, на угли дующему, грудью
Не дающему им остыть, чтобы те, кто сзади
Понимали, чего им жить ради.
Слава тебе, дурно пахнущему, плохо одетому,
Слава тебе нищему, перегретому
Водкой палёной, женой сварливой,
Пишущему на чердаке, в сортире,
в вонючей квартире,
В поезде, трамвае, метро, в беспамятстве,
бессознанный,
Слава тебе, сохраняющему слово
в безжалостном мироздании!
Из-за тебя оно не исчезнет втуне,
Ветерок твоего стиха непременно дунет,
Мир заполняется рифмой и строфами, ночью
Небо гудит от поэм, эпиграмм и двустрочий.
Слава тебе, делающему своё тихое слово, слава
Слава тебе, строящему вечную переправу.

* * *

Рассвет смешался с тучами,
Теперь и не понять,
Слезам ли горючими
Окропит землю-мать,
Согреет ли заботами
Под солнечным теплом?
Полками или ротами
Безвестно пропадём?
Но, смешанные с тучами,

Алеют небеса,
И ветрами могучими
Сгибаются леса.
И вопрошать позволено –
По нраву ли ответ?
И прошено, и молено...
«...А нас на свете нет».

Поезд

Поезд, темно за окном.
Хмелем течёт разговор по соседству.
Шпалы стучат чёт-нечет, чёт-нечет.
Детство? Пожалуй, что детство.
Островом райским средь мрачных равнин
Поезд промчится – и нету в помине.
В царстве династии Минь
К вечеру воздух остынет.
Белые искры летят за окном,
Вяло порой разгораясь в пожары.
Не провести грань меж явью и сном,
Да и не надо, пожалуй.

Зелень Лета

Зелень лета, эх, зелень лета,
Что мне шепчет куст бересклета?
Хорошо пройтись без жилета...
И.Бродский

...И все же
Новый год всего дороже
Только он, несравненный, может
Дать иллюзию перемен.
Проходимость стен,
Эффективный газообмен.
Только он, невозможный, дарит
Запах покидаемой гари
И приближение свежести моря,
Кто спорит...
Только он, потрясающий, бродит
Между нами, весь год о свободе
Бормоча, бороδοю казённой
Бередя мозжечок воспалённый.
Я и сам ненавистник обманов,
Почитатель широких диванов,
Но и мне по душе притворство
Новогодних часов, упорство
Дать иллюзию перемен,
Проходимость стен,
Эффективный газообмен...
Я закончу, пожалуй, этим.
Наши мысли опять о лете.
Замыкается всё на свете.
Солнце, кажется, ярче светит...

ОБ АВТОРЕ. Андрей Белевский родился в Москве. Окончил 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт, ординатуру и аспирантуру на кафедре госпитальной терапии. Доктор медицинских наук, профессор кафедры пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы.

Пирази- намид	Цикло- фосфа- мид	Голл. живо- писец	Артист балета ... ван Данциг	СКАНВОРД										Пакли- таксел																										
Рос. скрипач	Пар костей не ...	Один оборот	Легко- атлетка	Бремя	Мелкая лошадь	Фаза	Сторона топора	Двор- жак, опера	Верхняя часть руки	Еж	Оросит. канал	Шиф- рин	Албания	Кошмар	Стужа	Пере- права	И ... и сям																							
Сонсор	" ..." Рой, Скотт	Греч. богиня красоты	Персо- наж ател- ланы	Девуш- ка (англ.)	Ар	Единица инфор- мации	Нена- висть	Щелоч- ной металл	Персо- наж ател- ланы	Девуш- ка (англ.)	Редкий случай	Ни в каком месте	Деньги, Лаос	Краска	Турге- нев, повесть	Душев- ный подъем	"Первый ...", Тютчев	Беско- нечная сумма	Наглец																					
Перевозил Геракла	Лабод. сосуд	Так как (стар.)	Поп... (худ- тече- ние)	М О Н А Р Х Ю	О	Д	О	Д	З	У	Воспал. небных минда- лин	Борщ	Ушиб	П Р К Л М	М	А	Л	Ь	Т	А	О	Т	В	А	Р	А	К	Л												
Автор Валерий Шаршуков	Грубое волокно	С головой до ...	Анти- лопа, Тибет	Д Е Г У	А	К	Е	Л	А	З	К	М	А	Ш	К	У	Б	Ю	Н	Т	У	М	А	К	Г	Е	К	У	Б	А	К	У	Ш	А	К	У	Т			
				Ю Б К А	М	П	С	И	Р	И	С	Х	О	Д	Т	О	Р	Н	А	Д	О	У	Г	О	Д	У	Т	У	Л	О	О	Н	А	Д	И	Н	Т	Р	Е	П
				Т Р И	А	С	Т	О	Г	П	А	М	А	Ю	Г	В	О	Й	Т	Г	О	Л	О	С	Л	О	Г	А	Т	А	Р	И	Л	С	У	Р	Ь	М	А	

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 11 от 18.02.2015.

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: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора). Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110. E-mail: mkgazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 15-01-00158
Тираж 31 185 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.