19 МАЯ 2017 г. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДА 19 МАЯ 2017 г. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДА Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятни Распространяется в России и других странах www.mgzt.

Nº 35 (7753)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Работают мастера

К сердцу особый подход

Он присущ челябинским кардиохирургам



В отделении кардиохирургии Челябинской областной клинической больницы по праву гордятся редким видом операций - клапаносохраняющими вмешательствами, в том числе на митральном клапане.

Пациент, которому установлен механический или биологический протез одного или нескольких клапанов, вынужден всю оставшуюся жизнь принимать препараты для нормализации кровообращения. «Те же пациенты, которым выполнена реконструкция собственного клапана, выходят от нас с абсолютно иным качеством жизни. - поясняет заведующий отделением Михаил Уже через полгода-год оні смогут чувствовать себя на высшем уровне. Кататься на лыжах, плавать, выполнять любые физические наИдёт очередная операция

грузки. При этом не завися ни от каких лекарств».

Кроме того, в отделении кардиохирургии больницы делают плановые операции, которые предотвращают страшные последствия в виде инфарктов и инсультов. Например, у 77-летнего Геннадия Артёмова из Красноармейского района недавно выявили критическое поражение коронарных артерий. Пациенту сразу же выполнили коронарное шунтирование, запустив кровоток в обход поражённых сосудов.

Кардиохирурги клинической больницы лечат самые сложные формы сердечных патологий, в том числе осложнённые формы ишемической болезни сердца. через отделение проходят более тысячи южноуральцев, которые попадают сюда как в плановом

порядке, так и экстренно - по программе лечения острого коронарного синдрома.

Хирурги с ювелирной точностью выполняют все виды аортокоронарного шунтирования, а также протезирование одного, двух и даже трёх клапанов сердца. Словом, у них свой особый, очень бережный подход.

Только в отделении кардиохирургии областной клинической больницы делают сочетанные (гибридные) операции на главной мышце человеческого организма. С такой патологией через отделение за год проходит более 80 пациентов.

внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Появится сеть ФАПов

Строительство сети новых фельдшерско-акушерских пунктов начнётся в этом году в нескольких населённых пунктах Хабаровского края. Возведение 10 ФАПов и 3 амбулаторий в сёлах региона ожидается в скором времени, сообщили в региональном правительстве. Первые объекты появятся в селе Средний Ургал Верхнебуреинского района и посёлке Сита района имени Лазо.

Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт недавно совершил рабочую поездку, чтобы оценить состояние действующих медицинских пунктов в отдалённых уголках. В частности, глава региона побывал в Мичуринском сельском поселении,

где осмотрел действующую амбулаторию. Ветхое здание, которое обслуживает 3.5 тыс. человек. не отвечает современным требованиям, а большинство исследований пациентам приходится проходить в других учреждениях.

По словам губернатора, краевые власти стараются уделять большое внимание поддержке развивающихся территорий, модернизации системы здравоохранения. Для реализации задуманного в регионе принята профильная программа. В её рамках в Хабаровском крае до 2020 г. появятся 100 новых ФАПов и 22 амбулатории.

«Программа имеет жизненно важное значение для развития медицины в крае. Она позволит в кратчайшие сроки модернизировать её первичное звено», - подчеркнул В.Шпорт.

> Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Хабаровск.



Николай ВОЛОДИН, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, академик РАН:

Уникальность площадки нашего форума заключается в формате его проведения..<mark>.</mark> С нами на связь выходят представители большинства российских регионов буквально от Владивостока до <mark>Калининграда.</mark>

Cmp. 10



Петра ЦИГЛЬМАЙЕР, председатель комитета клинической аллергологии Австрийского общества аллергологов и иммунологов, профессор:

Компонентная молекулярная диагностика необходима для подбора оптимальной аллергенспецифичной иммунотерапии.

Cmp. 11



Вадим ДУБРОВ, главный травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы, профессор:

Человек, получающий высококвалифицированную медицинскую помощь, не должен неделями находиться в больнице.

Cmp. 12

Инициатива

«Я бы в медики пошёл...»

Более 700 омских школьников смогли познакомиться с медицинскими профессиями, побывав на ярмарке образовательных услуг.

Организаторами ярмарки, которая прошла на базе Омского областного медицинского колледжа, стал Департамент образования мэрии. Основная задача таких акций - оказание информационной поддержки выпускникам и их ролителям по вопросам выбора будущей профессии и учебного заведения. В медицинском колледже Министерства здравоохранения области школьники 9-11-х классов не только смогли ознакомиться с перечнем предлагаемых специальностей, но и принять участие в проведении профессиональных проб, почувствовать будущую работу «на вкус», получив практические навыки введения инъекций, наложения повязок, проведения сердечно-лёгочной реанимации, ухода за новорождёнными и многое другое.

Ярмарка для абитуриентов проводилась на базе медколледжа не случайно: по итогам регионального конкурса учебных заведений студенты выпускного курса – будущие медики – стали золотыми и серебряными призёрами, что свидетельствует о высоком качественном уровне подготовки специалистов в этом образовательном учреждении. В коллективе среди 124 педагогов трудятся доктор медицинских наук, кандидат педагогических наук, заслуженный учитель РФ, 5 отличников народного просвещения РФ и 4 магистра педагогики.

Организаторы ярмарки надеются, что подобные мероприятия будут способствовать популяризации и повышению престижа медицинской профессии. А значит, совсем скоро, когда прозвенит последний звонок, многие выпускники школ захотят продолжить учёбу в колледже, чтобы потом стать акушерами, зубными техниками, фельдшерами, медицинскими сёстрами.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Hobocmu

Гранты для врачей

Мэр Москвы Сергей Собянин принял постановление, предусматривающее выделение 10 грантов по 30 млн руб. для лучших отделений реанимации и интенсивной терапии каждый год. Об этом градоначальник заявил 11 мая на заседании президиума правительства Москвы.

«Принято постановление «О грантах правительства Москвы «Спасая жизни», предусматривающее предоставление 10 грантов в размере 30 млн руб. каждый лучшим отделениям реанимации и интенсивной терапии городских больниц, работающих в системе ОМС», – уточнил мэр.

Из материалов заседания президиума следует, что гранты будут предоставляться ежегодно по результатам мониторинга деятельности отделений реанимации и интенсивной терапии в следующих номинациях: 2 гранта за «лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии, оказывающее медпомощь детскому населению», 5 грантов за «лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии, оказывающее медпомощь взрослому населению», «лучшее неонатологическое отделение реанимации и интенсивной терапии», «лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии инфарктной сети» и «лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии инсультной сети».

Также отмечается, что побороться за гранты смогут все городские стационары, включая роддома, в которых функционируют отделения реанимации и интенсивной терапии. Выделяемые муниципальными властями средства будут использоваться исключительно на повышение оплаты труда врачей и других медработников этих отделений реанимации и интенсивной терапии.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

По следам боёв...

Матери погибших солдат посетили Чечню. Организовал мероприятие совет Ставропольского регионального отделения Общероссийской общественной организации семей погибших защитников Отечества. Матери и вдовы побывали в Грозном, где возложили цветы к обелиску первого президента Чечни Ахмата-Хаджи Кадырова, посетили музей его имени.

В составе 12 участников поездки находилась медицинский психолог Ставропольской психиатрической больницы $N^{\mbox{\tiny Ω}}$ 1, заведующая отделением «Телефон доверия» Светлана Рожкова.

– Такая поездка матерей и вдов по местам, где погибли их мужья и дети, организована впервые, – рассказала Светлана Ивановна. – Это был трудный шаг, но правильный.

Психолога больницы № 1 пригласили в поездку для поддержки матерей и вдов и оказания им в случае необходимости профессиональной психологической помощи. Во время визита Светлана Ивановна сумела пообщаться с каждой женщиной.

Ольга Стеценко, председатель общественной организации семей погибших защитников Отечества, на встрече с представителями Чечни подытожила итоги визита:

– Прошло уже более 20 лет с тех пор, как мы потеряли своих родных во время известных печальных событий, прошедших в Чеченской Республике. Наши отцы, братья и мужья, отдавая долг Родине, погибли от рук бандитов. С тех пор на протяжении многих лет мы планировали свой приезд в регион. И вот он осуществился...

Рубен КАЗАРЯН.

Чеченская Республика.

Ориентир — пациент

Руководители учреждений здравоохранения Ленинградской области посетили Ситуационный центр Единой медицинской информационно-аналитической системы столицы (ЕМИАС), который работает на базе Департамента здравоохранения Москвы.

С функционалом ЕМИАС гостей познакомил заместитель руководителя высшего столичного учреждения здравоохранения Алексей Погонин. Председатель Комитета по здравоохранению Ленинградской области Сергей Вылегжанин и главные врачи областных больниц узнали о возможностях системы и оценили эффективность сервиса в работе медучреждений. Практическое применение ЕМИАС ленинградским коллегам продемонстрировали на примере московской ГКБ № 64, где (как и в других столичных медучреждениях) электронными сервисами пользуются врачи и пациенты.

В столичном Ситуационном центре ежедневно отслеживают доступность врачей в каждой поликлинике и по городу в целом. Здесь аккумулируются данные о графиках работы специалистов, времени ожидания приёма пациентами, о назначениях и направлениях, которые делают врачи поликлиник.

«Благодаря системе EM/AC у пациентов столичных поликлиник появилась возможность самостоятельно записываться и переносить запись к врачу, выбрав удобную для себя дату и время приёма. Электронная запись, сервис информирования пациентов о времени ожидания приёма врача и работа Ситуационного центра позволили существенно повысить доступность медицинской помощи в городских поликлиниках», – заключили северо-западные коллеги.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Эхо праздника

В честь доноров военных лет

Память о них всегда жива

В годы Великой Отечественной войны многократно возросла потребность в донорской крови. И столь же многократно увеличилось число добровольных доноров: миллионы граждан сдавали кровь для нужд фронта, что сыграло важную роль в улучшении исходов лечения и ускорило возвращение раненых в строй. В период Великой Отечественной войны действующая армия получила свыше 1,7 млн л консервированной крови, которая была применена для 7 млн переливаний. Донорство поистине стало символом патриотизма.

В честь доноров Великой Отечественной войны в Парке Победы Череповца накануне 9 Мая была открыта мемориальная доска. В 1941–1945 гг. череповчане не только сдали для нужд фронта более 10 т донорской крови, но и перечислили денежные средства в фонд Красной Армии на строительство танковой колонны. В годы войны Череповец являлся крупным госпитальным узлом в Вологодской области.



Во время торжественной церемонии

Инициатива установления памятного знака принадлежит Череповецкому городскому отделению Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» при поддержке Военно-

мемориальной компании, Череповецкого литейно-механического завода и череповецких доноров. Почётное право начать торжественную церемонию было предоставлено Нине Якункинской – ветерану Российского Красного Креста, почётному донору СССР, – заведовавшей в годы войны кабинетом переливания крови в Череповце.

- Череповецкое городское отделение Российского Красного Креста является активным членом координационного центра по донорству крови при Общественной палате РФ, - подчеркнула Елена Стефанюк, директор Национального фонда развития здравоохранения, заместитель руководителя координационного центра по донорству крови при Общественной палате РФ.

В завершение церемонии череповчане возложили цветы к мемориальной доске и выпустили в небо красные воздушные шары, символизирующие капли донорской крови.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Череповец.



Живые цветы легли к мемориальной доске

ը ը ը ը լ լ լ լ լ լ լ

Упор на доказательную медицину

Крупнейший мировой форум, посвящённый вопросам женского здоровья, ACOG-2017 только что завершился в Сан-Диего (Калифорния).

«В течение года мы проводим мониторинг национальных и региональных показателей о здоровье. Самые актуальные из них попадают в повестку заседаний, – говорит Томас М.Геллхаус, президент АСОБ. – Рассматриваются многие проблемы – от длительного действия обратимой контрацепции до скринингов при различных патологиях. Во всём мы делаем упор только на доказательную медицину».

Впервые в истории ACOG российский учёный академик РАН профессор Лейла Адамян стала почётным членом Американского колледжа акушеров-гинекологов. За 65-летнюю историю столь высокой награды удостоены 104 специалиста, из них всего 9, включая Лейлу Владимировну, женщины. Награда присуждается медикам за выдающиеся заслуги



в акушерстве и гинекологии или в смежных дисциплинах. Один из основных критериев присуждения звания – бесспорная известность достижений кандидата в своей стране и в мире. «Для меня этот титул является символом признания достижений нашей медицины и науки, высокой оценки нашего

ДЛЯ СПРАВКИ: ACOG – лидирующее общество в США, объединяю-

шее 55 тыс. врачей в области акушерства и гинекологии. Позиция АСОС

является главенствующей по всем медицинским аспектам в стране.

здравоохранения в целом. Я с 1989 г. член ACOG. Многие из известных профессоров американских университетов - лидеров различных направлений в акушерстве и гинекологии - мне хорошо знакомы, с некоторыми из них на протяжении этих лет были проведены конференции. конгрессы, совместные операции, в том числе по новым высоким технологиям, фундаментальным аспектам в области эндометриоза, бесплодия, пороков развития и многих других. Хочу с гордостью отметить, что по некоторым направлениям мы действительно опережаем зарубежных специалистов, и приятно осознавать, что наши американские коллеги это признают, о чём свидетельствует избрание меня почётным членом ACOG. Хочется также отметить, что сама церемония инаугурации прошла на очень высоком уровне. А также, что этот титул – не просто формальность. Он имеет и свои преференции, главная из них - возможность участия во всех мероприятиях под эгидой ACOG».

Виктор САВЕЛЬЕВ.
МИА Cito!

Официально ———

Перинатальные центры сдать в срок!

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев провёл совещание о ходе строительства перинатальных центров.

- Подобная программа начала реализовываться ещё в рамках национального проекта 10 лет назад, - напомнил Д.Медведев. -На первом этапе, то есть с 2007 по 2013 г., в стране появилось 25 перинатальных центров, из них 2 - федерального значения. С 2013 г. в 30 регионах началось строительство ещё 32 центров. Напомню, что на это предусмотрено свыше 82 млрд руб., из которых 52,5 млрд – федеральные деньги, то есть деньги бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. 13 центров уже открылись и принимают пациентов.

Председатель Правительства РФ считает, что отдачу от таких вложений страна ощущает практически моментально.

- Там, где появляется перинатальный центр, медицинская ситуация качественно меняется, матери и новорождённые получают высококвалифицированную помощь в самых трудных случаях, какую ещё 10 лет назад, когда всё это начиналось, могли оказывать только в нескольких центрах в стране, - считает он. - Речь идёт и о выхаживании детей с экстремально низкой массой тела, и о сложнейших операциях. В результате, и это самое главное, у нас уменьшилось количество случаев младенческой и материнской смертности: за последние 5 лет уровень материнской смертности снизился в 2 раза, младенческой приблизительно на 20%.

По словам Д.Медведева, медицинская помощь в перинатальных центрах должна быть доступна практически всем жителям нашей страны. И перинатальные центры ни в коем случае не должны рассматриваться как какие-то специальные родильные дома для избранных. Это часть медицинской помощи, которая обеспечивается государством всем женщинам без исключения — по показаниям.

Сейчас строительство перинатальных центров продолжается, в том числе в рамках приоритетного проекта.

– Во время поездок по стране я по возможности заезжаю и смотрю открывающиеся центры, – сказал Д.Медведев. – Смотрю, как там идёт работа. В ряде регионов, которые представлены на совещании, эта тема обсуждалась. После посещения такого лечебного учреждения в Смоленске, я получил довольно много обращений в социальных сетях. Значит, людей это волнует... Изначально мы рассчитывали, что запланированные центры будут построены до конца прошлого года. Но в ряде регионов

не удалось выполнить эти планы. Где-то по объективным причинам, а где-то они просто были сорваны. Последнее недопустимо, и это повод для постановки вопросов о персональной ответственности. Тем не менее были перенесены сроки строительства – до конца этого года. Планы актуализированы, и я рассчитываю, что они будут выполнены в срок. На данный момент завершилось строительство зданий ещё 3 центров, продолжается возведение 16.

Д.Медведев пообещал лично следить, как идёт строительство этих объектов.

По завершении совещания прошёл брифинг министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. Она подчеркнула, что в построенных центрах предоставлена единая информационная база на весь регион по всем беременным женщинам, роженицам и новорождённым детям.

Фактически для каждого человека, который попадает в этот регистр, выстраиваются графики своевременной госпитализации. В зависимости от физиологичности родов или каких-то рисков маршруты и для самих женщин, и для детей выстраиваются централизованно в масштабах всей территории. Поэтому патологические роды концентрируются в перинатальных центрах, что и позволяет существенно улучшать исходы и снижать материнскую и младенческую смертность. Более того, центры эти являются междисциплинарными: это не только акушерство и гинекология, не только детская реаниматология и неонатология, но и, скажем, микрохирургия, офтальмология, профилактика ретинопатии, а при появлении ретинопатии у глубоконедоношенных детей - это и возможность оказать помощь на месте.

В настоящее время полностью готовы к работе ещё 6 перинатальных центров, которые будут сданы в течение мая - июня. Это центры в республиках Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Хакасия и два центра в Московской области. В них сделана вся внутренняя отделка, закуплено и установлено оборудование. Три центра будут сданы в III квартале: в Пензенской, Псковской и Сахалинской областях. Перечисленные центры тоже возведены. Там заканчивается монтаж оборудования и кое-какие технологические работы. Они будут готовы к сдаче в сентябре – начале октября. И достаточно большое количество центров (10) должны быть сданы в IV квартале. Уровень готовности центров из последней группы разный. В 6 регионах всё идёт по обновлённому плану строительства, и каких бы то ни было рисков отставания в сдаче их в

эксплуатацию нет. Это центры в Карелии, Якутии, Бурятии, Ульяновской, Архангельской областях и Краснодарском крае (Сочи).

Следующие 4 центра - по которым существуют определённые риски отставания. Губернаторов регионов, где они строятся, приглашали на прошедшее совещание. Чтобы ещё раз обсудить, каким образом дополнительно можно помочь им нивелировать возможные риски. Это Красноярский край (Норильск), Тамбовская, Смоленская, Ленинградская области. В этих регионах строительные работы велись достаточно медленно в связи с многократной заменой подрядчиков и субподрядчиков и несостоятельностью строительных организаций, которые выиграли конкурс на строительные работы.

Центр в Смоленской области начал строиться последним, только в 2015 г., в связи с нерешёнными организационными и земельными вопросами, которые не могли быть решены в 2014 г. Поэтому в 2015 г. была замена генерального подрядчика. Если говорить о Норильске, то город зависит от начала навигации по Енисею. В настоящее время концентрируются все необходимые ресурсы которые в очень короткий период должны быть туда доставлены, начиная от материалов для заливочных, бетонных работ и заканчивая технологическим и медицинским оборудованием.

Все губернаторы понимают меру своей ответственности. Речь идёт о важнейшей государственной программе, от которой зависит и демографическая политика в нашей стране, и показатели медицинской помощи беременным женщинам и детям. Поэтому все на себя взяли обязательство завершить строительство до 31 декабря этого года.

В.Скворцова подчеркнула, что министерство работает в тесном контакте со строителями. В кабинетах министра и его заместителей можно осуществлять постоянный видеоконтроль за всеми строительными площадками. Картинка показывает, сколько людей находится на стройке, как они работают, насколько интенсивно. Не говоря уже о работе оперативного штаба и еженедельных докладах по каждой строительной площадке в режиме видеоконференции.

Сейчас все работают единой командой: и федеральные власти, и субъекты РФ, и генеральный подрядчик – государственная корпорация «Ростех», которой поручено строительство 15 из 32 центров. Есть все возможности, чтобы в этом году в строй ввести все центры.

Алексей ПИМШИН. МИА Cito!

Деловые встречи —

Иммунологи ждут поддержки государства

В рамках Международной недели первичного иммунодефицита в Москве состоялся день открытого приёма у ведущих иммунологов.

Ведущие эксперты в области иммунологии и трансплантации рассказали собравшимся о диагностике и заболеваниях иммунной системы, оказали помощь в записи на обследование в ведущие федеральные центры, а также ознакомили с лечением первичного иммунодефицита.

Как отметила заведующая отделением иммунопатологии Российской детской клинической больницы Ирина Кондратенко, при своевременной диагностике и госпитализации течение заболевания можно облегчить и предотвратить осложнения.

«В настоящий момент в классификаторе болезней человека практически не нашли своё отражение иммунологические расстройства», — сообщил генеральный директор Национального научно-практического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев. Он отметил, что сегодня в списке орфанных заболеваний 27 наименований. И там, к сожалению, нет болезней иммунной системы.

«Мы бы хотели, чтобы эта группа вошла в официальной документ Министерства здравоохранения РФ по определению пациентов с редкими заболеваниями. Потому что для этих заболеваний могут быть предложены редкие лекарства по государственной программе, которые, не задерживаясь, будут поступать к больным», – подчеркнул академик.

Помимо лекарственной терапии, важное значение в лечении комбинированных иммунодефицитов имеет трансплантация гематопоэтических стволовых клеток.

Эксперты отметили, что трансплантация дорожает каждый год. Безусловно, государственная поддержка этого направления есть. Тем не менее для некоторых пациентов её не хватает.

«Сегодня в условиях отсутствия федеральной программы поддержки лекарственного обеспечения и часто нехватки региональных бюджетов помощь благотворителей – единственный шанс для родителей спасти жизнь ребёнка», – рассказала управляющий директор Благотворительного фонда помощи детям с нарушениями иммунитета «Подсолнух» Ирина Бакрадзе.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва.

Cmamucmuka

Как работаешь такое и здоровье



Основными причинами своего плохого самочувствия россияне считают работу, стресс, нехватку денег на лекарства и состояние экологии. Это показали данные недавнего опроса «ВЦИОМ-Спутник».

Всероссийский центр изучения общественного мнения, представляя данные о том, как россияне заботятся о своём здоровье, констатируют, что хорошим самочувствием сегодня может похвалиться каждый третий россиянин (35%), каждый второй считает своё здоровье удовлетворительным (49%). Негативные оценки своего самочувствия дают 15% опрошенных (среди женщин эта доля выше – 18%, чем среди мужчин – 10%).

18%, чем среди мужчин – 10%). Семь из десяти россиян (71%) удовлетворены здоровьем своих близких, более четверти (27%), напротив, не довольны (среди людей с плохим материальным положением таких значительно больше – 46%, чем среди тех, кто считает своё положение хорошим и очень хорошим – 12%).

В проблемах со здоровьем (у себя и близких) граждане нашей страны винят прежде всего работу и стресс (35%), а также отсутствие

денег на лекарства и профилактику болезней (35%), плохую экологию (32%). При этом, если значимость первого фактора за два года заметно снизилась (с 47% в 2015 г.), то материальные трудности стали указывать в качестве причин болезней вдвое чаще (с 17%).

В случае возникновения заболеваний 46% опрошенных сегодня, как и 2 года назад, обращаются в государственную поликлинику, более трети (35%) занимаются самолечением, каждый десятый (11%) идёт в платное медучреждение. Остальные либо пускают всё на самотёк, либо прибегают к помощи целителей (4 и 1% соответственно).

В течение последнего года работа медицинских учреждений вызывает всё больше нареканий в части доступности и качества услуг. Это косвенным образом влияет на оценку своего состояния. Крайне тревожный факт – большой размер группы самолечения. Опять же, это свидетельствует и об уровне доверия медицинским учреждениям, и о доступности самих медицинских услуг.

Андрей ДЫМОВ. МИА Cito!

AKUUU

Остановим ВИЧ/СПИД

Организаторами третьей Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД» выступают Фонд социально-культурных инициатив и Министерство здравоохранения РФ. Акцию также поддержал целый ряд федеральных ведомств и общественных организаций. Открытие посетили президент фонда социально-культурных инициатив Светлана Медведева и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Стартовала акция молодёжного форума «Остановим СПИД вместе», где с вступительным словом к участникам обратилась В.Скворцова. В своём выступле-

нии она рассказала, что в Российской Федерации увеличился охват тестированием на ВИЧ-инфекцию (в 2016 г. прирост охвата составил 13%), а также сообщила о

сокращении новых случаев заболевания.

В течение ближайшего времени по всей России пройдут волонтёрские мероприятия по профилактике дискриминации людей с ВИЧ, по оказанию паллиативной помощи больным, «круглые столы» и конференции, тренинги.

Акция ставит перед собой цель ознакомить молодёжь, студентов, а также старшеклассников с актуальностью эпидемиологической ситуации в стране.

Соб. инф.

Профилактика

В преддверии европейской недели иммунизации, которая проходила в этом году с 24 по 30 апреля, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) открыла Всероссийскую горячую линию по вопросам вакцинопрофилактики.

С 10 по 24 апреля специалистыэпидемиологи ведомства проконсультировали всех обратившихся по вопросам вакцинации, Национального календаря прививок и иммунизации по эпидемиологическим показаниям, профилактике вакциноуправляемых инфекций. Информация о режиме работы и контактные телефоны горячих линий были размещены на сайтах территориальных управлений Роспотребнадзора и Центра гигиены и эпидемиологии по субъектам РФ.

Как известно, иммунизация всемирно признана одной из самых успешных и эффективных мер здравоохранения по сохранению жизни и здоровья людей. Благодаря профилактическим прививкам достигнуты грандиозные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями: в глобальном масштабе ликвидирована натуральная оспа, от которой в средние века погибало население городов и целых стран. Большинство государств мира имеют сертификат Всемирной

Предупредить и не допустить

Что показала Всероссийская горячая линия по иммунизации

организации здравоохранения как территории, свободные от полиомиелита. Заболеваемость корью снизилась до единичной, а в ряде стран отсутствует. Резко уменьшилась по сравнению с допрививочной эрой заболеваемость туберкулёзом. Достигнуты существенные успехи в борьбе со столбняком, дифтерией, гепатитом В и другими управляемыми инфекциями.

Россия в составе Европейского региона с 2002 г. поддерживает статус страны, свободной от полиомиелита, и вместе с мировым сообществом поставила цель в ближайшие годы достичь глобальной ликвидации полиомиелита.

Несмотря на осложнение эпидситуации по кори и краснухе в странах Европейского региона, в России путём проведения дополнительных мероприятий по иммунизации населения, в том числе детей, в 2015-2016 гг. удалось стабилизировать эпидситуацию по кори и достигнуть самых низких показателей заболеваемости краснухой за все годы наблюдения. Благодаря массовой иммунизации

против гепатита В число детей, заболевших острым гепатитом В, сегодня исчисляется единицами (за 10 месяцев 2016 г. – 15 детей до 17 лет). На низких уровнях регистрируется заболеваемость дифтерией, столбняком, коклюшем и другими управляемыми инфекциями.

Массовая иммунизация населения против гриппа, в том числе детей (в 2016 г. привито более 56,4 млн человек, из них свыше 15 млн детей), позволяет ежегодно существенно снижать интенсивность эпидемического процесса гриппа и бремя его социально-экономических последствий.

Федеральным законом № 157-ФЗ от 17.09.1998 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» установлены правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики. Россия гарантирует доступность для граждан профилактических прививок, бесплатное их проведение в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, обеспечение современного уровня производства вакцин, государ-

ственную поддержку отечественных производителей вакцин.

Все применяемые в нашей стране вакцины проходят обязательный контроль качества в установленном порядке. Вместе с тем при иммунизации, как и при применении большинства других лекарственных средств, нельзя исключить вероятность возникновения поствакцинальных осложнений и реакций, в связи с чем закон предусматривает социальную защиту граждан при возникновении у них поствакцинальных осложнений.

В соответствии со статьёй 5 закона граждане при проведении вакцинации имеют право:

на получение полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них и возможных поствакцинальных осложнениях:

– бесплатные профилактические прививки, включённые в Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

 медицинский осмотр и при необходимости медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

За последние 10 лет число поствакцинальных осложнений снизилось существенно. Если в 2006-2012 гг. число их составляло около 500-600 ежегодно, то, как сообщает пресс-служба Роспотребнадзора, в 2015 г. зарегистрировано 202 случая, а за 10 месяцев 2016 г. - 164 неблагоприятных события в поствакцинальном периоде. Причём в пересчёте на количество сделанных прививок (более 110,6 млн ежегодно) частота возникновения поствакцинальных осложнений в 2015 г. составила всего 1 на 550 тыс. прививок.

> Иван ВЕТЛУГИН. МИА Cito!

Ориентиры

Сегодня дагестанские медики спасают младенцев, у которых лет 10 назад не было шансов выжить. За последние 3 года процент выхаживания недоношенных детей, в том числе и с экстремально низким весом тела от 500 г, в республике достиг небывалых показателей и является одним из самых высоких по стране. Так, если в 2014 г. выживали 49,5% детей с массой тела от 500 г, в 2015 г. – 51,3%, то уже в 2016 г. – 68,7%.

Раньше считалось фантастикой...

Таких показателей в истории дагестанского здравоохранения не было никогда



Достичь впечатляющих результатов удалось с помощью эффективной системы маршрутизации беременных с высокой группой риска в перинатальные центры. Женшин из отдалённых населённых пунктов направляют в лучшие профильные клиники Дагестана, где после родов за младенцами ухаживают неонатологи. Сразу после рождения таких малышей направляют в отделение реанимации, где с помощью уникального оборудования врачи спасают жизни младенцам, которые появились на свет раньше срока.

Большое внимание Министерством здравоохранения Республики Дагестан уделяется и повышению квалификации акушеров-гинекологов, педиатров и неонатологов, в том числе осуществляется их подготовка в обучающих симуляционных центрах, а также на вы-

ездных циклах. В 2015-2016 гг. на базе федеральных образовательных центров прошли обучение 193 врача службы охраны материнства и детства.

Благодаря проведённым мероприятиям достигнуты исторические минимумы материнской и младенческой смертности. В 2016 г. младенческая смертность в Дагестане снизилась на 16%, составив 10 на 1000 родившихся. Таких показателей в истории дагестанского здравоохранения не было никогла.

Стоит отметить, что Минздравом России предложено внедрить в практику здравоохранения регионов опыт нашей республики по организации выездных форм оказания медицинской помощи детскому населению.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА, внешт. корр. «МГ».

Республика Дагестан.

Cumyaция

«Синие одежды» нужны миллионам

Борьбе с колоректальным раком – национальный размах

Во многих странах мира март является месяцем борьбы с колоректальным раком. Международное медицинское сообщество пытается привлечь внимание к росту заболеваемости этим смертельным недугом и повысить осведомлённость людей о проблеме.

По данным ВОЗ, ежегодно уровень заболеваемости достигает миллиона случаев, а смертность выходит за рамки полумиллиона. В России каждый год регистрируется более 60 тыс. новых случаев. Сегодня этот вид рака вышел в нашей стране на второе место по уровню смертности от онкологических заболеваний.

Необходимость масштабного освещения проблемы врачи видят в том, что вовремя выявленный колоректальный рак или его предшественники излечимы. При постановке диагноза на ранней стадии 9 из 10 пациентов могут быть спасены.

Обнаружить новообразование в кишечнике на предраковой или ранней стадии рака можно в процессе проведения скрининговой колоноскопии.

«Эндоскопическая колоноскопия – самая точная диагностическая процедура для данного вида рака. Да, есть ещё серия тестов и возможностей, но только традиционная колоноскопия даёт возможность при малейших подозрениях взять у пациента биопсию для анализов или сразу устранить обнаруженную потенциальную угрозу. Кроме того, современная колоноскопия в специализированных стационарах абсолютно безболезненна и комфортна, а врачи – вполне де-

ликатны и профессиональны при проведении диагностических процедур. Так что бессмысленно в этом случае чего-то бояться или стесняться, если речь идёт о жизни и смерти», – констатирует хирург-онколог, колопроктолог Бадма Башанкаев.

Во многих странах существуют государственные программы скрининга. Это обследование, показанием к которому является не наличие каких-либо симптомов, а присутствие факторов риска. При раке кишечника таковыми являются прежде всего возраст старше 45-50 лет, малоподвижный образ жизни, курение, употребление в пищу большого количества красного мяса, избыточный вес, хронические заболевания ЖКТ и наследственный фактор.

Например, в Израиле национальная программа борьбы с колоректальным раком реализуется с 2004 г. В её рамках мужчинам и женщинам старше 50 лет предлагается пройти диагностическую колоноскопию за государственный счёт.

Серьёзное внимание Министерство здравоохранения этой страны уделяет кампании по освещению проблемы. Большинство пациентов осведомлено, что во время колоноскопии им могут сразу удалить полипы, считающиеся предраковыми образованиями.

В США проблема борьбы с раком кишечника получила общественный размах. С 2009 г. здесь каждую первую пятницу марта проходит «День синих одежд». Синий символизирует борьбу со злокачественными опухолями кишечника, в то время как

розовый цвет известен как символ борьбы с раком молочной

В этот день люди выкладывают в соцсети фотографии себя и друзей в одеждах синего цвета, сопровождая их надписями: «Я в синем для моего сына» или «Я в синем для Сары». Идея ежегодной акции принадлежит американке Аните Митчелл, выжившей после лечения рака толстой кишки, но потерявшей близкого друга и отца.

Однако в России, несмотря на рост заболеваемости и смертности от колоректального рака, проблема не получает должного внимания ни на государственном, ни на общественном уровне, считают специалисты-онкологи.

«К сожалению, у нас в стране ет широкой государственной программы информирования населения о профилактике и ранней диагностике колоректального рака. Отсутствие должной осведомлённости о проблеме приводит к тому, что пациенты приходят на первичное медицинское обследование уже на запушенных стадиях, когда им крайне сложно помочь радикально; отсюда высокий уровень смертности от этого заболевания», - полагает врач-эндоскопист, доктор медицинских наук, профессор Евгений Фёдоров.

Между тем колоректальный рак имеет большой коэффициент смертельного исхода на первом году жизни после диагностирования заболевания.

Может быть, нам тоже пора примерить синие одежды?

Елена ЛЬВОВА. МИА Cito!

Москва.

Сегодня состоится традиционный актовый день Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. «Медицинская газета» не раз писала о работе этого одного из ведущих медицинских учреждений нашей страны. Но нынешняя конференция будет особой. Недавно исполнилось 70 лет учёному и хирургу, основателю и президенту центра, академику РАН Юрию Шевченко. Поэтому будут звучать и слова о его вкладе в отечественную науку, здравоохранение, хирургию. Наш корреспондент пообщался накануне этого события с учениками Юрия Леонидовича, выслушал мнения его коллег и пациентов.

От ординатора до выдающегося кардиохирурга

Даже поверхностный взгляд на жизненный путь Юрия Леонидовича побуждает к составлению энциклопедического словаря профессии врача. Вот лишь отдельные штрихи этого пути: от санитара до министра, от ординатора до выдающегося кардиохирурга с международным признанием, от слушателя-кружковца до академика, от курсанта военно-фельдшерского училища до основателя Пироговского центра, от слушателя до начальника Военно-медицинской академии, от рядового до генерал-полковника медицинской службы, руководителя ряда специализированных кафедр, от первых тезисов научных докладов до авторства учебников, монографий, руководств и литературных произведений, членства в Союзе писателей России.

В медицине наиболее ярко раскрылась многогранность таланта и дарования Юрия Леонидовича: и как хирурга, и как учёного-исследователя, и как организатора, и как педагога.

Ю.Шевченко родился в 1947 г. в Якутске в семье военнослужащих. Служил матросом в Керченском морском порту. Проходя срочную военную службу в 1966-1968 гг., окончил военно-фельдшерское училище. После завершения службы поступил в Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова (ВМА), с 1-го курса посещал кружок кафедры госпитальной хирургии. К 3-му курсу он сделал хирургические доступы к сердцу и был первым ассистентом, под руководством Н.Путова выполнил свою первую операцию на сердце - закрытую митральную комис-

Воспринятая с первых курсантских лет любовь и верность научному подходу принесла свои плоды уже в период обучения в академии. Подготовленная Ю.Шевченко слушательская конкурсная научная работа заняла первое место и была удостоена медали учёного совета академии - высшей награды. А на всесоюзном конкурсе научных работ студентов она была отмечена золотой медалью. Именно блестящая научная деятельность наряду с успешным окончанием академии дала основание руководству оставить Ю.Шевченко для прохождения дальнейшей службы в стенах академии.

После успешного окончания академии он служил командиром операционно-перевязочного взвода отдельного медицинского батальона. С 1975 г. – сотрудник кафедры и клиники госпитальной (торакальной) хирургии ВМА, прошёл путь от клинического ординатора до старшего преподавателя кафедры. Особое влияние на становление Ю.Шевченко как хирурга-клинициста оказали академик И.Колесников, профессора Н.Путов и М.Лыткин.

С 1991 г. Юрий Леонидович возглавляет кафедру и клинику сердечно-сосудистой хирургии им. П.А.Куприянова, а с апреля 1992 г. он начальник ВМА и председатель её учёного совета. Оба назначения состоялись по инициативе

Поздравляем!

Хирург и учитель от бога

Многогранность таланта и дарований академика Юрия Шевченко



Э.Нечаева, в то время начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ. Военная медицина и академия тогда переживали трудные 90-е годы. И выбор многоопытного и прозорливого военно-медицинского начальника был глубоко обдуманным и логичным. Возглавив академию в труднейшее для страны время, ему удалось сохранить старейший медицинский вуз страны.

Министр и руководитель клиники

5 июля 1999 г. указом Президента РФ Ю.Шевченко назначили министром здравоохранения России. До декабря 2000 г. одновременно он оставался начальником ВМА и руководителем кафедры и клиники сердечно-сосудистой хирургии. Являясь членом Правительства РФ, он уделял особое внимание развитию системы здравоохранения регионов России, в ходе многочисленных поездок по стране неоднократно лично оперировал на сердце и магистральных сосудах. лобился внедрения самых передовых технологий в регионах. Он автор концепции здравоохранения России как системы жизнеобеспечения, фактора национальной безопасности, главного приоритета государства. По его инициативе Совет безопасности РФ в 1999 г. рассмотрел вопрос «О законодательной деятельности по решению проблем национальной безопасности в области охраны здоровья граждан Российской Федерации». Ю. Шевченко непосредственно участвовал в разработке целого ряда федеральных целевых программ, принятых Правительством РФ, по отдельным проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний среди населения России, в том числе сахарного диабета, туберкулёза, а также создания эффективной системы вакцинопрофилактики населения. Но самое важное, видимо, в том, что при любых обстоятельствах Ю. Шевченко непременно защищал интересы врача, рядового медицинского персонала от произвола, правового и финансового беспредела в столь смутное для нашей страны время 90-х годов и продолжает защищать по сей день.

С октября 2000 г. Ю.Шевченко приглашён на заведование кафедрой факультетской хирургии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. Одновременно был директором созданного им же на базе этой академии НИИ грудной хирургии. В 2002 г. организовал Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, президентом которого он был единогласно избран на заседании расширенного состава учёного совета центра.

На его лекциях студенты не спят...

О Юрии Леонидовиче, по словам тех, кто его близко знает, можно говорить сутками напролёт. Это очень интересный и талантливый человек. Видя, как работают Ю.Шевченко и его ученики, невозможно не влюбиться в эту специальность. Он педагог и учитель от бога. Это один из немногих лекторов, на лекциях которых студенты не спят. А на практических занятиях всегда находит такие стороны проблемы, которые могут превратить даже очень скучную тему в увлекательное путешествие. Очень поучительно наблюдать за Юрием Леонидовичем в операционной: все его движения выверены, минимальны, но достаточны - ничего лишнего. А в операционной спокойно - ассистенты уверены, что всё будет сделано на высшем уровне.

Для своих же многочисленных учеников Ю.Шевченко всегда служил и служит образцовым примером почтительного отношения к учителю, воплощая известный постулат великого Пирогова: «...истинный учитель и ученик должны быть самыми верными и бескорыстными друзьями...» И в клинике, и при проведении многочисленных экспериментов Юрия Леонидовича всегда окружали слушатели - кружковцы. Многие из них обрели в его лице учителя-наставника, с годами, набравшись профессионального опыта. возглавили свои хирургические коллективы.

Всесторонняя поддержка научной деятельности, разработка и внедрение новых технологий, безмерная поддержка и защита рядовых врачей, медицинского персонала, молодых выпускников и учёных стали основополагающими принципами повседневной деятельности Ю.Шевченко. Он уделял и уделяет огромное внимание воспитанию высокой духовности и нравственности будущих военных медиков, восстановлению лучших традиций гуманизма и самопожертвования российских врачей. По его инициативе и авторскому проекту на территории ВМА открыт первый в мире мемориал «Всем военным медикам мира, погибшим в войнах», а городской площади, на которой расположен памятник, присвоено название «Площадь военных медиков». На территории бывшей Военно-морской медицинской академии по его инициативе открыт мемориальный памятник легендарному «Сталинградскому курсу», большая часть выпускников которого героически погибла в Великой Отечественной войне.

Широта исследовательского поиска

Научный путь Ю.Шевченко отличает необыкновенная широта исследовательского поиска и творческой мысли. Оставаясь неизменно верным проблемам карлиохирургии, он исследовал аномалии развития лёгких, пневмомикозы (материалы легли в основу двух глав руководства для врачей «Хирургия лёгких и плевры», 1988). Им внесён существенный вклад в хирургическое лечение врождённых пороков сердца: разработана пластика дефектов врождённых пороков камер сердца с помощью аутоперикарда.

как учёный он длительно планирует любую тематику, соизмеряет и взвешивает все данные, полученные им и почерпнутые из мировой литературы. Это тысячи оперированных им людей и тысячи спасённых от ненужных операций. Пациенты с разными формами эндокардита стали объектом для наблюдения и лечения. Именно за эти разработки в 2000 г. ему была присуждена Государственная премия РФ.

Беспрецедентный по объёму и уникальный по содержанию свой личный опыт Ю.Шевченко изложил в монографии «Хирургическое лечение инфекционного эндокардита», которая была переведена

на английский язык и издана за рубежом.

Нельзя не отметить его уникальный опыт в хирургическом лечении ранений сердца, зачастую осложнённых внутрисердечной инфекцией. Им успешно прооперировано более 50 пациентов - военных и гражданских лиц. Это и осколки, и пули, и колото-резаные ранения, осложнённые инфекционным эндокардитом. За серию этих работ Юрию Леонидовичу была присуждена международная премия для хирургов Майкла Дебейки, которую Шевченко вручил сам Дебейки в Вашингтоне. Среди многочисленных отечественных наград отметим орден Русской православной церкви святого благоверного князя Даниила Московского III степени, орден святого Константина Великого, золотую медаль Петра Великого, золотую медаль РАЕН, премию РАМН имени Н.А.Семашко, Европейский орден Н.И.Пирогова, золотую медаль имени профессора В.И.Колесова, орден «За заслуги перед Отечеством» IV степени.

Жизненное кредо

Ю.Шевченко – инициатор создания ряда высших врачебных наград и премий. Так, он является председателем созданного им международного наградного комитета «Международной награды академика Бориса Петровского» – золотой медали «Выдающемуся хирургу мира», инициатором учреждения и председателем научного комитета Международной Пироговской премии (2010).

Жизненное кредо Юрия Леонидовича как учёного и педагога – воспитание и поддержка молодёжи. Прирождённый педагог, великолепный лектор, он снискал искреннее уважение и любовь у курсантов, студентов, слушателей, ординаторов, адъюнктов и аспирантов.

Избавление пациентов от порой ненужных и опасных операций, диагностических процедур, или излишнего медикаментозного лечения, которыми зачастую злоупотребляют современные как отечественные, так и зарубежные коллеги, щадящие принципы оперирования – являются ещё одним кредо Ю.Шевченко.

В 2009 г. с благословения Патриарха Алексия II Юрий Леонидович после окончания духовной семинарии рукоположен во священники с продолжением лечебной и научнопедагогической работы. А после окончания богословской академии и докторантуры он защитил докторскую диссертацию о своём духовном покровителе Святом Луке (Войно-Ясенецкий), который, как известно, тоже был хирургом. Теперь митрофорный протоиерей Георгий (Юрий Шевченко) - ктитор выстроенного им на территории центра госпитального храма святителя Николая Чудотворца.

У него прекрасная семья, двое детей, четверо внуков. Сын Юрий – юрист, дочка Ксения – врач, продолжатель традиции, работает в стоматологии. Жена Ритта Ивановна, дизайнер, фотохудожник, её фотографии украшают стены Пироговского центра, она автор мантий почётных докторов.

Редакция «Медицинской газеты» сердечно поздравляет Юрия Леонидовича с юбилеем! И к этим поздравлениям с удовольствием присоединяются коллектив Пироговского центра, учёный совет, многочисленные ученики, коллеги, пациенты, друзья.

Вячеслав СВАЛЬНОВ, корр. «МГ».

Москва.

Медицинский оксюморон?

Из Москвы тогда никто не приехал, а вот вызов на ковёр к районному начальству последовал. В кабинете начальника Управления здравоохранения собралась тогда вся местная верхушка правоохранителей, включая заместителя начальника ОВД.

Пришлось разъяснять правомерность своего заключения, вынесенного в полном соответствии с действующей тогда инструкцией по медицинскому освидетельствованию. Отметил также, что действительно бывают случаи, когда и запах есть, и алкоголя в крови предостаточно, а признаки опьянения отсутствуют. Сослался на предельно допустимые нормы алкоголя в крови на Западе – 0,5-1,5 промилле на 1 л крови.

Но самое интересное выяснилось позже. Этот полковник, спустя месяца три, сам обратился к нам в кабинет с просьбой избавить его от алкогольной зависимости. Он как на духу признался, что уже лет 10-15 выпивает каждый день по бутылке водки – не больше и не меньше!

- Это моя суточная норма. Она не вызывает опьянения, а лишь нормализует моё самочувствие, - объясняет полковник. - Начинаю лучше соображать, исчезает дискомфорт, появляется энергия, заметно улучшается реакция за рулём. Вы не поверите, доктор, но меня никто и никогда не видел пьяным, даже собственная жена. Если хотите знать, то я всю жизнь употребляю лишь исключительно безвредные для здоровья дозы и, честно говоря, боюсь нанести вред своему организму, если откажусь от водки. Поэтому и пришёл к вам за помощью.
- Хорошо, что пришли. Могли не только нанести вред, но и ноги протянуть, если вдруг решили бы резко оборвать употребление алкоголя.
 - Неужели и такое бывает?
- Конечно, бывает. Ведь вы как рыба, которую постепенно приучили жить в мутной воде. А если её снова выпустить в чистую, она погибнет. Адаптация – это очень серьёзно.
 - Согласен!
- Судя по всему, вы тоже, подобно той рыбе, постепенно, без всякого вреда для здоровья адаптировали свой организм к потреблению больших доз алкоголя. Бутылка водки в сутки стала для вас такой же полезной, ценной и жизненно необходимой, как воздух, вода или пища. Скажите, только честно, неужели вы и в самом деле никогда не напивались даже до лёгкой степени опьянения?
- Никогда в жизни, честно говорю, могу перекреститься.
- Ну, тогда вы действительно не пьяница, а настоящий пьющий трезвенник. Потому что на протяжении всей сознательной жизни никогда не переходили границу между употреблением и злоупотреблением, не разрушали водкой собственное здоровье, а наоборот, как зеницу ока оберегали его. Об этом, между прочим, говорит и ваша великолепная физическая форма, и активная созидательная деятельность, и, наконец, полное отсутствие даже малейших отклонений от нормы в функционировании всех систем организма.

Более того, тщательный анализ состояния вашего наркологического здоровья совершенно чётко показал, что ваша нервная система абсолютно нормально реагирует как на токсические, так и на полезные концентрации алкоголя в крови. Это говорит о полном отсутствии даже малейших признаков хронического алкоголизма. Вам повезло, полковник, искренне поздравляю. Это редкий, уникальный случай.

На перекрёстке, что вблизи нашего наркологического кабинета, две крутые иномарки на полном ходу врезались лоб в лоб. Обе разбились вдребезги, материальный ущерб на миллионы, а у водителей ни царапины. Первым на медицинское освидетельствование тут же был представлен респектабельного вида водитель. Артериальное давление 240/150 — фактически предынсультное или предынфарктное состояние. Заключение: трезв, но имеются функциональные нарушения, препятствующие допуску к управлению транспортным средством.

От второго испытуемого — полковника МВД — явно исходил запах алкоголя, он и сам не скрывал, что «немного выпил». Однако, кроме запаха и резко положительной пробы Раппопорта, никаких клинических признаков алкогольного опьянения, хоть

убей, не обнаруживалось. Даже цвет лица и слизистых глаз обычный, артериальное давление и пульс в норме, координация точная. В усложнённой позе Ромберга стоит не пошатнувшись. Зрачки, как у ребёнка, живо реагируют на свет и конвергенцию. Нистагма и в помине нет — ни спонтанного, ни при отведении глаз в стороны. Кручу полковника как космонавта вокруг оси, но проба Ташена — и та отрицательная. Настроение ровное, сознание ясное, поведение корректное. Окончательное заключение: имеется факт употребления алкоголя, признаков опьянения не выявлено.

Узнав о таком заключении, другой водитель взорвался:

- Я телевидение из Москвы вызову, от него же на километр несёт водкой! Вы вместе с ним в одной клетке сидеть будете!..

Точка зрения

Пьющий «трезвенник»

Попытка раскрыть физиологическую сущность наркологического здоровья



...А пока такая картина – печальная реалия нашего времени

- И что же мне делать?
- Можете и дальше спокойно удовлетворять свою совершенно здоровую потребность в алкоголе и жить так же долго и счастливо, как британская королева Елизавета, ежедневно употреблявшая коктейль джин-мартини и дожившая до 101 года. Если хотите, могу предложить и другой вариант - постепенное, по каплям, уменьшение потребляемого вами алкоголя до полного исключения его из жизни. То есть здоровая реадаптация организма и превращение в абсолютно непьющего трезвенника. Оба варианта равноценны. Ваш окончательный наркологический диагноз: «Синдром физиологической алкогольной зависимости». Кстати, он практически ничем не отличается от синдрома физиологической зависимости к пище, кислороду, воде...

Разумеется, такого диагноза нет ни в Международной классификации болезней, ни в отечественных руководствах по наркологии. И тем не менее правомерность его существования имеет научное обоснование.

Диалектика полезного и вредного

Пожалуй, самый серьёзный недостаток современной наркологии состоит в том, что она практически полностью сосредоточилась на исследовании лишь различных видов и форм интоксикации и совершенно не обращает внимания

на объективное существование её противоположности – положительного влияния химических, в том числе и психоактивных, веществ на человеческий организм.

Во всяком случае, даже в самых последних руководствах по наркологии о безвредных и тем более полезных концентрациях алкоголя в организме человека практически не говорится ни слова. Создаётся впечатление, что все ведущие отечественные и зарубежные наркологи либо вообще отрицают само существование таких концентраций и традиционно причисляют винный спирт к чисто токсическим веществам, либо признают их возможное существование в организме, но не считают нужным поднимать столь деликатную область знаний, дабы не спровоцировать ещё больше пьянства среди населения.

Однако обе позиции совершенно бесперспективны. В этой ситуации вся «правда» о полезном влиянии алкоголя на здоровье человека лишь монопольно формируется и распространяется среди населения не учёными, а неисправимыми любителями спиртного. Они на все сто уверены в истинности своих ложных убеждений. Как, впрочем, и владельцы сверхдоходной алкогольной индустрии, активно раскручивающих далёкую от правды рекламу своего смертоносного товара и готовых ради наживы споить всё население планеты.

В качестве достойной альтернативы всем этим заблуждениям

и откровенно ложным утверждениям давно настало время противопоставить строго научные аргументы и выводы в отношении истинно положительного влияния алкоголя на здоровье человека как объективно существующей реальности. Не замечать или замалчивать её, с точки зрения диалектической логики, столь же нелепо, как и признавать у объекта лишь правую сторону и отрицать существование в нём левой.

Как вредное, так и полезное воздействие любого химического вещества, в том числе и алкоголя, на живой организм, по существу, представляет собой точно такие же противоположные стороны единого противоречия, как левое и правое, высокое и низкое, медленное и быстрое, холодное и горячее и т.д.

Известно, что обе противоположности любого противоречия не существуют раздельно, они всегда находятся в неразрывном единстве, борьбе и переходе друг в друга. В определённых условиях конкретное противоречие может находиться в неизменном виде. В других - закономерно изменяется либо в одном (например, увеличение токсичности и соответственное уменьшение полезности), либо в прямо противоположном направлении. И в том, и другом случае речь идёт лишь о приближении противоречия к крайностям (сверхтоксичности или сверхполезности), но не об исчезновении самих противоположностей.

Недавняя попытка на законодательном уровне установить нулевое значение алкоголя в организме в качестве диагностики трезвого состояния со всей очевидностью противоречила не только основным законам диалектики, но и учению о толерантности, адаптации и эволюционному развитию живых организмов.

Тенденция некоторых ведущих наркологов считать алкоголь всего лишь вредным (ядовитым) веществом, тем более в условиях легального производства и продажи этого «яда» именно для потребления, приводит к абсурду. Этот постулат, возведённый в ранг официальной доктрины, вследствие своей однобокости всё менее и менее разделяется цивилизованным населением и даже верующими.

Взятая на вооружение давно известная крылатая фраза «Алкоголь – яд!» в качестве абсолютной истины академиком Фёдором Угловым, Михаилом Горбачёвым и другими именитыми инициаторами «сухого закона» (1985-1988) лишь полностью дискредитировала государственную кампанию по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Она заранее была обречена на провал именно потому, что не признавала и не учитывала абсолютно безвредное, полезное и лечебное употребление спиртных напитков. При этом горстка совершенно непьющего взрослого населения страны во главе с М.Горбачёвым, принципиально отказавшаяся даже от символического (ритуального) его употребления, вступила в жёсткое противоборство не только с пьяницами, в том числе и умеренными, но и с огромной массой своих собратьев - пьющими трезвенниками.

Столь грубый просчёт в теории, стратегии и тактике отрезвления общества, а также нелепое, скорее, провокационное закрытие винных заводов и магазинов, вырубка виноградников и, как следствие, огромные очереди за водкой, опустевшая государственная казна, острейшие проблемы с выплатой заработной платы, закономерно вызвали всеобщее возмущение. По существу, они сыграли роль детонатора социально-экономического взрыва и развала страны.

Вместе с тем, отстаивая назревшую необходимость официального признания и серьёзного изучения нейтральных и полезных концентраций (доз) алкоголя для человека, следует особо подчеркнуть такую же недопустимость и антинаучность абсолютизации утверждения «Алкоголь - полезен!» Именно этот, не менее однобокий лозунг, взятый на вооружение и высоко поднятый в 90-е годы владельцами алкогольного бизнеса и их пособниками в средствах массовой информации, спровоцировал невиданный вал массового алкогольного безумия и пьяной преступности. Только по официальным данным за 1991-1995 гг., число психозов увеличилось в 4,6 раза, и эта тенденция наблюдается и в наши дни.

Подливают масло в огонь и «научно обоснованные» рекомендации о целесообразности ежедневного, так называемого умеренного, потребления водки, пива и других «изысканных» алкогольных напитков по 10-60 г (в пересчёте на чистый спирт) мужчинами и 5-40 г женщинами. Практика показывает, что всякая попытка представить алкоголь как абсолютно вредное (ядовитое) вещество, либо, наоборот, как исключительно полезное, ведёт к перекосам, крайности, однобокости и катастрофическим последствиям. Тем более что при этом ещё и совершенно не учитываются его чрезвычайно опасные наркогенные и наркотические свойства.

Справедливости ради, стоит отметить, что первый крупный шаг к новому диалектическому пониманию вредного и полезного воздействия алкоголя на здоровье всё же был сделан. К настоящему времени уже чётко доказано, что печень вырабатывает в сутки 7-9 г этилового спирта. Он поступает в общий кровоток и постоянно циркулирует в сосудах в виде так называемого эндогенного алкоголя. И если у совсем непьющего ребёнка печень по тем или иным причинам вырабатывает недостаточное количество этилового спирта, то он плохо соображает, эмоционально неустойчив, отстаёт в развитии. А полное отсутствие эндогенного алкоголя в организме считается несовместимым с

Иными словами, эндогенный алкоголь не менее полезен для здоровья, чем витамины, гормоны, микроэлементы и т.д. Но это вовсе

не значит, что чем больше его в организме, тем больше и пользы. Можно отравиться и витаминами, и кислородом, и даже водой, если они поступают в организм в избытке.

Минимальная смертельная доза и её компоненты

При анализе наркологического здоровья, особенно в экспертной практике, врачу психиатру-наркологу важно иметь хотя бы общее представление не только о токсических дозах или концентрациях химического вещества в организме, но и его нейтральных, а также полезных. Все вместе они образуют так называемую минимальную смертельную дозу (doza letalis minima) – DLM. Для наркологии это понятие представляет особую ценность, поскольку значительно проясняет суть толерантности, адаптации и эволюционного развития живых организмов.

Без чёткого представления о DLM в статике и динамике практически невозможно понять и сущность наркологического здоровья человека в целом. Размеры DLM конкретного химического вещества и его компонентов (полезная, нейтральная, вредная) для данного живого организма в данный момент имеют строго определённую величину и в зависимости от конкретных условий закономерно изменяются в одном (увеличение) или прямо противоположном (уменьшение) направлении.

Этот процесс адаптации может протекать с полным исчезновением вначале полезного, а затем и нейтрального компонента DLM и превращением данного химического вещества, в том числе и алкоголя, в абсолютный яд, снижающий здоровье, убивающий живой организм в размере одной молекулы. Адаптация может протекать и в прямо противоположном направлении, и яд для человека превращаться в такое же нейтральное, а затем и полезное вещество, как воздух, вода или пища.

Очень важно в полезном компоненте DLM любого химического вещества выделить возможное наличие сверхполезной её части, без которой организм существовать не может. А во вредном традиционно выделяют дозы, вызывающие лёгкую, среднюю и тяжёлую степени интоксикации, а также 3 степени комы или бессознательного состояния.

Размеры DLM в целом и каждая из её компонентов могут измеряться как в абсолютных цифрах (миллиграммы, граммы, килограммы, литры), так и в относительных (проценты, промилле). Для одних химических веществ DLM представляет собой микроскопическую величину и измеряется миллиграммами (гормоны, микроэлементы). Для других это литры (вода).

Существует DLM и для этанола. В ней тоже, как мы убедились, имеются все 3 компонента. Более того, доказано существование и сверхполезного компонента. Для совсем непьющих людей средняя величина нейтральной в сочетании с полезной концентрацией алкоголя в крови в среднем составляет не более 0,32 промилле – это верхняя граница трезвого состояния.

При взаимодействии человека с экзогенным алкоголем толерантность закономерно увеличивается в силу адаптации - постепенного перехода токсических доз в нейтральные, а затем полезные и сверхполезные. Этот процесс может закрепляться не только в онтогенезе, но и филогенезе на генетическом уровне. Следует различать физиологическую адаптацию и патологическую. Общеизвестно, что если ежедневно по капле увеличивать количество потребляемого алкоголя или любого другого химического вещества, то

можно без ущерба для здоровья увеличить DLM и каждый из её компонентов до невероятно больших размеров, как это мы видели на приведённом вначале примере.

В практике психиатра-нарколога иногда действительно встречаются пациенты, которые десятилетиями употребляют по 1-2 бутылки водки в сутки. При этом они совершенно трезвы и здоровы, но физиологически зависимы от полезных и сверхполезных экзогенных доз алкоголя. Если резко лишить их привычного употребления, то может наступить не только резкое ухудшение здоровья, но и смерть.

С другой стороны, встречается и сверхнизкая толерантность к алкоголю, при которой водитель и при менее 0,16 мг этанола на 1 л выдыхаемого воздуха на ногах не стоит и лыка не вяжет. Однако в соответствии с новым действующим приказом Минздрава России № 933н от 18.12.2015 «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения...», врач в первом случае совершенно трезвого водителя, но с запахом алкоголя и промилле выше «нормы», вынужден признать пьяным, а во втором - вынести заключение «состояние опьянения не установлено». Исключения для таких лиц приказом не установлены.

Ещё более нелепо выглядит заключение врача «состояние опьянения не установлено» при освидетельствовании водителя, находящегося за рулём в состоянии алкогольного психоза, поскольку ни в выдыхаемом им воздухе, ни в моче алкоголь обычно не выявляется, но других формулировок не предусмотрено.

Отменённая инструкция № 06-14/33-14 по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения, разработанная учёными Института общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского во главе с академиком Г.Морозовым и утверждённая заместителем министра здравоохранения СССР А.Москвичёвым 01.09.1988, исключала возможность вынесения подобных заключений. В основу её были положены, в первую очередь, клинические признаки опьянения и трезвого состояния, а не вспомогательные (промилле и миллиграммы) ПАВ в биологических средах, слепо скопированные из практики западных стран и в ряде случаев приводящие к абсурду

Ряд пунктов отменённой инструкции, в том числе такое прогрессивное заключение, как «имеется факт употребления алкоголя, признаков опьянения не выявлено», глубоко обоснованы. Они не противоречат учению о толерантности, диалектической логике и здравому смыслу. Что касается патологической адаптации, которую мы наблюдаем постоянно у наркологических больных при хронической алкогольной и прочей интоксикации, то как в целом DLM, так и все её компоненты могут также увеличиться на целый порядок и более, а у героиновых наркоманов и в сотни (!) раз. При этом физиологическая безвредная доза экзогенного алкоголя или наркотика может содержать и сверхполезный компонент. Иными словами, абстинентный синдром у наркологических больных, как правило, состоит из двух качественно разных компонентов:

- физиологического (здорового, нормального), возникающего в связи с отсутствием в организме исключительно полезных концентраций ПАВ:

патологического, в связи с отсутствием токсических доз ПАВ в организме.

Тактика лечения их абсолютно разная. Если токсические дозы исключаются одномоментно и назначаются соответствующие лекарственные препараты в зависимости от конкретных симптомов (патологическое влечение,

боль, бессонница, депрессия), то физиологическую абстиненцию необходимо лечить исключительно методом дезадаптации тем же веществом, к которому она возникла. То есть методом постепенного снижения потребления полезных доз ПАВ.

К сожалению, все наркотики законодательно (опять-таки в разрез с научными данными и здравым смыслом) были изъяты из арсенала лекарственной терапии наркоманов и тем самым резко осложнили их лечение в плане купирования физиологического компонента абстинентного синдрома Следует особо отметить, что этот метод лечения путём дезадаптации или реадаптации не имеет ничего общего с реализацией так называемых метадоновых программ, практикующихся на Западе и лишь поддерживающих патологическую зависимость. В отличие от метадоновых программ лечение методом реадаптации строго согласуется с учением о толерантности. Этот метод эмпирически широко и с успехом используется в лечении алкогольной и никотиновой зависимости. Не говоря уже о привлекательности такого лечения для больных наркоманией.

Достижим ли идеал трезвого поведения?

Принципиально новый - диалектический подход в изучении вредных, нейтральных и полезных концентраций любого химического вещества, в том числе и алкоголя, в организме человека в их неразрывном единстве, борьбе и переходе друг в друга в одном направлении (адаптация) или прямо противоположном (реадаптация), а также строго научное понимание минимальной смертельной дозы и её компонентов в статике и динамике и, наконец, признание объективного существования физиологической абстиненции к ПАВ как в чистом виде, так и в сочетании с патологической зависимостью, - всё это позволяет намного глубже раскрыть клиническую сущность наркологического здоровья, устранить всю нелепость и несправедливость в экспертной практике, назначить адекватное лечение наркологическим больным, провести чёткую границу между пьяницами с одной стороны и пьющими и непьющими трезвенниками - с другой.

Такой подход поднимает на качественно новый уровень понимание сущности истинно трезвого состояния и трезвого, разумного поведения людей по отношению к спиртным напиткам. Допускает как полное отсутствие полезных экзогенных доз алкоголя для одних и их наличие для других, причём в самых разных объёмах - от глотка вина до литра и более водки. Признаёт разумность употребления заведомо токсических (опьяняющих) доз спиртного как лекарственного средства (обезболивающее, антисептическое, антистрессовое, эйфоризирующее), когда истинный трезвенник из двух зол выбирает меньшее. Предлагает отказаться от заведомо ложной меры измерения трезвого состояния (промилле, миллиграммы и т.д.) и далёкой от истины меры измерения пьянства (стаканы, литры, частота выпивок, увольнения, разводы, преступления). Критически оценивает так называемое умеренное употребление спиртных напитков. Предлагает новый идеал трезвого поведения отдельного индивида и общества в целом. Позволяет с глубоко научных позиций ответить на такие сложные вопросы: как пить или не пить? когда и сколько пить? в чём суть культуры пития?

Александр ГРОМОВ, главный внештатный нарколог Рузского муниципального района.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Деловые встречи-

Плоскостопие знает границы

Его можно и нужно исправлять

В Сургутской клинической травматологической больнице прошла научно-практическая конференция «Развитие ортопедической хирургии стопы в Ханты-Мансийском автономном округе». Форум посетили врачи из лечебных учреждений Мегиона, Нижневартовска, Ханты-Мансийска, Когалыма, Нефтеюганска и других городов округа.

На конференции выступил вице-президент Российской ассоциации хирургов стопы и голеностопного сустава Алексей Мазалов (Москва). Он рассказал коллегам о методах хирургической коррекции стопы, в частности о современной технологии лечения плосковальгусной деформации стоп у детей и взрослых.

- Плосковальгусная деформация стоп - патология, которая не знает возраста, она встречается как у детей, так и у взрослых. Заключается она в слабости связочно-мышечного аппарата стоп и голени. - прокомментировал заместитель главного врача Сургутской клинической травматологической больницы Владимир Кельметр. - Например, у ребёнка в раннем возрасте стопы имеют плоскую поверхность - так называемое плоскостопие. А позднее приобретают обычную форму с углублением в своде. Однако нередко у детей наблюдается слабость в связочном аппарате, что мешает правильному формированию конечностей. Ребёнок начинает ходить, а под действием тяжести тела стопы искривляются.

По его словам, не каждый ребёнок нуждается в операции. Особое внимание при патологии стоп уделяется консервативным методам лечения, которые, как правило, исправляют деформацию. И только при прогрессирующих формах, отсутствии положительного результата можно прибегнуть к хирургической коррекции.

В рамках конференции прошла первая в Югре операция на стопе с использованием новейших технологий оперативного лечения. Мастер-класс для врачей округа провёл Алексей Мазалов.

Такие операции в России проводят уже более 10 лет. Но для нашей травматологии это первый подобный опыт. В большинстве случаев в детстве плоскостопие не вызывает болезненных ощущений. Серьёзные проблемы со здоровьем начинаются, когда ребёнок вырастает. Поэтому долгое время к хирургическому вмешательству прибегали лишь в тяжёлых формах деформации стопы.

«Уникальность в том, что ранее операции по поводу деформации были очень трав-

матичными и разрушительными, то есть необходимо было либо распиливать кости, либо вводить жёсткие, грубые спицы и т.д. Был длительный период реабилитации, поэтому такие операции проводились только в очень тяжёлых случаях, крайне тяжёлых формах плоскостопия», – объяснил московский гость.

Но благодаря этой методике исправить плоскостопие можно без последствий. Операции проводятся в микрохирургическом отделении, где специалисты делают действительно ювелирную работу. Через маленький разрез, не разрушая костей, ставится специально изготовленный титановый имплантат. И уже через 1-1,5 года врач удаляет его без каких-либо последствий для здоровья пациента.

«Конечно, иногда приходится применять вторичные методики, нужно удлинить ахилловы сухожилия, где-то сделать маленькие разрезы по внутренним краям стопы, чтобы там немного укоротить другое сухожилие. Но в целом стопа остаётся со своими родными суставами. Когда удаляется имплантат, там ничего чужеродного не остаётся», - добавил А.Мазалов. Он приехал в Сургут, чтобы передать свой опыт и ответить на вопросы специалистов нашего округа. По его словам, уже через год при постоянной практике сургутские врачи смогут сами делиться с ним новыми идеями и методиками.

- В нашем учреждении операции на стопе проводят в микрохирургическом отделении, - отметил главный врач Сургутской клинической травматологической больницы Дмитрий Гарайс. - Специалисты активно обучаются методикам в лучших зарубежных центрах, перенимают передовой опыт; уже не первый год выполняют ювелирные операции - эндопротезирование мелких суставов.

Что же касается использования новейшей технологии оперативного лечения деформаций стоп, то это направление также весьма актуально. С каждым годом отмечается всё больше случаев таких патологий, часть из которых требует хирургической коррекции.

Собственный опыт и взаимодействие с коллегами из федеральных центров станет прочной основой для успешного развития хирургической службы учреждения, чтобы пациенты могли получать квалифицированную медицинскую помощь, не покидая пределы округа.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Сургут

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 33 (2063)

Вакцинация – одно из наиболее эффективных средств достижения существенного уменьшения детской смертности. Однако это снижение происходит очень медленно для младенцев, которые ещё слишком малы, чтобы их прививать.

Заокеанский ориентир

График иммунизации в США и высоко- и среднеобеспеченных странах начинается, когда дети достигают возраста 2 месяцев и в 6 месяцев в бедных странах. Первая вакцинация по плану не совершается до тех пор, пока ребёнок не достигнет 6 месяцев в первых двух группах стран и 14 недель в третьей группе. Поэтому большинство детей получают вакцину до начала достижения адекватной защиты в течение нескольких месяцев жизни. Эта невозможность применить вакцинацию для защиты от инфекций новорождённых и младенцев раннего возраста создаёт иммунную «брешь», что приводит к более высокой частоте госпитализаций, связанных с инфекционными заболеваниями, и смертности в этих возрастных группах, чем у детей старшего возраста.

Уязвимость младенцев, которые ещё слишком малы для вакцинации, заставляет обратиться к вакцинации матерей. Кроме того, некоторые инфекции, такие как грипп и гепатит Е, в значительной степени ассоциированы с повышением заболеваемости и смертности в течение беременности. Вакцинация матерей даёт возможность увеличить потенциальный эффект относительно материнской и младенческой заболеваемости и смертности путём расширения границ науки о вакцинации. Эта статья, написанная Chih Sheng Huang и Saad B.Omer из Департамента глобального здоровья и эпидемиологии Университета Эмори и Департамента педиатрии штата Атланта (США), обобщает опыт по рекомендации современной иммунизации матерей, расширения её границ и критические аспекты для дальнейших исследований.

Беременность как иммунологически динамическое состояние

Половые гормоны модифицируют иммунный ответ. В течение беременности изменяются уровни половых гормонов, что приводит к различным изменениям иммунного ответа - повышается уровень эстрадиола, что ассоциируется с относительным повышением ответа 2-го типа Т-хелперов (Th2) и уменьшением ответа Т-хелперов 1-го типа (Th1), что приводит к повышению соотношения Th1 к Th2 во время беременности. Кроме того, повышение уровня прогестерона ассоциируется с ослаблением иммунного ответа и изменением баланса Th1-Th2. Другие компоненты иммунного ответа, такие как фагоцитарная активность, экспрессия альфа-защиты, число нейтрофилов, моноцитов и дендритных клеток не только сохраняется на прежнем уровне, но и может даже увеличиваться в течение второго и третьего триместров.

Изменение в клеточно-опосредованном иммунитете помогает объяснить субоптимальную реакцию на определённые вирусные инфекции, такие как грипп, что требует энергичного клеточно-опосредованного иммунитета с целью подавления репликации вируса. Однако другие части но в некоторых случаях улучшаются, это, возможно, объясняет тот факт, что беременность не характеризуется состоянием иммуносупрессии. Имеются доказательства. что иммуногенность вакцин, назначаемых беременным женщинам по сравнению с небеременными женщинами, является смешанной. В некоторых исследованиях, в которых использовалась главным образом инактивированная противогриппозная вакцина, одинаковые ответы наблюдались у беременных и небеременных женщин. Исследования вакцинации против гриппа, коклюша, гепатита В и жёлтой лихорадки показали более низкую иммуногенность у беременных женщин, чем у небеременных. Что примечательно, исследования, которые выявили снижение иммуногенности, не представили доказательств снижения в клинической эффективности вакцинации в течение беременности.

Обоснование рекомендаций для текущей иммунизации матерей

В США рекомендации по материнской иммунизации включают следующие вакцины –

против гриппа, комбинированную вакцину против столбняка, дифтерии и бесклеточную против коклюша (в России АКДС. – **Р.А.**). В некоторых других странах беременным женщинам проводят вакцинацию против гепатита В и гепатита Е или против обоих сразу.

Вакцинация против гриппа

Эта вакцинация рекомендована в США беременным с 1960 г. В настоящее время вакцина против гриппа рекомендована всем беременным во время каждой беременности. Вакцинация может быть назначена в любом триместре. В развивающихся странах и странах со средним достатком теперь

тела между испытуемыми группами. Вовторых, женщины в Малайзии, Бангладеш и Южной Африке были вакцинированы в третьем триместре, в то время как женщины в Непале получали вакцину между 17 и 34 неделями гестации. Ранняя вакцинация может способствовать более длительному периоду влияния на рост плода и прибавку массы тела. Более того, оценка гестационного возраста может быть неточной у женщин, поздно обратившихся по поводу беременности.

Например, в ходе хорошо выполненного исследования в Малайзии учёные использовали новую оценку Баллард (баллы) для определения срока гестации. У 13% женщин, участвовавших в исследовании, срок гестации определили по УЗИ.

В третьих, исходный вес при рождении в популяции был ниже в непальском исследовании, чем в популяциях в Южной Африке и Малайзии. Следовательно, вакцинация матерей может оказаться более полезной как защита от нежелательных исходов рождения в уязвимых популяциях, особенно если она произведена позже второго триместра или в начале третьего.

проведённое в США, не показало увеличения частоты нежелательных явлений у новорождённых и осложнений родов, за исключением присоединения на 20% чаще хориоамнионита среди женщин, получивших КДС во время беременности (6,1 против 5,5% среди женщин, не получавших указанную вакцину).

Однако при анализе историй болезни только у половины пациенток смогли подтвердить диагноз хориоамнионита. Эти данные подтверждают объяснение, что в США многие лихорадочные состояния в третьем триместре беременности расцениваются как проявления хориоамнионита. Примечательно, что в этом исследовании не было увеличения преждевременных родов, что бы означало клиническое проявление, ассоциированное с хориоамнионитом.

В другом исследовании, выполненном в США, не было зафиксировано увеличение риска, связанного с проведением вакцинации против гриппа и КДС в течение беременности. Подобным же образом не отмечено увеличение частоты острых состояний (местных реакций, лихорадки или аллергии) или нежелательных проявлений в

Иммунизация матерей

рекомендовано проводить материнскую иммунизацию. В 2012 г. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации рекомендовала, чтобы страны с начавшейся или распространённой гриппозной инфекцией в первую очередь прививали всех беременных женщин. И такая вакцинация проводится в нескольких бедных странах регулярно.

Оправданием для вакцинации беременных служит доказательство того, что грипп приводит к более тяжёлым последствиям среди беременных женщин, чем небеременных. Наблюдение о более тяжёлых последствиях для матерей и плода после гриппа более существенны во время пандемий. Однако более существенный груз болезни среди беременных наблюдается и при сезонных вспышках гриппа. Также младенцы до 6 месяцев имеют более тяжёлые осложнения, приводящие к летальности. Эффективность лицензированной вакцинации предусмотрена для младенцев младше 6 месяцев.

Что характерно, вакцины против гриппа эффективны и для гриппоподобных респираторных заболеваний и лабораторно подтверждённых случаев гриппа у беременных женщин и их младенцев. Четыре рандомизированных контролируемых исследования, проведённых в Южной Африке, Малайзии, Непале и Бангладеш, показали эффективность инактивированной вакцины, назначенной во время беременности, против лабораторно доказанной инфекции у матерей и младенцев. В этих исследованиях эффективность у младенцев колебалась от 30% в Непале до 63% в Бангладеш.

Имеются сообщения об ассоциации между заболеванием гриппом во время беременности и неблагоприятными последствиями для новорождённых (например, низкий вес), поэтому исследовалось потенциальное протективное действие вакцинации матерей против гриппа для избежания этого. Доказательства, полученные при клинических испытаниях, показали незначительный эффект, что потребовало некоторых объяснений.

Например, в исследованиях, проведённых в Бангладеш и Непале, материнская иммунизация против гриппа привела к защите против маловесности новорождённых, в то время как испытания в Южной Африке и Малайзии не вывили такой связи. Непальское испытание показало только на 15% уменьшение случаев рождения детей с малым весом среди новорождённых от вакцинированных материй по сравнению с новорождёнными, матери которых не получили потивогриппозную вакцину.

Масса тела у рождённых от вакцинированных матерей была выше на 43 г, чем масса тела у контрольной группы. Во время испытаний в Бангладеш в период, когда имела место циркуляция вируса гриппа в стране, он составил 193 г. Недостаточно факторов подвергалось рассмотрению при сравнении результатов четырёх исследований. Во-первых, в то время как все четыре исследования были высокого качества, Непальское было единственным, которое включало массу тела при рождении (низкий вес при рождении) как один из первичных показателей.

Поэтому, в отличие от других испытаний, Непальское было особенно показательным для определения разницы в низкой массе Гриппозная инфекция ассоциируется с повышенным риском последующих бактериальных инфекций, особенно пневмококковой, и соответствующим заболеванием. Фактически значительная часть смертности была вызвана Streptococcus pneumoniae. Эта потенциальная синергия между вирусом гриппа и S.pneumoniae может быть особенно опасной для младенцев, матери которых не были подвергнуты иммунизации против гриппа.

Например, в исследовании в Бангладеш 2 x 2 факториальный анализ был выполнен, чтобы определить антенатальную эффективность вакцинации против гриппа у матерей плюс пневмококковую конъюгированную вакцинацию у их младенцев в выработке защиты против респираторных заболеваний в раннем детстве.

При сравнении назначения или только инактивированной противогриппозной вакцины матерям, или только пневмококковой конъюгированной семивалентной вакцины младенцам комбинация материнской и младенческой вакцинации оказалась более эффективной против респираторных заболеваний с лихорадкой и обращением за медицинской помощью. Сходные результаты получены в исследовании, проведённом в США по данным медицинских учреждений: эффективность пневмококковой конъюгированной вакцинации была выше по заболеваемости средним отитом у тех младенцев, чьи матери получили инактивированную противогриппозную вакцину во время бе-

Вакцинация против коклюша

Первым показанием к вакцинации против коклюша во время беременности чаще всего применялась комбинированная вакцина КДС лля профилактики коклюша млаленцам, у которых болезнь протекала особенно тяжело. С 2012 г. противококлюшная вакцина была рекомендована для применения в США и Великобритании при каждой беременности. Эти рекомендации предлагали вакцинацию в любом триместре беременности, но чаще проводились в сроки гестации между 27-32-й неделями в США и между 20-36-й неделями в Великобритании. В других странах. таких как Австралия. Бельгия. Новая Зеландия, Аргентина и Бразилия, также была рекомендация проводить вакцинацию против коклюша во время беременности.

Рекомендация применять вакцину КДС беременным считали нужной при национальных и субнациональных эпидемиях коклюша. Фактически современные рекомендации в Великобритании привели к временной программе вакцинации, которую постепенно расширяли, что препятствует проведению 3-й фазы исследование по КЛС вакцинации в странах, в которых планируется проведение материнской вакцинации против коклюша. Поэтому большинство данных об эффективности и безопасности материнской вакцинации против коклюша приходит от простых наблюдений. Исследования, проведённые в Великобритании, показали эффективность вакцинации матерей против коклюша.

Сходным образом результаты исследований по оценке безопасности для матерей вакцинации против коклюша были весьма убедительны. Масштабное исследование,

родах (преждевременные роды, укорочение сроков гестационного возраста или низкая масса тела новорождённых), совпавших по времени с применением вакцины против столбняка.

Материнская иммунизация против коклюша привела к повышению концентрации противококлюшных антител у младенцев. В этой связи учёные заключили, что эти индуцированные вакцинацией антитела могут уменьшить иммуногенность для младенцев вакцины КДС. В исследовании, выявившем ослабление ответа у младенцев, получивших КДС, на коклюшную инфекцию, дало разноплановые результаты относительно материнских антител. Однако в целом имело место значительное ослабление иммуногенности и у младенцев, которые получили КДС вакцину, содержащую цельноклеточную вакцину (KCwT), чем те, кто получил КДС вакцину, содержащую бесклеточную КДС (ДСаТ).

Кроме того, имеются убедительные данные о действии вакциноиндуцированных противококлюшных материнских антител у младенцев на ДСаТ, в то время как нет исследований, которые подтвердили такой ответ у младенцев, получавших КСwТ. Именно эту вакцину получали в большинстве развивающихся стран.

Немногочисленные исследования в США и Канаде показали низкий антительный ответ на DTaP у младенцев, матери которых получили DTaP в течение беременности, перед младенцами невакцинированных женщин.

В небольшом по числу участников исследовании, проведённом во Вьетнаме (где младенцы также получали ДТаР), антитела против пертацина (pertacin – иммуногенный фактор вирулентности Bordetella pertussis), но не против коклюшного токсина и нитевидного гемагглютинина, двух других коклюшных антигенов, были низкими у младенцев матерей, которые получили вакцину TDaP во время беременности.

Клиническая релевантность исследований, показавших ослабленный ответ на вакцину у младенцев, неопределённая, так как нет повсеместно установленной иммунологической корреляции с защитой от коклюша. Тем не менее эти результаты оправдывают мониторинг возрастных трендов особенностей коклюша в популяциях, в которых проводится материнская иммунизация, для того чтобы выявить любое увеличение тяжести болезни для младенцев младше 6 месяцев, и далее к младенцам 6 месяцев и старше, а также для детей и подростков.

Перспективы материнской вакцинации

Вакцина против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.

Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) вызывает тяжёлое острое заболевание нижних дыхательных путей и высокую летальность среди недоношенных младенцев. РСВ-инфекция ассоциирована с гибелью от 66 тыс. до 199 тыс. детей в возрасте младше 5 лет по всему миру. Большинство смертей наблюдается у младенцев, но в развивающихся странах имеются смертельные исходы и у детей 2-го года жизни.

В некоторых исследованиях указывается, что смертность от этой инфекции достигает 2-3% от числа всех новорождённых. В раз-

ных частях США между ноябрём и апрелем РСВ-инфекция становится причиной госпитализаций в 20% случаев, причём 18% попадают в реанимацию и составляют 15% от числа обратившихся в поликлиники детей младше 5 лет.

Большая частота РСВ-инфекции, особенно среди младенцев, привела к необходимости срочной разработки вакцины против РСВ для применения беременным женщинам. Имеется несколько вакцин против РСВ на разных клинических стадиях разработки. Два поверхностных гликопротеина РСВ F- и G-протеин, как полагают, индуцируют нейтрализующие антитела. F-протеин - нановакцина, которая находится в 3-й фазе клинического испытания, для беременных женщин. Другой F-протеин - субъединица вакцины исследуется во 2-й фазе испытания.

Вакцины, находящиеся в ранней или преклинической фазе разработки, являются живыми аттенуированными, полностью инактивированными частицами, субъединицами, нуклеиновой кислотой и генонаправленными. Данные о том, что недоношенные младенцы находятся в группе высокого риска по тяжёлым последствиям РСВ-инфекции дают основание рекомендовать оптимальный гестационный возраст для вакцинации.

В конце 1960-х годов инактивированная формалином вакцина против РСВ была изучена в большом числе исследований. В этих исследованиях у детей, которые были серонегативными перед вакцинацией, чаще и тяжелее переносили болезни нижних дыхательных путей, вызванные РСВ. Было предпринято несколько попыток понять и улучшить ситуацию. Теперь мы знаем, что это связано с иммунизацией антигенами, которые отсутствуют в цитоплазме, что приводит к потере защитных антител и СD4 + хелперов Т-клеток при отсутствии CD8 Т-клеток.

Лёгочная гипертензия (ЛГ) - это группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением лёгочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и давления в лёгочной артерии (ДЛА), которое приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов.

В соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению лёгочной гипертензии (2007) диагноз ЛГ устанавливается при уровне среднего давления в лёгочной артерии (ДЛАср.) > 25 мм рт.ст. в покое и > 30 мм рт.ст. при физической нагрузке. В норме ДЛАср. в покое составляет в среднем 14 ± 3 мм рт.ст и не превышает 20 мм рт.ст.

В последние годы международные рекомендации рассматривают в качестве диагностического критерия уровень ДЛАср. более 25 мм рт.ст. в покое по данным катетеризации правых отделов сердца. Для оценки прироста ДЛА на высоте физической нагрузки необходимо проведение специальных исследований с целью стандартизации протоколов нагрузочного теста и установления диапазона нормальных значений.

Классификация ЛГ

Клиническая классификация ЛГ необходима для стандартизации диагностических подходов и лечебных мероприятий. На протяжении полувека она претерпела значительные изменения, начиная с 1973 г., когда в соответствии с консенсусом экспертом выделялось две категории: первичная ЛГ (ПЛГ), или ЛГ неустановленной этиологии, и вторичная ЛГ при выявлении причин или факторов риска. В 1998 г. на II мировом симпозиуме в Эвиане (Франция), посвящённом проблеме ЛГ, были впервые выделены категории ЛГ на основании сходства патогенетических особенностей, клинической картины и подходов к лечению. С того времени выделяется пять гомогенных групп ЛГ.

Клиническая классификация лёгочной гипертензии

1. Лёгочная артериальная гипертензия

- 1.1. Идиопатическая ЛГ.
- 1.2. Наследуемая ЛГ (мутации ВМРR2, ALK1, эндоглин (с или без наследственной геморрагической телеангиэктазии).
- 1.3. Индуцированная приёмом лекарств и токсинов.
- 1.4. Ассоциированная с:
- 1.4.1. Системными заболеваниями соединительной ткани.
- 1.4.2. ВИЧ-инфекцией
- 1.4.3. Портальной гипертензией
- 1.4.4. Врождёнными пороками сердца (системно-лёгочные шунты).
 - 1.5. Персистирующая ЛАГ новорождённых.

Этот аберрантный вакциноопосредованный иммунологический ответ приводит к патогенному Th2 - запоминающему ответу. Как результат - лёгкие инфицированных детей характеризуются повышенным количеством эозинофилов, нейтрофилов, мононуклеарной инфильтрацией и депозитами иммунных комплексов после РСВ-инфекции дикого типа.

В течение нескольких десятилетий заболевания, вызванные РСВ, послужили поводом для развития вакцинации против этих вирусов. Однако есть данные о том, что первичный биологический механизм, лежащий в основе защиты младенца через иммунизацию матери РСВ вакциной, влияет на передачу материнских антител. Иммунизация матери приведёт к иммунологическому процессу, который, в свою очередь, «обойдёт» (минует) иммунный процесс, что приведёт к утяжелению у младенцев инфекционного заболевания, вызванного РСВ. Более того, из-за удлинения времени экспозиции к РСВ и факта, что утяжеление заболевания, вызванного этим вирусом, ограниченно серонегативными лицами, риск тяжёлых РСВ-инфекций минимален для вакцинированных беременных женщин. Это замечание подтверждается отсутствием тяжёлых РСВ-инфекций среди реципиентов РСВ моноклональных антител и результатами ранней фазы клинических испытаний вакцинации матерей.

Вакцинация против группы В стрептококков

Стрептококки этой группы ассоциируются с фетальными проблемами у младенцев. Раннее начало заболевания, вызванного этой инфекцией у новорождённых младше 7 дней от роду, характеризуется сепсисом без очевидных очагов. пневмонией. менингитом или комбинацией этих патологий. Более позднее начало этой инфекции случается у млаленцев от 7 ло 89 лней жизни и характеризуется высокой частотой заболевания

Более того, инвазия инфекции стрептококком группы В у беременных женщин ассоциируется с мертворождением. Имеются также доказательства связи между материнской инфекцией и преждевременными родами. В мультицентровом исследовании, проведённом в США в 1980-х годах, приблизительно у одной из пяти беременных женщин были признаки ректальной или вагинальной колонизации стрептококками группы В на 23-й неделе гестации.

Позднее в 1990-х годах универсальный скрининг на стрептококковую инфекцию группы В и профилактику антибиотиками во время родов предотвратили стрептококковую инфекцию. Эти рекомендации привели к снижению раннего начала стрептококкового заболевания. Однако не было снижения более позднего заболевания, и частота ранних заболеваний оставалась одинаковой в течение последующих 10 лет.

Более того, не произошли изменения в частоте стрептококковых инфекций у матерей. Иммунизация матерей В-стрептококковой вакциной помогла уменьшить тяжесть стрептококковых заболеваний в более позднем

В последнее десятилетие предпринимались многочисленные попытки дальнейшего развития иммунизации матерей вакциной против В-стрептококковой инфекции. Вакшины первого поколения, прошедшие испытание, содержали полисахаридные антигены и имели гетерогенную иммуногенность. Более поздние моно- и тривалентные конъюгированные вакцины прошли клинические испытания.

Тривалентные конъюгированные вакцины, которые уже прошли 1-ю и 2-ю фазы испытаний, содержат капсулярные серотипы Ia. Ib и IIL. Вакцины были иммуногенами и безопасными в испытаниях ранней фазы. Серотипы la, lb и llL контролировали большинство случаев заболеваний, вызванных стрептококком группы В у младенцев в США и Европе. Однако список серотипов, эффективных в отношении болезней у младенцев, во всём мире включает типы II и V. Следовательно, иммунизация матерей вакциной против стрептококка группы В представляет глобальную ценность, а не только региональную. Нагрузка тяжёлых заболеваний потребует включения в практику именно этих серотипов.

Направление дальнейших исследований

Иммунизация матерей имеет потенциальное клиническое значение для защиты как матерей, так и младенцев. Однако реализация полной потенции материнской вакцинации потребует тщательной проверки исходов родов, а также показателей частоты госпитализации и смертей. Более того, система иммунизации в США и во всём мире сфокусирована на вакцинации детей. Включение материнской вакцинации в антенатальную помощь может стать вызовом во многих регионах. Например, иммунизация матерей против гриппа в США осуществляется у 50 и у 10% вакциной ТDaP. Эффективность интервенции должна быть подтверждена практикой, провайдером и высоким уровнем доверия матерей к вакцинации.

> Подготовил Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам The New England Journal of Medicine.

Диагностика и лечение лёгочной гипертензии

Клинические рекомендации

- 1.6. Лёгочная вено-окклюзионная болезнь/ Лёгочный капиллярный гемангиоматоз.
- 2. Лёгочная гипертензия вследствие
- патологии левых отделов сердца:
 - систолическая дисфункция • диастолическая дисфункция
- клапанные пороки. 3. ЛГ, ассоциированная с патологией дыхательной системы и/или гипоксемией:
- хроническая обструктивная болезнь
- интерстициальные заболевания лёгких • другие заболевания лёгких со смешанными рестриктивными и обструктивными
- нарушениями • синдром альвеолярной гиповентиляции
- высокогорная ЛГ
- нарушения дыхания во время сна. 4. Хроническая тромбоэмболическая

- 5. Смешанные формы: • гематологические заболевания
- системные нарушения
- метаболические нарушения
- другие.

измеряться в покое.

левых отделов сердца.

Различают прекапиллярную и посткапиллярную формы ЛГ.

Критериями прекапиллярной ЛГ яв-

- ДЛАср. ≥ 25 мм рт.ст. (по данным катетеризации правых отделов сердца (КПОС)
- давление заклинивания в лёгочной артерии (ДЗЛА) ≤ 15 мм рт.ст. • сердечный выброс (СВ) в норме или
- снижен. Все вышеуказанные параметры должны

Такой гемодинамический вариант можно выявить при ЛАГ, ЛГ вследствие патологии лёгких, ХТЭЛГ, смешанных формах ЛГ. Посткапиллярная форма ЛГ с ДЛАср. ≥ 25 мм рт.ст. и ДЗЛА, превышающим 15 мм рт.ст., характерна для ЛГ вследствие патологии

Группа 1. Лёгочная артериальная гипертензия - это клиническое состояние, характеризующееся наличием прекапиллярной ЛГ при отсутствии других причин повышения ДЛА, таких как заболевания лёгких, хронической тромбоэмболии лёгочной артерии и т.д.,

в том числе редких болезней (группа 5). ЛАГ представлена идиопатической лёгочной гипертензией (ИЛГ), наследуемыми формами ЛАГ; ЛАГ, индуцированной приёмом лекарств и токсинов, а также ассоциированными формами вследствие наличия системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ), портальной гипертензии, ВИЧ-инфекции, врождённых пороков сердца (ВПС) (системно-лёгочных шунтов) и персистирующей ЛАГ новорождённых.

С 1951 г. под термином «первичная лёгочная гипертензия» (ПЛГ) подразумевалась ЛГ неизвестной этиологии при отсутствии какой-либо патологии со стороны сердца и лёгких: как семейные (до 6% от числа больных с ПЛГ), так и спорадические случаи. В 2003 г. на III Всемирном симпозиуме, посвящённом проблеме ЛГ, вместо термина «первичная» было предложено использовать термин «идиопатическая лёгочная гипертензия» для обозначения спорадических случаев заболевания. Использование термина «ПЛГ» предполагало наличие термина «вторичная ЛГ», который был отменён в классификации 1998 г., поскольку описывал гетерогенную группу заболеваний. Для установления диагноза ИЛГ необходимо выявить критерии ЛАГ и исключить возможные ассоциированные формы, которые имеют сходную клиническую картину и патоморфологические изменения мелких лёгочных сосудов. ЛАГ характеризуется наличием прекапиллярной ЛГ при отсутствии заболеваний лёгких, хронической тромбоэмболии лёгочной артерии, других болезней как возможной причины повышения ЛСС и ДЛАср. В настоящее время диагноз «ИЛГ» указывает на спорадическую форму заболевания, когда у пациента отсутствуют как наследственный анамнез, так и факторы риска, Наследуемая ЛАГ диагностируется при наличии семейного анамнеза и/или выявлении мутаций генов, кодирующих рецепторы типа 2-го белка костного морфогенеза - ВМРR2 или активин-подобной киназы - ALK1.

При ЛАГ, индуцированной приёмом лекарств и токсинов, в качестве факторов риска ЛАГ выступают лекарственные препараты и токсины, представленные ниже (см. табл. 1).

ЛАГ, ассоциированная с СЗСТ, - это важная клиническая подгруппа ЛАГ, которая может возникать при системной склеродермии, системной красной волчанке, смешанном заболевании соединительной ткани, более редко - ревматоидном артрите, дерматомиозите или синдроме Шегрена.

ЛАГ является редким, но установленным осложнением ВИЧ. При портолёгочной гипертензии ЛАГ сопровождает повышение давления в системе воротной вены.

При ЛАГ вследствие ВПС классификация врождённых системно-лёгочных шунтов учитывает тип и размеры дефекта, наличие или отсутствие экстракардиальных аномалий и статус коррекции ВПС. Все эти факторы вносят вклад в развитие ЛАГ, синдрома Эйзенменгера и определяют прогноз больных.

Синдром Эйзенменгера может быть обусловлен как простым, так и сложным (около 30% больных) пороком сердца. Среди простых пороков следует отметить наиболее частые: дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП) и открытый артериальный проток (ОАП). Синдром Эйзенменгера развивается у 10% неоперированных больных старше 2 лет с ДМЖП любого размера, при ДМПП – примерно у 4-6-% больных.

ЛАГ развивается почти у всех больных с открытым артериальным протоком, у 50% больных с ДМЖП при диаметре дефекта более 1 см и 10% больных с ДМПП при диаметре дефекта более 2 см. У больных с малыми и средними размерами дефекта ЛГ развивается только у 3% больных.

Обычно ранняя хирургическая коррекция порока сердца предотвращает развитие ЛГ. Однако у ряда больных тяжёлая резидуальная ЛАГ развивается после хирургической коррекции порока. В таких клинических ситуациях часто неясно, присутствовало ли необратимое поражение лёгочных сосудов до оперативного лечения порока сердца или лёгочное сосудистое заболевание прогрессирует, несмотря на успешно проведённую операцию.

(Продолжение следует.)

Организаторами этой представительной встречи выступили Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины и Союз педиатров России. Участие в мероприятии приняли около 300 акушеров, педиатров, неонатологов, детских кардиохирургов, специалистов ультразвуковой диагностики, эндокринологов. Кроме того, в рамках трансляции в режиме реального времени за ходом конференции следили около 4 тыс. специалистов из 72 регионов России.

Приветствуя участников конференции, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин отметил:

- Уникальность площадки форума заключается в формате его проведения: стать частью наших дискуссий могут не только жители Москвы и соседних областей. Посредством on-line трансляции с нами на связь выходят представители большинства российских регионов буквально от Владивостока до Калининграда. В этом году число интернет-подключений побило все рекорды – 1555, и это при условии, что на каждое подключение приходится от 1 до 40 человек. Такие данные ещё раз подчёркивают актуальность вопросов, которые мы заявляем на конференции. Есть отклики, а значит, мы движемся в правильном направлении.

Кропотливая работа по снижению уровня младенческой смертности в России приносит свои плоды. Обращаясь к участникам конференции, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ профессор Елена Байбарина сказала, что в 2016 г. этот показатель составил 6 промилле. А по данным, полученным за январь февраль текущего года, цифра остановилась на отметке 5 промилле. Елена Николаевна особо подчеркнула, что делать далеко идущие выводы из приведённой статистики, конечно, преждевременно, однако те усилия, которые сегодня прикладывают российские специалисты для снижения уровня младенческой смертности, дают основания надеяться на получение позитивной динамики и в нынешнем году.

Также в своём выступлении директор департамента отметила ещё одну значимую тенденцию:

Очень важный аспект – гуманизация помощи. Это улучшение

Экспертный уровень

Сложностей станет меньше

Такой вывод сделали участники III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной перинатологии: сложный случай»

коммуникативных навыков врача, улучшение взаимоотношений с родителями, отношение к пациенту (новорождённому, недоношенному, ребёнку с другими патологиями) как к сформированному человеку. Здесь речь идёт прежде всего об уважении его гуманистических потребностей.

Эта идея стала ключевой на заседании секции «Отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТН) – отделение без боли».

Специалисты привели неоспоримые доказательства того, что новорождённый пациент отделения реанимации не только чувствует боль, но и подвергается стрессу в несколько раз чаще по сравнению со своими здоровыми сверстниками. Кроме того, болезненные манипуляции в ОРИТН могут повысить риск появления изменений нервно-психического развития, а также негативно отразиться на способности ребёнка к обучению.

Главный научный сотрудник Национального научного центра здоровья детей Минздрава России профессор Юлия Жиркова отметила следующее:

 Один из наиболее острых вопросов - привлечение внимания медицинского сообщества к важности контроля боли в ОРИТН. Мы знаем, что система восприятия боли в неонатальном периоде обуславливается более высокой чувствительностью новорождённых, особенно недоношенных детей, к болевым воздействиям. Нам хорошо известны апробированные методы диагностики боли. Мы знаем о последствиях неонатальной боли. На сегодня у нас в арсенале проверенные способы уменьшения болевого синдрома



Во время работы конференции

и снижения количества проводимых болезненных манипуляций в ОРИТН. Задача № 1 – активно внедрять методы диагностики и профилактики боли в повседневную практику врачей неонатальных отделений.

Наиболее популярной среди участников конференции стала секция «Грудное молоко в ОРИТН. От слов к делу». Сегодня существует ряд объективных сложностей, которые препятствуют организации данного процесса в условиях стационара. Большинство из них связаны с необходимостью внесения изменений в существующую нормативную базу, которая регламентирует организацию грудного вскармливания.

- Мы продолжаем разработку проекта изменений в положения Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов (СанПиН), которые регламентируют органи-

зацию грудного вскармливания в стационарах. За основу взяты исследования специалистов ряда стран Европы и США. Кроме того, опираемся на рекомендации Всемирной организации здравоохранения, где описаны современные методы сцеживания, хранения, пастеризации грудного молока. Конечно, в недалёком прошлом те правила, которые действуют сегодня, являлись исчерпывающими, однако в век бурного развития технологий, многие положения СанПиН 2010 г. и проекта СанПиН 2014 г. требуют тщательного пересмотра и доработки, поскольку существенно осложняют процесс грудного вскармливания в условиях стационара, - отметила профессор Ирина Солдатова.

Сессия «Сахарный диабет. Нюансы, которые надо знать» прошла под председательством заместителя директора Эндокринологического научного центра Минздрава России, директора Института детской эндокринологии, главного детского специалиста эндокринолога Минздрава России, академика РАН Валентины Петерковой.

 Проблема ведения беременности у женщин, страдающих сахарным диабетом, актуальна во всём мире. Частота родов у пациенток с ним растёт: в нашей стране в 2014 г. этот показатель составил 1,4% от общего количества родивших женщин, а в 2015 г. - уже 2,4%. Не менее острым сегодня является вопрос развития ребёнка матери с сахарным диабетом, особенно если новорождённый и сам страдает данным заболеванием. И здесь во главу угла ставятся не только методы профилактики и лечения возможных осложнений у матери и ребёнка, но и преемственность действий акушеров-гинекологов, неонатологов, эндокринологов, а также педиатров. Мы не случайно сравниваем сахарный диабет с айсбергом. На поверхности - первый год жизни ребёнка, под водой - его состояние через несколько лет после рождения.

Тема преемственности действий специалистов была активно поддержана и в дискуссии, посвящённой врождённым порокам сердца (ВПС).

- Своевременное хирургическое лечение, правильная тактика постнатальной терапии - оказание помощи ребёнку с ВПС, начинается задолго до появления его на свет, в пренатальном периоде, с момента, когда специалист УЗИдиагностики увидел отклонения в развитии сердца у плода и направил беременную женщину в специализированное лечебное учреждение. К сожалению, по такому идеальному сценарию действия разворачиваются далеко не всегда. Проблема заключается не только в оснащённости учреждений современной УЗИтехникой и подготовке кадров, но и в правильном понимании специалистами понятия «преемственности» в оказании помощи беременной женщине. Одним из ключевых моментов здесь является командная работа. Чем быстрее в пренатальном периоде будет поставлен диагноз ВПС плода, тем качественнее будет помощь после рождения ребёнка, - заявила советник директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России доктор медицинских наук Екатерина Бокерия.

Екатерина ЛАРИНА, внешт. корр. «МГ».

Akuehmы

Инвестиции в здоровье — курс на долголетие

Курортная медицина напоминает о себе

На Кавказских Минеральных Водах состоялся очередной XIV Межрегиональный форум «Здравоохранение и курортная медицина». В течение 3 дней в городах-курортах – Ессентуки, Пятигорск и Кисловодск - свыше 1,5 тыс. врачей, провизоров, представителей науки, бизнеса и власти обсуждали проблемы охраны и укрепления здоровья человека, развития профилактики, лечения и реабилитации как единого процесса деятельности здравоохранения и курортной медицины.

Форум открылся пленарным заседанием «Инвестиции в здоровье: курс на долголетие», на котором под модераторством министра здравоохранения Ставропольского края Виктора Мажарова были рассмотрены вопросы межотраслевого со-



В кулуарах форума

трудничества в сфере охраны и укрепления здоровья человека. В работе заседания приняли участие заместитель председателя

правительства Ставропольского края Ирина Кувалдина, министры и ответственные работники министерств социального блока

правительства края, заместители глав муниципальных образований, руководители муниципальных структур образования, труда и социальной защиты населения, культуры и физической культуры и спорта.

На прошедших затем 13 научно-практических конференциях в Ессентуках, Пятигорске и Кисловодске рассмотрен большой круг вопросов сохранения физического и психического здоровья человека, увеличения продолжительности активной жизни, охраны материнства и детства, внедрения в практику работы учреждений здравоохранения и курортов передовых технологий и инноваций.

Отдельной темой прошло обсуждение проблем импортозамещения лекарственных средств, в котором принял участие генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев. На «круглом столе», посвящённом этой проблеме, он сказал: «Импортозамещение на 100% в фарме невозможно из-за отсутствия отечественного оборудования, отвечающего современным требованиям и стандартам. К сожалению, технологически мы будем зависимы ещё долгое время».

Самой массовой по посещаемости площадкой форума стала выставка-презентация «Техника на службе здоровья», где были продемонстрированы новейшие образцы медицинской техники, лабораторного оборудования, медицинского инструментария и фармацевтики.

> Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото Александра КОВЫЛИНА.

«Тот врач, который сегодня для лечения аллергических заболеваний использует только симптоматическую терапию, не может считать себя аллергологом», — этим утверждением открыла XVII Научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы диагностики и лечения аллергических заболеваний и болезней органов дыхания» её председатель, заведующая кафедрой клинической аллергологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, профессор Людмила Горячкина.

В самом деле за последние годы аллергология шагнула далеко вперёд, и каждый уважающий себя специалист обязан разбираться в тонкостях проведения аллергенспецифичной иммунотерапии (АСИТ), а также современных методах молекулярной диагностики, необходимых для выполнения этого вида лечения.

обоими. В этом случае необходимо тестирование для выявления мажорного аллергена полыни или амброзии. Минорный аллерген, относящийся к белкам-переносчикам липидов, отвечает за перекрёстную пищевую аллергию, в частности с некоторыми специями и травами.

В случаях аллергии к клещу домашней пыли практически в 100% имеется сенсибилизация к обоим его видам. Известны также 3 мажорных аллергена и один минорный, имеющий перекрёстную

профессионального образования член-корреспондент РАН Дмитрий Сычёв. – Это при том, что один врач в среднем за всю свою жизнь использует не более 50, причём, к сожалению, по торговым названиям. В то же время сохраняются проблемы с безопасностью, а точнее – небезопасностью современной фармакотерапии. По данным Росздравнадзора за 2014 г., было зарегистрировано около 22 тыс. неблагоприятных побочных реакций. Эксперты говорят: ум-

средствам, что очень важно учитывать при разработке локальных рекомендаций. На сегодняшний день существует внушительный багаж исследований по оценке частот полиморфизмов в различных этнических группах, таких как русские, чукчи и эвены, нанайцы, карачаевцы и черкесы, якуты и пр. Результаты этих и других омиксных технологий позволяют врачу индивидуализировано принять клиническое решение, обеспечить максимальную эффективность, безопасность и экономическую целесообразность в применении того или иного лекарства. Всё это создаёт основания для борьбы с самым большим недостатком фармакотерапии - шаблоном.

В поисках истинной сенсибилизации

Молекулярной аллергодиагностике перед проведением АСИТ и был посвящён первый доклад, который представила главный научный сотрудник австрийского Центра исследования аллергии, председатель комитета клинической аллергологии Австрийского общества аллергологов и иммунологов, профессор Петра Цигльмайер

 Многие наши пациенты сенсибилизированы к пыльце растений. и в основном пыльца вызывает симптомы риноконъюнктивита. Второй значимый источник - клещи домашней пыли и другие круглогодичные аллергены, такие как плесневые грибы и эпителий животных, чаще вызывают бронхиальную астму. Из всех пациентов только треть сенсибилизирована к одному аллергену, а большая часть имеет полисенсибилизацию. Для подбора оптимальной терапии нам важно выявить причинно-значимые аллергены - источник истинной сенсибилизации, - отметила профессор Цигльмайер.

Тестирование на аллергию, что характерно, в различных странах Европы очень отличается в зависимости от имеющихся у них гайдлайнов (клинических рекомендаций). Стандартный вариант - кожный тест - дешёвый и достаточно показательный. Он используется практически везде. Приблизительно в половине стран, включая Германию, могут использоваться провокационные тесты, а в Великобритании сперва назначается симптоматическое лечение, и, только если оно не приносит облегчения, проводят тестирование.

Современный тест на аллергию должен отвечать ряду требований: быть достаточно чувствительным, чтобы определять аллергены, достаточно специфичным, чтобы отличать истинную сенсибилизацию от перекрёстной, прост в проведении и интерпретации, а также экономически необременителен. Однако в клинической практике возможны разные ситуации: если предполагается, что источник аллергии известен - можно сразу приступать к определению специфических IgE. Но в некоторых случаях клиническая картина может быть смазана или неубедительна, поэтому имеет смысл сначала проводить кожные тесты и только потом приступать к определению специфических IgE.

Растворы для кожных тестов, использующиеся в диагностике, содержат экстракты, выделенные из источников аллергии (пища, перхоть животных, пыльца растений). Помимо самих IgE-связывающих белков, в экстракте содержатся и другие компоненты: сахариды, пигменты, фенол, жирные кислоты. Из источников выделяются нативные аллергены, но если известна аминокислотная последовательность этих белков, методом генной инженерии возможно создавать рекомбинантные аллергены.

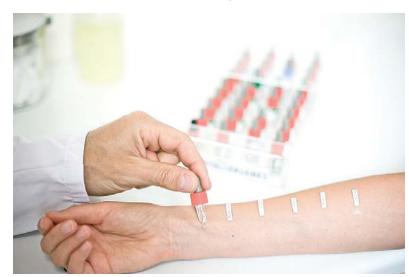
– Проблема заключается в том, что не все аллергены возможно экстрагировать и в растворе экстракта, используемом для диагностики или лечения, может не находиться каких-то значимых аллергенов, к которым сенсибилизирован пациент, – подчеркнула П.Цигльмайер.

Как правило, источник сенсибилизации можно предположить. Известно, что деревья пылят весной,

Тенденции ———

Клещи и перхоть не дают покоя

Клиническая аллергология на современном этапе



Выявление причинно-значимых аллергенов

злаки – ранним летом, а сорные травы – поздним летом и в начале осени. И если пациент демонстрирует чёткую сезонную картину, об источнике аллергии несложно догадаться. Однако, как было сказано ранее, большая часть наших пациентов – полисенсибилизирована.

За счёт повышенной чувствительности к круглогодичным аллергенам (клещи домашней пыли, перхоть животных, плесневые грибы) у них имеется постоянное, персистирующее аллергическое воспаление, не имеющее клинических проявлений, а во время цветений сезонные аллергены начинают действовать на фоне имеющейся бытовой сенсибилизации, что приводит к клинической картине поллиноза. Поэтому при проведении аллергенспецифичной иммунотерапии очень важно правильно установить именно первичный источник сенсибилизации.

Критерии эффективности

Эффективность АСИТ зависит от профиля сенсибилизации пациента. Если имеется только специфическая сенсибилизация, эффективность АСИТ составляет 87%, при сочетании перекрёстно-реактивной и специфической сенсибилизации – 60% и только при перекрёстно-реактивной сенсибилизации эффективность АСИТ не превышает 18%.

- Таким образом, чем больше пациент сенсибилизирован к перекрёстно-реактивным аллергенам, тем меньше будет эффективность иммунотерапии, - акцентировала внимание аудитории П.Цигльмайер.

При аллергии к пыльце сорных трав возникает проблема, связанная с тем, что периоды цветения полыни и амброзии накладываются друг на друга, и поскольку они имеют высокую перекрёстную реактивность, вероятнее всего, кожные тесты будут положительны с ними

реактивность с аллергеном креветок. Экстракты клещей у разных производителей сильно отличаются по аллергенному молекулярному составу. Бывают экстракты, содержащие очищенные тела клещей, и цельная культура, включающая также продукты их жизнедеятельности. Таким образом, в некоторых растворах значимые аллергены вообще не обнаруживаются.

Взрослые пациенты в подавляющем большинстве случаев сенсибилизированы к мажорным, аллергенам. А у детей, к сожалению, очень быстро развивается полисенсибилизация и к мажорным и к минорным аллергенам клещей. Это имеет большую клиническую значимость, так как полисенсибилизация способствует развитию высокого уровня специфического IgE и более серьёзным клиническим проявлениям болезни. Известно, что пациенты с бронхиальной астмой, как правило, сенсибилизированы к большому количеству аллергенов.

– Компонентная молекулярная диагностика - это возможность помочь таким пациентам. Она необходима для подбора оптимальной аллергенспецифичной иммунотерапии в зависимости от источника первичной сенсибилизации и в соответствии с уникальным профилем сенсибилизации пациента. Также она показана при сенсибилизации к источникам аллергенов с перекрывающимися периодами паллинации, положительных тестах с экстрактами аллергенов и нечёткой клинической картине. резюмировала доктор Цигльмайер.

В борьбе с шаблонами

К 2017 г. в России зарегистрировано около 30 тыс. лекарственных препаратов, – началсвоё выступление заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии Российской медицинской академии непрерывного

ножьте эту цифру на 200 и получите картину, близкую к реальной, констатировал он.

Наряду с проблемой небезопасной фармакотерапии существует проблема неэффективной фармакотерапии. Несмотря на наличие клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине, наличие самых современных лекарственных препаратов, остаётся достаточно высокий процентациентов (до 40%), у которых терапия неэффективна. «Поэтому с позиции клинического фармаколога персонализированная медицина должна стоять на первом месте», – добавил Д.Сычёв.

Персонализированная медицина, как известно, представляет собой использование новых методов молекулярного анализа для улучшения оценки предрасположенности (прогнозирование) к болезням и их «управления» (профилактика, лечение). Иными словами, на основании этих методов можно предсказать особенности течения заболевания, а также особенности ответа на терапию у конкретного пациента. Посредством исследования биомаркёров (в том числе геномных) врач выбирает правильное лекарство правильному пациенту в правильной дозе и правильное время и т.д., в итоге пациент получает максимально эффективное и безопасное лечение

Отдельной строкой Д.Сычёв заметил коллегам, что фармакогенетическое тестирование относится к априорным технологиям. Оно позволяет понять роль генетических факторов в формировании фармакологического ответа организма человека на ЛС ещё до применения препарата. Существуют и постериорные технологии, которые позволяют корректировать дозу или принять решение о замене препарата. К ним относятся протеомика (фармакодинамический мониторинг), транскриптомика (прогноз трансформации или элиминации препарата по уровню микроРНК) и метаболомика (терапевтический лекарственный мониторинг и оценка активности СҮР).

– Краеугольный камень фармакогенетических исследований - мелкие отличия последовательности ДНК, так называемый однонуклеотидный полиморфизм: эти изменения могут обуславливать разные варианты фармакологического ответа. Прежде всего эти полиморфизмы особенно значимы в генах, кодирующих систему элиминации препарата (генная система биотрансформации) и генах транспортных систем, участвующих в процессах распределения, всасывания и выведения лекарственного средства, яснил профессор Д.Сычёв.

Различная частота этих полиморфизмов – основа этнической чувствительности к лекарственным

Вирусно-аллергенное содружество

В выступлении заведующего кафедрой пульмонологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова профессора Александра Емельянова была освещена тема механизмов развития вирусиндуцированной бронхиальной астмы.

- Вирусиндуцированная астма не является самостоятельным фенотипом у взрослых. Вирусы являются триггерами обострения бронхиальной астмы (БА). К ним относятся вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальные вирусы и пр., но наиболее значимые триггеры обострения астмы у взрослых и детей - это риновирусы. До 80% всех вирусиндуцированных обострений связаны с действием именно этого инфекционного агента. Исследования также показывают, что вирусиндуцированные обострения БА связаны также с одновременным контактом с аллергеном. Вирус и аллерген действуют синергично, заявил А.Емельянов.

Роль риновирусов в развитии дебюта БА также очень велика. У детей, которые перенесли риновирусную инфекцию в первые 3 года жизни, к 6 годам уже была сформирована бронхиальная астма. Разумеется, сенсибилизация к аллергенам влияет на риск развития астмы. Однако самый высокий риск развития этого заболевания наблюдается у детей, имевших воздействие и риновируса, и аллергенов на первом году жизни. Итак, респираторная вирусная инфекция, перенесённая в раннем детском возрасте, повышает последующий риск развития БА у детей, и эффект риновируса возрастает при одновременной сенсибилизации таких детей к аллергенам.

Но не стоит сбрасывать со счетов генетическую предрасположенность. Полиморфизм определённых генов, располагающихся на 17-й хромосоме, говорит о высоком риске развития БА при условии действия вируса в первые 3 года жизни. Таким образом, по мнению профессора А.Емельянова, современная концепция рассматривает риновирусы и вирусы вообще, а также сенсибилизацию к аллергенам как факторы, способствующие клиническому проявлению генетической предрасположенности, которая имеет место.

К механизмам действия, за счёт которых вирусы влияют на развитие БА, относят активацию воспаления нижних дыхательных путей, формирование ремоделирования бронхов, повышение бронхиальной гиперреактивности, влияние на рецепторы дыхательных путей. Синергизм аллергенов и риновирусов проявляется прежде всего на уровне эпителия ДП.

- Вирусы повышают проницаемость эпителия для аллергенов и тем самым облегчают взаимодействие с так называемыми врождёнными лимфоидными клетками. Развивается эозинофилия и гиперплазия бокаловидных клеток, что в итоге приводит к формированию гиперреактивности бронхов, – заключил А.Емельянов.

Юлия ШЕВЧУК, корр. «МГ».

 Вадим Эрикович, как вы оцениваете уровень развития столичной травматологии на сегодняшний день?

- Думаю, не будет большим преувеличением сказать, что наша служба является самой развитой и эффективной среди других регионов страны. Говорю это, поскольку могу изнутри оценивать те изменения к лучшему, которые произошли в столице за последние несколько лет. Вспоминаю, как в начале 1990-х годов я впервые в качестве слушателя побывал в Швейцарии, где ежегодно проводятся курсы для травматологов-ортопедов со всего мира. Возвращаясь домой, я чуть не плакал от бессилия: всё думал, неужели когда-нибудь мы в России сможем делать то, что нам показывали на этих курсах? Если бы мне тогда кто-нибудь сказал, что в течение 15 лет мы будем на этих курсах вести занятия уже в качестве преподавателей, я бы ни за что в это не поверил. А теперь наши специалисты делают это, причём ежегодно.

В 90-х годах минувшего столетия у нас было много больниц – и ещё больше проблем. Мы старались оказать помощь, кому только можно, пользуясь всеми доступными ресурсами. Но не располагали достойным оснащением и оборудованием, не владели современными технологиями. Пациенты за свой счёт покупали не только имплантаты, но порой и лекарства с перевязочными материалами, что выглядит анекдотично на сегодняшний день.

Проблема была банальная: недостаточность финансирования нашей специальности, ведь травматология и ортопедия - весьма дорогое клиническое направление с точки зрения сопутствующих расходов. Например: если вы покупаете аналогичный прибор для травматологической операции, с помощью которого «всего лишь» необходимо произвести правильное сверление кости, то его цена начинается примерно от 10 тыс. евро. Потому что этот инструмент должен быть не только высокоточным, но и безопасным для пациента - не ударить током, обеспечить стерильность и т.п.

Для нас нужны специальные операционные столы, рентгеновские телевизионные системы и многое другое специфическое оборудование. Было время, когда о существовании той или иной аппаратуры мы знали только из буклетов или со слов зарубежных коллег. А потом появились федеральные и региональные программы, в рамках которых стало возможным приобретать практически всё, что необходимо просто «по минимуму», но на уровне лучших европейских клиник. Но прошло несколько лет – и всё это появилось и в столичном

Сегодня я приезжаю к европейским коллегам и практически не вижу там ничего для меня нового или незнакомого. Более того, я порой не встречаю там того, что уже появилось в столичных клиниках. И это тоже результат изменений, произошедших в Москве буквально на наших глазах за последние несколько лет.

Мы прошли огромный путь и по уровню оснащения травматологических отделений вполне соответствуем аналогичным европейским медучреждениям. Конечно, идеальные условия недостижимы, но я могу с полным основанием утверждать, что с каждым годом мы заметно повышаем качество и уровень медицинской помощи по нашему профилю. И за счёт нового оборудования, и благодаря постоянно растущему профессиональному уровню врачей и медицинских сестёр. Более половины наших специалистов хотя бы раз выезжали за рубеж для знакомства с опытом коллег из других стран. А это уже совсем иной уровень профессиональных знаний.

 А как эти изменения сказались на доступности соответствующей медицинской помощи для пациентов?

- Здесь нужно учитывать два момента. Во-первых, после внедрения новых технологий, приобретения для московских больниц современного оборудования количество, качество и эффектив-

за оплачиваемую средствами ФОМС операцию требуют оплату с пациента, это всегда заканчивается служебными проверками со стороны Департамента здравоохранения Москвы и крайне жёсткими кадровыми решениями.

Насколько процесс модернизации травматологической службы сказался на эффективности использования коечного фонда?

Если использовать абсолютные показатели, то количество

Вообще, лично моя точка зрения заключается в том, что в случае плановых операций пациент должен ожидать их в стационаре не более суток. В буквальном смысле: сегодня госпитализировали, завтра прооперировали. А все необходимые обследования и анализы надо проходить и собирать амбулаторно. Конечно, ситуации бывают разные, и в тех случаях, если человек не может по каким-то объективным причинам обследоваться заблаго-

ций с помощью двух небольших разрезов.

Мы научились оперировать закрытым доступом, когда перелом кости под контролем рентгеновского излучения восстанавливаем и закрепляем таким образом, что у пациента остаётся минимум разрезов и повреждений мышц, сухожилий, нервов. Недаром, кстати, по итогам прошлого года в общем объёме оказываемой в Москве высокотехнологичной медицинской помощи травматология и ортопедия занимает почти пятую часть - 18%, уступая пальму первенства сердечно-сосудистой хирургии.

Кроме того, на мой взгляд, очень важно то, что у больниц появилась своего рода специализация в травматологии и ортопедии. Так, в одном стационаре блестяще проводят операции на конечностях и при повреждениях кисти, а в другом накоплен огромный опыт по восстановлению стопы. Ещё одна больница специализируется на операциях по поводу возрастных травм опорно-двигательного аппарата, другая - на различных травмах и эндопротезировании, в третьей на высочайшем уровне делают ревизионные операции, а в четвёртой располагается спинальный центр, где занимаются не только повреждениями позвоночника, но и сочетанными травмами и т.д.

- В последнее время в профессиональном сообществе активно обсуждается инициатива Департамента здравоохранения Москвы, поддержанная, кстати говоря, столичным правительством, касающаяся статуса «Московский врач». Насколько эта идея актуальна для представителей вашей специальности?

 И для нашей, и для любой другой области медицины это очень своевременное предложение. Современный травматологортопед должен работать на стыке многих врачебных дисциплин, ориентируясь в них как минимум не хуже узкопрофильного специалиста. Это что касается общих требований.

А вот применительно к специфике столичного доктора существуют и дополнительные профессиональные критерии, которым должен отвечать обладатель подобного статуса. Московскому врачу необходимо знать историю города и историю больницы, в которой он работает. Ему надо уметь продуктивно общаться со всеми категориями больных – от «истеблишмента» до асоциальных. Как с москвичами, так и с приезжими, которых среди наших пациентов немало и т.п.

Наряду с этим необходимо понимать особенности оказания помощи отдельным категориям больных, для которых в столице действуют соответствующие адресные программы – например для пожилых людей, для пациентов с множественными хроническими заболеваниями и пр.

Кроме того, для московских травматологов-ортопедов есть ещё и такая специфика, как спортивная травма, поскольку в столице есть огромное количество приверженцев активных видов отдыха и спорта. Этим людям тоже нелишним будет знать, что именно в столичном регионе им смогут оказать эффективную помощь даже в самых тяжёлых случаях.

В целом же я уверен, что большинство моих коллег примут участие в этой программе и успешно подтвердят высокий статус «Московского врача».

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Беседы с главными специалистами

Тандем интеллекта и технологий

Перспективы развития травматологии и ортопедии



Травматология и ортопедия — особо востребованная в наши дни клиническая специализация. Это обусловлено как одним из побочных эффектов отраслевого прогресса повсеместным травматизмом, являющимся, кстати говоря, одной из ведущих причин смертности населения во всём мире, так и стремительным ростом заболеваний опорно-двигательного аппарата в течение последних двух десятилетий. Учитывая коморбидность нынешних пациентов, от квалифицированных травматологов-ортопедов наряду с непосредственными обязанностями требуется владение целым рядом знаний и навыков в других специальностях.

О наиболее актуальных проблемах данного клинического направления на современном этапе на примере травматолого-ортопедической службы в столичном регионе, а также о её развитии в ближайшей и отдалённой перспективе в интервью корреспонденту «МГ» рассказал главный травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, профессор Вадим ДУБРОВ.

Поводом для этой встречи и предметной беседы стал Международный день травматолога-ортопеда, ежегодно отмечающийся 20 мая.

ность проводимых нами операций автоматически возросли. То есть мы смогли помочь гораздо большему количеству людей. При этом в случаях, когда использование тех или иных имплантатов или материалов предусмотрено программой ОМС, такие операции при наличии медицинских показаний производятся бесплатно для пациента. Другое дело, что существует возможность выбора. Есть более дорогие имплантаты, которые фондом ОМС не оплачиваются. Если их применение действительно необходимо в конкретном случае, то город найдёт возможность обеспечить пациента всем необходимым за счёт бюджета.

Но в случае, если выбор той или иной имплантируемой конструкции продиктован исключительно пожеланиями пациента, то приобретать её придётся самостоятельно. К тому же в таких случаях существует ещё одна тонкость, связанная с действующей на сегодняшний день одноканальной системой финансирования, в рамках которой больнице оплачивается оказание соответствующих видов медицинской помощи.

Гражданин имеет право отказаться от государственного обеспечения в этой сфере, но система устроена таким образом, что отказаться можно только целиком, включая и другие госпитальные услуги. То есть либо пациент соглашается получить бесплатно то, что ему положено в рамках госгарантий, либо он хочет чего-то другого – но тогда оплачивает это исключительно за счёт собственных средств.

При этом подчеркну, что никакого принуждения тут быть не может. Более того, в случае, если возникает ситуация, когда травматолого-ортопедических коек в государственных столичных медучреждениях сократилось. Но любой профессионал, работающий в нашей области, подтвердит, что произошло это в связи с более интенсивным и эффективным использованием коечного фонда. Логика простая: человек, получающий высококвалифицированную медицинскую помощь, не должен неделями находиться в больнице. После операции ему необходима реабилитация, и заниматься этим должны соответствующие специалисты - опять же, с максимальной эффективностью. Именно такая система и создана в столичном сегменте отрасли. Наша служба не исключение.

Как известно, мы являемся хирургической специальностью. В этом случае в отделении, где, скажем, на 60 коек раньше в месяц можно было пролечить 300 больных, теперь при 40 койках медицинскую помощь получают 500 пациентов. Сокращению времени нахождения в больнице способствуют новые малоинвазивные технологии операций, благодаря которым и само оперативное вмешательство, и послеоперационный период проходят в гораздо более щадящем режиме для больного.

К тому же надо понимать, что уменьшение общего количества коек происходило не само по себе, а только после того, как мы оценили эффект от внедрения новейших технологий лечения. Уменьшило ли это доступность помощи для пациентов? Нет, конечно. Даже если сейчас пройти по травматологическому отделению того или иного столичного стационара, то свободные койки – явление будничное.

временно, это можно сделать и в стационаре. Всё необходимое для этого у нас есть, равно как и возможность обеспечивать пребывание пациента так долго, как это необходимо. Однако подчёркиваю: именно по медицинским показаниям, а не потому, что кому-то просто удобно «полежать недельку в больнице», поскольку неохота обращаться в поликлинику.

Хочу заметить, что даже при значительно сократившемся

Хочу заметить, что даже при значительно сократившемся времени пребывания в стационаре люди выписываются не «на улицу», как порой выражаются не вполне разбирающиеся в данном вопросе «эксперты», а направляются к профильным специалистам – реабилитологам. А значит – достаточно быстро возвращаются к полноценной жизни.

Изменилось и отношение к специальности. Если раньше про нас шутили, что «отечественные травматологи – самые травматичные в мире», то теперь так никто уже не шутит. Потому что знают: это люди с интеллектом, обладающие знаниями по смежным специальностям, умеющие работать на высочайшем профессиональном уровне и постоянно открывающие новые возможности лечения больных.

Например, ещё 10 лет назад у нас практически в зачаточном состоянии находилось использование артроскопических методов. Тогда, скажем, привычным было мнение, что «больной с повреждённым мениском поступает в больницу для его удаления»... А сегодня в абсолютном большинстве случаев мы сохраняем подвижность и функциональность коленного сустава, используя малоинвазивный метод опера-

Новые подходы

Расщепление памяти

«Он из Германии туманной привёз учёности плоды», – писал Пушкин, поминая, наверное, Гегеля и Канта, «промоутеров» агностицизма с его непознаваемостью объективного мира, уверявших, что наука лишь трактует феномены, воспринимаемые нами с помощью перцепции.

Агностики повторяют мысль, приписываемую многомудрому Сократу, наука же знает, что наши сенсоры, то есть органы чувств, весьма обманчивы, поэтому использует весь арсенал доступных методов. С.Тонегава получил Нобелевскую премию за описание генсистемы, управляющей синтезом белковых антител, обеспечивающих специфический иммунитет (приобретённый-адаптивный). Он развивается в течение приблизительно двух недель, которые необходимы для «созревания» В-лимфоцитов, ответственных за синтез защитных антител против кори, свинки и других вирусных заболеваний. После своего успеха исследователь Массачусетского технологического института не успокоился и занялся мозгом и его клетками, а в последние годы активно изучает механизмы памяти с помощью оптогенетики.

Память, как известно, формируется, хранится и по мере надобности извлекается путём воздействиявозбуждения особых клеток энграммы, или запечатления (engram). Долгие десятилетия нейробиологи полагали, что все три процесса краткосрочной и долговременной памяти осуществляются клетками энграммы, локализующимися в гиппокампе, или извилине морского конька, лежащей на основании височной доли, однако перцепция, как выяснил недавно Тонегава. обманывала учёных, чему способствовал повышенный интерес (в связи со старением населения) к болезни Альцгеймера и получение ген-модифицированных мышей с моделью этого нейродегенеративного заболевания. У таких мышей отложения токсичного амилоида, приводящие к гибели нейронов энграммы, накапливаются уже к 9-месячному возрасту, хотя в норме животные стареют к двум годам. Использование флуоресцентных белков позволило увидеть «оживление» таких клеток, приводящее к восстановлению утерянной памяти.

Память невозможна без коммуникации нейронов, для изучения которой сотрудники Корейского университета в Сеуле и их коллеги из Университета Женевы, а также Института нейронаук во Флориде предложили метод иТанго (iTango). Буква і означает индуцированный, или включённый с помощью нейромодуляторов белок зелёной флюоресценции, «высвечивая» специфические нервные клетки. Преимуществом нового подхода является возможность управлять возбуждением с помощью синего света. Такого рода переключатель



Допаминовые рецепторы (фиолетовый и зелёный) в синапсе, где соединяются отростки двух нейронов

активности знаменитых допаминовых нейронов, синтезирующих допамин/дофамин, гибель которых ведёт к болезни Паркинсона. Благодаря иТанго учёным удалось выявить две популяции допаминовых нейронов, возбуждение одной из которых ведёт к увеличению подвижности, теряемой при паркинсонизме, а другой - к «чувству» удовлетворения, проявляющегося поведением, которое связано с вознаграждением. Оптогенетика помогла исследователям активировать ионные белковые каналы в мембранах-оболочках нейронов, что позволило вызывать то или иное поведение мышей, в том числе и связанное с потреблением кокаина. Авторы полагают, что им удастся найти новые лекарственные мишени как для нервных, так и раковых заболеваний, не говоря уже об экспериментальных исследованиях. Исследование клеточных геномов показало гетерогенность клеток, в результате чего даже соседние клетки могут различаться по активности их генов. То же относится и к допаминовым нейронам, функциональное состояние которых определяется нейродом (Neurod) - белковым фактором специализации-дифференцировки нейронов. Выключение его гена приводит к гибели допаминовых нейронов, что также может приводить к развитию болезни Паркинсона.

Клетки энграммы Тонегава покрасил в красный и зелёный цвета, показав процесс консолидации долговременной памяти во времени. Оперативная память, как известно, формируется практически мгновенно, но затем требуется её

консолидация, для чего требуется нормальный сон. При этом память «отстаивается» и некоторое время пребывает в «молчащем» режиме. Это требуется для её созревания и транслокации в нейроны предлобной коры (PFC - Pre-Frontal Cortex). Тонегава установил, что на все эти сложные процессы требуется до двух недель, то есть тот же срок, что и для формирования иммунного антительного ответа и клеток долговременной иммунной памяти. На первый взгляд это может показаться удивительным, но следует помнить, что предшественники будущих иммунных клеток в ходе эмбрионального развития «выселяются» из верхних крыльев-сегментов формирующейся нервной трубки.

К тому же нейроны и лимфоциты определяют свой ответ на сигналы с помощью протеиновых рецепторов, встроенных в клеточную мембрану, имеющих внутренние каналы для проведения ионов. Свои сигналы в виде того же допамина нервные клетки посылают по клеточным аксонам, и выделение нейромодуляторов управляет «функционалом» клеток-мишеней - других нейронов или мышечных. Лимфоциты же атакуют чужеродные клетки (и раковые) тоже с помощью своих отростков, посредством которых к мишеням доставляются белки клеточной атаки. Есть и другие черты сходства этих «двоюродных»

> Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

> > По материалам Nature Methods, Science.

Комиссия Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России по присуждению ежегодных премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского в области сердечно-сосудистой хирургии объявляет лауреатов премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского за 2017 г.

Премии имени академика А.Н.Бакулева удостоен:

Николас Т.Качукас (Nicholas T.Kouchoukos) (США) – «За выдающийся личный вклад в развитие сердечно-сосудистой хирургии».

Премии имени академика РАМН В.И.Бураковского удостоен:

Роберт Мичлер (Robert E.Michler) (США) – «За выдающийся личный вклад в развитие сердечно-сосудистой хирургии».

Председатель комиссии по присуждению премий: Директор ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России – академик РАН **Л.Бокерия.**

Вручение премий состоится 22 мая 2017 г. в 10:00 по адресу: Москва, ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России, Рублёвское шоссе, 135, зал № 1.

Справки по телефону: (495) 414-75-73, (495) 414-75-51.

Bepcuu

Статины: ничего кроме пользы

Учёные из Оксфордского университета (Великобритания) заявили по результатам многолетних исследований, что статины (лекарства, снижающие концентрацию холестерина в крови) приносят гораздо больше пользы, чем вреда.

О негативном влиянии препаратов данной фармакологической группы на здоровье человека говорилось неоднократно: в одном исследовании выяснилось, что они повышают уровень агрессии, в другом - что увеличивается вероятность развития сахарного диабета. Однако, по словам профессора Рори Коллинза, одного из авторов научной работы, число людей, которые избежали инфарктов и инсультов благодаря статинам, намного выше, чем количество тех, кто пострадал от побочных эффектов этих препаратов.

Примечательно, что в 2013 г. учёные из Гарвардской медицинской школы (США) разместили статью в British Medical Journal, в которой утверждали, что статины вызывают побочные эффекты у каждого пятого принимающего их пациента. Позже газета опубликовала опровержение, в котором сообщалось, что данные, на которых основы-

вались специалисты из Гарварда, были не вполне корректными.

Однако эта и другие подобные статьи подорвали доверие пациентов. Во время публичных дискуссий по поводу статинов их переставали принимать и некоторые из тех людей, которым они были необходимы, что, разумеется, негативным образом сказывалось на их здоровье.

Р.Коллинз и его коллеги наблюдали 10 тыс. пациентов в течение 5 лет. За это время побочные эффекты появились лишь у 200 наблюдаемых, а помогли статины 1,5 тыс. больных. Учёные подчеркнули, что, таким образом, данные о побочных эффектах статинов сильно преувеличены и принимать их, несомненно, стоит. Чтобы избежать негативных последствий, достаточно было всего лишь прекратить приём статинов - а вот в случае инфаркта миокарда или инсульта, отметили научные сотрудники университета, эффект необратим.

Дэвид Вебб, глава Британского фармакологического общества, добавил, что, скорее всего, не соответствующие истине высказывания об опасности статинов унесли множество жизней.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам The Lancet.

Исследования:

A как там внутри?

Положение плода в утробе и рацион питания матери во время беременности могут оказать влияние на умственную деятельность человека в течение всей его жизни. Внутриутробная среда влияет на развитие коры головного мозга, которая несёт в себе множество функций, в частности управление эмоциями и процессом обучения. К такому выводу пришли исследователи Университета Конкордия (Канада), исследовав пары генетически идентичных близнецов от рождения и до подросткового возраста.

Как известно, развитие однояйцовых близнецов, имеющих общий генетический материал, зависит от многих экологических факторов, таких как срок нахождения в утробе и образ жизни матери. Кроме того, в ряде случаев каждый из близнецов находится в собственном амниотическом мешке, что приводит к некоторым различиям в развитии детей, в частности к разному весу новорождённых. В своём исследовании учёные обнаружили, что генетически идентичные близнецы, родившиеся с разным весом, имели различия в структуре коры головного мозга, причём эта связыникак не может быть объяснена наследственными различиями новорождённых.

Учёные проследили 52 пары близнецов, родившихся с разным весом, вплоть до подросткового возраста, периодически проводя сканирование коры головного мозга. В результате было обнаружено. что различия в корковой структуре таких близнецов не только не исчезли, но и усилились. Это и позволило сделать вывод, что процессы, происходящие в утробе матери, влияют на всё дальнейшее развитие человека. Так что молодой маме нужно как можно более тщательно следить за рационом питания и режимом дня, поскольку от этого, как выяснилось, зависит не только, как живёт малыш до рождения, но и как в дальнейшем проживёт всю свою жизнь.

Марк ВИНТЕР.
По материалам Reuters.

Иткрытия, находки

Учёные Института биохимии при Университете Цюриха нашли уникальное средство против рака молочной железы.

Терапия решает проблему «спящих» раковых клеток, которые способны спровоцировать рецидив заболевания. Она уничтожает все раковые клетки, что особенно актуально на поздних стадиях рака. Терапию уже успешно протестировали на мышах. Клинические испытания на людях должны начаться к концу этого года.

Раку нет шансов

Также стало известно, что 250 млн долл. будет вложено в поиски нового лекарства против рака. Речь идёт о развитии технологии редактирования генома, CRISPR. Она позволяет учёным точно вырезать фрагменты ДНК из живых клеток. И сейчас специалисты пытаются объединить данную технологию с иммунотерапией.

Уже готовится к проведению первое испытание на людях про-

тивораковой терапии на базе CRISPR. Идея проста: редактор генома изменит иммунные Т-клетки человека, чтобы те более эффективно смогли атаковать 3 типа рака (миелому, меланому, саркому). Пока ожидается проведение испытаний на безопасность подхода. В нём примут участие около 15 человек.

Кирилл ОРЛОВ. По материалам Xinhua. № 35 • 19. 5. 2017

Неизвестная инфекция или лихорадка Эбола?

Опасность исходит из далекой Либерии

Лихорадка, тошнота, рвота и диарея - такими далеко не специфическими симптомами сопровождается заболевание неустановленной этиологии, зарегистрированное в одном из районов Республики Либерия, граничащих со Сьерра-Леоне.

Об этом сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека со ссылкой на данные Всемирной организации здравоохранения и сведения руководства Республики Либерия. В конце апреля – начале мая среди взрослых жителей одного из её пограничных районов выявлено 28 случаев заболевания неустановленной этиологии, 12 из них завершились летальным исходом, уточняет Роспотребнадзор.

К расследованию подключены специалисты ВОЗ и других международных организаций. Сотрудники Российско-Гвинейского научно-исследовательского центра эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней (город Киндия, Гвинейская Республика) готовы к оказанию всесторонней помощи. Ситуация находится на контроле Роспотребнадзора.

ВОЗ связывает пока неизвестное смертельное заболевание в Либерии с отравлением на похоронах пищевыми продуктами или напитками. Результаты тестов указывают на «точечный источник инфекции», сообщил журналистам в Женеве представитель организации Тарик Ясаревич. Предположительно, по его словам, источником заражения стала еда или вода.

Результаты исследований на возбудитель лихорадки Эбола отрицательные.

В понедельник, 1 мая, ВОЗ выпустила сообщение, в котором говорилось, что большинство заболевших 22 апреля присутствовали на похоронах христианского лидера в городе Гринвилл. Здесь собрались люди из 6 округов. Некоторые из умерших скончались в больнице в округе Сино, в 4 часах езды от столицы республики – Монровии. Один человек умер в Монровии, четверо были выписаны, трое детей остаются в больнице Фрэнсиса Гранта в округе Сино.

Помимо тестов на лихорадку Эбола, их проверили на жёлтую лихорадку и лихорадку Ласса, но все эти болезни были исключены. Образцы были отправлены в американские центры по контролю и профилактике заболеваний в Атланте, специалисты которых заключили, что ряд признаков высокая смертность у детей, время между заражением и смертью - указывает на то, что

передача вируса произошла перорально или посредством взаимодействия с неким вредным веществом.

«Мы до сих пор не знаем, что их убило», - констатировал директор по связям Министерства здравоохранения Либерии Сорбор Джордж. Либерийские учёные рассчитывают, что международное сообщество поможет им определить, что это за болезнь. По сообщению пресс-службы ВОЗ, в настоящее время состояние госпитализированных пациентов стабилизировалось.

Гвинея и Сьерра-Леоне были в эпицентре вспышки Эболы, от которой с 2013 г. в этих странах умерли более 11 300 человек. ВОЗ объявила о победе над распространением Эболы в Либерии в июне 2016 г.

> Иван ВЕТЛУГИН. **МИА Cito!**

Есть и другая версия

Причиной смертельного заболевания неизвестной этиологии, возникшего в Республике Либерия и убившего 13 человек, могло быть заражение возбудителем менингита, заявили в Министерстве здравоохранения страны.

Как сообщает Reuters, анализы, взятые у четырёх жертв вспышки неизвестного заболевания в республике, дали положительный результат на серотип С менингококка (Neisseria meningitidis). Передающаяся, как известно, воздушно-капельным путём эта инфекция при отсутствии лечения убивает до 50% больных.

«Основываясь на результатах исследований в Центре по контролю за инфекционными заболеваниями в Атланте, США, мы считаем, что речь идёт о вспышке менингита в графстве Синоэ, которая распространилась потом на графства Монтсеррадо и Гранд-Баса», – заявила главный медицинский специалист правительства Либерии Бернис Дан. Она сообщила, что правительство рассматривает возможность массовой вакцинации от болезни. Исследования продолжаются.

> Иван ГЕРБИНСКИЙ. **МИА Cito!**

Гипотезы –

Гены мизантропии

социопатия могут быть связаны не только с ошибками социального развития, но и с неправильной работой гена, отвечающего за транспорт серотонина. Об этом сообщили исследователи из Боннского университета (Германия).

О том, что за психическими заболеваниями стоят генетические мутации, учёные подозревали довольно давно, однако никаких реальных доказательств такого предположения не существовало. так что задачей исследователей стал поиск одиночных генетических изменений любого уровня. включая изменения одного нуклеотида, простейшего генетического элемента.

Проведя анализ ДНК 321 пациента, подверженного приступам тревожности, учёные сравнили их с 804 образцами контрольной

Тревожное расстройство и группы. В ходе работы исследователи обнаружили факты, которые прямо указывали на значительную роль ДНК в развитии социальных расстройств. Команда Боннского университета обследовала в общей сложности 24 изменения, которые могли оказаться причиной тревожных расстройств и других социальных фобий.

Наиболее вероятным кандидатом на эту роль оказалась мутация в гене SLC6A4, принимающем участие в транспортировке серотонина по центральной нервной системе. То есть, пояснили учёные, причиной социофобии может оказаться недостаток «гормона счастья», который не попадает в центральную нервную систему из-за генетической мутации.

Примечательно, что, по данным благотворительного фонда Великобритании, тревожным расстройством, основа которого

- страх негативной оценки, страдает каждый десятый человек, причём в какой-то момент жизни этот синдром проявляется у 13% взрослого населения планеты. Эти люди испытывают учащённое сердцебиение, дрожь, одышку и приступы необъяснимой паники. Они. как правило, избегают больших групп людей, общаясь в основном через интернет, так что люди с подобными расстройствами, как правило, становятся «жителями» социальных сетей.

Долгое время считалось, что причиной тревожных расстройств являются социальные факторы, поэтому никаких способов определять группу риска на раннем этапе развития заболевания не существовало. Новое исследование даёт возможность генетически определять вероятность наступления тревожных состояний задолго до их проявлений, а значит, изначально уделять таким пациентам больше внимания.

Герман АКОДИС. По информации Daily Mail.

Рождённая в кишечнике

Учёные нашли новое подтверждение тому, что болезнь Паркинсона может начать развиваться в кишечнике ещё до того, как распространится на нейроны головного мозга. Доказательством этому стала более низкая заболеваемость среди пациентов, прошедших процедуру трункулярной ваготомии иссечения блуждающего нерва в области над диафрагмой. Такие пациенты на 40% реже заболевали болезнью Паркинсона в течение пятилетнего исследования.

Научной работой руководил Бо Инь Лю из Каролинского института в Швеции. Он и его коллеги проанализировали сведения из национальных регистров за 40 лет, чтобы сравнить состояние здоровья 9430 больных, прошедших полную или частичную ваготомию, с 377 200 людьми, блуждающие нервы которых не подвергались воздействию со стороны хирургов.

Сперва вероятность развития болезни Паркинсона в обеих группах была статистически эквивалентна, но затем исследователи уточнили «запрос» - они отдельно изучили данные по людям, которым делали селективную или полную ваготомию.

При селективной ваготомии риск развития болезни Паркинсона составлял 1,08%, при селективной трункулярной ваготомии - всего 0,78%. При этом те люди, кому ваготомию не делали, заболевали болезнью Паркинсона в 1,15% случаев за 5 лет наблюдений.

Таким образом, заключили специалисты, блуждающий нерв явно играет некоторую роль в развитии заболевания. Возможно, болезнь начинается в кишечнике, где белки начинают «вести себя» неправильно, а затем блуждающий нерв «передаёт» эту ошибку в го-

> Ян РИЦКИЙ. По информации Science Alert.

Почему бы и нет? —

Инсульт: помогут пауки



Яд пауков может защитить мозг от последствий инсульта. Об этом заявили исследователи из университетов Монаш и Квинсленда (оба - Австралия), проведя на лабораторных крысах испытание белка Ні1а, извлечённого из токсина смертельно ядовитого паука с острова Фрейзер, относящегося к «зелёному континенту».

Пауков выкопали из нор, в которых они обитали, отвезли в лабораторию, вынудили выпустить яд, собрали его пипеткой и выделили необходимый белок. Затем учёные препарировали ядовитые железы пауков и изучили процесс образование белка, чтобы воссоздать его в лабораторных условиях.

Исследуя воздействие белка на мозг крыс, учёные обнаружили, что Ні1а-ионные каналы чувствительны к кислотам, которые, по словам учёных, являются ключевыми факторами, вызывающими нарушение работы мозга после инсульта. Как заявили исследователи, белок обеспечивает защиту коры головного мозга, наиболее страдающей от недостатка кислорода, что, как правило, непоправимо из-за быстрой гибели клеток, вызванной

Использование в исследованиях паучьего яда учёные объясняют спецификой нервной системы. Многие из её нарушений связаны либо с дисфункцией ионных каналов (например при эпилепсии) либо с её избыточной активностью (при хронических болях или инсульте). Таким образом, для

лечения этих заболеваний необходимо использовать вещества, модулирующие нормальную активность ионных каналов. Яды мелких беспозвоночных, таких как пауки, многоножки и скорпионы, эволюционировали в процессе охоты на насекомых, совершенствуя воздействие на их нервную систему.

Нервная система человека более сложна и устроена не так, как у насекомых, поэтому вещества, парализующие работу ионных каналов у насекомых, могут быть полезными для человека. И действительно, на сегодняшний день вытяжки из яда пауков являются абсолютными модуляторами ионного канала мозга млекопитающих.

Как считают сами исследователи, результаты опытов вызывают «большие надежды на возможность лечения инсульта», однако данный метод ещё не тестировался на людях. Более того, по словам заместителя директора по научной работе Ассоциации изучения инсульта Кейта Холмса, исследование пока находится на ранней стадии.

Точной картины того, что происходит в мозгу человека, попрежнему нет, и пока непонятно, может ли данная терапия применяться на людях и стать в будущем успешным методом лечения негативных последствий инсульта, который в настоящее время является второй наиболее распространённой причиной смерти, вызывая около 6,7 млн смертей в год, или одну смерть каждые 5 секунд.

> Яков ЯНОВСКИЙ. По информации Science Daily.

«Злой человек джаза», «жёлтый негр» (одна из его бабок была китаянкой), бешеный, едкий, язвительный человек... Такой была и музыка Чарльза Мингуса, наполненная яростной грустью. Он с таким свирепым неистовством рвал струны контрабаса, что в течение концерта их приходилось неоднократно менять, и так глубоко вонзал в пол пику инструмента, что вокруг возникало крошево щепок, а доски сцены приходили в негодность. Его исполнительская манера отличалась сильным, напористым звуком: струны то стучали о гриф, то пронзительно скрипели под пальцами. Когда он играл, то часто плакал от ярости, склонив голову на деку инструмента.

В приступе музыкального безумия

Литератор и знаток джаза Д.Савицкий писал: «Называть музыку Мингуса композициями или пьесами – трудно. Это живые организмы, шумовые атаки, вопли толп. Бурный темперамент маэстро, его бескомпромиссность в музыке часто приводила к эксцессам на сцене и в студиях звукозаписи. Однажды он с пожарным топором гонялся по сцене за тромбонистом.

На характер творчества Мингуса влияла периодическая депрессия: вспышки бурной активности сменялись периодами почти полного бездействия и апатии. Многие считали музыканта странным. Мир белых приводил Мингуса в ярость. Само слово «белый» было в его устах ругательством. Белый цвет был для него отсутствием цвета – блеклой пустотой, невыразительной бледной немочью. Музыкант предпочитал оранжевый, называя его «цветом своего сердца».

Мингус родился в Аризоне, а вырос в Калифорнии – краю, где зреют апельсины. У него были светлая кожа и голубые глаза, как и у его отца, который был сыном негра-батрака и «шведской дамы из большого дома». А дед был сыном вождя африканского племени.

Мать Чарли умерла через полгода после его рождения от алкогольной кардиомиопатии. Ей было 34 года. Первое соприкосновение Мингуса с музыкой случилось в баптистской церкви, где 8-летним мальчиком он пел в хоре. «Я родился свингуя, пел, стиснув руки в церкви, когда был ребёнком», – вспоминал музыкант.

В его музыкальном развитии важную роль сыграла мачеха, Мамми Карсон. Она серьёзно занималась воспитанием детей и пасынка, разрешив им заниматься классической музыкой. Сводный брат выбрал испанскую гитару, а сёстры — скрипку и фортепьяно. Чарли, хотя он уже отлично играл по слуху на пианино, выбрал тромбон.

Первопроходец музыкальных пространств

Школа мало занимала Мингуса. Его интересовала только музыка, ему казалось, что он неплохо усвоил нотную грамоту, уроки которой получил от сводных сестёр. На деле же он читал с листа довольно медленно, но, обладая абсолютным

слухом, скорее угадывал ноты и делал это весьма точно. Мингус подружился с тромбонистом Б.Вудменом. Именно Вудмен посоветовал ему перейти с тромбона на виолончель, и Мингус начал играть в молодёжном оркестре городской филармонии. Он вспоминал: «То была эпоха Великой депрессии, в магазинах пластинок выбор был весьма ограничен. В основном это была музыка для белых, классиче-

предполагая, что станет первопроходцем новых музыкальных пространств.

В 1951 г., приехав в Нью-Йорк, он начал выступать в клубах. Мингус стал незаменимым контрабасистом в столице джаза. Его виртуозная техника, знание гармонии и мощный экспрессивный звук приспособили контрабас к языку бибопа, созданному Т.Монком, Паркером и Диззи Гиллеспи. Стиль Мингуса был

аргументы стали музыкальной идеологией грядущих перемен, назревавших в американском социуме. Опусы Мингуса предварили начало социального движения негров США за гражданские права.

Классик при жизни

Маэстро предпочитал коллективную импровизацию, считая важным то, что каждый участник ансамбля делает для группы в

В инвалидном кресле

В 1977 г. у контрабасиста был обнаружен боковой амиотрофический склероз (болезнь Лу Герига), характеризующийся прогрессирующим поражением двигательных нейронов, сопровождаемым параличом или парезом конечностей и атрофией мышц, в результате чего человек теряет способность передвигаться. К симптомам болезни

Болезни великих

Молитвы Мингуса

Произведения этого контрабасиста и композитора называли «живыми организмами», но сам он часто бывал на грани жизни и смерти



ская музыка. Я слушал Рихарда Штрауса, Дебюсси, Равеля, Баха и Бетховена». Тогда-то у Чарли появился новый гуру – Б.Коллетт, кларнетист, игравший и классику, и джаз. Коллетт посоветовал Мингусу ещё разок сменить инструмент на контрабас. «По крайней мере ты, - сказал он, начнёшь играть нашу музыку». Техники игры на виолончели и контрабасе сопоставимы. Мингус осваивал новый инструмент под руководством ведущего концертмейстера Нью-Йоркской филармонии Х.Рейншагена.

Неосуществлённые планы и нанесённые обиды сформировали стремление музыканта выразить себя посредством большого оркестра. У Мингуса было пристрастие к массивному звуку, и даже в небольших формах он выражал эту любовь к плотной насыщенной музыке. В его первых сочинениях доминировали оркестровое изобилие, лиризм и гармоническая сложность, обнаруживались явные симфонические амбиции. В этих работах было заметно влияние Эллингтона. Записанные на пластинку более чем через 20 лет после их написания, пьесы Мингуса говорят о «гибридном» искусстве, где соседствуют вдохновение, яркие образы, глубокие мысли и эмоциональная логика, не обременяющая себя рамками стиля. Музыкант говорил: «Моя музыка так же различна, как и мои чувства или сам мир, и одна композиция определённого плана выражает лишь незначительную часть мира моей музыки». В это время Мингус ещё считал себя адептом классической музыки и традиционного джаза, не

менее мелодичен, чем у других контрабасистов тех лет, ему была свойственна резкость, нетерпимость, страстность.

Со временем музыкант заинтересовался пьесами пианиста Л.Тристано. В этой стилистике был написан альбом Debut. Это музыка, которую тогда называли экспериментальной. В процессе развития темы исполнители приходили к общей импровизации, после чего мнимый хаос вновь уступал место строгой полифонии. Такая архитектоника композиций напоминает музыкальный рисунок молитв в храмах. Многие критики приняли альбом холодно. И отчасти это снова было продиктовано расистскими настроениями: считалось что Нью-Йорк - музыкальная территория белых. Но диск совершил переворот в умах прогрессивных джазменов В середине 1950-х годов Мингус создал собственные издательские и записывающие лейблы, дабы сохранить репертуар и защитить авторские права на него. Он собрал группу, позволившую молодым композиторам записываться и концертировать.

Его альбомы, сочетавшие джаз и классику, представляли Мингуса как одного из заметных джазовых композиторов, хотя джазовый мир ещё не привык к работам, содержащим интервенции в иные этнические архетипы, в итоге оказавшиеся продуктивными и перспективными музыкальными путями.

Музыка Мингуса несла в себе социальный протест против расовой дискриминации, с которой у маэстро были личные счёты. Его эмоциональные джазовые

целом. Приглашая музыкантов, Мингус оценивал не только их мастерство, но и учитывал особенности личности, стремясь к тому, чтобы уникальную музыку исполняли уникальные люди. Его оркестр - нестандартная формация в истории джаза. Этот могучий стиль узнаётся сразу. Характерная для композиций и аранжировок Мингуса взаимная диффузия идей и эмоций композитора и музыкантов; влияние, оказываемое ими друг на друга постоянный круговорот энергии, редчайший случай согласования идей автора и музыкантов-импровизаторов, думавших посвоему, но понимавших, что только единение душ рождает музыку сфер. Участники мингусовских формаций оставляли бибоп, дабы присоединиться к демиургу нового стиля, отличавшегося от всего, созданного ранее. Их влекло к мастеру, постигшему потенциал инструмента и секреты симфонии джазового звука. Так рождалась эта резкая, страстная музыка смесь красного и жёлтого.

В 1971 г. была выпущена автобиографическая книга Мингуса «Хуже последней собаки», несколько раз переиздававшаяся и после смерти автора. Он стал классиком при жизни. Числу премий и грантов, присуждённых ему, несть числа (Национальный фонд искусств, Смитсонианский институт, Фонд Гуггенхейма (дважды), почётная степень Института Брандейса, награда Йельского университета). С 1972 г. его музыка регулярно использовалась балетными труппами. Представитель Фонда Гуггенхейма однажды сказал: «Я жду того дня, когда мы сможем перейти границы определений типа «джаз» и признать Чарльза Мингуса величайшим американским композитором».

После смерти композитора был создан Фонд Мингуса, где теперь находятся все его работы (более 300 композиций, более сотни альбомов). Микрофильмы произведений переданы в музыкальный отдел Нью-Йоркской Публичной библиотеки. Библиотека Конгресса США купила полное собрание работ и вещей Мингуса, что в случае с джазовым композитором было сделано впервые. Когда маэстро попросили определить истоки своего дарования, он сказал, что его способности игры на контрабасе - результат работы, а талант композитора - от бога.

относятся не только неврологические признаки, среди которых для Мингуса роковыми стали поражения рук, затруднявшие действия, требующие гибкости пальцев и усилий кисти, но и тяжёлая депрессия – в ожидании неизбежной медленной смерти. Мингус перестал двигаться и сидел в инвалидном кресле. Он больше не мог играть на фортепиано или излагать свои произведения на бумаге. Музыкант не перестал слышать музыку Космоса, но в силу болезни потерял возможность отвечать ему.

Трудно представить себе, насколько мощные негативные эмоции испытывал этот неистовый человек, будучи лишённым возможности выражать себя в музыке. Чувства переполняли его, а он не мог канализировать их, как бывало прежде, когда он исполнял свои яростные композиции. Сформировалась модель алекситимии. (Этот термин переводится выражением: «без слов для испытываемых чувств»). Вербализация собственных эмоций посредством контрабаса, рояля и оркестра стала для Мингуса невозможной, что не могло не усиливать депрессию. которая часто становилась хозяином его психики, подвигая на самоубийство. Последние темы он сочинял, записывая их с голоса на магнитофон – жалкий суррогат для человека, мыслящего симфонически.

Чарльз Мингус умер в Мексике 5 января 1979 г. Согласно завещанию музыканта, его пепел был развеян над водами Ганга.

Главная работа Мингуса Epitaph – композиция, длящаяся два часа, - была обнаружена в ходе составления каталога его работ. New Yorker писал, что в джазе не было создано ничего подобного по значимости и масштабу. Мингус говорил, что написал пьесу «для своего надгробия», будучи уверенным, что проект не будет исполнен при его жизни. «Я играл классно просто для того, чтобы играть классно, не думая, что займу какое-либо место в истории», сказал как-то маэстро, и эти слова стали его напутствием для музыкантов.

Игорь ЯКУШЕВ, доцент Северного государственного медицинского университета.

Архангельск

Что вас позвало в медицину? Почему привлекло столь непростое, обязывающее к постоянной самоотдаче поприще?

- Врачевание мой жизненный выбор. Юношей в 1980 г. я окончил Афинский университет. Как кардиолог совершенствовал свои знания в парижской ординатуре. Продолжил обучение за океаном, в Бостоне. А затем вернулся в Париж, где стал углублённо исследовать болезни сердца, проблемы сердечной недостаточности, инсульта и пр. Тогда-то поймал себя на мысли: наша терапия порой создаёт для больного новые проблемы... Я начал специализироваться сначала в области сосудистого старения, а затем увлёкся общими проблемами геронтологии. 15 лет назад получил приглашение - возглавить в клинике Нанси отделение гериатрической медицины.
- Гериатрия это наука сочувствия, которая не зависит от расовых, религиозных воззрений человека. Речь идёт о жизни, её продолжительности, причём деятельной, без мрачных туч на горизонте.

- Больница, где я сегодня работаю, занимает верхние этажи Университетской клиники Парижа на площади Станислава. Наши пациенты в большинстве своём нуждаются в посторонней помощи. Моя задача – оценить их состояние, необходимое участие терапии в дни госпитализации, а затем формы ухода за человеком, когда наш подопечный покинет больничные стены. Конечно, многое предопределяет уровень медперсонала, тесная связь с отделением реабилитации и с другими службами клиники.

Старость не излечить. Но можно поддержать качество жизни. А для этого необходимо разбираться в механизме старения, той же сосудистой системы, уметь противостоять каскаду заболеваний, нарастающей хрупкости. У нас более 60 коек. Средний срок пребывания больных - 11 дней. Пациенты, - как правило, это люди, которым за 80 и 90 лет, - не тратят ни франка: лечение оплачивает государство из средств социального страхо-

- ...В Париже можно покататься на раритетном столетнем поезде - «летучем шотландце»... Но если ещё в строю вековая техника, то почему нельзя поддерживать в работоспособности многолетний человеческий организм?..
- Не секрет, что иные врачи не справляются со стрессами. вызванными бесконечными встречами с чужой болью. выгорают до срока. Что помогает вам держать высокую планку?
- Мне крупно повезло. Я всегда делал то, что мне по душе, занимался тем, что мне очень нравится. И когда постоянно умножал свои профессиональные знания в области кардиологии, преподавал, и когда встречал благодарные взгляды людей, которым сумел помочь уже будучи геронтологом... Благодарен судьбе за



У моего собеседника звучное имя, вобравшее в себя музыку мифов древней Греции: Атанасиус - «бессмертный», «неувядаемый». С улыбкой он поясняет:

– Родители словно бы предчувствовали, что их сын когданибудь станет крупным специалистов в области медицины, затрагивающей интересы миллионов людей старшего поколения.

Профессор А.Бенетос ныне - президент Международного общества сосудистого здоровья и старения, академический директор Общества гериатрической медицины Евросоюза. Российские медики, участники II Всероссийского конгресса по геронтологии и гериатрии, занятые воссозданием порушенного в недавние годы одного из важнейших направлений в здравоохранении, с большим интересом встретили его рассказ об опыте организации гериатрической помощи во Франции. Мне же как журналисту было интересно узнать, что помогает доктору поддерживать сквозь годы активный интерес к болевой проблеме времени...

Гериатр Атанасиус БЕНЕТОС:

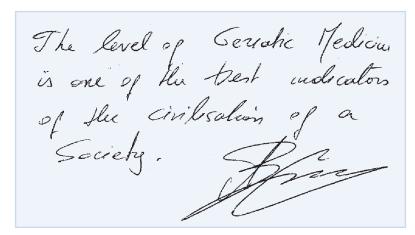
Когда-то баловался сигаретами. Однако вот уже 20 лет как завязал с курением. И это тоже позволяет мне в мои шесть десятков лет практически не чувствовать их.

Люблю открывать для себя новые горизонты. Когда дети были маленькими, мы исколесили Европу, показали им красоты разных стран. Страсть к путешествиям до сих пор не остыла.

- Вы человек общительный?

- К этому обязывает профессия. Отдыхаю, слушая классическую музыку. В детстве мечтал стать пианистом. Но родители с прохладцей встретили это намерение. Так я стал врачом. Когда приходят друзья, беру иногда в руки гитару. В выходные дни «для разрядки» не прочь побывать в кинотеатре, посмотреть хороший фильм. Много читаю.

Главное — самим не укорачивать свой век



встречи с интересными людьми. Одним из них был академик Евгений Чазов, прекрасный специалист-кардиолог, замечательный человек. Мы встречались с ним не однажды - на симпозиумах, в его кардиологическом центре, и я многому научился у него.

Сейчас я работаю в государственной клинике. У меня нормальная зарплата. Каждый день с радостью иду заниматься любимым делом. Рабочий день начинается в 8 часов утра. Львиную долю времени занимает обследование больных. Со службы ухожу, когда в парижском небе ярко горят ночные звёзды. И хотя каждый час требует постоянной собранности, не чувствую особой усталости. А ведь многие «выгорают» именно потому, что тратят до 30% своего времени на то, что им совсем не нравится...

- Наверное, многое определяется профессионализмом коллектива...

- Естественно. Человеку свойственно ошибаться. Но ошибка ошибке рознь, особенно когда речь идёт о контактах с больным человеком. Я отвечаю за персонал, которым руковожу, - не только за профессионализм, но и за каждоминутное поведение при

разговоре с пациентами. Старые люди имеют право быть порой капризными, но врач, медсестра должны быть всегда корректными, выдержанными. Взаимоотношения с пациентами - это непростая наука, о которой я не устаю напоминать, беседуя со своими молодыми коллегами. Очень важно чувство ответственности. При этом повторяю: «Если вы хотите строить карьеру - университетскую ли, врачебную, - делайте всё, чем вы заняты в настоящий момент, до мелочей хорошо. Это далеко не просто. Работа - порой изнурительный труд. Но вы сами выбрали для себя такое занятие, где прежде всего надо думать о других людях, ваших подопечных».

Есть мудрое замечание: ум гибнет не от износа, а от ржавчины неупотребления... Вот эту самую ржавчину как раз и не надо до-

- У Данте есть такое выражение: «Земную жизнь пройдя до половины, я очутился в сумрачном лесу...» Вам самому знакомо это чувство подавленности от осознания конечности отведённого нам времени?

 Непростой вопрос, на который не сразу и ответишь.

Старость - такая же функция нашей жизни, как и молодость. Она приносит свои дары. Человек как бы замедляет своё стремительное движение и заново созерцает прожитое, перелистывая страницы минувших лет. И в этом скрыты свои радости.

Гериатрия – наука долголетия. Она не обещает вечности. Она нацелена на то, чтобы научить человека не укорачивать того срока. который подарен нам судьбой. И в этом за последние полвека учёные, медики во многом преуспели. Возьмите того же Данте... «Земную жизнь пройдя до половины...» Для поэта - это 35 лет, рубеж «от» и «до», когда уже надо подводить итоги пройденного. Цифры средневековья. А сегодня рядом с нами всё больше долгожителей. В Европе никого не удивляет возраст и 80, и 90 лет. В той же Франции средняя продолжительность жизни женщин ныне составляет 81 год.

Вот и я, в свои 60, совсем не чувствую груза лет. Меня согревает моя семья, интересная работа. взаимодействие с коллегами. Так что «сумрачный лес» от меня далёк...

В семье есть ваши профессиональные последователи?

 Прежде всего это моя супруга. Она тоже работает гериатром. У нас четверо детей – три девочки и мальчик. Сын решил стать архитектором. Одна дочка по примеру отца посвятила себя медицине. Подрастает внук. Какой он изберёт для себя профессиональный путь, пока вопрос открытый...

- И всё же, каким образом поддерживаете рабочую форму?

 Считаю очень важным не забывать о физической активности. Люблю ходить. Не каждый день, но время от времени пешком одолеваю подъём на 15-й этаж...

Конечно, приходится перелопачивать массу профессиональной литературы, чтобы быть в курсе новаций сегодняшней медицины. Но остаётся время и на художественную литературу, на поэзию.

- А как с алкоголем?

- Ироничный Марк Твен както не без лукавства заметил: «Единственный способ сохранить здоровье - это есть то, чего не хочешь, пить то, чего не любишь, и делать то, что не нравится». Хорошее вино, и это доказано веками, в разумных количествах не вредит здоровью. Почему же от него надо отказываться?

Поддерживать хорошее самочувствие мне помогает средиземноморская кухня. А она, как известно, щедро включает в себя разнообразную гамму свежих овощей, фруктов. И, конечно же, важным её ингредиентом выступает оливковое масло. Могу похвастаться: я сам как настоящий грек умею перерабатывать оливки в прекрасное масло. Делаю это, разумеется, не для торговли, а для семьи, чтобы угостить друзей, когда они приходят в гости.

– Ваш девиз по жизни?..

 Чтобы следать правидьный выбор, надо хорошо подумать, тогда вы не будете осуждать себя. А вообще своё кредо я изложил в автографе, который открывает нашу беседу: «Уровень гериатрической медицины является одним из наилучших индикаторов цивилизованности любого общества».

У россиян когда-то - мне рассказали об этом мои новые коллеги, с которыми я познакомился в Москве, – было популярным такое понятие: «добропамятность». Оно, как мне представляется, отлично воплощает в себе то, о чём я говорю сегодня.

> Михаил ГЛУХОВСКИЙ, корр. «МГ». Фото автора.

автодорога частиям», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-04-00375 Тираж 23 942 якз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Материалы, помеченные значком \square , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответс Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красного автодорога «Балтия», 23 км,

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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

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

Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286;