

Перемены

Камчатка преобразуется Здесь разворачивается санаторная реабилитация



Для многих этот далёкий полуостров олицетворяет экстремальные условия жизни, неуют и холод. А между тем в этом крае приступили к реализации третьего этапа комплексных программ медицинской реабилитации пациентов, перенёсших инсульты и инфаркты. Процедуры по восстановлению жизненно важных функций организма, нарушенных из-за тяжёлых заболеваний, местные жители получают бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В частности, в работу санатория «Жемчужина Камчатки» внедрены

Пациенты санатория занимаются на специальных тренажёрах

новые специальные методики. Реабилитацию прошли уже несколько десятков человек. Направления выдаются по квотам Министерства здравоохранения края. Всё оплачивается через фонд ОМС. Для каждого больного готовятся индивидуальные программы. В учреждении сформирована мультидисциплинарная группа, куда вошли логопед, доктор и медицинские специалисты различных профилей по реабилитации двигательных функций. Работа по возвращению к нормальной жизни с использованием термальных бассейнов – это то, чего нет в других регионах страны.

В конце прошлого года по направлениям лечащих врачей санаторий посетили порядка 50 человек.

– Врачи края оценили лечебный эффект от наших процедур и уже есть запись групп больных, которые будут поступать к нам в ближайшее время, – рассказывает главный врач санатория Вера Буренко-Копытко.

Свои программы реабилитации разработаны также для жителей Камчатки, перенесших операции по эндопротезированию. Такие пациенты имеют двигательные нарушения, отмечает главный врач. «Мы лечим не только конкретный сустав, мы лечим весь организм».

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.



Юрий ЗИНЧЕНКО,
декан факультета психологии МГУ
им. М.В.Ломоносова:

Чтобы человечество выжило, необходимо сохранить грудное вскармливание.

Стр. 5

Анатолий КОРСУНСКИЙ,
главный врач ДГКБ № 9
им. Г.Н.Сперанского,
профессор:

Врачу надо мобилизовать все свои знания, которые он получил, и дать ему возможность применить весь свой интеллект на практике.

Стр. 6-7



Алексей БОЙКО,
профессор кафедры неврологии,
нейрохирургии и медицинской
генетики РНИМУ им. Н.И.Пирогова:

Основная задача сейчас – наиболее быстро подобрать пациенту с рассеянным склерозом тот препарат, который был бы наиболее эффективен и безопасен в конкретном случае.

Стр. 11



Инициатива

Кубань – край долгожителей

С февраля этого года начинает действовать новый профилактический проект Министерства здравоохранения Краснодарского края «Кубань – край долгожителей». Он позволит проводить ежемесячные выезды медицинских бригад краевого госпиталя в районы Кубани.

Бригады в составе кардиолога, невролога, офтальмолога, пульмонолога, гастроэнтеролога будут оснащены передвижным аппаратом УЗИ, ЭКГ. Совместно со специалистами Центра медицинской профилактики Минздрава края они будут оказывать практическую помощь врачам в проведении

обследования лиц пожилого возраста, выявлять маломобильных пожилых пациентов, нуждающихся в проведении обследования и лечения на дому, отбирать пациентов, которым необходимо лечение в краевых медорганизациях.

– Мы относимся ко всем пожилым людям, как к своим родителям, – отметил министр здравоохранения края Евгений Филиппов. – Задача нового проекта – забота о здоровье людей старшего поколения. В отдалённых хуторах и станицах края. Всё это для того, чтобы наши земляки были здоровы.

Ольга ЛЫЖНИК,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Перспективы

Малые города – в программу «Земский доктор»

Решение расширить программу «Земский доктор» на города с населением до 50 тыс. жителей будет иметь ощутимый эффект для граждан и поможет решить проблему нехватки кадров в медучреждениях. Об этом заявила эксперт рабочей группы Народного фронта «Социальная справедливость» Разиет Натхо, после того, как Президент России лидер ОНФ Владимир Путин заявил о таком решении. Причём

поддержку получают не только врачи, но и фельдшеры, которые приезжают в эти населённые пункты для работы. Программа будет полностью финансироваться из федерального бюджета.

– В последнее время у регионов появилось очень много полномочий, с которыми они по финансовым причинам не всегда справляются, поэтому думаю, что решение перевести финансирование программы

«Земский доктор» на федеральный уровень является правильным. Теперь принятое решение активизирует работу по укомплектованию фельдшерско-акушерских пунктов, районных больниц в сельской местности и будет пополнять регионы медицинскими кадрами, – отметила Р.Натхо.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ВОЗМОЖНОСТЬ
АРЕНДЫ** | **Фетальные мониторы**

- Точное измерение ЧСС плода «от удара к удару»
- Автоматический анализ КТГ
- Прямая ЭКГ плода, ВМД
- Данные на ПК в реальном времени, центральная станция

3 года гарантии!

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

Новости

Медучреждения
становятся доступнее

Поликлиники, больницы и диспансеры Омской области стали доступнее для людей с ограниченными возможностями.

Одним из важнейших направлений программы администрации района «Доступная среда», принятой 5 лет назад, является комплекс мероприятий, направленных на устранение существующих препятствий и барьеров, и обеспечение доступности приоритетных объектов жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения. На повышение доступности медучреждений для людей с ограниченными возможностями за годы реализации программы было направлено 75,91 млн руб.

При проведении этих мероприятий, в первую очередь, как правило, обеспечивается расширение дверных проёмов, установка пандусов для инвалидов-колясочников, путей движения внутри здания, установка лифтов, укладка тактильных полос для инвалидов по зрению и т.д., а также зон оказания услуг и санитарно-гигиенических помещений. Причём все работы на адаптируемых в рамках программы объектах проходят приёмку специальными рабочими группами, в состав которых входят как представители органа исполнительной власти в курируемой сфере, так и общественных организаций инвалидов.

Всего за 5 лет действия программы в лечебно-профилактических учреждениях Омска и области выполнены работы по замене и установке 13 лифтов, устройству 68 пандусов, обустройству 13 санитарно-гигиенических помещений. Приобретено 3 лестничных механических подъёмника в областной госпиталь ветеранов войн.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Без санавиации на Алтае не обойтись

В Алтайском крае продолжится развитие санитарной авиации. На эти цели будет направлено 97,3 млн руб. Планируется увеличение количества санитарных полётов и увеличение доли лиц, госпитализированных по экстренным показаниям с использованием санитарной авиации.

За прошедшие новогодние праздники в специализированное ожоговое отделение городской больницы № 3 Барнаула были эвакуированы 2 пациентки с ожогами тела из Усть-Калманской ЦРБ и центральной больницы Локтевского района.

Реализация проекта «Обеспечение оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации» была начата в Алтайском крае в прошлом году. Финансирование проекта составило 51,5 млн руб.

В рамках проекта был произведён закуп так называемой авиационной услуги для оказания помощи с применением авиации, проведены мероприятия по реконструкции и оснащению вертолётной площадки в Барнауле. А также приобретён вертолёт, оснащённый медицинским модулем, позволяющим одновременно эвакуировать двух тяжёлых пациентов.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

«Бережливая поликлиника»
в действии

В ходе рабочего выезда в городскую детскую поликлинику № 1, министр здравоохранения Калининградской области Александр Кравченко сообщил, что на внедрение «бережливых технологий» в лечебные учреждения было направлено более 70 млн руб. Поликлиника на набережной Адмирала Трибуца, в которой обслуживаются 22 тыс. маленьких жителей Ленинградского района Калининграда, вошло в число четырёх участников второй волны реализации проекта «Бережливая поликлиника» в июне 2017 г. На проведение преобразований из регионального бюджета сюда было направлено 2,5 млн руб. Проведён косметический ремонт помещений, снаружи здания обустроена колясочная. За счёт собственных средств медицинской организации установлены «бегущая строка» и навигация, приобретена новая мебель.

В поликлинике создана «открытая регистратура», в ней увеличено количество окон. Также благодаря отработке технологий «бережливого производства» появился дополнительный кабинет педиатра. В ближайшее время откроется колл-центр на три рабочих места. Также в планах дальнейшей реализации проекта установление в регистратуре электронной очереди, монтаж современной системы освещения, приобретение дополнительного оборудования.

– Сегодня мы видим здесь совсем другое пространство – более продуманное, более яркое, более информативное, – поделился впечатлениями от посещения поликлиники А.Кравченко. – Но самое главное – не проведённый ремонт, а то, что улучшились многие технологические процессы, которые заметны и персоналу, и, судя по отзывам, которые я сейчас услышал от родителей, и посетителям.

Глава Минздрава области подчеркнул, что процессы «бережливого производства» невозможно остановить, их необходимо развивать и совершенствовать. В ходе посещения ГДП № 1 министр высказал свои конструктивные предложения по многим вопросам дальнейших преобразований в медицинской организации, которые возможно реализовать простыми управленческими решениями. В частности, он предложил перенести в филиалы поликлиники некоторые административные помещения, высвободив место под медицинские кабинеты.

Ирина СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

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

События

Новое поколение заявляет о себе

Студенты из 13 медицинских вузов собрались в Подмосковье на свой первый слёт

В санатории «Звенигород» Московской области, принадлежащем Первому Московскому государственному медицинскому университету им. И.М.Сеченова, состоялся слёт студенческих организаций медицинских высших учебных заведений «Поколение».

На встречу прибыло более ста руководителей и координаторов студенческих организаций из 13 медицинских вузов по различным направлениям молодёжной политики. Кроме Москвы, здесь оказались представители Волгограда, Иваново, Рязани, Краснодара, Воронежа и Курска. Ребята разрабатывали проекты решений по развитию, популяризации и продвижению молодёжной политики в медицинской студенческой среде.

Место слёта было выбрано не случайно. Санаторий «Звенигород» находится в живописной лесной зоне Подмосковья на площади в 18 га. Как нам рассказал главный врач санатория Алексей Коваленко, здесь проводится лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, мочеполовой и нервной систем. Молодые специалисты Первого МГМУ с удовольствием приезжают сюда проводить консультации.

Ключевым событием слёта стала панельная дискуссия «Молодёжная политика медицинских вузов: от теории к практике». Открывая дискуссию, проректор по общественным связям и воспитательной работе Сеченовского университета Иван Чиж осветил основные вопросы, связанные с молодёжной политикой в среде студентов-медиков.

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег



Встреча оказалась полезной и для студентов, и для организаторов здравоохранения

Салагай во время дискуссии выяснил, что многие участники слёта действительно хотят стать организаторами здравоохранения. Хотя и желающих стать хирургами или терапевтами оказалось немало. Что такое лидерство? Определить это очень сложно. Это, прежде всего, активность, желание что-то изменить. И, конечно, помогать людям, менять что-то к лучшему в масштабах всего отечественного здравоохранения. И это мероприятие, как и десятки подобных, проводится для того, чтобы всё перечисленное делать не в одиночку.

Можно отметить краснодарских волонтеров-медиков, которые координируют все мероприятия, которые проходят в Сочи. И во многих регионах волонтерские организации так же эффективно работают. Здесь спикер подчеркнул важность активного взаимодействия представителей студенческих организаций с региональными властями. Для этого создан Федеральный центр медицинского волонтерства.



В зале не было равнодушных

Работают мастера

Клипирование гигантской аневризмы

Нейрохирурги Тюменской областной клинической больницы № 2 успешно прооперировали 50-летнего жителя региона с гигантской – более 2 см в диаметре – аневризмой внутренней сонной артерии.

Проведённое обследование – ангиография с контрастным веществом – выявило выпячивание сосуда частично заполненного тромбом. В такую аневризму нельзя заложить микроспирали, потому что, если тромб со временем частично размоется, кровь снова будет поступать в аневризму, и риск её разрыва возрастёт. По этой причине врачи выбрали тактику открытой хирургии и выполнили клипирование аневризмы – под многократным увеличением микроскопа с использованием микрохирургических инструментов наложили на

место выпячивания специальные клипсы, а затем вскрыли стенку аневризмы и удалили скопившуюся кровь.

Операция по клипированию аневризмы относится к ряду наиболее сложных в нейрохирургии, требует высокой квалификации хирургов и современного медицинского оборудования.

– Если раньше случаи с кровоизлияниями на фоне аневризм зачастую заканчивались летальными исходами или глубокой инвалидизацией, то сейчас у пациентов, если аневризму вовремя диагностировали и прооперировали, есть реальный шанс вернуться к привычной жизни, – говорит заведующий нейрохирургическим отделением взрослого стационара ОКБ № 2 Дмитрий Воробьёв.

После проведения операции женщина находилась под наблюдением

Проректор по связям с общественностью и воспитательной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Георгий Надарейшвили начал своё выступление с вопроса к собравшимся: «А задумывались вы, зачем вам учиться в вашем вузе? Сейчас получить любую информацию очень легко через интернет. А ведь обучение – это то, что изменяет нас. Окончив вуз, человек становится совершенно другой личностью, меняется внутри, приобретает недоступные другими способами практики. Очень важно приобрести те качества, которые сделают вас лидерами в новом мире».

Подробно ответив на вопросы будущих врачей, ректор Первого МГМУ Пётр Глыбочко отметил, что этот слёт проводится в нашей стране впервые по инициативе Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений России.

Подобные слёты планируется проводить и в дальнейшем. Так, вскоре пройдёт Зимняя медицинская школа Сеченовского университета. На неё со всей страны придут победители олимпиады «Я – профессионал» по лечебному делу и стоматологии. В дальнейшем школы будут проводиться и по другим направлениям – по хирургии, акушерству и гинекологии, терапии.

– Хочу пожелать участникам слёта выработать новые подходы к своей общественной жизни, но самое главное – стать в дальнейшем хорошими врачами, в этом как раз и состоит наша основная задача, – подытожил Пётр Витальевич.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

нием в отделении нейрореанимации. На второй день больная самостоятельно поднялась с постели. В настоящий момент она выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Врачи отмечают, что основными причинами образования сосудистой аневризмы являются врождённые нарушения строения сосудистой стенки, атеросклероз и изменение сосудистой стенки при воспалительном процессе. Профилактика заболевания основана на своевременном обследовании людей, имеющих наследственную предрасположенность к появлению аневризм, контроле кровяного давления и соблюдении здорового образа жизни.

Анастасия ДЕМБИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Тюменская область.

Продолжаем разговор

Гематолога защитят
лучшие адвокаты

Мэр Москвы Сергей Собянин заявил, что крайне озабочен делом врача Елены Мисюриной, о котором «МГ» сообщала в № 4 от 31.01.2018.

«Безусловно, жизнь и здоровье пациентов важнее всего, – написал он в интернете. – Тем не менее такие дела должны рассматриваться максимально корректно и объективно. Это важно не только для врачебного сообщества, но и для людей, которые обращаются к ним за помощью».

Более того, разбор этой истории пройдёт на одной из клиничко-анатомических конференций Департамента здравоохранения Москвы. Такое поручение дал заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников.

Напомним, что гематолог Е.Мисюрина была обвинена в халатности и приговорена к 2 годам колонии общего режима.

До этого Департамент здравоохранения Москвы выступил с официальным заявлением, в котором отмечается, что врачу Е.Мисюриной будет оказана вся необходимая юридическая поддержка. Её будут защищать лучшие столичные адвокаты.

Коллектив городской клинической больницы № 52 Департамента здравоохранения Москвы начал сбор подписей в интернете в защиту коллеги.

«Мы потрясены событиями, происшедшими с известным врачом гематологом, нашим другом и коллегой Еленой Мисюриной, – говорится в официальном заявлении клиники. – Мы все знаем её как отличного профессионала, честного, порядочного и открытого человека. Работа талантливого врача прервалась по обвинению суда 22 января, откуда Елена была отправлена в СИЗО с приговором по статье, предусматривающей нанесение тяжкого вреда пациенту в 2013 г.

Доктор Мисюрина сделала более 8 тыс. данных манипуляций, она профессионал, которого знает всё сообщество гематологов в России, и предположить, что она намеренно провела процедуру с целью нанесения вреда пациенту просто абсурдно. К сожалению, невозможно привести все обстоятельства этого процесса, но ясно одно. Произошла огромная несправедливость и врач оказался за решёткой. За плечами Елены Николаевны спасённые жизни больных лейкозом. Пациентское сообщество также шокировано подобным процессом. Мы выражаем слова поддержки семье, где остался маленький сын, родителям, которые тоже находятся в возрасте и болеют.

Проекты

Пусть мама меня непременно найдёт...

Роддом № 3 Владивостока подвёл очередные итоги программы «Пойдём домой». Всё больше малышей, оставленных кровными родителями, выпускаются из учреждения непосредственно в приёмные семьи.

По словам Светланы Сагайдачной, главного врача Владивостокский клинический родильный дом № 3, по данным на конец декабря прошлого года, количество отказников в ЛПУ составило 11 человек. Из них 8 обрели приёмных маму и папу ещё на этапе пребывания в роддоме.

Благодаря совместной работе сотрудников родильного дома

Сейчас Елена Николаевна находится в СИЗО № 6. Не представляя опасности для общества, она изолирована. Мы обращаемся к общественности. Да, смерть даже тяжёлобольного человека – это всегда трагедия. Но объективное рассмотрение всех обстоятельств, наличие доказательной базы и не только вербальной – это то, что общество должно предоставить медицинским работникам в защиту, чтобы можно было заниматься медициной и спасать людей!

Мы обращаемся к юристам. Отдаём себе отчёт, что материалы данного расследования очень

сложны для понимания и трактовки неспециалистами, учитывая огромное количество узкоспецифических медицинских подробностей и терминов, и вообще сложный характер конкретного заболевания. Призываем ещё раз объективно и кропотливо разобраться в подробностях ситуации и прислушаться к мнению экспертов, много лет занимающихся именно этими проблемами. Ужасна медицинская ошибка, но не менее ужасна ошибка юридическая».

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Комментарий следователя

Провоцируют недоверие

Следственный комитет РФ обвиняет представителей медицинского сообщества в нарушении норм этики.

«В связи с многочисленными комментариями в СМИ относительно дела московского врача, привлечённого к уголовной ответственности, считаем необходимым пояснить следующее, – заявила официальный представитель Следственного комитета Светлана Петренко. – Вызывает крайнее удивление, когда приговор суда медицинскому работнику берутся комментировать другие люди, в том числе из сферы медицины, даже не будучи ознакомленными с материалами конкретного уголовного дела, по сути подвергая сомнению компетенцию своих же коллег, дававших экспертное заключение по этому делу. В данном случае они не только нарушают элементарную этику, но и провоцируют недоверие граждан к медицинской системе в целом.

Действительно, уголовные дела о ятрогенных преступлениях крайне сложные. Но деятельность органов следствия строится таким образом, чтобы максимально объективно разобраться в каждом конкретном происшествии. Граждане очень часто сообщают нам о врачебных ошибках, но далеко не в каждом случае речь идёт о преступлении. Мы тщательно проверяем любое обращение, но лишь в каждом третьем случае возбуждается уголовное дело. Например, в 2017 г. в СК России поступило 6050 сообщений о таких преступлениях, и по результатам их рассмотрения возбуждено 1791 уголовное дело.

Что касается самого процесса расследования. Следственным комитетом организовано повышение квалификации следователей, которые расследуют такие преступления. Для этого привлечены ведущие научные и учебные заведения. Следователи должны иметь полное представление о специфике врачебной деятельности, знать ведомственные нормативные акты Минздрава России, возможности судебно-медицинской экспертизы и грамотно ставить вопросы эксперту.

Вместе с тем Следственный комитет с большим уважением относится к медицинским работникам, понимая, насколько ответственна и важна эта гуманная профессия. Когда врачи сами становятся жертвами преступлений, СК России незамедлительно реагирует на такие факты, вставая на их защиту.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Когда верстался номер

5 февраля Мосгорсуд по представлению прокуратуры изменил меру пресечения Е.Мисюриной: вместо ареста до нового рассмотрения её дела она будет находиться под подпиской о невыезде.

«МГ» будет следить за дальнейшими событиями, происходящими вокруг этого дела.

Решения

Лекарственное обеспечение —
на высокий уровень

В Минздраве Республики Дагестан состоялось видеоселекторное совещание по вопросам закупок лекарств. Руководители регионального ведомства приняли участие в беседе с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

Глава ведомства подчеркнула, что вопрос лекарственного обеспечения является одним из самых сложных и самых важных. «В наступившем году существенно усилится контроль за качеством оказываемой медицинской помощи. Качество её должно быть единым, в любом регионе. Важнейшей частью здесь является лекарственное обеспечение, поэтому для того, чтобы стандартизовать подходы к обеспечению лекарственными препаратами, Минздравом России создана единая информационно-аналитическая система, которая в скором времени будет внедрена во всей стране. В ней заложены типовые требования к контрактам, что позволяет закупать препараты в определенной этой системой

ценовом диапазоне», – отметила министр РФ.

Специалистами федерального Минздрава были вызваны на связь регионы, в которых имеется большое количество рецептов, переведенных на отсроченное обслуживание. Также были названы субъекты, не имеющие отсроченных в обслуживании рецептов и оперативно решающие вопросы перераспределения лекарственных препаратов при возникающей потребности в них – в их числе благодарность от Минздрава России получило и Министерство здравоохранения Республики Дагестан.

В докладе директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елены Максимкиной рассказывалось об эффективности эксплуатации разработанной системы, которая позволила сэкономить при закупке Минздравом России лекарственных препаратов около 5 млрд руб.

Зарина АГМАДОВА.
МИА Cito!

Акции

Союз врача и пациента

Настоящий подарок сделали многодетным родителям сотрудники столичной ГКБ им. В.В.Вересаева, устроив в консультативно-диагностическом отделении день открытых дверей.

В рамках этого мероприятия многодетные мамы и папы смогли бесплатно получить исчерпывающие консультации ряда специалистов – терапевта, офтальмолога, эндокринолога, гинеколога, невролога, оториноларинголога, сдать экспресс-анализ крови на сахар и холестерин, сделать ЭКГ и флюорографию, при необходимости пройти УЗИ внутренних органов...

По словам врача общей практики Алсу Валеевой, многие патологии были выявлены впервые. У некоторых многодетных мам обнаружены миомы матки небольших размеров, узловые образования щитовидной железы, гипотиреоз, избыточная

масса тела и гипертония 1-2-й стадии, а в одном случае – диабет.

У двух пап обнаружен холецистит, а у одного врач заподозрила серьёзное заболевание сердца – синдром синусового узла, и он был направлен на дообследование.

По словам офтальмолога Ирины Олейник, все пациенты жаловались на снижение остроты зрения. И это неудивительно: у них обнаружена миопия разной степени тяжести.

Каждому из прошедших обследование даны рекомендации и назначено лечение. Многодетные родители и медицинские работники остались довольны мероприятием.

– Мы тоже рады таким пациентам – ответственным, открытым, благодарным, понимающим, – сказала старшая медицинская сестра Елена Клисёнок. – Некоторые из них выразили желание прикрепить к нашей поликлинике, чему мы только рады.

Наталья ЛЕСКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Криминал

Нападение на психиатра



В Ростове-на-Дону рано утром в подъезде своего дома жестоко избили заведующего стационарным отделением областного психоневрологического диспансера врача-психиатра Григория Остапенко.

Перебиты ноги, сильнеешие ушибы, на голове – гематомы, отёк левой височной области. Подобное, к сожалению, уже было несколько лет назад, причём с

другим психиатром. Его сначала избили, далее сожгли жильё, потом – подожгли машину. Доктор был вынужден с семьёй уехать из Ростова.

Причиной нынешней драмы, возможно, стала победа Остапенко в конкурсе «Молодой лидер здравоохранения Дона – 2017». Врач теперь не сможет работать несколько месяцев.

Андрей ДЫМОВ.

Рудольф НИКОЛАЕВ.

Согласно данным диспансеризации 2017 г., на Ямале около трети (32,2%) обследованных здоровы, 23,5% относятся к 2-й группе здоровья, то есть у них возможен риск развития каких-либо патологий, 44,3% имеют хронические заболевания и относятся к 3-й группе здоровья.

На первом месте среди впервые выявленных заболеваний находятся эндокринные нарушения, на втором – болезни системы кровообращения, на третьем – болезни мочеполовой системы. Нерационально питаются 31,2% обследованных, 30% ведут малоподвижный образ жизни. Как результат: 15,6% ямальцев имеют избыточную массу тела или ожирение.

– Результаты диспансеризации 2017 г. одновременно порадовали и расстроили нас, – отмечает главный специалист Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа по профилактической медицине, главный врач Центра медицинской профилактики, доктор медицинских наук Сергей Токарев. – Каждый третий ямалец здоров, но при этом каждый другой третий ямалец питается нерационально, ведёт малоподвижный образ жизни.

Существенно «подливают масло в огонь» выявляемые факторы риска, которые могут спровоцировать развитие хронических заболеваний и в дальнейшем привести к инва-

Профилактика

Север – территория испытания

На Ямале здоров только каждый третий житель. Это выявила диспансеризация



В суровых климатических условиях Ямала созданы хорошие условия для проведения диспансеризации северян

лидности и преждевременному уходу из жизни. Так, в постоянном активном курении признались 14,8% жителей округа. Повышенный уровень глюкозы в крови выявлен у 5,2%, повышенный уровень артериального давления – у 9,1%,

а очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск имеют 12,3% жителей региона.

Конечно, основная цель диспансеризации – снижение смертности населения. Больше всего россияне умирают от сердечно-сосудистых

и онкологических заболеваний. Поэтому в первую очередь в диспансеризацию включены обследования, которые позволяют как можно раньше обнаружить эти болезни. Но особенно важно, что у людей выявляют факторы риска, то есть признаки, которые ещё не говорят о начале болезни, но предсказывают, что она рано или поздно начнётся. Если вовремя исправить эти нарушения, взять их под контроль, то тяжёлых заболеваний удастся избежать или как минимум отсрочить.

– Диспансеризация является одним из наиболее эффективных инструментов профилактики и её проведение – это несомненный плюс как для каждого гражданина, так и государства в целом, – отмечает С.Токарев. – С 1 января 2018 г. вступил в силу новый порядок диспансеризации, который предусматривает наиболее оптимальную периодичность и возрастные диапазоны проведения скрининговых исследований с использованием высокотехнологичных и специфических тест-методов для более

эффективного выявления злокачественных новообразований молочной железы, прямой и толстой кишки, шейки матки и предстательной железы.

В прошлом диспансеризацию на Ямале прошли более 54 тыс. человек, что составило 89,5% от запланированных показателей. На второй, углублённый этап обследования, направлено более 20 тыс. человек – 38,4% от общего числа обратившихся, из них завершили второй этап 76,8%. Данные за 2017 г. свидетельствуют о наличии у ямальцев стабильного отклика к прохождению диспансеризации. Внятное разъяснение со стороны профессионального сообщества и СМИ, а также понимание со стороны работодателей, участие страховых компаний в адресном СМС-информировании населения привлекает ямальцев к прохождению диспансеризации.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Новые подходы

Очередное ноу-хау внедрил в практику выхаживания маловесных детей Приморский краевой перинатальный центр. Помимо высокотехнологического оборудования, современных технологий и золотых рук врачей здесь появилось новшество в виде специального кресла-«кенгуру», которое помогает выхаживать недоношенных детей. Как сообщили в администрации региона, современное оборудование, применяемое в перинатальной медицине, передано в дар центру.

Малышей выхаживает «кенгуру»

В Приморье отмечается ежегодное снижение младенческой смертности

Кресло-«кенгуру» уникально по своему функционалу. На нём мама, полулёжа в удобном положении, кормит ребёнка. Малыш лежит на маме, соблюдается нужный температурный режим, при этом ребёнок лучше усваивает молоко, слушая биение сердца самого близкого человека. Врачи говорят, что после таких процедур дети, активнее набирают в весе, даже эмоционально становятся спокойнее и практически не кричат.

Следует отметить, что все молодые мамы, родившие детей раньше срока и с малым весом, получают в перинатальном центре не просто медицинское информационное сопровождение, а навыки ухода за недоношенными малышами после выписки из стационара.

– У малышей, которые родились раньше срока, есть особенности в развитии, температурном режиме, грудном вскармливании, – поясняет главный врач перинатального центра Татьяна Курлеева. – Также мы обучаем мамочек порядку действий в неотложных ситуациях до приезда скорой помощи, например, при гипотермии, коликах, судорогах, остановке дыхания.

Центр получил от фонда ещё один нужный и дорогой подарок – лазерный коагулятор, предназначенный для высокотехнологичных операций по предотвращению отслоения сетчатки глаза, что не-

редко случается у недоношенных малышей.

К слову, в 2017 г. приморским врачам удалось добиться значительных успехов в области перинатальной медицины. Так, выживаемость глубоко недоношенных детей – весом от 500 г – выросла на 4%.

Приморский краевой перинатальный центр – учреждение по медицинским стандартам третьего уровня – именно сюда со всего края приезжают будущие мамы с проблемной беременностью, центр помогает и в экстренных ситуациях. Самое сердце огромного здания – родильные залы – оборудованы всем самым современным и необходимым. Каждый бокс, как маленький роддом, со своей вентиляцией и отоплением. Операционные, реанимации – всё сделано так, чтобы появление на свет малышей было максимально комфортным и безопасным.

В последние 2 года Приморский край входит в число российских регионов, где ежегодно отмечается снижение младенческой смертности и в этом большая заслуга сотрудников перинатального центра.

В начале декабря центр стал головной площадкой по ведению электронного мониторинга беременных.

Роман НИКОНОВ.

Владивосток.

Вехи

Молодая корпорация с великими традициями

Первому Московскому государственному медицинскому университету им. И.М.Сеченова исполняется 260 лет

Ректор Сеченовского университета академик Пётр Глыбочко поделился с журналистами как пройдёт этот юбилейный год и рассказал о перспективах развития старейшего медицинского вуза.

– Университет имеет славную историю, но при этом остаётся молодой корпорацией, – сказал он. – Сегодня вуз занимается не только образованием, подготовкой кадров. Очень много внимания уделяется применению на практике высоких технологий и научно-исследовательской работе. В здании Научно-технологического парка биомедицины университета уже получили «прописку» новые подразделения – институты молекулярной, регенеративной, персонализированной, трансляционной медицины, идёт создание института технологии и синтетической биотехнологии. Учёные здесь будут разрабатывать новые лекарственные вещества на основе междисциплинарного подхода. И это отнюдь не далёкое будущее.

Как рассказал далее П.Глыбочко, сегодня проходят клинические испытания новые препараты, созданные учёными университета. В приоритете у лабораторий и клеточные технологии. Например, сотрудникам Сеченовского университета удалось создать такой сложный продукт как тканеинженерная уретра, хрящи и многое другое.

Мэр Москвы Сергей Собянин недавно осмотрел Центр медицинской реабилитации университета. Во время его визита были представлены программы лечебного питания, разработанные в клинике. Для каждого заболевания врач подбирает пациенту индивидуальный рацион.

Университет стремится прогнозировать, какие изменения произойдут в медицине в ближайшие десятилетия. Без понимания этого, крайне трудно готовить специали-

стов, в которых будет нуждаться отечественное здравоохранение. Подготовка по новым специальностям требует создания материальной базы, привлечения преподавателей, в некоторых случаях из-за рубежа, чтобы на самом передовом уровне «преподносить» новую дисциплину. То есть выигрывает только тот вуз, который планирует развитие на опережение. Руководство лечебных учреждений должно быть уверенным в том, что, направив медицинского работника на обучение в Сеченовский университет, в клинику вернётся компетентный специалист. Например, сейчас активно внедряются информационные технологии в здравоохранении. Формируются различные базы данных, встаёт вопрос, кто с ними будет работать? Соответственно многие больницы и поликлиники нуждаются в специалистах подобного профиля. Университет, предвидя такую потребность, занялся подготовкой их. Новые вершины берёт роботическая хирургия. Чтобы быть центром по такой сложной подготовке, нужно накопить значительный опыт ассистированных вмешательств. Для этого университету приходилось отправлять на обучение преподавателей и за границу. Схожая ситуация в ядерной медицине, появляются новые радиофармпрепараты, методы их введения. Настоящий прорыв в широком применении подобных методик произойдёт в ближайшее время. Чтобы быть первыми в этой высокотехнологичной области, медицинских физиков необходимо подготовить уже сегодня. В 2018 г. в университете появятся четыре новые специальности, связанные с инновационными технологиями. Сетевой врач, IT-медик, специалист по тканевой инженерии и молекулярный диетолог.

Вуз активно привлекает зарубежных профессоров для чтения лекций, проведения семинаров. Учиться в этом году приехало на

50% больше иностранных студентов. В абсолютных цифрах это выглядит так: в 2016 г. обучалось 900 иностранцев, в прошлом году уже – 1,5 тыс. Первые 3 курса обучения ведутся на английском языке. Параллельно иностранцы изучают русский язык, после 3-го курса они свободно общаются без переводчика, проходят практику в клиниках университета.

В Азербайджане недавно открыт филиал университета. Он пользуется популярностью, конкурс среди абитуриентов увеличивается из года в год.

Обозреватель «МГ» поинтересовался, какие задачи ставятся перед 8 институтами в Сеченовском университете, которые недавно были созданы.

– Когда кафедры недостаточно крупные и в них работает по 5 преподавателей, то вузу это невыгодно, – пояснил П.Глыбочко. – Гораздо целесообразнее создать институты, в рамках которых преподаватели получают возможность вести обучение по различным дисциплинам. Идёт ротация преподавателей. Мы приглашаем на работу профессионалов, которые занимаются научными исследованиями. Их результаты печатают зарубежные научные журналы, на них ссылаются и их цитируют.

В университете 5 лет реализуется программа «Медицина будущего». Для учёбы по этому проекту отбираются лучшие студенты после окончания 3-го курса любого медицинского вуза. Все студенты, зачисленные на такое обучение, проходят стажировку за рубежом. Сеченовский университет гордится тем, что врачи – исследователи, подготовленные по этой программе, уже внесли свой вклад в создание прорывных технологий и занимаются решением проблем, способных изменить облик современной медицины.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Наступивший 2018 г. объявлен годом начала Десятилетия детства. Идёт подготовка плана мероприятий, осуществление которых позволит вырастить новое поколение россиян. И от позиций медицинской общественности зависит: будет ли в этом документе уделено достаточно внимания вопросам здоровья детей, профилактическому направлению.

Да, при подведении итогов реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на заседании Координационного совета при Президенте РФ было заявлено о намерениях реконструировать, капитально отремонтировать и дооснастить детские поликлиники в ближайшие годы, на что предполагается израсходовать более 50 млрд руб. И это здорово! Учреждения детства нуждаются во вливаниях. Очень нуждаются! Однако есть немало таких технологий, которые не требуют колоссальных затрат, но способствуют улучшению показателей здоровья. Одна из них – грудное вскармливание.

Решающая роль – за медработниками

Ранние профилактические эффекты грудного молока хорошо известны. Оно укрепляет иммунную систему, помогая организму бороться с инфекциями, снижает вероятность возникновения синдрома внезапной смерти младенцев, содержит все необходимые питательные вещества для нормального роста ребёнка. Но в последнее время появляется всё больше данных об отдалённых эффектах, об уменьшении рисков развития аллергии, ожирения, улучшении интеллектуального развития детей, вскормлённых грудью матери по сравнению с их сверстниками, получавшими искусственные смеси.

– Чтобы человечество выжило, необходимо сохранить грудное вскармливание. Оно непосредственно влияет на психическое развитие и психологическое благополучие ребёнка, является элементом социализации, – считает вице-президент Российской академии образования декан факультета психологии Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Юрий Зинченко.

Исследования показывают, что академическая успешность коррелирует с периодом вскармливания. В России же лишь 10% младенцев получают грудное молоко до года и 40% – до 6 месяцев.

– Показатели грудного вскармливания стагнируют, – утверждает президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин. – За последние 10 лет нет существенных изменений в проценте тех женщин, которые кормят ребёнка грудью до полугода. Между тем Всемирная организация здравоохранения считает, что грудное вскармливание должно быть сохранено в полном объёме до 6 месяцев, а до года – в 60-80%.

Причин низкого уровня естественного вскармливания несколько. По мнению председателя совета общественного движения «Российская ассоциация врачей в поддержку грудного вскармливания» Любови Абольян, проблема эта – межсекторальная, межведомственная. Но решающую роль играют медицинские работники, учреждения родовспоможения и детства, в частности присоединение их к инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку», в основе которой лежат 10 шагов по поддержке грудного вскармливания. Однако в России хорошее начинание не столь широко распространено как хотелось бы. Лишь 20% родов проходит в учреждениях, имеющих такое звание. Тогда как в Швеции все роддома добились статуса «Больница, доброжелательная к ребёнку».

Переломить стереотипы достаточно сложно. Хотя в тех территориях, где продвигают инициативу, показатель грудного вскармливания в 2 раза выше, чем в среднем по Российской Федерации. Так, в Калмыкии он достигает 90%. В Москве же чуть выше 20%.

Преодолимые препятствия

Нередко отсутствие поддержки грудного вскармливания связано с недостатком знаний, нежеланием медицинских работников внедрять современные технологии в родовспомогательных учреждениях, с раздельным пребыванием матери и новорождённого, гипердиагностикой различных патологических состояний.

Немаловажным фактором является пропаганда искусственных

Острая тема

Эликсир здоровья, доступный и безопасный

Чтобы его сохранить, надо немного усилий, а главное – желание



Бутылочка со смесью в детской кроватке – реалии сегодняшнего дня

смесей и недостаточное внимание медработников к женщине после выписки из роддома. За последние десятилетия появилась масса заменителей грудного молока, которые, с одной стороны, облегчили жизнь, а с другой, создали ряд проблем. Женщине, да и медперсоналу, легче дать ребёнку бутылочку со смесью, чем заботиться о кормлении грудью. Поэтому нельзя не согласиться с заявлением председателя Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения академиком РАН Лео Бокерия, что необходимо создать моду на грудное вскармливание. Ведь появилась же сейчас мода на здоровый образ жизни, отказ от курения, алкоголя.

– Летишь самолётом в бизнес-классе и практически никто не выпивает, в отличие от того, что было 20 лет назад, – поделился впечатлениями академик. – Модным должно стать и естественное вскармливание. Женщина должна понимать, что будущее ребёнка во многом зависит от кормления грудью.

Ещё один чрезвычайно важный момент не способствующий поддержанию естественного вскармливания – ранняя выписка из родильного дома, а именно – в конце первых суток или на вторые. Для государства это экономически выгодно. Но не учитывается при этом увеличение потенциально негативных аспектов, среди которых (помимо роста частоты повторных госпитализаций, случаев тяжёлой послеродовой депрессии) и быстрое завершение грудного вскармливания. Между тем искусственное вскармливание в долгосрочной перспективе повышает затраты на здравоохранение.

По словам специалистов, кормление грудью лишь на первый взгляд кажется простой процедурой, а на самом деле оно требует подготовки, обучения, терпения (особенно при аномалиях соска). В родовспомогательных учреждениях при ранней выписке женщина не успевает овладеть навыками грудного вскармливания, а в поликлиниках обучению матерей не всегда уделяется должное внима-

ние. К тому же уменьшается количество посещений на дому. Часто препятствием к грудному вскармливанию является состояние здоровья ребёнка. И мама прекращает прикладывать к груди. Поэтому, как считает ряд экспертов, нужна ставка консультанта по грудному вскармливанию в поликлиниках, да и в стационарах – тоже.

Кроме того, по мнению депутата Московской городской думы, главного детского невролога Москвы и главного специалиста Минздрава России по детской реабилитологии

охраны материнства и детства, младенческая смертность снижается хорошими темпами. Притом что количество нормальных родов составляет всего 38%. Материнский фактор, приводящий к осложнениям беременности, существенно расширился. Те женщины, которые раньше вообще не могли забеременеть (или сохранить беременность), теперь рожают. Соответственно качество здоровья такого потомства слабое, что требует новых подходов к организации грудного вскармливания.

как ребёнок начнёт самостоятельно сосать, для чего следует создать возможность частого сцеживания молока, по крайней мере каждые 3 часа. И для этого должна быть не просто комната, а правильно оборудованное помещение, где бы женщина испытывала состояние физического и эмоционального комфорта (специальное освещение, расслабляющая музыка и т.д.). Кормление грудным молоком снижает не только риск внутрибольничных инфекций, но и частоту тяжёлых осложнений недоношенности. По-

Реальностью сегодняшнего дня стало большое количество детей, которые сразу после рождения находятся в отделении реанимации. Но и в ОРИТ они должны получать грудное молоко. К сожалению, в нормативных документах Роспотребнадзора и Минздрава России есть серьёзные несоответствия, которые не позволяют всем работать в одном ключе. Решение вопроса о грудном вскармливании в отделении реанимации и интенсивной терапии отдаётся на откуп главных врачей учреждений. Если руководитель активный, понимающий, он сам начинает продвигать данную инициативу. Однако это может обернуться для него замечанием со стороны проверяющих органов.

Тормозят продвижение грудного вскармливания и другие моменты. Так, в штатах отсутствует молочная сестра и специалист по грудному вскармливанию. У матерей зачастую нет возможности круглосуточного пребывания в медучреждении. Не предоставляются помещения для сцеживания грудного молока или место у кувеза. В СанПиНах предусматривается комната для сцеживания, а в приказе Минздрава нет.

При наличии излишек грудного молока его дальнейшее использование возможно только, как требуют СанПиНа, при условии пастеризации. Тогда как современные данные свидетельствуют, что оно может 3 часа храниться при комнатной температуре, а в обычном холодильнике – в течение 24 часов. Более того, излишки молока могут быть заморожены для дальнейшего применения. Но в нормативных документах этого нет. Несоответствие нужно устранить, ведь доктора, которые продвигают современные взгляды и технологии во благо ребёнка, находятся в зоне определённого риска под угрозой наказания. Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины обращалась в службу санэпиднадзора 3 года назад для устранения нестыковок, но вопрос до сих пор не решён.

Материнский фактор

Такой же точки зрения придерживается и руководитель отделения патологии новорождённых и недоношенных детей Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Ирина Рюмина, считающая главным созданием условий для грудного вскармливания, а также квалифицированное консультирование матерей, особенно если у них родились больные и недоношенные малыши, с которыми проблем больше, чем со здоровым ребёнком.

Сегодня высокий процент недоношенных новорождённых выживает, в том числе и тех, кто появился на свет массой тела менее килограмма (ранее большинство погибало, ныне 75-90% остаются жить). Благодаря усилиям службы

Нюансы вскармливания недоношенных детей

Безусловно, 10 шагов успешного грудного вскармливания, пропагандируемых инициативой «Больница, доброжелательная к ребёнку» – прекрасный посыл. Однако они верны для здорового ребёнка. Для детей больных нужно другое, в частности поддержание нутритивного сосания с помощью различных приспособлений (тех же сосок-пустышек) для воспитания сосательного рефлекса. Здесь много нюансов.

Очень важно начинать раннее вскармливание, так называемое трофическое питание теми каплями молозива, которое сцеживают матери в первые часы после родов. Усилия должны быть направлены на сохранение лактации до того

этому важно организовать хранение нативного (т.е. необработанного) грудного молока.

Ещё одна проблема – его обогащение. У недоношенных детей наступает такой момент, когда их потребности не соответствуют возможностям грудного молока по содержанию белка, кальция и фосфора (а недостаток кальция и фосфора приводит к развитию тяжёлой патологии). А потому для детей, родившихся массой тела менее 1500-1800 г, оно должно длительно обогащаться с помощью фортификаторов.

По мнению И.Рюминой, необходимо разработать последовательную, всестороннюю, комплексную национальную стратегию по возрождению культуры грудного вскармливания в России (именно возрождению) и включить раздел «консультирование по вопросам грудного вскармливания» в программу непрерывного медицинского образования врачей и среднего медицинского персонала. Что касается вскармливания недоношенных, то в эту программу следует добавить ещё и тренинг по кризисному консультированию. Ведь у женщины, которая родила больного ребёнка совсем другое психологическое состояние. Такие дети выписываются из стационара на втором-третьем месяце жизни.

Кроме того, необходимо определить пути взаимодействия служб государственного здравоохранения с общественными организациями, зарабатывающими на консультировании по грудному вскармливанию, запрашивая за выезд от 4500 до 6500 руб. Требуется регламентации продаж женщинам грудного молока через интернет, где никто не может дать гарантий качества и безопасности.

Союз педиатров России создал рекомендации по грудному вскармливанию для родителей и для медицинских работников, выпускаются видеоролики. Но, очевидно, этого мало. Одним из важных моментов является выполнение международных свода правил маркетинга заменителей грудного молока, то есть отказ от рекламы, распространения искусственных смесей. Ещё 15 лет назад «Медицинская газета» писала об этом в материале «Как мы за собственные деньги покупаем себе проблемы», однако с тех пор мало что изменилось.

Словом, нужна более активная работа по сохранению и поддержанию грудного вскармливания. И она должна быть заложена в программу «Десятилетие детства».

Недавно Президент РФ Владимир Путин на встрече с руководителями ведущих СМИ сказал: «Я вырос на материнском молоке». Хотелось бы, чтоб на материнском молоке росли и современные российские дети.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

Здесь время меряют не часами и даже не минутами. Чтобы вернуть ребёнка к жизни важна каждая секунда! Медики всегда готовы к немедленным действиям, тем более что в их руках самая современная аппаратура, технологии последнего поколения, что позволяет получать моментальный результат исследования и дальше действовать согласно клиническим показаниям.

От первого благотворителя

Это сейчас такое возможно. Думал ли не менее известный, чем Морозовы и Третьяковы, московский благотворитель Флор Ермаков, что через 125 лет богадельня, которую он содержал и куда пригласил земского доктора лечить женщин с детьми, станет прообразом сегодняшней мощнейшей многопрофильной больницы. Но по велению сердца этот глубоко верующий человек заложил камень в нужное место. После гражданской войны богадельня стала лазаретом и приютом для беспризорников, к 1936 г. сформировалась как полноценная детская больница (носившая имя Ф.Дзержинского), уступившая во время войны свои палаты госпиталю, где работали выдающиеся советские хирурги и травматологи, возвратившие в строй сотни раненых бойцов Красной Армии. После Победы Моссовет принимает решение о развёртывании вновь детской больницы, но более крупной, с соответствующим уровнем оснащения. На её базе открывается кафедра, которой все годы руководил выдающийся врач и учёный, один из основоположников отечественной школы педиатров, академик, Герой Социалистического Труда Г.Сперанский. Во многом благодаря усилиям и авторитету Георгия Несторовича, его стремлению внедрять самые передовые технологии, заболит пестовать профессионалов, ДГБ № 9 заняла достойное место в московском здравоохранении. В 1993 г. больнице по просьбе коллектива присвоено его имя.

Новым шагом в развитии стало постановление Мосгорисполкома о строительстве самого современного по тем временам хирургического корпуса для лечения детей, который был сдан в 1970 г. Правомерным стало и размещение здесь подразделений института педиатрии и детской хирургии Минздрава РСФСР. Все его сотрудники естественно работали и в больнице, а специалисты в той или иной мере принимали участие в исследованиях, проводимых институтом. Факт значимый – наука и практика на одной площадке. Плюс подготовка в институте кадров для всей Российской Федерации, постоянные научно-практические конференции, съезды. А это обмен

видит много преимуществ. Он считает, что за 2 года ординатуры молодой специалист сможет увидеть максимальное число экстренных ситуаций, будет правильно на них реагировать, познакомится со спектром порядков и стандартов, которые сейчас – основа работы медика. Он получит возможность осмыслить то, что изучал в вузе.

– Поэтому интерес к прохождению у нас интернатуры и ординатуры очень высок, – поясняет

из приёмного покоя возвращаются домой для продолжения лечения под контролем поликлиники.

– Анатолий Александрович, в составе вашей больницы 40 отделений и подразделений. Какие составляют ядро лечебного учреждения?

– Главному врачу это сложно оценить – все нужны и важны. Только 400 коек – для инфекционных больных. Что касается экспресс-диагностики, то она у нас поставлена на надлежащий уровень.

Оrientиры

Главный подарок — жизнь

В детской городской клинической больнице № 9 им. Г.Н.Сперанского её возвращают детям

профессор. – Будущий врач научится тому, что его ждёт и что ему нужно уметь в практической работе. Мы должны научить врача уметь мобилизовать все свои знания, которые он получил, и дать ему возможность применить весь свой интеллект на практике. У нас работают очень интересно, я бы сказал, нескучно. За сутки поступает до 360 детей – доставляет «скорая», приезжают сами родители с детьми, на вертолёт (вертолётная площадка находится на территории больницы). Каждый пациент по-своему сложный, требует осмысления и адекватного реагирования. Мы, конечно, нацелены на экспресс-диагностику, чтобы исследования поступали к врачу немедленно. Больница располагает КТ, МРТ, ультрасовременной лабораторией с круглосуточным дежурством. Всё это нам дал ввод 5 лет назад нового корпуса, куда перешли работать специалисты старшей инфекционной больницы № 12, располагавшейся около Белорусского вокзала в приспособленных помещениях. А теперь – отдельные палаты для пребывания матери и ребёнка, системой двойной очистки воздуха и пылеудаления. И что главное, получили результат – неизбежное сокращение сроков лечения – дети выздоравливают быстрее.

– Кроме хороших условий, что за технологии вы внедрились этого?

– Всё начинается с приёмного отделения. Здесь сразу же проводится клинический анализ крови, по показаниям – рентген, УЗИ, КТ, МРТ. Смотрит больного оториноларинголог, хирург, педиатр.



Поэтому идём по пути повышения качества лечения. Правильная диагностика – адекватное обоснованное лечение.

Внедряя современные разработки в практику, очень эффективно работают отделения неврологии, гастроэнтерологии. В этом плане не отстаём от ведущих клиник.

Хочется отметить тех, кто находится на передовых рубежах медицины – это отделения нефрологии, кардиологии, иммунологии. Кстати, последнее закономерно находится в отдельном здании и активно взаимодействует с амбулаторным центром аллергологии и иммунологии, работающим на базе КДП.

Повышенным вниманием окружены дети с иммунодефицитными состояниями, в постоянном контакте находимся с общественной организацией, объединившей родителей, чьи дети страдают этим недугом.

Гордость больницы – уникальный ожоговый центр, получивший высокую оценку правительства Москвы, пользующийся авторитетом в медицинском мире страны. Его сотрудники известны далеко за пределами России, публикуют свои разработки в ведущих мировых научных журналах, принимают участие в конференциях международного уровня.

Результатами работ ожогового центра интересуются многие клиники, так как в лечении используем самые передовые технологии, в том числе и клеточные. В этом спасение наших детей, оказавшихся в сложных драматических ситуациях – между жизнью и смертью.

Серьёзные наработки в урологии, коррекции нарушений тазовых органов – больница по праву считается ведущей клиникой страны, занимающейся этой проблемой. К нам привозят детей из регионов России – 30% от всех пациентов урологических отделений. Здание, где находится отделение урологии, готовим к капитальному ремонту, потому что при нынешней продвинутой медицинских технологий требуются иные условия и оснащение. Блестяще, на мой взгляд, работают травматологи и нейрохирурги.

– Можно обозначить главные итоги последних 5 лет?

– Успешно реализованная программа модернизации здравоохранения и следующая за ней программа «Столичное здравоохранение» создали необходимые условия для эффективной и качественной работы, которая за 5 лет дала следующие результаты: сокращение числа коек для детей на 28,4% позволило обеспечить исполнение законодательства в части возможности совместного пребывания детей до 4 лет с одним из роди-

вместе с другими клиниками принимает основной удар на себя.

Считаю необходимым сказать и о том, что созданная в больнице внутренняя система контроля качества медицинской помощи позволяет немедленно реагировать на любое обращение родителей, поступившее как непосредственно, так и по телефону, через сайт или социальные сети. Этому помогает и наше постоянное взаимодействие с общественными организациями, благотворительными фондами

телей; снижение средней длительности лечения с 7,1 до 5,3 дней (25,7%); рост количества дней работы койки с 260 до 360; рост количества пациентов, пролеченных в круглосуточном стационаре с 38 533 до 53 161 (38%) и проходящих лечение в рамках программ ДМС на 39%, увеличение мест в индивидуальных палатах повышенной комфортности с 40 до 60.

Врачи консультативно-диагностической поликлиники (3-й уровень) осуществляют консультации как на основной базе (Центральный административный округ), так и в филиалах, расположенных в Северном и Северо-восточном округах, что позволяет повысить доступность и качество специализированной медицинской помощи.

Выстроен полный цикл преемственности в работе подразделений в рамках ЛПУ: профилактика и амбулаторное лечение (филиал № 1); консультативный центр 3-го уровня и дневной стационар (на основной базе и филиалах № 1 и № 2); дневной стационар и круглосуточный стационар (интенсивное лечение); инфекционное отделение для детей оказавшихся в сложной жизненной ситуации (филиал № 2); отделение неврологии для реабилитации больных, перенёвших травмы, а также сложные хирургические вмешательства (на базе филиала № 2).

Значимым звеном в обеспечении преемственности станет и отделение паллиативной помощи (реализация – в ходе 2-го этапа капитального ремонта филиала № 2 – 2019 г.)

Внедрена инновационная технология консервативного неинвазивного лечения послеожоговых рубцов у детей, что позволило добиться полной их ликвидации независимо от глубины ожогов и значительно повысило качество жизни пациентов.

В торакальной хирургии внедрено хирургическое лечение рубцовых сужений трахеи, в том числе лечение больных с термоязвенными поражениями и после трахеостомии, пластика диафрагмы. Операции осуществляются и в рамках ВМП.

С 2017 г. активно развивается экстренная хирургия детей раннего возраста. Для этого без увеличения коечного фонда, за счёт привлечения высококвалифицированных кадров, в больнице созданы условия для оперативного лечения и их последующего выхаживания. Проводятся операции по коррекции пороков развития желудочно-кишечного тракта (в том числе сопровождающиеся кишечной непроходимостью), по поводу диафрагмальной грыжи, язвенно-некротического энтероколита, перфорации тонкой кишки.

Следует отметить, что при каждой эпидемии гриппа наша больница, как одна из крупнейших в мире по коечной мощности детских больниц инфекционного профиля,

и волонтерскими ассоциациями. Сильны в нашем коллективе позиции профсоюза, с особым вниманием прислушиваемся к мнению созданных при больнице попечительского и общественного советов, ждём активной работы и от молодёжного совета.

– Да, действительно, у вас работает дружный, сплочённый коллектив, да и пациенты у вас особенные (с рождения до 18 лет), и к ним нужен особый подход – доброта, милосердие, внимание. Так что расслабляться права у вас нет. Поэтому и курс прежний – на укрепление этих добрых традиций? Тем более в 2018 г. ДГКБ № 9 им. Г.Н.Сперанского отмечает 95-летие...

– Конечно же будем совершенствовать оказание медицинской помощи, улучшать условия пребывания наших пациентов, при определяющей поддержке столичного Департамента здравоохранения – насыщать новым оборудованием. В обновлении нуждается лор-отделение, в планах запуск двух инновационных операционных, чтобы со временем внедрять элементы челюстно-лицевой хирургии.

Наша следующая задача – развивать эффективное лечение в условиях кратковременного пребывания пациентов. Этот процесс в Москве уже идёт, замысел правильный, мы немного отстаём, но обязательно догоним.

И, безусловно, будем держать крепкую связь с наукой. Инициатива Департамента здравоохранения Москвы и Первого МГМУ им. И.М.Сеченова о создании университетских клиник на базе нашей больницы была реализована в 2014 г., а её первые итоги одобрены на совещании, которое провели совместно мэр Москвы С.Собянин и министр здравоохранения В.Скворцова. Теперь родители с детьми могут получить бесплатно консультацию в клиниках у ведущих специалистов федеральных университетов. С другой стороны, учёные в контакте с врачами отделений больницы, где постоянно требуется их авторитетный профессиональный совет. Ну а университеты, которые находятся на нашей базе, приобрели в лице наших специалистов компетентных преподавателей, которые учат студентов профессии.

Лечебное учреждение работает в рамках программы ОМС, добровольного медицинского страхования, кроме этого Департаментом здравоохранения Москвы больница наделена правами по оказанию платных медицинских услуг. Бывают ситуации, когда родители приезжают с больными детьми из регионов или ближнего зарубежья на короткое время, и хотят получить высококвалифицированную консультативную помощь и немедленно. Мы готовы её предоставить практически по всем специальностям педиатрического профиля на самом высоком профессиональном уровне с использованием всего имеющегося у нас оборудования.

Справка. Сегодня на базе ДКБ № 9 ведут подготовку педиатров и детских хирургов Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Российский университет дружбы народов им. П.Лумумбы, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. Отсюда и научный состав: в клиниках трудятся 30 профессоров и докторов наук, 68 кандидатов медицинских наук.

опытом, новыми разработками в области педиатрии. Принципы, заложенные Сперанским, живут и здравствуют и нынче. Многие специалисты из других регионов страны, участвуя в форумах, получают богатейший материал, который используют в практической работе. А если потребуется консультация, достаточно связаться с коллегой из института, чтобы вместе разобраться в сложной ситуации. Современная телемедицина предоставляет такую возможность.

Система работает эффективно

На 85% – в режиме экстренной помощи – так работает больница. И в этом главный врач профессор Анатолий КОРСУНСКИЙ

В течение 40 минут у врача и родителей появляется более полная картина потребности ребёнка в госпитализации, или он может лечиться дома амбулаторно под наблюдением участкового педиатра. Но мы передаём его на участок не просто с нашим мнением, мы даём обоснование «домашнего» лечения – амбулаторную диагностику, результаты инструментальных исследований. Поэтому, когда участковый врач приходит к больному ребёнку домой, он уже имеет полную картину обследования и возможность продолжать обоснованное лечение, и только потом по выздоровлению проведёт в поликлинике, если надо, контрольное обследование. Система работает эффективно – в результате до трети поступивших детей

Вот для этого открыто отделение платных услуг, которое, как показала практика, очень востребовано.

С первых дней реализации программы «Москва – столица здоровья» являемся её активными участниками.

В этом году нас ждёт приятное событие – завершено строительство нового здания поликлиники на Ленинградском проспекте, начались отделочные работы. После открытия поликлиники помещения богадельни, где сейчас размещается наш филиал № 1, будут освобождены.

В этой поликлинике будут работать врачи нашей больницы – всё лучшее будет сосредоточено там – современные кабинеты с новейшей аппаратурой, игровые комнаты... Словом, создаётся оборудованный по последним достижениям науки и практики лечебно-профилактический комплекс.

Чтобы остаться лидером

– **Вы успешный руководитель, яркая личность в современной медицине, лауреат Национальной премии лучшим врачам России – «Призвание» за 2015 г. В 2016 г. – по решению правительства Москвы – лауреат премии в сфере медицины. Какова ваша жизненная позиция? Расскажите о себе. Вы ведь врач в четвёртом поколении? Ваше дело продолжает и сын. Как складывалась ваша медицинская биография? Нынче вместе с 95-летием больницы вы отмечаете и свой 60-летний юбилей. Совпадение неслучайное.**

– Судьбе было угодно чтобы я оказывался там, где был востребован. Под влиянием отца сомнений в выборе профессии не возникало. После окончания 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова, где был старостой студенческого научного кружка, при распределении попросился на «скорую» и работал там 5 лет. Жизненный и клинический опыт это обогатило чрезвычайно... Ординатуру проходил в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РСФСР и здесь приступил к научным изысканиям под руководством профессора М.Кубергера. Моё становление как клинициста проходило под влиянием выдающихся педиатров: Ю.Вельтищева, А.Царегородцева, Н.Белоконов, С.Каганова, Л.Балевои, М.Игнатовой, Н.Розиновой. В клинике института собран материал, а затем защищены кандидатская и докторская диссертации. В эти годы в рамках исполнения программы «Дети России» многократно выезжал в командировки в районы Крайнего Севера, выступал с докладами на крупных международных конференциях.

В дальнейшем мне было доверено руководство Управлением организации медицинской помощи матерям и детям Минздрава России. Благодаря работе проведённой министерством и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в тот период закрепилась тенденция по снижению материнской и младенческой смертности. С формированием Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития занимался вопросами лицензирования, информационно-аналитической работой.

Благодарен судьбе, что в эти годы мне посчастливилось работать с крупнейшими учёными и организаторами здравоохранения: М.Перельманом, В.Кулаковым, В.Таболиным, Ю.Исаковым, Ю.Шевченко, Р.Хабриевым, А.Барановым.

Ответственным этапом стала работа под руководством Л.Печатникова в Департаменте здравоохранения Москвы – штабе реформирования столичного здравоохранения. Она была продолжена в должности главного врача ДГКБ № 9 им. Г.Н.Сперанского.

В настоящее время коллектив больницы работает над повыше-

нием эффективности, качества и доступности, которые ставит перед нами министр правительства Москвы А.Хрипун.

Они научили меня как работать со специалистами, чтобы каждый на своём месте мог реализовать свои возможности. И сегодня следую этим принципам.

– **По отзывам коллег вы везде проявили себя как эффективный организатор и руководитель, высокий профессионал, обладающий широким кругозором, постоянно стремящийся к повышению уровня своих знаний и нацеливающий на это коллектив больницы, которую вы возглавляете уже 5 лет.**

– Работа в команде Л.Печатникова и А.Хрипуна – для меня большая честь, каждодневная жизненная и управленческая школа, ведь коллектив и родители пациентов оценивают работу главного врача, располагая информацией об основных тенденциях в городском здравоохранении.

Роль главного врача в этих процессах очень важна. Дело надо поставить так, чтобы каждый сотрудник был уверен, что он участник всего, что происходит в лечебном учреждении и его вклад должен быть весомым, получая при этом достойную зарплату. Мы все задействованы в государственном важном деле – спасении детей, в охране их здоровья, по сути – в обеспечении будущего нашей страны. Движение – вот наша цель. А это предполагает и профессиональный рост, и обновление, и стремление не опоздать в действиях ради спасения жизни, которые многократно усиливаются нашими знаниями и новейшими разработками.

– **Анатолий Александрович, чтобы остаться лидером (а больница безусловно занимает лидирующие позиции в здравоохранении), что надо делать?**

– Работать, как говорится в народе, не покладая рук, делать выводы из неудач и делиться успешными результатами.

– **Ваши мечты все сбылись?**

– Трудно сказать, но многое исполнилось. Например, спел с Людмилой Гурченко песенку «Пять минут». А если серьёзно, очень радуюсь редкой возможности послушать джаз и посмотреть балет. Считаю себя счастливым человеком – жизненные и профессиональные дороги пересекались с выдающимися отечественными учёными и специалистами, каждая такая встреча обогащала меня, позволяла увидеть новые горизонты, всегда чувствовал поддержку семьи и друзей, радуюсь профессиональным успехам сына.

Нагрузка на главного врача, как вы понимаете, огромная. Достаточно сослаться на статистику – в больнице за 5 лет проведено около миллиона консультативных приёмов, в стационаре пролечено около 230 тыс. пациентов – эти показатели сопоставимы с населением целой области, а были не только москвичи, но и жители всех субъектов Российской Федерации. А это значит, что нам и дальше необходимо высоко держать планку качества работы столичной клиники.

– **Так вы не просто живёте своей работой, но по существу и живёте в ней. Главный врач, отвечающий за всё происходящее в лечебном учреждении, заведуете кафедрой педиатрии и детских инфекционных болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Желаю вам такой же неиссякаемой энергии и творчества на долгие годы. Пусть ваши жизненные принципы служат на благо здоровья детей.**

– Благодарю вас за тёплые слова!

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональной
политики «МГ».

Деловые встречи

Кардиологи расширяют границы возможного

Как сегодня можно эффективно помочь пациентам из группы высокого риска?



Одним из главных определяющих факторов начала атеросклероза является уровень артериального давления

Среди вопросов, которые рассматривались на Национальном конгрессе кардиологов большое внимание было уделено терапии пациентов из группы очень высокого сердечно-сосудистого риска. Данной проблеме был посвящён симпозиум «Расширяя границы возможного».

Выступавшие на нём эксперты отметили: в России, несмотря на повсеместное внедрение современных методов фармако-терапии и высокотехнологичных методов лечения кардиологических больных, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжает занимать первое место и составляет 55% среди всех причин смерти (по данным 2014 г.). Показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в нашей стране значительно выше, чем в большинстве стран Европы.

Основной «вклад» в сердечно-сосудистую смертность вносят различные проявления атеросклероза, прежде всего ишемическая болезнь сердца и такое её проявление как инфаркт миокарда.

Актуальности снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска был посвящён доклад заведующего НИЛ острого коронарного синдрома Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии, кандидата медицинских наук Алексея Яковлева.

Он напомнил, что главным определяющим фактором начала и прогрессирования атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний является уровень ХС-ЛПНП. На сегодняш-

ний день не вызывает сомнения факт, что снижение риска сердечно-сосудистых осложнений, таких как сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда и ишемический инсульт, имеет прямую зависимость от степени снижения ХС-ЛПНП.

А.Яковлев рассказал о тактике ведения пациентов после инфаркта миокарда и отметил: если проанализировать результаты многочисленных международных исследований, в частности посмотреть как влиял уровень ХС-ЛПНП на частоту сердечно-сосудистых событий у пациентов перенёвших инфаркт миокарда, можно увидеть линейную зависимость. Поэтому пациенты из группы очень высокого риска, в том числе с недавно перенесённым инфарктом миокарда, нуждаются в адекватной липидснижающей терапии для обеспечения строгого контроля ХС-ЛПНП. Чем такой контроль эффективнее, тем больше сердечно-сосудистых осложнений можно предотвратить.

При этом наиболее низких уровней ХС-ЛПНП необходимо добиваться у пациентов с установленными атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно у пациентов с развитием инфаркта миокарда в раннем возрасте, а также при наличии таких дополнительных факторов как семейная форма гиперхолестеринемии, сахарный диабет, хроническая болезнь почек. Именно такие пациенты относятся к категории наиболее высокого или экстремально высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

В своём докладе первый заместитель генерального директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса, вице-президент Российского кардиологического

общества, доктор медицинских наук, профессор Юрий Карпов отметил, что международные и российские клинические руководства по ведению пациентов с нарушениями липидного обмена рекомендуют терапию, направленную на снижение ХС-ЛПНП до целевых цифр в зависимости от степени сердечно-сосудистого риска определённого у больного.

Он рассказал о традиционном методе терапии статинами, ставшей прорывом в лечении подобных больных более 30 лет назад и до сих пор не утратившей своей актуальности. Однако по его словам, в реальной клинической практике далеко не всегда удаётся добиваться целей липидснижающей терапии даже при применении статинов в максимальных дозах. В России более 80% пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском не достигают целевых показателей уровня ХС-ЛПНП несмотря на интенсивную терапию статинами, что может привести к повторным сердечно-сосудистым осложнениям.

Большие возможности для ведения пациентов с дислипидемией открывает появление инновационных методик, которые позволяют достигать и поддерживать целевой уровень ХС-ЛПНП у большинства пациентов. Это подчеркнул, подводя итоги мероприятия, ведущий научный сотрудник отдела проблем атеросклероза, НИИ клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова Национального медицинского исследовательского центра кардиологии, президент Национального общества по изучению атеросклероза, доктор медицинских наук Марат Ежов.

Елена ОСТАПОВА.

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 5 (2130)

Клинические рекомендации

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и других заболеваний являются речевые нарушения (примерно 30-40% от общего числа больных), проявляющиеся в форме афазий и дизартрий, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), нарушением глотания (около 19-81% больных с инсультом), двигательными и психическими расстройствами (Шкловский, 2003; L.Rofes et al., 2013).

Психические расстройства связаны либо непосредственно с очаговой или общемозговой симптоматикой, либо являются реакцией на дефект.

В остром периоде после стабилизации жизненно-важных функций больной начинает оценивать своё состояние: невозможность речевого общения, ограничение самостоятельного передвижения, социально-бытовую некомпетентность, и, наконец, неверие в возможность возвращения к труду. Всё это приводит к появлению депрессии, тяжёлых невротических состояний, суицидальных мыслей, а также к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации.

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста. 75-80% больных, перенёвших инсульт или получивших тяжёлую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате появления речевых и двигательных расстройств больные переводятся на инвалидность I или II группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи. Коммуникативный дефицит делает пациента более инвалидизированным (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Глозман, 2003).

Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, начиная с самого раннего этапа заболевания, которая охватывает круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими двигательных и высших психических функций (Davis, 2014; Шкловский, 2003).

Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение, включающее различные методы логопедической, нейропсихологической, психологической, педагогической и социальной работы (Цветкова, 2004; Шкловский, Визель, 2011; Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001).

Основной целью восстановительного обучения больных с речевыми нарушениями вследствие инсульта и черепно-мозговой травмы является работа по преодолению афазий, дизартрий, артикуляционных апраксий, а также работа по восстановлению голоса и глотания.

Методология и основные принципы восстановительного обучения определяются прежде всего тем, что указанные нарушения представляют собой следствие локальных поражений головного мозга (Цветкова, 1979, 2004; Шкловский, Визель, 2011). В остром периоде на проявления локальных поражений накладывается общая реакция мозга на повреждение, выражающаяся дишизмом (охранительным торможением), функционально расширяющим размеры патологического очага (Лурия, 1948). Такой динамический компонент резко усугубляет картину речевых и когнитивных нарушений и длится, как правило, от 3 до 6 недель.

Эффективность нейрореабилитации обеспечивается комплексом мероприятий, охватывающим: медикаментозное лечение; ЛФК, массаж, физиотерапию; восстановительное обучение, предполагающее индивидуальные и групповые логопедические занятия, а также систему психолого-коррекционного воздействия; мероприятия по социально-трудовой и социально-бытовой реабилитации; психотерапию, в том числе и семейную.

Клинические рекомендации по логопедической диагностике и реабилитации больных в остром периоде заболевания представляют собой практическое руководство для специалистов, занимающихся проблемой нарушений речи, голоса и глотания.

Концепция разработчиков клинических рекомендаций заключается в донесении до логопедов, работающих в остром периоде, определённых правил и стандартов, оказывающих помощь в диагностике и лечении больных с вышеуказанными нарушениями.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателя профильной комиссии по медицинской реабилитации Экспертного совета Минздрава России.

Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде

Определение и виды нарушений речи, голоса и глотания

Речь – важнейшая высшая психическая функция, которая организует и связывает другие психические процессы, такие как восприятие, память, мышление, воображение, произвольное внимание. Для нормальной речевой деятельности необходимо согласованное функционирование головного мозга и других отделов нервной системы. В осуществлении речевой функции, а также письма и чтения принимают участие зрительный, слуховой, двигательный и кинестетический анализаторы. Большое значение имеют сохранность иннервации мышц языка, гортани, мягкого нёба, состояние придаточных пазух и полости рта, играющих роль резонаторных полостей. Кроме того, важна координация дыхания и произношения звуков.

Сложность речевых механизмов обуславливает и разнообразие речевых нарушений. Наиболее распространёнными из них являются **афазии и дизартрии**. Данные речевые нарушения наблюдаются более чем у трети больных, перенёвших инсульт и черепно-мозговую травму, и являются вторым по значимости и распространённости дефектом после двигательных нарушений.

Афазия – это системное приобретённое расстройство уже сформировавшейся речи, возникающее при органических повреждениях коры больших полушарий головного мозга; характеризуется нарушениями разных языковых модальностей (экспрессивная речь, импрессивная речь, чтение и письмо); охватывает разные уровни организации речи (фонетику, лексику, грамматику, семантику); влияет на её связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего, коммуникативную функцию речи.

Клинические картины афазий неоднородны. Различия между ними обусловлены прежде всего локализацией очага поражения. Существуют так называемые речевые зоны мозга: задние отделы нижней лобной извилины, средние и задние отделы верхней височной извилины, нижняя теменная область (область, граничащая с отделами передней центральной извилины, отвечающими за движения гортани, губ и языка), а также зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей левого доминантного полушария головного мозга (Лурия, 1947, 1969, 2002).

Ключевые моменты в определении афазии значимые для дифференциальной диагностики. Афазия:

1) Всегда является результатом повреждения головного мозга. Чаще всего вызвана инсультом, но также может возникнуть из-за травмы головы, хирургического вмешательства, роста опухоли или инфекции.

2) Приобретённое расстройство, которое характеризуется полной или частичной потерей функции уже сформировавшейся речи. Термин «детская афазия» относится к проблеме нарушения уже сформировавшейся речи у детей.

3) Включает расстройства разных языковых уровней: устной речи, понимания обращённой речи, чтения и письма. В большинстве случаев происходит нарушение (хотя и неравномерное) во всех четырёх языковых модальностях.

4) Это не расстройство органов чувств или интеллекта и не является результатом психического расстройства. Такие исключительные характеристики определения афазии крайне важны для ориентации в широком спектре других когнитивных расстройств.

Таким образом, понятие афазии сводится к признанию системности речевого расстройства, а также нарушения процессов как внешней, так и внутренней речи. Показателем системности речевой функции является то, что она обеспечивается одновременно взаимодействием различных функциональных систем головного мозга, а не последовательной работой их звеньев.

сивно организованные ряды – «кинетические двигательные мелодии» (по терминологии А.Лурия). При очаговых поражениях премоторной зоны возникает патологическая инертность артикуляторных актов, появляются персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится малопродуктивной, разорванной, сопровождается «застыванием» на отдельных фрагментах высказывания. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи. В отличие от афферентной моторной афазии (см. ниже), где артикуляционная апраксия относится к единичным позам, при эфферентной она относится к их сериям. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. Нарушено построение фраз, в грубых случаях наблюдаются явления «телеграфного стиля». Этот синтаксический компонент эфферентной моторной афазии может проявляться при относительно маловыраженных произносительных трудностях. В таком случае говорят

о «синтаксической афазии», или, другими словами, втором варианте динамической афазии (см. ниже).

При **динамической афазии** имеет место поражение мозга в заднелобных отделах левого полушария, расположенных спереди от «зоны Брока». Речевой дефект проявляется здесь главным образом в речевой аспонтанности и инактивности. В настоящее время выделены два варианта динамической афазии (Ахутина, 2002). Первый вариант характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются, в основном, готовыми речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Их речь отличается бедностью, односложностью ответов в диалоге. При втором варианте преобладают нарушения функции грамматического структурирования: в речи больных данной группы выражен экспрессивный аграмматизм, который проявляется в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля». Произносительные трудности в обоих вариантах незначительны.

Рассмотренные формы афазий возникают при поражении передней речевой зоны, являющейся частью III блока мозга, по А.Лурии (1973). Нижеследующие формы афазий возникают при поражении задней речевой зоны (II блока мозга, по А.Лурии).

Афферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов постцентральной зоны мозга. Центральным расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции. Непроизвольно эти движения могут быть легко выполнены ими, поскольку не имеется парезов, ограничивающих объём оральных движений. Такие нарушения движений носят название оральной апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Проявляется в распаде отдельных артикуляционных поз или, иначе, артикулем. В устной речи больных в зависимости от степени грубости апраксии это проявляется в: отсутствии артикулированной речи; искажённом воспроизведении поз; поисках артикуляции. Вторично системно нарушены другие стороны речевой функции.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении верхне-височных отделов так называемой зоны Вернике. В качестве первичного дефекта рассматривается речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. Больные теряют способность дифференцировать фонемы, то есть выделять признаки звуков речи, несущих в языке смыслоразличительные функции. Рас-

стройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи (понимания). Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Звуки речи теряют для больного своё константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искажённо, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции), как результат «погоны за ускользающим звуком», замены одних слов другими и одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии).

Акустико-мнестическая афазия обусловлена очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области. В отличие от акустико-гностической (сенсорной) афазии, акустический дефект проявляется здесь не в сфере фонематического анализа, а в сфере слуховой мнестиче-

ской деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объёма запоминания. Эти дефекты приводят к определённым трудностям понимания развёрнутых текстов, требующих участия слухоречевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом является словарный дефицит, связанный как с вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете.

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочных областей левого доминантного полушария. Основным проявлением речевой патологии при этом виде афазии является импрессивный аграмматизм, то есть неспособность понимать сложные логико-грамматические обороты речи. Этот дефект является, как правило,

одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно, способности к симультанному синтезу. Поскольку во фразовой речи основными «детальями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной (пространственные предлоги, наречия и т.д.). При этом способность к улавливанию формально-грамматических искажений (ошибок «согласования») остаётся у этих больных сохранной.

Апраксии, агнозии, нарушения памяти могут выступать как изолированными расстройствами, так и в синдроме афазии. В том случае, если расстройство является системным, логопед может исследовать неречевые высшие психические функции для включения этих данных в логопедическое обследование при наличии соответствующей последипломной квалификации.

Особое внимание необходимо обратить на состояние нейродинамического компонента психической деятельности. Изменение динамических и регулирующих характеристик произвольного внимания, нарушение модально-неспецифических мнестических процессов, снижение уровня мотивации и колебание эмоционального фона обусловлены патологической заинтересованностью глубинных субкортикальных структур головного мозга. В остром периоде степень их выраженности может быть настолько грубой, что «перекрывает» симптоматику основного речевого дефекта, делая невозможным проведение развёрнутого логопедического обследования. Данные расстройства требуют длительного логопедического воздействия, начиная с самого раннего этапа реабилитации пациента.

(Продолжение следует.)

Под редакцией главного специалиста по медицинской психологии Минздрава России профессора Юрия ЗИНЧЕНКО.

Ведение больных себорейным дерматитом

Федеральные клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 4 от 31.01.2018.)

Диагностика

Диагноз себорейного дерматита обычно не вызывает затруднений и основывается на данных характерной клинической картины, однако в ряде случаев необходимо проведение *гистологического исследования* биоптата кожи. При гистологическом исследовании отмечают периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов, умеренный спонгиоз. Обнаруживаются фолликулярные пробки вследствие ортокератоза и паракератоза, а также скопления нейтрофилов в устьях фолликулов. При использовании красителей возможна визуализация клеток дрожжей.

Дифференциальный диагноз

Себорейный дерматит необходимо дифференцировать с псориазом, дерматофитиями волосистой части головы, лица, туловища, аллергическим и атопическим дерматитами, бляшечным параспориозом, розацеа; также необходимо исключить демодекоз.

Псориатические высыпания обычно ярко-розового или насыщенно красного цвета, значительно утолщены, с выраженным шелушением серо-белого цвета, имеются положительные признаки феномена стеаринового пятна, терминальной плёнки и точечного кровотечения. Возможны высыпания на других участках кожного покрова, поражение ногтей пластинок.

При дифференциальной диагностике СД и атопического дерматита у детей следует учитывать локализацию очагов поражения кожи: при атопическом дерматите высыпания располагаются в области предплечий и голеней. Результаты аллергических проб, а также высокий уровень иммуноглобулина Е свидетельствуют в пользу атопического дерматита.

При проведении дифференциальной диагностики с грибковыми заболеваниями необходимо провести микроскопическое исследование для обнаружения элементов гриба.

При подозрении на аллергический дерматит требуется проведение накожных тестов.

Лечение

Цели лечения:

- регресс высыпаний;
- элиминация грибковой инфекции;
- профилактика вторичной инфекции;
- устранение зуда.

Общие замечания по терапии

Выбор тактики лечения при СД зависит от степени выраженности клинических проявлений, длительности заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии.

Заболевание требует регулярного лечения с использованием системной и топической терапии на протяжении длительного времени.

Для наружного лечения применяются средства, обладающие противовоспалительным, противозудным, противогрибковым, а в случае вторичного инфицирования – антибактериальным и антисептическим действием.

В острой стадии процесса при выраженном зуде, нарушениях сна целесообразно применение антигистаминных препаратов и седативных средств.

Показания к госпитализации

Болезнь Лейнера.

Схемы лечения

Медикаментозная терапия

Наружное лечение

1. Топические глюкокортикостероидные препараты

При выраженном воспалении с гиперемией, мокнутием целесообразно применение глюкокортикостероидных препаратов со средней или высокой степенью противовоспалительной активности. По мере уменьшения выраженности воспаления используют глюкокортикостероидные препараты со слабой или средней степенью противовоспалительной активности:

– бетаметазона валерат 0,1%-ный, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7-14 дней (С)

или

– бетаметазона дипропионат 0,025%-ный, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7-14 дней (С)

или

– гидрокортизона бутират 0,1%-ный, крем, мазь, 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней (С)

или

– метилпреднизолона ацепонат 0,1%-ный, крем, мазь, наружно 1 раз в сутки в течение 7-14 дней (С)

или

– мометазона фураат 0,1%-ный, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7-14 дней (С).

2. Чтобы избежать риска развития нежелательных явлений, свойственных длительному использованию кортикостероидных препаратов, возможно применение *пиритиона цинка или топических ингибиторов кальциневрина*,

– пиритион цинка 0,2%-ный аэрозоль, крем 2 раза в сутки наружно в течение 10-14 дней, шампунь – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости (С),

– такролимус 0,03%, 0,1%-ную мазь, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия – 2 раза в неделю при необходимости (В)

или

– пимекролимус 1%-ный крем, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия – 2 раза в неделю при необходимости (С).

Примечание. В инструкции по медицинскому применению такролимуса и пимекролимуса себорейный дерматит не включён в показания к применению препарата.

3. *Противовоспалительные средства* для местного применения (в виде примочек):

– резорцинол, 1%-ный раствор 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-7 дней (D)

или

– борная кислота, 2%-ный раствор 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-7 дней (D)

или

– калия перманганат, 0,01-0,1%-ный раствор 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-7 дней (D).

4. В качестве *антисептических* средств наружно используют 1-2%-ный спиртовой растворы анилиновых красителей (бриллиантовый зелёный, фукорцин) (D)

5. Топические противогрибковые препараты.

Для лечения больных СД могут применяться кетоконазол, бифоназол и циклопироксоламин в форме крема и шампуня. Применение кетоконазола в профилакти-

ческих целях способствует поддержанию ремиссии. Бифоназол и циклопироксоламин могут назначаться в форме шампуня 3 раза в неделю. Шампунь следует наносить на кожу головы и на область бороды. Время экспозиции 5-10 минут перед полосканием. После снятия обострения и достижения ремиссии частота использования шампуня может быть уменьшена до 2 раза в неделю или по мере необходимости (В).

6. При присоединении вторичной инфекции используют мази или, по показаниям, *аэрозоли, содержащие антибактериальные препараты:*

– окситетрациклина гидрохлорид/гидрокортизона ацетат, аэрозоль, 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

или

– окситетрациклина гидрохлорид/гидрокортизона ацетат, мазь, 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

или

– гидрокортизон + неомицин + натамицин, крем/мазь, 2-4 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

или

– триамцинолона ацетонид/тетрациклина гидрохлорид, аэрозоль, 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

или

– гидрокортизон + фузидиевая кислота, крем, 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней.

В дальнейшем используют глюкокортикостероидные препараты со слабой и средней степенью противовоспалительной активности и пасты, содержащие 2-3% берёзового дёгтя, нефти нафталанской, 0,5-1% серы.

Системное лечение

1. *При выраженном зуде – антигистаминные препараты* (D):

– акривастин 8 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-20 дней

или

– лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней

или

– фексофенадин 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней

или

– терфенадин 60 мг перорально 1-2 раза в сутки в течение 10-20 дней

или

– цетиризин 4 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10-20 дней.

2. При *наличии экссудации* рекомендовано применение:

– кальция глюконата, раствор для инъекций 10%-ный 10 мл внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней

или

– кальция пантотената 100 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10-20 дней.

Немедикаментозная терапия

Селективная фототерапия 20-25 процедур 4-5 раз в неделю (В).

Особые ситуации

Тактика терапии СД у *детей* включает удаление корок, устранение мокнутия, профилактику грибковой инфекции и надлежащий уход.

При лёгкой форме себорейного дерматита достаточно проведения наружного лечения дезинфицирующими, кератопластическими средствами: 3%-ной нафталановой, 2%-ной ихтиоловой, 5%-ной дерматоловой мазями, а в местах мацерации – пастами, с предвартельным смазыванием поражённых участ-

ков в складках 1%-ным водным раствором бриллиантового зелёного или метиленового синего (D). Волосистую часть головы обрабатывают 2%-ной салициловой мазью (D). При купании ребёнка используют шампуни с кетоконазолом (А), цинком (D), дёгтем (D). Внутрь назначают витамины (аскорбиновую кислоту, тиамин, пиридоксин, кальция пантотенат).

При тяжёлой и среднетяжёлой формах применяется комплексное лечение с использованием коротких курсов антибактериальных препаратов (ампициллин, оксациллин), вливания солевых растворов и глюкозы с 5% аскорбиновой кислоты, введений иммуноглобулина. Назначаются внутримышечные инъекции витаминов В₁, В₆. Внутрь применяют витамины С, В₁, В₂. Для устранения диспептического синдрома назначают ферменты желудочно-кишечного тракта (абомин, панкреатин, амезим форте и др.). При контроле за питанием ребёнка, больного себорейным дерматитом, учитывается вид вскармливания. Необходим подбор адаптированной молочной смеси при искусственном вскармливании и назначение полноценной, сбалансированной по белкам, жирам и микроэлементам диеты матерям детей, находящихся на грудном вскармливании.

Требования к результатам лечения

- улучшение общего состояния больного;
- уменьшение выраженности воспаления;
- прекращение экссудации и зуда.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

При тяжёлой форме течения СД или резистентности к наружной терапии возможно назначение пероральных антимикотических препаратов:

– итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первой недели лечения, затем 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2-11 месяцев лечения (В)

или

– тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки непрерывно в течение 4-6 недель или 12 дней в месяц непрерывно в течение 3 месяцев (С) или

– флуконазол 50 мг перорально 1 раз в сутки в течение 2 недель или 200-300 мг 1 раз в неделю в течение 2-4 недель (В)

или

– кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение 4 недель (D).

Профилактика

Методов профилактики не существует.

Вадим ЧИКИН,
старший научный сотрудник отдела дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, кандидат медицинских наук.

Алина МИНЕЕВА,
младший научный сотрудник отдела дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Минздрава России.

Денис ЗАСЛАВСКИЙ,
профессор кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, доктор медицинских наук.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – один из самых чувствительных методов определения почечной недостаточности на ранних стадиях поражения почек, функция, в результате которой из крови в просвет капсулы нефрона пассивно выделяется вода и многие растворённые в ней вещества. Этот процесс, наряду с другими (секреция, реабсорбция, концентрация), является частью механизма образования мочи.

Измерение СКФ имеет большое клиническое значение. Она хоть и косвенно, но довольно точно отражает важнейшие структурные и функциональные характеристики почек, а именно, количество функционирующих нефронов и состояние базальной мембраны почек.

В норме в целом во всех ~ 2 млн клубочках почек за минуту фильтруется 120-130 мл плазмы, что в сутки составляет около 180 л фильтрата (первичной мочи), из которой обратно всасывается примерно 178 л. Здоровый человек выделяет за сутки около 1,5-2 л мочи.

Средние возрастные нормы СКФ: 20-29 лет – 116 мл в минуту; 30-39 – 107, 40-49 – 99, 50-59 – 93; 60-69 – 85 и 70 и старше – 75 мл/мин (все цифры приведены из расчёта среднестатистического человека с поверхностью тела 1,73 м²).

Однако определение СКФ имеет значение не только для диагностики и оценки функционального состояния почек. Она даёт полезную информацию и при целом ряде заболеваний и состояний.

В обеспечении нормального уровня СКФ определённую роль играет скорость почечного плазмотока – количество крови, притекающей по приносящей артериоле к почечным клубочкам. У здорового среднестатистического человека с массой тела около 70 кг данный показатель составляет около 600 мл в минуту.

Следующей функцией, требуемой для осуществления нормальной СКФ, является состояние кровообращения в сосудах почек – в норме давление в приносящем сосуде нефрона должно быть значительно выше, чем в выносящем. Количество функционирующих нефронов также имеет важное значение для осуществления СКФ.

СКФ может меняться при различных заболеваниях и состояниях, из которых основными являются поражения почек:

- гломерулонефрит – из-за уменьшения количества функционирующих нефронов;
- амилоидоз – за счёт снижения фильтрации в нефронах, забитых амилоидными массами;
- пиелонефрит – по причине нарушения клиренса креатинина;
- нефротоксические яды и соединения (сулема, некоторые антибиотики и другие лекарства и химические соединения), при попадании которых в организм возникает поражение почечной

паренхимы со снижением всех её функций;

– почечная недостаточность как осложнение многих заболеваний и т.д.

Методы определения СКФ

Точными методами определения СКФ являются методы выделения почками ряда веществ, в частности инулина. К сожалению, эти методы сложны, громоздки и поэтому не могли получить широкого

опорожняет мочевой пузырь, затем в течение часа пребывает в спокойном состоянии.

Через час собирается первая порция мочи с фиксацией времени мочеиспускания. В конце следующего часа снова собирается моча. В обеих порциях определяют минутный диурез и креатинин. Сразу за сбором первой порции мочи из вены пациента забирают 6-8 мл крови, в которой также определяется уровень креатинина. На основе этих показателей – минут-

уравнения, более точные, чем формула Кокрофта – Гаулта, и не требующие дополнительной стандартизации по поверхности тела, а также знания антропометрических показателей, получившие название формул MDRD. Чтобы рассчитать СКФ при помощи сокращённого варианта формулы MDRD, достаточно знать уровень креатинина сыворотки крови, пол, возраст и расу пациента, что делает её более удобной для скрининговых исследований и амбулаторной практики.

тению фильтрационной функции.

Снижение СКФ может возникнуть также при гемодинамических нарушениях (гиповолемия, шок, дегидратация, снижение объёма ударного выброса крови при сердечной недостаточности). Кроме вышеуказанных состояний, определение СКФ помогает оценить состояние организма, работу почек при целом ряде других заболеваний: патологии сердца и сосудов; эндокринной патологии; диабетической нефропатии; для

В клиниках и лабораториях

При любой патологии

Значимость современных методов определения фильтрационной способности почек

распространения в лабораторной практике.

Близкими к этим методам являются пробы Реберга – Тареева и Кокрофта – Гаулта. В них определение СКФ опирается на уровень креатинина в крови и моче. Теоретические основания к расчёту величины СКФ по концентрации креатинина сводятся к тому, что у здоровых людей в крови – величина постоянная, практически не меняющаяся в зависимости от потребления белка с пищей, диуреза и возраста. Следовательно, его повышение в крови связано с нарушением способности почек к его выделению; это подтверждается и линейной зависимостью между концентрацией креатинина и его клиренсом.

Проба Реберга – Тареева

Пациент выпивает 0,5 л воды и мочится. В течение последующего часа собирают мочу в чистую сухую стеклянную посуду. В середине этого часа из вены берут 5-8 мл крови. Мочу и кровь сразу доставляют в лабораторию. Здесь измеряют объём мочи и рассчитывают минутный диурез: количество мочи делят на 60. В крови и моче определяют креатинин любым известным методом.

СКФ равна: цифру концентрации креатинина в моче, поделённой на цифру концентрации креатинина в крови и умноженной на минутный диурез. При пробе Реберга – Тареева определяется также канальцевая реабсорбция, но в данном случае мы её касаться не будем.

Проба и формула Кокрофта и Гаулта

Данная проба почти не отличается от пробы Реберга – Тареева. Утром натощак пациенту дают выпить 1,5-2 стакана чая или воды для стимуляции минутного диуреза. Через 15 минут пациент

ного диуреза и уровня креатинина в крови и моче – определяют СКФ.

Давно идут поиски более простых методов исследования СКФ. К таким методам относятся определение СКФ по формулам.

В 1976 г. Д.Кокрофт и М.Гаулт вывели формулу, с помощью которой с учётом концентрации креатинина только в крови и учёта массы тела, возраста и пола обследуемого можно вычислить значение СКФ. В печати можно найти несколько вариантов формулы этих авторов:

1. СКФ = (140-возраст) x масса тела, делённая на (72 x ККК), где ККК – концентрация креатинина в крови в мкмоль/л.

2. рСКФ = (140 – возраст, лет) x масса тела (кг) x (1,23 для мужчин или 1,05 для женщин) x креатинин крови (мкмоль/л).

Высокую степень точности расчётных величин СКФ по этой формуле в сопоставлении с более сложными пробами подтвердили Wheeler и Lewis в 1979 г. В их исследованиях при одновременном определении СКФ по клиренсу креатинина и по формуле Кокрофта – Гаулта у 154 больных коэффициент вариации составил 10 и 13%. По данным Morgan и соавт. (1978), ошибка расчёта по формуле по сравнению с методом клиренса составила 21-27%, что также не превышало величины стандартного отклонения при определении СКФ методом клиренса креатинина.

Кстати, в настоящее время имеется универсальный калькулятор расчёта скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина, что вообще делает эту проблему вседоступной и почти бесплатной.

Формула MDRD

В 90-е годы группой экспертов на основании данных исследований MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) (Levey и соавт., 1999) были предложены новые

Данная формула не получила в Российской Федерации большого распространения, в то время как она широко используется нефрологами в большинстве стран Европы.

Формула MDRD более точна, чем предыдущие, поскольку в ней учитываются также гендерные и расовые данные, что, несомненно, достаточно важно для точности конечных результатов. В литературе формула MDRD также имеет несколько вариантов.

Снижение СКФ наблюдается в следующих случаях: поражение гломерулярного аппарата почек; снижение СКФ является практически основным показателем, указывающим на патологию; на ранних стадиях этого состояния может не быть одновременного повышения креатинина. Вот этот факт и делает необходимым определять функциональное состояние почек не по креатинину, а по СКФ.

Почечная недостаточность

На протяжении всех её стадий наблюдается прогрессирующее снижение скорости фильтрации до критических цифр, что и является определением СКФ. К изменению СКФ приводят и нефросклероз, другие структурные нарушения нефронов, токсическое действие некоторых антибиотиков (фторхинолоны, цефалоспорины).

Величина СКФ в физиологических условиях может изменяться в зависимости от психического и физического состояния обследуемого, состава пищи, степени гидратации, времени суток и т.д. Наименьшие значения СКФ отмечены ранним утром и ночью, наивысшие – днём (в 12-15 часов).

Беременность, диета с высоким содержанием белка повышают СКФ, диета с низким содержанием натрия, дегидратация, интенсивный физический труд, отрицательные эмоции способствуют угне-

комплексной оценки состояния пациента; оценки интоксикация организма на поздних сроках беременности.

Есть свидетельства, что снижение жизненной ёмкости лёгких по разным причинам сопровождается снижением СКФ. Некоторые учёные нашли, что у больных ХБП 3b-5, возникающие при этом нарушения – выносливость, мышечная сила, равновесие, баланс мелкой моторики – сопровождалось снижением СКФ.

Примечательно, что определение СКФ по формулам не очень чувствительно, но даёт неоценимую информацию в случаях трансплантации почек, о детерминантах исхода этой операции, особенно о последствиях различных иммуносупрессивных режимов.

В последние десятилетия предлагаются также новые методы определения СКФ. В частности, к такому относится определение с помощью цистатина С – белка с низкой молекулярной массой, ингибитора протеаз. Цистатин С свободно фильтруется в нефроне, не подвергается канальцевой реабсорбции и секреции. Разработаны формулы для расчёта СКФ по определению уровня этого белка.

Таким образом, можно видеть, что СКФ – важный метод определения не только функционального состояния почек при нефрологической патологии, но и при целом ряде других заболеваний и состояний. И метод определения СКФ ныне достаточно доступен для широкого использования при любой патологии, особенно, если использовать для этих целей специальный калькулятор.

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

Дагестанский государственный
медицинский университет.

Начало

В Железноводске состоялось торжественное открытие Консультативного центра Ростовского научно-исследовательского онкологического института. В декабре 2017 г. на базе санатория «Русь», который недавно стал филиалом института, центр начал работать в тестовом режиме.

Еженедельно из Ростовского онкоинститута в город для приёма пациентов приезжала группа высококвалифицированных специалистов: онкомаммолог, онкогинеколог, онкоуролог и абдоминальный онколог. За этот период ростовские врачи смогли эффективно организовать деятельность центра.

Не выезжая за пределы региона

В торжественной церемонии открытия Консультативного центра принял участие генеральный директор Ростовского онкоинститута член-корреспондент РАН Олег Кит, а также ведущие онкологи учреждения.

– Почти половина пациентов Ростовского онкоинститута – это жители Северного Кавказа. Филиал даст возможность жителям получить консультации высококвалифицированных, опытных онкологов, не покидая своего региона. Это ближе, удобнее и быстрее, – сказал на открытии

Олег Кит. – Подбирая врачей, мы ориентировались на потребности наших посетителей. По просьбе пациентов с этой недели мы внедряем ещё одного онколога – специалиста опухолей головы и шеи. И впредь, по просьбам пациентов, будем организовывать приёмы других специалистов.

Первыми посетителями центра стали жители Кавминвод, близлежащих территорий Ставрополя, Карачаево-Черкесии и Кабардино-Балкарии. На консультации стали приходить и

приехавшие в санатории Кавминвод курортники. Профилактические осмотры не занимают много времени, помогают вовремя заметить опасные процессы в организме и предпринять меры.

Онкологи уверены, что территориальная близость центра благоприятно скажется на профилактике онкологических заболеваний. Регулярные осмотры позволят своевременно выявлять патологии на ранних стадиях, когда рак эффективно поддаётся лечению. Кроме

того, это возможность вовремя обнаружить и вылечить доброкачественные новообразования и хронические заболевания, которые могут вызвать злокачественные процессы.

После официального открытия консультативный центр Ростовского онкоинститута начал работать на полную мощность. Пять ростовских онкологов будут вести приём с понедельника по субботу.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Как констатируют психологи, человек, узнавший о сложном диагнозе, переживает ряд последовательных стадий – от отрицания до принятия своей болезни. Зачастую люди не могут найти в себе сил, чтобы бороться, теряют цель и смысл жизни. Поэтому очень важно, чтобы в самом начале лечения между пациентом и врачом установились доверительные партнёрские отношения.

Эффект внезапности

Когда речь идёт о хроническом заболевании, требующем пожизненного приёма препаратов, такой подход имеет определяющее значение. Совместное обсуждение тактики лечения, нюансов терапии, в конечном итоге позволят снять напряжение и взять ситуацию под контроль. Об этом говорили участники панельной дискуссии – пациенты, врачи и представители пациентских сообществ, состоявшейся в Париже в рамках ежегодной конференции Европейского и Американского комитетов по лечению рассеянного склероза (ECTRIMS – ASTRIMS). Мероприятие было организовано при поддержке компании Санофи.

Рассеянный склероз (РС) – одно из самых распространённых аутоиммунных заболеваний. По непонятным пока причинам в иммунной системе происходит сбой и её клетки начинают разрушать миелиновые оболочки нервной ткани, в результате чего передача нервных импульсов может быть замедлена или заблокирована. Преимущественно болезнь поражает людей молодого и среднего возраста (18-40 лет). Внешне такие пациенты порой ничем не отличаются от здоровых людей, но в реальности им приходится ежедневно преодолевать множество преград, ведь постепенно заболевание меняет всю их жизнь.

– Самое страшное в этой болезни то, что невозможно предугадать, какие ещё осложнения могут случиться в дальнейшем. Они всегда возникают внезапно, к ним нельзя заранее подготовиться, – поделилась своими ощущениями медицинский журналист Шарлотт Т. из Парижа, имеющая 20-летний опыт борьбы с РС. Тем не менее, по её словам, нельзя замыкаться на себе. Попадая в сложные жизненные обстоятельства, человек вынужден искать в них и своё новое место. И очень важно, чтобы рядом были те, кто помогут ему справиться с проблемами – родственники, друзья и, конечно, врачи.

Люди с РС должны научиться принимать решения и стать менеджерами своего лечения, считает Джордж Пеппер из Лидса (Великобритания), соучредитель социальной сети для пациентов с РС. Он откровенно признался, что не имеет представления о нормальной жизни после того как 13 лет назад узнал о своём диагнозе:

Врач и пациент

Не растерять краски жизни

Рассеянный склероз вылечить нельзя. Но помочь таким больным уже можно



Важно, чтобы рядом были родственники, друзья и, конечно, врачи

«Рассеянный склероз – очень сложная болезнь. И те пациенты, которые не смотрят вперёд, не работают над этой проблемой вместе с врачом, часто опускают руки и перестают бороться. Мы должны говорить о болезни, делиться опытом и поддерживать друг друга».

Одна команда

Основные проблемы связаны с диагностикой заболевания. В большинстве случаев его первые симптомы (которые могут быть не очень характерными: быстрая утомляемость, нарушение когнитивных функций, бессонница) списываются на общую усталость и физическое перенапряжение. Они могут появляться и исчезать – иногда даже на месяцы и годы.

– У каждого больного РС свои симптомы и врачи должны быть очень внимательными: тщательно анализировать и изучать данные инструментальных исследований, отслеживать динамику изменений и, самое главное, научиться слушать своего пациента, – отметила директор по медицинским исследованиям клиники РС в Центральном Техасе (США) доктор Лори Мейер. По её словам врачу не стоит игнорировать жалобы больного на своё состояние, полагаясь только на данные МРТ и анализы, – они могут быть стабильными, а болезнь тем временем продолжает прогрессировать.

Патерналистский подход, когда авторитет доктора и его мнение было определяющим для больного, уходит в прошлое. Сегодня они – одна команда. Безусловно, решающее слово остаётся за медицинским специалистом, но пациент также вправе интере-

соваться подробностями своего лечения.

– Мы обычно проговариваем на приёме возможные риски и положительные аспекты предстоящего лечения. Всё это преследует главную цель – избежать инвалидности в будущем, сохранить хорошее качество жизни, – пояснила Л.Мейер, при этом отметив, что её более чем 20-летний врачебный опыт свидетельствует о колоссальном прогрессе в лечении РС. Сегодня с появлением новых лекарств из группы ПИТРС (препараты, изменяющие течение рассеянного склероза), у неврологов гораздо больше возможностей для верификации терапии. Теперь болезнь медленнее прогрессирует, её удаётся затормозить, но при условии, что лечение начато вовремя и выработана верная тактика ведения пациента.

Как отметил профессор неврологии и медицинский директор Центра реабилитации РС в городе Оверпелт (Бельгия) Барт Ван Виймеерш, врач должен проявить «терапевтическую настороженность» и распознать болезнь как можно раньше. Каждый год на рынке появляются новые лекарства, они отличаются по механизму действия и способам введения, в отношении них разрабатываются разные методики применения и всей этой информацией необходимо владеть специалистам, чтобы понимать, как и чем лечить болезнь.

Полностью излечиться от РС, к сожалению, пока нельзя, однако с помощью современных лекарственных препаратов, можно избавиться от ряда симптомов, замедлить накопление повреждений в головном и спинном мозге, и отсрочить наступление

инвалидизации. Современное клиническое мышление предполагает творческий подход к решению сложных терапевтических задач на основе знания, опыта и врачебной интуиции. То есть работать на предупреждение, считает профессор Виймеерш. Свои слова он пояснил простым примером: «Если это маленький пожар, то ведра воды достаточно, чтобы его потушить. Но когда полыхает весь дом, пора вызывать пожарников. Но бывают случаи, когда пожар не утихает, несмотря на все прилагаемые усилия, в таком случае надо искать другие средства тушения огня».

Вместе с тем, по словам эксперта, внедрению новых подходов к терапии мешает консерватизм коллег. Однако после проведения клинических исследований удалось переубедить неврологов, выступающих против высокоэффективной медикаментозной терапии. Как известно, у пациентов с РС скорость атрофии головного мозга в несколько раз выше, чем у обычных людей. Также было доказано, что скорость атрофии головного мозга напрямую связана со скоростью нарастания инвалидизации. И в определённых ситуациях применение высокоэффективных препаратов позволяет снизить этот показатель до нормального уровня, как и при естественном старении. «У меня много пациентов, которые говорят, что вспоминают о своём заболевании только когда приходят ко мне на приём. Они работают, заводят семьи, словом, ведут нормальную жизнь. Но при этом не забывают, что им надо мониторировать своё состояние – вот такая идеальная картина», – заключил Виймеерш.

Везде свои правила

Основные мировые и российские тенденции лечения заболевания прокомментировал один из российских участников форума профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова доктор медицинских наук Алексей Бойко:

– Если говорить о России, то сегодня в регистр включено 82 700 пациентов с РС, то есть на 100 тыс. населения приходится 56 больных рассеянным склерозом. Однако по оценке экспертов, таких пациентов должно быть порядка 150 тыс. Основная задача сейчас – наиболее быстро подобрать пациенту тот препарат, который был бы наиболее эффективен и наиболее безопасен в данном конкретном случае.

Ещё 30 лет назад вообще не было методов эффективного лечения РС. Сейчас у нас в распоряжении уже 16 препаратов из группы ПИТРС с доказано позитивным влиянием на течение РС. У каждого из них свои особенности, свои преимущества и недостатки, своя группа пациентов, у которых эффект может быть максимально позитивным. Но, чем агрессивнее терапия, тем выше риск развития побочных эффектов. В этом отношении большое значение имеет общее состояние организма пациента, наличие у него сопутствующих заболеваний или изменений. Поэтому важно рано и точно выбрать нужный препарат.

Нельзя не сказать о совсем новой мировой тенденции последних лет. Это дальнейшее уточнение механизмов поражения нервной системы, что позволяет выделить в составе РС особые формы и даже другие заболевания, которые ранее по клиническим и МРТ критериям расценивались как РС. Например, из РС выделена группа состояний, при которых в патологическом процессе доминирует продукция антител к определённым антигенам (так называемые заболевания спектра нейрооптикомиелита). Примечательно, что при них обычные препараты для лечения РС неэффективны и надо использовать другие схемы. Поэтому важно вовремя заподозрить такие варианты, провести дифференциальную диагностику, выявить эти антитела и назначить то лечение, которое помогает именно при таком патологическом процессе. Наконец, всё большее значение имеет фармакогенетика, и здесь у нас даже есть определённый приоритет. Например, проведены и опубликованы в самых солидных зарубежных журналах исследования, проведённые в российских клиниках.

И, конечно, приоритетное значение имеют вопросы доступности лечения. Они актуальны не только для России, но и всего мира. Чем новее, точнее и сильнее препарат, тем он дороже стоит. Поэтому, повторюсь, важно рано и точно подобрать лечение. Во всех странах есть препараты первой, второй, третьей линии. Основой, конечно, является безопасность лечения, но учитывается и его стоимость. Где-то существуют листы ожидания на получение препаратов, где-то государство разделяет стоимость препаратов с пациентами. Везде свои правила, оптимального варианта пока нет.

Ирина СТЕПАНОВА,
спец. корр. «МГ»

Париж – Москва.

Исследования

В НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово) началась очередная стадия испытаний разработанного здесь медицинского изделия нового поколения – протеза сосуда, выполненного из биodeградируемого полимера.

Специалисты института приступили к эксперименту на крупных животных. Протез биodeградируемого сосуда установили в сонную артерию овцы: её физические и механические свойства идентичны свойствам коронарной артерии человека.

Крысы справились. Дело — за овцами...

Они помогут в борьбе с тромбами

– Кроме того, овцы имеют повышенный риск образования тромбов, – уточняет заместитель директора института по научной и лечебной работе доктор медицинских наук Евгений Григорьев. – Если наш биопротез выдержит испытание в таких тяжёлых условиях, значит, он будет хорошо работать и у людей. Эксперимент на лабораторных крысах, продолжавшийся в те-

чение предыдущего года, показал очень хорошие результаты. В нём участвовали порядка 300 особей. Примерно за 9 месяцев каркас сосуда из биополимера замещался у этих животных их собственной тканью. При этом соблюдалась многослойность, «запрограммированная» природой для сосудов живого организма, и сохранялась нормальная про-

ходимость крови по искусственно выращенному фрагменту кровеносного русла.

Другая прорывная разработка кемеровских учёных – биodeградируемая мембрана. Её назначение – препятствовать образованию спаек после полостных операций. Здесь эксперименты на животных уже завершены. Институт ведёт переговоры с биз-

нес-партнёрами, которые возьмут на себя расходы на проведение клинических испытаний и выпуск пробной партии мембран, а в дальнейшем наладят их серийное производство.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Переходный возраст или пубертат – период бурных изменений во всех сферах жизни подростка: физиологической, психологической и эмоциональной. В последнее время отмечается устойчивая тенденция снижения возраста начала пубертата. Сегодня первые признаки полового созревания мы можем наблюдать у детей до 10 лет.

Физиологическое развитие характеризуется бурным ростом, совпадающим с половым созреванием. В это время происходят принципиальные изменения в развитии всех систем организма от детского типа к взрослому. Следует иметь в виду, что существуют значительные индивидуальные различия во времени начала и скорости физических изменений в этот период. Несмотря на то что у девочек темпы роста менее выражены, и заканчивается этот процесс раньше, они испытывают определённый дискомфорт, связанный с внешностью. И если у мальчиков это связано с ростом, то у девочек – с пропорциями тела, которые «должны» соответствовать «принятым» стандартам. У девочек часто переживания по поводу своей внешности приобретают болезненные формы и приводят не просто к снижению самооценки, но и к нарушениям пищевого поведения (анорексия, булимия). Количество девушек, страдающих анорексией и булимией, неуклонно растёт. Наиболее уязвимый возраст – 14-18 лет. На возникновение такого расстройства влияет целый комплекс культурных, социальных, межличностных и биологических факторов: от пропагандируемых в обществе идеалов красоты до

Преодоление

Второе рождение человека

Подросток должен отделиться от родителей эмоционально...

сложностей в отношениях внутри семьи подростка. Самое невинное замечание, например о неловкости девочки или о её фигуре, может переживаться очень болезненно.

Мышление в подростковом возрасте также претерпевает значительные изменения. Подростки, в отличие от младших школьников, уже способны оперировать гипотезами при решении интеллектуальных задач, анализировать абстрактные идеи. Отсюда повышенный интерес к различным философским проблемам, в том числе религиозным, политическим, экзистенциальным. Мышление становится более критическим, подросткам сложно принимать всё на веру, поэтому постулаты взрослых подвергаются сомнениям. По мнению И.Кона, познавательные интересы девочек менее определены и дифференцированы и они лучше решают конкретные, чем абстрактные задачи, а художественно-гуманитарные интересы у них преобладают над естественно-научными.

Очень важной частью жизни подростка является дружба. Авторитет взрослых, в том числе и родителей, падает. Учебная деятельность в силу вышеперечисленных причин отходит на второй план, а потребность в близком дружеском обще-

нии возрастает. Отношения между подростками по мере взросления становятся всё более открытыми и глубокими. На первый взгляд кажется, что мальчики более общительные, чем девочки. Действительно, для мужчин всех возрастов принадлежность к какому-либо сообществу или группе важнее, чем для женщин. Однако между девочками эмоциональный контакт глубокий и близкий, чем между мальчиками. Общение девочек более дружелюбно и избирательно, более закрыто от посторонних. Обусловлено это тем, что девочки в среднем эмоционально более чувствительны и имеют высокий уровень эмпатии (понимание состояния другого человека).

Нестабильность эмоционального и психологического состояния в подростковом возрасте часто может сопровождаться вспышками агрессии. Действительно, в пубертате существуют возрастные периоды, в которых агрессивное поведение выражено более или менее ярко. У девочек пики агрессивного поведения приходятся на возраст 11 и 13 лет. В отличие от мальчиков, которые более склонны к физической и прямой вербальной агрессии, девочки скорее демонстрируют формы прямой и чаще косвенной вербальной агрессии.

В возрасте 12-13 лет и мальчики и девочки демонстрируют негативизм. Эта форма агрессии направлена на борьбу с авторитетами, правилами, обычаями и может носить как пассивный характер (нежелание что-либо делать, игнорирование просьб и т.д.), так и активный (нарушение правил, асоциальное поведение и т.д.).

Ещё одной формой агрессивного поведения считается аутоагрессия – намеренное причинение себе вреда без цели умереть. Иногда самоповреждающие действия могут носить манипулятивно-демонстративный характер, но очень часто такое поведение и его последствия скрываются. В первом случае ребёнок пытается донести какую-то информацию до окружающих, во втором – это единственно доступный способ снизить душевную боль от переполняющих негативных эмоций (тревога, одиночество, пустота, отчаяние). Подростки с аутоагрессивным поведением отличаются низкой самооценкой, застенчивостью и сложностями в общении.

Распространённость суицидов среди подростков гораздо выше, чем среди взрослого населения. Причём истинных суицидов с летальным исходом среди мальчиков больше, чем среди девочек. Среди

девочек и женщин больше демонстративных суицидальных попыток.

Для взрослых переходный возраст ребёнка – это сложное испытание. Иногда пубертат называют вторым рождением человека. И если младенец во время родов должен физически отделиться от матери, то подросток должен отделиться от родителей эмоционально. И это не менее болезненный и важный этап. Как поступать в том или ином случае – эти вопросы встают перед родителями ежедневно. Для подростка, как и для ребёнка любого возраста, не менее, а иногда и более важно внимание родителей. Самое важное – оставаться в контакте со своим ребёнком, принимать все-рёз всё, что с ним происходит и всё о чём он говорит, быть готовым к изменениям, иногда достаточно жёстким, иногда очень мягким и понимающим.

Марина ДЮРГЕРОВА,
младший научный сотрудник
лаборатории биометрических
исследований
Научно-исследовательского
медицинского стоматологического
института.
Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

Ракурс

Краевая медико-генетическая консультация Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи – уникальная в Дальневосточном федеральном округе структура, специалисты которой в совершенстве владеют инструментами пренатального и неонатального скринингов и выполняют широкий спектр исследований по выявлению хромосомных и наследственных обменных патологий плода и новорождённого на самом современном оборудовании. В частности, это технология BACs-on-Beads, тандемная масс-спектрометрия, молекулярно-генетические и цитогенетические методы исследования.

Гены — величина постоянная

Об этом ещё раз напоминает масс-спектрометрия

По словам Полины Чаусовой, врача-лабораторного генетика краевой медико-генетической консультации ККЦ СВМП, технология BACs-on-Beads специально предназначена для выявления потерь в ДНК-хромосомных участках. Иными словами, проводится исследование, позволяющее увидеть нарушение строения хромосом у плода. У беременной женщины берутся амниотическая жидкость или ворсины плаценты, из них выделяется ДНК плода, в которой уже определяется будет ли малыш здоров или обречён на тяжёлые отклонения в развитии.

Установленный в лаборатории ультрасовременный аппаратно-программный комплекс для тандемной масс-спектрометрии – единственный в медико-генетической службе Дальнего Востока. Подобное оборудование есть только у специалистов крупных городов.

Тандемная масс-спектрометрия позволяет выявлять 35 наследственных заболеваний обмена веществ у новорождённых. Также в лаборатории есть все возможности для проведения молекулярно-генетической диагностики. В их основе лежат те или иные манипуляции с РНК и ДНК. Они отличаются значительной трудоёмкостью, в первую очередь из-за сложности оценки полученных результатов и поэтому требуют очень высокой квалификации персонала. Данные методы направлены на точное и быстрое обнаружение мутаций генов, вызы-

вающих патологию, оценку рисков наследственных заболеваний.

Как подчёркивает П.Чаусова, совсем недавно появилась новая программа, определяющая predisposition к тому или иному виду спорта:

– В каждом человеке заложен определённый генетический потенциал, в том числе это касается занятий спортом. У него есть набор генов, отвечающий за силу, выносливость, гибкость и т.д. И наша новая программа позволяет определить, к какому виду спорта человек склонен больше всего. К примеру, в случае отсутствия у него генетической predisposition к выносливости, он вряд ли станет олимпийским чемпионом в беге на длинные дистанции. Поэтому если родители готовят ребёнка к спортивной карьере очень важно в раннем возрасте понять, в какое русло стоит направлять усилия.

Технология здесь следующая: берётся кровь, выделяется ДНК и смотрятся генотипы различных генов, каждый из которых отвечает за синтез определённого белка. Далее проводится специальный анализ и программа рассчитывает, какой вид спорта больше всего подходит вашему сыну или дочери. Это делается один раз и на всю жизнь, гены – величина постоянная.

Николай ИГНАТОВ.
Владивосток.

Современные технологии

Выдохни... хеликобактер!

Новая диагностика – щадящая и точная

Сейчас уже трудно пред- ставить, что совсем недавно основной причиной большинства пептических язв считались стресс и образ жизни.

Открытие австралийских учёных Барри Маршалла и Робина Уоррена бактериальной природы большинства случаев гастрита, дуоденита, язвы и рака желудка, двенадцатиперстной кишки стало одной из революций в медицине и в корне изменило подходы к диагностике и терапии данных заболеваний. Не случайно авторам этого открытия в 2005 г. присуждена Нобелевская премия по физиологии и медицине.

Что интересно: чтобы убедить медицинское сообщество в собственной правоте, доктор Маршалл сам решил стать «подопытным кроликом» и выпил чистую живую культуру хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*). Учёный тяжело заболел, подтвердив тем самым, что данная бактерия является возбудителем болезни, а не инфицирует человека уже после развития, например гастрита, как считалось ранее. Это открыло путь и к излечению подобных болезней, который заключается в эрадикации бактерий.

«Название данной спира- левидной граммотрицательной бактерии указывает на традиционное место её обитания – пилорический (привратнико- вый) отдел желудка, – говорит врач клинической лабораторной

диагностики руководитель экспертной группы Лаборатории ИНВИТРО Татьяна Понкратова. – Заражение в основном происходит бытовым путём, причём обнаружено, что большинство людей инфицируются в детстве». Опаснее всего то, что хелико- бактер пилори (ХП) может долгое время обитать в организме, никак не заявляя о себе.

По словам Т.Понкратовой, единственным надёжным методом определения присутствия ХП в организме является лабораторная диагностика. Однако тесты, определяющие по крови наличие антител, не всегда дают достоверные результаты: нередко они бывают ложноотрицательными при недавнем заражении, или ложноположительными – после успешного проведённого лечения.

Возможно определение ХП с помощью инвазивных процедур (гастроскопии, гастродуоденоскопии и т.п.), которые на самом деле проводят для осмотра внутренней поверхности желудка с целью выявления воспаления, изъязвлений или опухоли. В ходе таких процедур берут кусочек ткани на биопсию, при проведении которой также можно обнаружить ХП.

Для выявления факта инфицирования также используется тест на наличие антигена ХП в кале. Но он, по существу, показателен только в период обострения заболевания.

«В настоящее время большой популярностью для диагностики

хеликобактериоза пользуется несложный дыхательный тест, результаты которого достаточно точны, – рассказывает Т.Понкратова. – В специальные мешочки пациент выдыхает воздух до приёма раствора 13С-карбамида и после, а аппарат проводит сравнительный анализ и определяет наличие или отсутствие ХП в организме».

По словам специалистов, пациенты всё чаще выбирают дыхательный тест ввиду его несомненных преимуществ, таких как неинвазивность, высокая достоверность, безболезненность, быстрый результат, отсутствие абсолютных противопоказаний.

Такое обследование признаётся врачами безопасным, так как в ходе него используется не вредный для здоровья человека карбамид. К тому же этот тест может применяться и для диагностики инфекции, и для оценки эффективности лечения.

С условиями подготовки к его проведению можно ознакомиться на сайте лаборатории ИНВИТРО <https://www.invitro.ru/analizes/for-doctors/577/38743/>.

О важности обнаружения в организме ХП и последующего лечения говорит и то, что экспертами ВОЗ данный микроорганизм занесён в первый класс канцерогенов.

Алёна ЖУКОВА.
Москва.

Известно, что основной контингент лечебно-профилактических учреждений составляют люди пожилого и старшего возраста. Приступая к медикаментозному лечению таких больных, врач должен иметь чёткое представление о влиянии физиологических и патологических изменений, происходящих при старении на эффективность фармакотерапии. Об особенностях применения лекарств у пожилых пациентов корреспонденту «МГ» Ирине СТЕПАНОВОЙ рассказал заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России член-корреспондент РАН Дмитрий СЫЧЁВ.

В медленном ритме

Люди старшего возраста – особая категория пациентов, почти каждый из них имеет 3-4, а иногда и больше хронических заболеваний. Такой больной, как правило, наблюдается у разных специалистов и по каждому показанию врач выписывает ему одно или несколько лекарственных средств. В итоге лист назначений пожилого пациента становится всё больше, больше и больше...

Получается замкнутый круг: полиморбидность требует назначения комбинированной лекарственной терапии, что, в свою очередь, нередко становится причиной развития побочных реакций или может привести к ухудшению течения сопутствующих заболеваний, что требует дополнительного назначения ЛС. Так формируются так называемые «фармакологические каскады», усугубляющие полипрагмацию. Именно поэтому необходимо корректировать лекарственные назначения пожилым пациентам, прежде всего для того, чтобы снизить риски развития нежелательных реакций (НР) при применении ЛС.

Кроме того, сам по себе возраст также является фактором риска в плане развития НР. При старении меняется фармакокинетика, а иными словами – движение лекарственных препаратов в организме человека. Это связано с несколькими факторами. С возрастом возникают так называемые инволютивные изменения в работе органов, которые занимаются выведением лекарств. В печени снижается кровоток, активность ферментов первой и второй фазы биотрансформации ксенобиотиков (к ним также относятся лекарственные препараты), в почках – снижается клиренс креатинина.

Как следствие, замедляется метаболизм и увеличивается период выведения лекарственных веществ из организма. Соответственно стандартные дозы ЛС у данной категории пациентов могут обуславливать более высокие концентрации препарата в плазме, кумуляцию и, как итог, развитие НР. Особую опасность в этом плане представляют лекарства с узким терапевтическим диапазоном, например, сердечные гликозиды, антиконвульсанты, психотропные препараты, антикоагулянты, препараты теофиллина, цитостатики и др.

Попасть в «списки»

Полипрагмация у пожилых пациентов может быть вынужденной, когда врач назначает своему пациенту несколько препаратов наивысшей степени доказательности, поскольку они ему жизненно необходимы (снижают смертность, улучшают прогноз и качество жизни). Однако чаще всего употребление этого термина подразумевает необоснованное назначение большого количества препаратов не по показаниям или без учёта противопоказаний, которых у пожилых гораздо больше, чем у молодых пациентов.

Во всём мире ведётся разработка методов борьбы с полипрагмазией. Сегодня наиболее часто используются инструменты в виде «ограничительных списков». Самый известный из них разработан в США и одобрен Американской гериатрической ассоциацией. Это так называемые Критерии Бирса – список лекарственных препаратов потенциально не рекомендованных к применению у пожилых людей, для которых доказано, что в определённых клинических ситуациях вред для здоровья от их использования может превышать пользу.

Эксперты подсчитали, что если пожилой пациент принимает хотя

бытия НР, прежде всего желудочно-кишечных кровотечений.

Во вторую категорию лекарств по «Критериям Бирса» вошли препараты, применение которых следует избегать у людей старшего возраста с определёнными заболеваниями и синдромами, поскольку данные лекарства могут спровоцировать их обострение. К ним относятся, в частности, дигидроперидиновые антагонисты кальция при хронической сердечной недостаточности или трициклические антидепрессанты у больных, страдающих депрессией.

И, наконец, третья группа – это ЛП, которые можно применять

критерии. Он также представляет собой перечень препаратов принципиально не рекомендованных пожилым людям, но сгруппированных в зависимости от органов и систем. В преамбуле к документу указывается, что данной группе пациентов не рекомендуется назначать ЛП с отсутствием доказательной базы эффективности.

Наибольшее число не рекомендованных препаратов находятся в разделах «центральная нервная система», «сердечно-сосудистая система», «опорно-двигательный аппарат». Имеются экспертные данные, что назначение препаратов, входящих в STOPP-критерии,

Фатальные последствия

В общей сложности таких «ограничительных списков» достаточно много. Некоторые из них посвящены какой-то отдельной проблеме. Для пожилых людей одна из центральных в этом ряду – падения.

Это роковое, фатальное событие, поскольку сам факт падения у пожилого пациента резко ухудшает его прогноз. Не только потому что он может удариться, но в большей степени падение может спровоцировать декомпенсацию хронических заболеваний. Кроме того, длительное нахождение в лежачем положении, например

Проблемы и решения

Фармакологические каскады

Как избежать полипрагмации у пожилого пациента?



Люди старшего возраста принимают в среднем до 17 лекарственных средств в год

бы один препарат, входящий в этот перечень, частота его госпитализаций в течение года по любым причинам увеличивается в 1,5 раза. Всего в него включены 3 категории препаратов. В первую вошли ЛП, в отношении которых доказано, что их применение сопряжено с большим риском, нежели пользой именно для пожилого контингента. К примеру, к ним относится препарат из группы антиагрегантов – дипиридомол короткого действия. Применение этого ЛП в старшей возрастной группе способно спровоцировать нарушение кровообращения в миокарде и приступ ишемии у больных с ИБС. Нестероидные противовоспалительные препараты также не рекомендованы к применению у пожилых, особенно без прикрытия ингибиторами протонного насоса. Это связано с высоким риском раз-

у пожилых, но с осторожностью. Например, препарат из группы антикоагулянтов – дабигатран этексилат. Назначая такое лекарство пациентам, врач должен усилить контроль за безопасностью, прежде всего отслеживать симптомы развития кровотечений.

Однако это не означает, что врач, анализируя лист назначений на предмет выявления препаратов, включённых в этот список, должен сразу отметить их. Это некий «красный флажок», чтобы обратить на них внимание и скорректировать терапию: снизить дозу или провести замену, назначив лекарство, которое обладает менее выраженными побочными эффектами.

С поправкой на возраст

В странах ЕС применяется аналогичный документ STOPP/START-

повышает риск развития НР.

Кроме того, в отличие от списка Бирса в него включены так называемые недоназначенные лекарства, то есть в отношении которых доказана потенциальная польза при определённых клинических ситуациях (START-критерии). Например, антикоагулянты у больных с фибрилляцией предсердий, или витамин D и кальций при остеопорозе или переломах.

В клинической гериатрической практике также используется Шкала антихолинергического бремени. Этот механизм разработан американскими специалистами и впервые был применён в госпиталях для военных ветеранов.

Некоторые часто применяемые лекарства (антидепрессанты, нейролептики, некоторые антиаритмики и антигистаминные препараты первого поколения) имеют антихолинергическую активность, которая проявляется системными НР. При этом многие врачи не знают об этих эффектах препаратов, однако их применение у пожилых пациентов чревато серьёзными последствиями. К примеру, одной из нежелательных реакций на приём антигистаминных ЛП первого поколения, таких как димедрол, является сухость во рту. Для пожилого пациента это создаёт массу сопутствующих проблем (сложности с зубными протезами, говорением, глотанием таблеток и т.д.).

Шкала способствует выявлению пациентов с высоким риском развития антихолинергических эффектов и помогает корректировать фармакотерапию, что позволяет снизить риски осложнений и повысить качество жизни пожилых пациентов.

Наиболее опасные к применению у пожилых людей группы лекарственных препаратов, относящиеся к потенциально не рекомендованным:

- Антигистаминные препараты первого поколения (димедрол, клемастин, доксилламин)
- Нейролептики (тиоридазин)
- Спазмолитики (атропин, алкалоиды белладонны)
- Антиагреганты (дипиридамол)
- Антибактериальные средства (нитрофурантоин)
- Адреноблокаторы (доксазозин)
- Антидепрессанты (амитриптилин)
- Барбитураты (фенобарбитал)
- Бензодиазепины (темазепам, лоразепам, диазепам и др.)
- Снотворные средства (золпидем)
- Препараты сульфонилмочевины
- Скелетные миорелаксанты (хлорзоксазон, метаксалон).

* * *

По данным эпидемиологических исследований, в гериатрической практике наиболее часто применяются: сердечно-сосудистые препараты (ги-

потензивные, антиаритмические) – 55%; ЛП, воздействующие на центральную нервную систему (ЦНС), – 11%; ненаркотические анальгетики – 9%.

Среди безрецептурных препаратов, потребляемых пожилыми, анальгетики составляют 40%; витамины и пищевые добавки – 33%; препараты, действующие на желудочно-кишечный тракт, – 22%.

* * *

Основные проблемы медикаментозной терапии пожилых и старых людей:

- возрастание потребности в ЛС;
- возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики назначаемых ЛС;
- возрастные особенности межлекарственных взаимодействий;
- небольшое количество исследований, включающих пациентов пожилого и особенно старческого возраста;
- самолечение.

из-за перелома, часто является причиной развития опасных для жизни осложнений – тромбоэмболии лёгочной артерии и пневмонии. Поэтому борьба с падениями является обязательной мерой, которая помогает нашим пожилым пациентам жить дольше и качественнее.

Одним из методов борьбы с этим явлением, наряду с организационными мероприятиями, является аудит лекарственных назначений для выявления медикаментов, которые могут провоцировать падения. В основном это лекарства, которые вызывают седацию (бензодиазепиновые транквилизаторы, нейролептики и антидепрессанты), гипотонию (вазодилаторы и препараты, угнетающие внутрисердечное проведение) и в некоторых случаях нарушение зрения (некоторые антигистаминные препараты первого поколения, антидепрессанты). Британское гериатрическое общество даже выпустило специальные рекомендации для врачей, которые позволяют бороться с этой серьёзной проблемой.

Все эти инструменты (а я перечислил далеко не все), направлены на одно и то же, а именно: обратить внимание врача на определённые опасные препараты в листе назначения пожилого пациента с тем, чтобы он мог осуществить коррекцию терапии. За рубежом данный процесс получил название доказательный «депрескрийбинг». Это не просто механическая, а осознанная на основе данных исследований, отмена препарата с последующим мониторингом за состоянием пациента.

Применение этого механизма на практике сопряжено с улучшением прогноза в отношении пожилых пациентов и в некоторых случаях снижением смертности. В частности, по данным израильских учёных, при аудировании листов назначений по алгоритму депрескрийбинга у пациентов старше 80 лет в течение года удалось снизить смертность в данной когорте в 2 раза, а госпитализации в реанимационные отделения – в 3. И это только убрав ненужные препараты.

Для того чтобы наши пожилые пациенты жили дольше и лучше, необходимо оптимизировать лечение, в том числе с помощью современных инструментов коррекции фармакотерапии, доказавших свою эффективность. Конечно, эти механизмы непростые и требуют обучения, формирования у врачей (прежде всего клинических фармакологов, гериатров и терапевтов) компетенции их использования. Кроме того, под эгидой нескольких профессиональных медицинских ассоциаций подготовлен проект клинических рекомендаций «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста». То есть, сегодня у нас имеются для этого все возможности.

Группа канадских учёных из Университета Альберты в Канаде провела довольно рискованный эксперимент, в результате которого смогла воскресить вымерший вид лошадиной оспы не опасной для человека. Это оказалось сравнительно просто и дёшево и вызвало предсказуемый приступ паники у обывателей.

Вирусы лошадиной оспы – родственники чёрной оспы, которая унесла порядка полумиллиона жизней в прошлом столетии, хотя и была известна человечеству тысячи лет. Для победы над этим вирусом, учёным понадобились столетия и огромные деньги и усилия.

Канадским исследователям во главе с вирусологом Дэвидом Эвансом удалось восстановить вирус методами генной инженерии всего за 100 тыс. долл. Для воссоздания вируса учёные использовали исходники, которые были доставлены обычной почтой. Команда приобрела перекрывающиеся фрагменты ДНК, каждая из которых насчитывает около 30 тыс. пар оснований у немецкой компании, которая синтезирует ДНК на коммерческой основе. Это позволило имшить геном вируса на 212 тыс. пар оснований. Вирус ввели в клетки уже инфицированные другим поксвирусом, и они начали производить частички вируса лошадиной оспы. Затем вирус был выращен, секвенирован, охарактеризован и имел предсказанную последовательность генома. Эту технологию описали ещё в 2002 г. в статье в Proceedings of the National Academy of Sciences, но применили впервые.

Эксперименты

Выпустить джинна из бутылки

Лошадиная оспа безопасна для людей, не является серьёзной угрозой для сельского хозяйства и к тому же считается вымершей. Однако успехи Эванса и его группы взволновали его коллег. «Если это можно проделать с лошадиной оспой, то, нет сомнений, это можно сделать и с человеческой оспой», – отметил вирусолог Герд Саттер из Университета Людвиг Максимилиана в Германии. Всемирная организация здравоохранения уже назвала эксперимент канадских учёных «джинном, выпущенным из бутылки». По мнению экспертов, возможностями биотехнологий могут воспользоваться террористы или государства изгои. Эта работа спровоцировала возобновление споров о том, следует ли уничтожить два последних известных живых образца вариолы (Variola vera, или натуральной оспы). В 1979 г. ВОЗ официально объявила о победе над этой страшной болезнью методом глобальной вакцинации. Тогда же было достигнуто соглашение об уничтожении всех оставшихся образцов вируса за исключением двух, которые были переданы в секретные и надёжно охраняемые лаборатории в США и России. Некоторые учёные считают, что изучение этого вируса поможет миру подготовиться к будущим вспышкам.

Впрочем, исследование Эванса

является не только джином, выпущенным из бутылки: как считают сами учёные, эксперимент имеет и научную ценность. Отрабатывая технологии создания вирусов, эксперты рассчитывают создать эффективные вакцины против различных заболеваний, научиться управлять вирусами и, возможно, разработать эффективное лекарство против рака. По словам Эванса, синтез поксвируса, к примеру, может помочь в разработке вирусов, которые могут убивать опухоли. Он считает, что конечно же необходимо всегда помнить о «двойном назначении» подобных исследований, но при этом нужно «использовать вероятную силу этого подхода» в борьбе с опасными заболеваниями.

Лабораторные заражения: истории из реальной практики

Исследования заразных болезней всегда были опасны и иногда заканчивались трагически.

Первые случаи внутрилабораторного заражения брюшным тифом отмечены в 1885 г., сообщение о них было опубликовано К. Kisskalt (1915). В последующие годы число зарегистрированных случаев инфицирования в лабораториях возросло, что объясняется расширением масштабов исследований с патогенными микроорганизмами во многих странах мира. К 1950 г.

число документированных лабораторных заражений достигло 6 тыс.

Чумной форт «Император Александр I». Широко известны две вспышки чумы в форте «Император Александр I» в Кронштадте, который использовался как лаборатория этой болезни. Несмотря на строгий контроль и все принимаемые меры безопасности, в «чумном форте» в 1904 г. погиб доктор В. Турчинович-Выжникович и заболел, но был вылечен фельдшер С. Поплавский, а в 1907 г. погиб доктор Мануил Шрейбер и заболел, но был вылечен доктор Л. Падлевский.

Первая катастрофа в Марбурге. Официально зарегистрированная вспышка заболевания, вызванная этим вирусом, произошла в 1967 г. в Марбурге (Германия) на одном из фармацевтических предприятий. Смотритель, ухаживавший за животными, умер через 2 недели после того, как он заметил симптомы таинственного заболевания у зелёных марышек, привезённых в лабораторию Беринга из Центральной Африки.

В лаборатории выращивали вакцину, используя клетки почек этих обезьян. Очень скоро заболели и остальные работники лаборатории. Аналогичные случаи были отмечены в лабораториях Беринга во Франкфурте и в Белграде, в которые были завезены зелёные марышки из той же

партии. Двадцать четыре человека, работавших в лаборатории, стали жертвами какого-то неизвестного заболевания, позже заболели 6 медицинских сестёр, которые за ними ухаживали. Семь человек из всех заразившихся скончались.

В 1976 г. произошло внутрилабораторное заражение вирусом Эбола в Великобритании, в результате укола заражённой иглой.

Внутрилабораторное заражение вирусом Эбола в Кот-д'Ивуаре. Учёный заболел после проведения вскрытия дикого шимпанзе. Пациент лечился в Швейцарии и выздоровел.

В 2004 г. в Форте Детрике, (Мэриленд, США) произошло заражение сотрудника лаборатории вирусом Марбург из-за прокола иглой. В этом случае заболевший выздоровел.

Основная часть несчастных случаев, как показывает практика, происходит из-за неаккуратности исследователей, нарушающих технику безопасности: проколы заражёнными иглами, порезы при вскрытии лабораторных животных. Вторая причина – аэрозоль, взвесь из фекалий и частичек кожи лабораторных животных, содержащих вирусы.

Анна КРАСАВКИНА.

По информации medportal.ru

Выводы

Пейте на здоровье!

Американские учёные провели исследования, в которых изучили как влияет употребление 100%-ного фруктового сока на чувствительность к инсулину и уровень глюкозы в крови натощак.

Мировое научное сообщество давно интересуется вопросом, повышает ли риск развития диабета регулярное употребление 100%-ного фруктового сока. Известно, что они богаты необходимыми нам витаминами, минералами, растворимыми пищевыми волокнами и другими полезными веществами, включая каротиноиды и флавоноиды. Но некоторые диетологи не рекомендуют употреблять их в слишком большом количестве, объясняя это тем, что соки имеют достаточно высокий гликемический индекс, поэтому могут вызвать повышение уровня глюкозы в крови. Но такое утверждение неочевидно, так как полифенолы, которые содержатся в соках, могут положительно повлиять на гомеостаз глюкозы и инсулина.

Учёные обобщили данные 18 исследований, проведённых в разных странах Европы (Испания, Франция, Дания и Великобритания), Азии (Китай и Иран) и Северной Америки (США и Мексика). В них приняли участие мужчины и женщины разного возраста, с разным индексом массы тела (в том числе с избыточным весом и ожирением) и разным состоянием здоровья. В процессе каждого исследования участники ежедневно употребляли только один вид фруктового сока: виноградный, гранатовый, мандариновый, грейпфрутовый, апельсиновый, яблочный, клюквенный. Продолжительность исследования составляла от одного до 6 месяцев. Результаты показали, что употребление 100%-ного фруктового сока не оказывает существенного влияния на уровень глюкозы в крови и инсулина натощак. Также было доказано, что

употребление фруктового сока не оказывает влияния на резистентность к инсулину. При этом в той группе, которая употребляла гранатовый сок, инсулинорезистентность оказалась существенно ниже, чем в контрольной группе.

Исследования также показали, что ежедневное употребление 100%-ного фруктового сока, даже в количествах превышающих 250 мл, не повышает риск развития сахарного диабета 2-го типа. В каждом виде сока содержатся определённые биоактивные вещества, которые положительно влияют на уровень глюкозы в крови и инсулинорезистентность. Например, гранатовый сок является уникальным источником эллагитанинов, в том числе пуникалагенов. В цитрусовых преобладают другие полезные флавоноиды: в грейпфрутовом в большом количестве содержится нарингин, а в апельсиновом гесперидин. Клюквенный сок является источником целого ряда ценных полифенолов, в том числе процианидинов, антоцианов, кверцетина и мирцитрина. В виноградном соке основными антоцианами являются глюкозиды цианидина и дельфинидина, а яблочный – отличный источник кверцетина.

Таким образом, исследования доказали, что ежедневное употребление 100%-ного фруктового сока в количестве 250 мл не оказывает никакого негативного влияния на такие физиологические показатели как контроль гликемии и резистентности к инсулину. Учёные подтвердили, что ежедневное употребление наиболее распространённых видов натуральных соков в умеренных количествах не повышает риск развития сахарного диабета 2-го типа и является оправданной диетической рекомендацией даже для людей с избыточным весом и гипертензией.

Ирина АНДРЕЕВА.

По информации
Journal of Nutritional Science.

Почему бы и нет?

В Институте науки им. Хаима Вейцмана в Реховоте группа исследователей отделения нейробиологии, руководимая профессором Ноамом Собелем, установила факт особой реакции аутистов на запахи тела по сравнению со здоровыми людьми.

Например, на холодный пот, которым нередко покрывается тело испугавшегося человека, аутисты реагируют ощущением доверия и личной уверенности. При проведении дополнительных исследований израильские учёные определили запахи в качестве «социальных намёков». По их мнению, аутисты, вследствие расстройства своего социального поведения, воспринимают «социальные намёки» парадоксальным образом, совершенно далёким от нормы. Они ощущают запахи на подсознательном уровне, влияющим на их настроение и поведение. В данном случае речь идёт о невербальной коммуникации.

Однако

Группа специалистов решила понять, какая поза наиболее оптимальна для сна в период беременности. Анализ состояния более тысячи женщин в положении во время ночного отдыха показал, что риск мертворождения повышается в 2 раза, если на третьем триместре будущая мама засыпает на спине.

Из числа учтённых беременностей 291 завершилась мертворождением. У 735 рожениц роды прошли абсолютно нормально. Соискатели изучили все привычки женщин, касавшиеся подготовки ко сну, процесс засыпания и способ сна. Учитывался и дневной, и ночной сон. Оказалось, поза, в которой засыпала беременная, играла ключевую роль в возникновении рисков во время родов.

При этом исследователи успокаивают: не стоит впадать в панику, если вы проснулись на спине. Но максимально долгий контроль над позой сна не помешает.

Аутисты и запахи

В принципе, аутистическое расстройство развития головного мозга характеризуется разной степенью отсутствия восприятия намёков. Поэтому аутисты не могут интерпретировать выражение лица. Но, как показано группой Н. Собеля, центральную роль в расстройстве аутистического спектра играет обоняние.

Когда аутистам давали понюхать пот, собранный у начинающих парашютистов при первом прыжке, они воспринимали этот запах не так, как люди с нормальным социальным взаимодействием и общением. Здоровые люди запах образцов такого пота воспринимают как сигнал тревожности и даже страха. С другой стороны, образцы пота тех же парашютистов, собранные во время безопасной разминки на

земле, уровень тревожности у аутистов повышали. Таким образом, реакция при обонянии одних и тех же образцов пота у здоровых людей и аутистов разная. У вторых она противоположна норме.

Исследование израильских учёных сделало возможным констатировать следующее: высокофункциональные аутисты, к которым относят обладающих коэффициентом интеллекта больше 70, в состоянии считать социальные послы, выражаемые запахом, но интерпретируют их ошибочно. Профессор Н. Собель считает, что этот факт указывает на тесную связь обоняния и раннего развития мозга.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Израиль.

Особая поза



Риски связывают с тем фактом, что при нахождении на спине сосуды беременной женщины испытывают колоссальную нагрузку – плод сильно на них давит. Возможно за счёт систематического сдавлива-

ния ограничивается приток крови и кислорода к плоду. Учёные настоятельно не советуют беременным засыпать лёжа на спине.

Дина РОЗИНА.

По информации Science Alert.

В Москве на собрании в Центральном доме литераторов по инициативе редакции «Медицинской газеты» при активном участии и.о. председателя правления Союза писателей РФ Николая Иванова и секретаря Союза писателей РФ, председателя совета по поэзии при правлении Союза писателей Виктора Кирюшина была образована Всероссийская лига литераторов-медиков им. А.П.Чехова. Возглавил совет лиги член редколлегии «Медицинской газеты» писатель Владимир Королёв.

Сегодня «Медицинская газета» рассказывает о предложениях и мыслях, которые были высказаны и в ходе учредительного собрания, и в поступивших на электронную почту редакции откликах наших читателей.

Виктор Кирюшин (интервью с ним под рубрикой «Автограф для «МГ» было опубликовано 6 октября 2017 г.), выступая, подчеркнул, что образование Лиги литераторов-медиков на информационной площадке такого авторитетного издания, каким является «МГ», логично и естественно, поскольку в каждой региональной писательской организации страны есть представители медицины, активно позиционирующие себя в литературе, однако часто выходя в свет их творческого продукта мешают организационные и финансовые трудности. Теперь же, имея в соратниках и помощниках «Медицинскую газету», врачи-писатели получают возможность заявлять о себе и на федеральном уровне.

Заместитель главного редактора «МГ» член Союза писателей РФ Василий Садковский заметил, что организующая роль газеты в поддержке работающих в медицине поэтов и прозаиков была всегда. Особенно заметной она стала, когда редакция стала проводить – во многом по инициативе обозревателя «МГ»

Проекты

Укрепляя «глубокое родство»

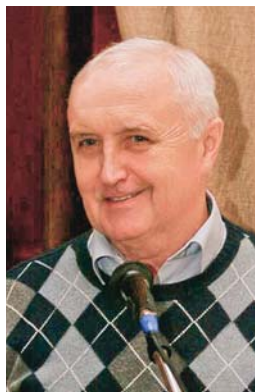
Это призвана сделать Лига литераторов-медиков при Союзе писателей России



Анатолий Парпара



Андрей Евсеев



Владимир Сапожников

писателя Владимира Христофорова – литературный конкурс им. М.А.Булгакова. Подчеркнём, что у самого В.Садковского – богатейший журналистский и писательский опыт, в основе которого – работа в газетах Чукотки, Колымы. Выпускник факультета журналистики Киевского государственного университета, осмелившийся поехать на Чукотку, он не только стал редактором «Магаданского комсомольца», одной из лучших региональных газет страны, но и активно работая в литературе, написал серию рассказов и повестей, которые вошли в книги «Давай жить долго» и «Там тихо и небо светлое». По его мнению, совместный проект Союза писателей РФ и редакции «МГ» по созданию Лиги литераторов-медиков позволит развить традиции конкурса имени М.А.Булгакова, открыть для российской литературы из числа представителей медицинского сообщества страны перспективных прозаиков и поэтов.

Николай Иванов уверен, что создание Лиги литераторов-медиков поможет Союзу писателей ещё и в противостоянии повсеместно процветающему графоманству и литературному бескультурию. Отбор произведений для системной публикации в литературном разделе «МГ», затем выпуск итоговых сборников и альманахов, в которые войдут стихи и рассказы пишущих врачей, ещё и получивших доброжелательный отклик такой интеллектуальной аудитории как медицинская, будут стимулировать рост уровня писательского мастерства. Союз писателей готов оказать лиге помощь в организации совместных федеральных творческих конкурсов, а если к их проведению подключатся Минздрав и Центральный комитет профсоюза работников здравоохранения, то литературная составляющая медицины станет ещё более предметной.

Поддержал необходимость создания Лиги литераторов-медиков

член высшего творческого совета при Союзе писателей РФ, лауреат Государственной премии РСФСР им. Максима Горького (1989), поэт и драматург Анатолий Парпара, который процитировал Андре Моруа, сказавшего на Международном конгрессе врачей в Париже: «Между писателями и врачами есть глубокое родство, поскольку и те и другие относятся к человеческим существам со страстным вниманием, и те и другие забывают о себе ради людей».

Функционируя при Союзе писателей РФ, Лига литераторов-медиков в свою очередь может добавить несколько направлений, которые будут способствовать укреплению авторитета союза на местах. Член Союза писателей РФ врач из Брянска Ирина Пенюкова считает, что представителям лиги в поисках юных талантов надо организовывать литобъединения в медколледжах и крупных ЛПУ.

Автор-исполнитель из Смоленска Андрей Евсеев рассказал о возобновлении в медицинском университете деятельности литературного салона, который посещают более 40 студентов и преподавателей, а профессор Тульского ГМУ Владимир Сапожников считает, что необходимы выезды мэтров-писателей в провинцию для проведения практических семинаров с литераторами-медиками и презентаций их книг.

Кардиолог из Великих Лук Владимир Павлов уже третий год подряд в ноябре организует в родном городе фестиваль, посвящённый Всемирному дню афоризмов, в котором принимают участие писатели из Москвы, Санкт-Петербурга, Смоленска, Пскова и других городов.

Постоянный автор 16-й полосы «Медицинской газеты» Виктор Коняхин предложил открыть при правлении Союза писателей РФ бюро литературной пропаганды. Доктор медицинских наук Марк Фурман (Владимир), издавший 19 книг, уверен, что для пропаганды творчества писателей-медиков следует использовать литературные музеи и литературные гостиницы, которые есть во многих городах. А начинать надо с выступлений в музеях А.П.Чехова и М.А.Булгакова в Москве, Л.Н.Толстого в Ясной Поляне, Н.А.Некрасова в Ярославле...

Эти, а также и другие предложения по организации работы Лиги литераторов-медиков им. А.П.Чехова, поступившие в редакцию «МГ» по почте из Калининграда, Воронежа, Краснодарского края, Одессы, Пскова, Сербии, поручено передать председателю совета лиги Владимиру Королёву в секретариат XVII съезда Союза писателей РФ, который пройдёт в Центральном доме литераторов 15 февраля.

Решено также предложить членам Лиги литераторов-медиков на местах в ходе своих ближайших творческих встреч в коллективах ЛПУ и медицинских учебных заведений активно пропагандировать во время проведения акции «Бессмертный полк» в День Победы в память о подвиге фронтовых врачей, медсестёр и санинструкторов, формирований «Бессмертный медсанбат» и «Полевой госпиталь» и их прохождения в составе колонн «Бессмертного полка».

Владимир КРАЕВ.

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Здоровая жизнь

Проблемы экологии, её влияние на окружающий мир и здоровье людей обсудили представители образовательных учреждений Приморского края на студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы экологии в XXI веке», которая прошла на базе Уссурийского медицинского колледжа.

Мнение молодых об экологии

Они решительно выступают за чистоту окружающей среды

В работе конференции приняли участие студенты и преподаватели Дальневосточного технического колледжа, Регионального железнодорожного колледжа, Спасского филиала Владивостокского базового медицинского колледжа, Приморского института железнодорожного транспорта, Уссурийского агропромышленного колледжа, Энергетического колледжа, Приморского строительного колледжа, Уссурийского медицинского колледжа.

Открывая мероприятие, директор Уссурийского медицинского колледжа Ирина Буркутова подчеркнула важность решения экологических проблем, влияние окружающей среды на здоровье приморцев, а также пожелала участникам успешной и продуктивной работы.

В программе конференции было заявлено 18 докладов, из

них 6 с заочной формой участия. Также организаторы провели тематическую выставку рисунков и поделок под девизом: «Быть человеком – значит чувствовать, что ты за всё в ответе».

Представленные на пленарном заседании выступления освещали насущные проблемы, связанные с природой, её загрязнением и последствиями этих загрязнений. Ведь уже временем доказано, что плохая экология может спровоцировать появление многих серьёзных заболеваний.

Победителей определило компетентное жюри из числа руководителей студенческих научно-практических работ, представленных на конференции.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Душевное дело

Творчество не даёт покоя

Врач находит время и энергию для создания книг

В историко-художественном музее города Долгопрудный Московской области прошло знаменательное событие – творческий вечер, посвящённый 25-летию литературной деятельности врача-писателя Александра Климая. А.Климай – автор художественных книг, касающихся истории Российской империи. Среди них известны романы «Ихтиандр», «Гвардейцы российских императриц», «Онегин и княгиня N».

Александр Петрович является руководителем литературного объединения «Клязьма» Долгопрудного, член правления Московского областного отделения Российского союза писателей. Автор 21 разножанрового литературного произведения. Около половины из его творений продолжения известных книг, таких как «Белое солнце пустыни», «Алые паруса», «Чудесное путешествие Нильса с дикими гусями», «Человек – амфибия» и др.

На юбилейном вечере А.Климай посетители увидели 44 приза читательских симпа-



А.Климай по праву гордится оригинальными наградами

тий. Среди них копию маски, в которой играл свою роль актёр Голливуда Джим Керри в одноимённом фильме «Маска». Приз, оказывается, от самого Д.Керри за продолжение киносценария к фильму. Или, например, приз «Настоящий орёл» от народного артиста России поэта В.Новикова и приз «Серебряный Лидинг» от критика и историка фантасти-

ческой литературы Виталия Бугрова...

Кроме того, гвоздём юбилейного вечера стал альбом-каталог «Искусство России 2018 г.», на обложке которого красуется натюрморт с подсолнухами художника А.Климая. Не каждый мастер живописи может похвалиться этим!

Как врач, Александр Климай, после окончания в 1983 г. Челябинского государственного медицинского института по специальности «лечебное дело», работал терапевтом, психотерапевтом, затем 13 лет главным врачом санатория «Женьшень» в Кургане. Имеет специализацию по иридодиагностике.

В 2001 г. переезжает в Долгопрудный, где заведует кабинетом ЦГБ по оргметодработе, работает заместителем главного врача.

Юбилейный вечер врача, писателя и художника А.Климая оказался очень продолжительным. Было много поздравлений.

Александр ПЕРОВ,
внешт. корр. «МГ».

Московская область.

На литературный конкурс

Евгений ТАРАСОВ

Из мухи сделали слона

Донат Закручинский, которого самые близкие его друзья и приятели частенько называли ласково «дальтони́ком», однажды оказался победителем международного конкурса, проводившегося под названием «Мистер Очарование». Закручинский, ещё с полузабытых им ранних детских лет, был настолько очарован собой, что эта его бездна очарования поглотила всех прочих конкурентов из развитых и даже пока ещё недоразвитых стран, и явно не могла не поразить весьма представительное жюри, которое, понятное дело, тоже было поражено.

Ну, а поскольку этот необычный конкурс проводился в одном малоизвестном экваториальном княжестве, название которого Аль-Катар ещё со школьных времён напоминало Закручинскому о проблемах с его горлом, то при объявлении победителя, Донат стоял на сцене с широко раскрытым от удивления и радости ртом. В таком же состоянии он пребывал и тогда, когда ему вручали кроме короны победителя и первый приз... — слона.

Отбыв из гостеприимного тропического княжества по направлению к родным берегам, Закручинский долго пребывал в эйфорическом состоянии, порхая где-то в районе седьмого неба вместе с самолётом.

Но вот он, покинув самолёт, вместе с багажом появился на таможне.

Корону победителя бдительные таможенники пропустили без особых проволок. Может быть, потому что была она сотворена из «самоварного золота», а украшавшие её бриллианты – те и вовсе были из стекла, правда, частично из хрустального. Но вот первый приз!.. Такому первому призу таможенники начали чинить препятствия.

– Что же это такое вы ввозите на нашу гостеприимную родину?! – строго принялись допытываться они у начавшего спускаться с соответствующих небес междуна-



родного победителя. – Это у вас транспортное средство, что ли?! Тогда платите соответствующую пошлину!

– А это сколько? – растерянно поинтересовался международный конкурсант.

– В размере стоимости! – бдительно предложили таможенные стражи.

– Так ведь это же... я же на нём ездить не собираюсь, – принялся отбиваться Закручинский и для убедительности сообщил: – Да у меня ведь и прав-то нет. А тем более, гаража и ОСАГО.

— Хм... да... — задумались стражи таможенного порядка. — Выходит, вы собираетесь везти на территорию страны крупный, так сказать, не рогатый скот? Да? А зарубежное мясо, да будет вам известно, в связи с санкциями, пока является невозможным, а потому облагается соответствующими размерам вашего приза штрафами!

– Штрафами?! – ахнул Донат За-
кручинский, мысленно прикидывая
вес своего приза, а отсюда и раз-
меры его стоимости. К тому же,
как вспоминал он, слонина у нас
сейчас явно на порядок дороже

свинины, не говоря уже о говядине или телятине.

И тут в ужасе подумавший обо всём этом хозяин огромного приза вдруг нашёлся: – Вы что же это тут бюрократию разводите?! На высококачественного скота?! Который может и должен способствовать быстрому развитию отечественного животноводства?! Тем более, в эпоху оперативного импортозамещения?! – критически возвысил «дальтоник» свой, оберегаемый дотолое голос. – Вы разве не видите, что перед вами лабораторное животное?!

– Лабораторное животное?... – не поняли его бдительные таможенные стражи.

– Ну, конечно же! Опытный образец! Наглядный результат современной передовой генной инженерии!

– А причём тут генная инженерия? – засомневались его оппоненты.

– А притом! Притом, что это всего лишь... вы можете мне не поверить, – рядовая муха, которую путём пересадки нужного гена удалось превратить, как вы сами видите, в слона!

– Ах, вот оно что?! Выходит, это вы хотите ввезти на нашу родину чужеродное насекомое?! – на глазах расцвели таможенники. – Тогда нам всё ясно! Тогда всё понятно!..

И они тут же принялись составлять протокол о штрафе, который должен быть наложен на несчастного конкурсанта за попытку ввоза на его любимую родину генетически модифицированной разновидности зарубежных опасных инфекционных заболеваний.

Ну, а что касается самого слона, то его бдительные таможенники, естественно, реквизируют. Для чего? Возможно, для передачи в близлежащий санитарно-эпидемиологический институт, или же просто в близрасположенный зоопарк, а то и вовсе – в местный цирк. Кто же их знает, этих бдительных таможенников с их странными и непонятными даже победителям серьёзных международных конкурсов соответствующими правилами и инструкциями?!..

Москва.

Умные мысли

Актуальные вопросы специалистам

- Каково отношение диабетиков к сладким грёзам?
- Насколько калорийной должна быть пища для размышления?
- Следует ли относить болеющих душой за наш футбол к категории душевнобольных?
- Можно ли хранить деньги в медицинских банках?
- Следует ли давать больничные листы тем, кто болеет за порученное им дело?
- Должна ли «скорая» спешить на помощь к жертвам моды?
- Станут ли лунатики бороться за место под солнцем?
- Каково отношение диетологов к жареным фактам?
- Правда ли, что быстрее лысеют любители ходить на голове?
- Каково отношение кардиологов к бессердечным людям?
- При какой температуре закипает в жилах кровь?
- Следует ли всем, кто любит заговаривать зубы, идти учиться на стоматологов?
- Можно ли убеждённым вегетарианцам поедать глазами аппетитных женщин?
- Каково отношение окулистов к тем, кто любит пускать пыль в глаза?
- Следует ли профилактически принимать какие-то лекарства от паразитического смеха?
- Почему к впадающим в детство не приглашают педиатров?
- Интересно, а сколько калорий в кукиши с маслом?
- Следует ли давать срок за убийственный смех?

**Вопросами задавался
Евгений ГОРСКИЙ.**

Московская область.

	Цикло-пирокс	Город, Ново-сиб. обл.					СКАНВОРД							Бакст, картина	Шелк. ткань					
			Пришвин, рассказ	Старин. балльный танец		Шварц, пьеса	Коралловый полип								Народ Передней Азии		Мантуя, палаццо		Борец (раст.)	Сокол
	Роман Хаггарда	Земле-ройка	... де Охеда					Метрополитен + фолдинг		Тесьма, бахрама	"Встань и ...", Нагибин		Областной центр		Актриса ... Ваचनाдзе				Народ Колумбия	Перешеек, Таиланд
			Загадка	"Мизантроп", перс.		Старин. жен. одежда	Испан. замкну-тый двор	Экулизумаб							Коленный сустав					
	Пуэрто...		Маслич. культура				Сорт винограда			Остатки льна	Серый попугай	Поплавская			Село у молдав-ван		Малая планета			
	Велодром				Врач ... Полицейск			Перочинный нож				Удача футболиста		Буль-юбль, фильм						
	Богиня англов		Проходной ...			Часть скелета			Гриб, береза											
				"Балетов", композитор				Свиной продукт												
						Автор Валерий Шаршуков		Чечетка			Химическое соединение									

Ответы на сканворд,

опубликованный в № 4 от 31.01.2018 г.

**Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 4 от 31.01.2018.**

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: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА,
В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря),
А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ,
А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта),
Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора –
ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.
Дежурный член редакции – И.СТЕПАНОВА

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.
Заказ № 17-01-00232
Тираж 18 800 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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