

Работают мастера

## Аритмию оперирует робот

Это позволяет серьёзно снизить риск осложнений



В Национальном медицинском исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина подвели трёхлетние итоги использования роботизированной навигационной системы во время операций по поводу нарушений ритма сердца.

По словам ведущего научного сотрудника отделения интервенционной кардиологии доктора медицинских наук Александра Романова, данная система позволяет проводить радиочастотную абляцию с высокой безопасностью и эффективностью при всех формах нару-

Точность манипуляций хирурга резко возрастает

шений ритма сердца. А её основное преимущество в том, что роботизированная навигация обеспечивает точное позиционирование катетера, то есть снижает риск осложнений во время процедуры.

— Благодаря высокой гибкости и подвижности катетера хирург может достичь даже труднодоступных участков сердца и максимально корректно воздействовать на очаги возникновения нарушений ритма. Нам удалось снизить процент интраоперационных осложнений до нуля, — подчёркивает А.Романов.

На сегодняшний день роботизированная технология лечения аритмий наиболее развита в скандинавских странах: Финляндии, Норвегии, Дании. В России её активно применяют пока только новосибирские специалисты. За 3 года в исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина с помощью робота прооперированы 500 пациентов с нарушениями сердечного ритма.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото предоставлено  
НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина.

Сотрудничество

## Бесплатное лечение для иммигрантов

Глава Минздрава России Вероника Скворцова заявила, что трудовые мигранты из стран Евразийского экономического союза и члены их семей будут обеспечиваться в России полным бесплатным медицинским страхованием.

На открытии III российско-армянского форума по здравоохранению В.Скворцова рассказала о том, что соответствующее соглашение уже подготовлено: трудовые мигранты будут обеспечиваться полисами ОМС. Они не будут платить страховых взносов на медицинские услуги, но и будут рас-

пространяться и на членов их семей, подчеркнула министр.

— Приобретение полиса ОМС каждым работающим мигрантом приведёт к тому, что он сможет пользоваться всем объёмом медицинской помощи, как и гражданин РФ, бесплатно, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, — подчеркнула министр.

В.Скворцова отметила, что полис для мигрантов будет приобретать работодатель, как это делается в случае с гражданами России: сами рабочие не будут платить страховых взносов. На сегодняшний день условием по-

лучения патента на работу для трудового мигранта является приобретение полиса ДМС. В рамках международных соглашений граждане других стран, работающие на территории России, могут бесплатно получать скорую медицинскую помощь и экстренные медицинские услуги, в том числе срочные операции и родовспоможение.

В Евразийский экономический союз входят Россия, Армения, Белоруссия, Киргизия и Казахстан, а также с апреля 2017 г. статусом наблюдателя союза обладает Молдавия.

Александра БЕРЧЕНКО.  
МИА Сити!

Вероника СКВОРЦОВА,  
министр здравоохранения РФ:

Опыт комплексного развития ядерной медицины в такой большой стране, как Россия, несомненно, будет полезен международному сообществу.

Стр. 4



Сергей ГАВРИЛОВ,  
председатель Комитета Госдумы  
РФ по развитию гражданского  
общества, вопросам религиозных  
и общественных объединений:

Благодарность — это наша традиционная ценность, абсолютно органичная нравственная черта нашего народа.

Стр. 5



Георгий НОВИКОВ,  
председатель правления  
Российской ассоциации  
паллиативной медицины,  
доктор медицинских наук:

Стратегия развития службы ПМП должна быть основана на разработке и внедрении региональных моделей оказания ПМП с учётом географических, эпидемиологических и экономических особенностей страны.

Стр. 6



Чрезвычайное происшествие

## Трагедия на переезде

Как сообщили очевидцы, транспортное средство заглохло на переезде. После этого был незамедлительно включён заградительный сигнал, предупреждающий бригады поездов об имеющейся на пути преграде.

В РЖД сообщили, что машинист пассажирского поезда Санкт-Петербург — Нижний Новгород подавал транспортному средству звуковые и световые сигналы. Ему также пришлось прибегнуть к экстремному торможению, но избежать столкновения не удалось: расстояние было слишком небольшим. В страшной аварии пострадали в основном граждане Узбекистана. Большинство из них при столкновении спали, так как в салоне автобуса вместо кресел были установлены в основном лежаки.

Согласно данным центра медицины катастроф Владимирской области, погибли 16 человек.

В настоящее время в медицинских организациях находятся 4 пострадавших, в том числе 2 детей. Им проведены заочные консультации с привлечением главного специалиста реаниматолога Минздрава России И.Молчанова. По поручению министра здравоохранения РФ В.Скворцовой для осуществления очной консультации пострадавших детей, находящихся в крайне тяжёлом состоянии, вертолёт МЧС России во Владимирскую область направлена бригада специалистов Научно-иссле-

довательского института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы в составе врачей анестезиолога-реаниматолога, детского хирурга и нейрохирурга.

Медицинские организации, оказывающие помощь пострадавшим, полностью обеспечены донорской кровью и её компонентами, кровезаменителями, а также лекарственными препаратами и медицинскими изделиями. Необходимая медицинская помощь пострадавшим оказывается в полном объёме.

Губернатор Владимирской области Светлана Орлова выразила особую благодарность работникам скорой медицинской помощи за оперативную работу и своевременное оказание необходимой помощи пострадавшим в результате катастрофы на железнодорожном переезде в городе Покрове.

В эвакуации людей участвовало 5 бригад скорой медицинской помощи Пестушинской районной больницы. Первый автомобиль, находившийся поблизости, прибыл на место катастрофы уже через 3 минуты после вызова.

Как сообщает МЧС России, граждане Узбекистана, попавшие в ДТП с автобусом и поездом во Владимирской области, уже отправлены самолётом в Термез. Этим же спецрейсом в Узбекистан будут доставлены и тела опознанных погибших.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сити!



## Новости

## Экстренная помощь на высоте

Специалисты воронежского центра медицины катастроф выполнили на выездах 26 экстренных операций.

А всего с 7 августа по 17 сентября специализированные бригады центра медицины катастроф обслужили 354 вызова. При этом с использованием воздушного транспорта оказана помощь 45 пациентам. На вертолёте Еврокоптер ЕС135 в медицинские организации первого уровня транспортировано 42 человека, в том числе 8 детей. Из них 4 ребёнка для оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи были доставлены в столичные центры: Научный центр здоровья детей, Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, детскую городскую клиническую больницу святого Владимира Департамента здравоохранения Москвы, Российской детскую клиническую больницу. С помощью реанимобилей обслужено 155 вызовов, транспортировано 95 человек.

В тех случаях, когда пациент находится в крайне тяжёлом состоянии и его невозможно перевезти в специализированное лечебное учреждение, врачи центра совершают оперативные вмешательства на выезде. За 6 недель специалисты провели 26 сложнейших операций, 12 из которых нейрохирургические. Кроме того, врачи провели 175 консультаций, из них 66 с применением телемедицины.

— Благодаря телемедицинским технологиям сразу после обследования пациента в районной больнице у нас есть возможность увидеть результаты и на их основе принять обдуманное решение по дальнейшей тактике лечения. В экстренных случаях, когда требуется оперативное вмешательство на месте, специалисты центра оперируют не «вслепую», перед выездом они более чётко представляют объём предстоящей операции, — отметил Игорь Воробьёв, заместитель главного врача по медицинской части Воронежского центра медицины катастроф.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронеж.

## Аневризму и бляшку удалили одновременно

В Региональном сосудистом центре Республики Кабардино-Балкария выполнена редкая нейрохирургическая операция.

У пациента, который находился на лечении в неврологическом отделении Республиканской клинической больницы, при обследовании выявили сразу две опасные для жизни патологии: аневризму средней мозговой артерии и стенозирующую холестериную бляшку на сосудах шеи. Последовательное хирургическое удаление одной из двух патологий могло привести к летальному исходу из-за обострения другой. Отказ от операции также мог привести к непредсказуемым последствиям. По итогам консилиума было решено удалить и аневризму, и бляшку одновременно.

Сложная операция прошла успешно, пациент — житель посёлка Эльбрус Хамзат Байдаев — уже на следующий день мог вставать и самостоятельно передвигаться. «Чувствую себя нормально, спасибо врачам», — говорит он.

Операцию выполнили заведующий первым нейрохирургическим отделением нейрохирургии Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Виктор Лукьянчиков, руководитель сосудистого центра Заур Кожаяев, нейрохирург Руслан Хасаов, анестезиолог Жанна Гекиева.

Как отметил З.Кожаяев, в сосудистом центре в последние годы успешно делают операции по удалению аневризм и холестериновых бляшек на сосудах шеи. Но успешное одновременное хирургическое решение этих двух проблем — редкость.

Алексей ПИМШИН.

Нальчик.

## Два десятилетия позади...

В честь 20-летия филиала перинатального центра краевой клинической больницы № 2 для детей устроили праздник. За это время в нём выходили более 12,5 тыс. детей. Половина из них — недоношенные, 390 новорожденных весом меньше килограмма. Здесь их называют ранними пташками.

Празднование юбилея было больше похоже на утренник в детском саду. Аниматоры развлекали малышей. Дети и родители пришли сюда, чтобы сказать врачам спасибо. Семья Зеленских присутствовала в полном составе. Восемь лет назад врачи центра помогли выходить младшую дочь Екатерину, тогда она весила 650 г. Сегодня уже ходит в школу.

— Это совершенно новый подход к жизни глубоко недоношенного ребёнка. 30 лет назад ребёнок с массой тела менее 1 кг рассматривался как маложизнеспособный человек, сегодняшний опыт показал, что таких детей более 300 — и они здоровы, счастливы, создают семьи, приносят пользу обществу, живут! Спасая жизни, врачи формируют новое мышление и фактически создают новую реальность, — отметил главный врач ККБ № 2 Григорий Пенжоян.

За многочисленные заслуги персонал центра наградили почётными грамотами, а бывшие воспитанники в качестве благодарности представили небольшую концертную программу.

Ольга ЛЫЖНИК.

Краснодар.

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

## Инициатива

**Благотворительный фонд спасения тяжелобольных детей «Линия жизни» открывает новые направления своей медицинской программы «ИВЛ на дому» и «Эндопротезирование при костных саркомах».**

— Сегодня в это трудно поверить, но всего лишь 12 лет назад у нас в стране практически отсутствовала эндоваскулярная медицина, — говорит президент фонда Фаина Захарова. — Поэтому фонд с 2004 г. помогал детям с диагнозами «врождённые пороки сердца» и «аритмии». За 12 лет при непосредственном участии «Линии жизни» было прооперировано более 7,5 тыс. детей, организованы десятки мастер-классов по обучению российских врачей новейшим методам.



Выступает Е.Байбарина

— Кардиологическая программа была закрыта, — вступает в разговор директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина. — Государство сегодня может обеспечить всех необходимым лечением по этому профилю. Фонд взялся за другую, крайне сложную тему. После встречи руководства фонда с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой было определено, что фонд будет помогать в оказании паллиативной помощи. Всё это было оформлено в виде пилотного проекта. В нём

ИВЛ на дому  
В партнёрстве с Минздравом России

Спикеры ответили на многочисленные вопросы журналистов

участвуют республики Башкортостан, Бурятия, Чувашия, Коми, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Свердловская, Новосибирская, Астраханская, Челябинская области. Больные дети, нуждающиеся в искусственной вентиляции лёгких, смогут находиться дома, а родители будут ухаживать за ними.

Безусловно, это было непросто. Купить аппарат ИВЛ и «расходники» к нему явно недостаточно. Его нельзя было передать в неподготовленную семью, где родители не научились ухаживать за больным ребёнком. Ведь на них возлагается большая ответственность, вести больного ребёнка в домашних условиях, когда он нуждается в проведении реанимационных мероприятий. Для этого нужно было создать специальные условия, поддерживать надлежащую чистоту, обладать определёнными навыками. Пилотный проект позволит отработать правильный механизм, как к этому подготовить условия и знания родителей.

— Мы не хотим прийти к созданию проблемы, вместо того чтобы решить её, — подчеркнула Е.Байбарина. — Специалисты фонда вместе с министерством выработали критерии, по которым были отобраны территории пилотного проекта. Была проведена большая подготовительная работа. По большому счёту, ведь

открывались отделения реанимации на дому.

Ещё в 2015 г. Минздрав России выпустил порядок оказания паллиативной помощи. В нём предусматривалась организация амбулаторного паллиативного отделения, в котором есть ставка врача-реаниматолога. В этом ведомственном документе прописывались необходимые моменты, чтобы оказывать помощь маленьким пациентам, которых пока нельзя вылечить. Но улучшить их качество жизни можно. Совместно с фондом была отработана форма договора с родителями. Сегодня уже 13 детей обеспечены аппаратом ИВЛ в домашних условиях.

Другим сложным направлением сотрудничества министерства с фондом стало эндопротезирование при костных саркомах. Протезы, которые устанавливаются пациентам с диагнозом «саркома», позволяют избежать ампутации и возвращают ребёнка к полноценной здоровой жизни. Таким образом, дети, которые раньше годами лежали в больницах, смогут быть рядом со своими родителями.

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».Фото  
Кирьяна ОЛЕГОВА.

## ОМС: реальность и перспективы

## Параметры проекта бюджета ФОМС

**Одним из возможных вариантов сокращения кредиторской задолженности медицинских организаций могло бы стать освобождение медицинских организаций от налогов на имущество и землю.**

Такое предложение озвучила председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко в ходе заседания Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, на котором рассматривался проект федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 г. и на плановый период 2019-2020 гг.»

Руководитель ФОМС призвала депутатов воспользоваться своими полномочиями и рассмотреть возможность изменений налогового законодательства.

Н.Стадченко доложила членам Комитета по охране здоровья об основных параметрах главного финансового документа ФОМС. «Проект бюджета Федерального фонда ОМС составлен по базовому варианту прогноза от 20 сентября

2017 г. Доходы в 2018 г. составят 1 трлн 888 млрд руб., в 2019 г. — 1 трлн 993 млрд, в 2020 г. — уже 2 трлн 139 млрд. Прирост доходов в 2018 г. составит около 182 млрд, в 2019 г. — 105 млрд, в 2020 г. — 146 млрд», — сообщила глава ФОМС. Она также обратила внимание парламентариев, что бюджет Федерального фонда ОМС на 2018-2019 гг. балансируется переходящими остатками текущего года.

Говоря о расходной части бюджета, Н.Стадченко отметила, что расходы ФОМС в 2018 г. планируются в объёме 1 трлн 994 млрд, в 2019 г. — 2 трлн 61 млрд, в 2020 г. — 2 трлн 139 млрд руб. «В этих расходах предусматривается субвенция на 2018 г. в размере 1 трлн 871 млрд руб. Прирост субвенции составляет 333 млрд, или 21,7%», — уточнила она, особо обратив внимание парламентариев, что в приросте субвенции в полном объёме заложено увеличение с 1 января 2018 г. заработной платы для медицинских работников. В соответствии с Майскими указами Президента РФ зарплата врачей составит 200% по экономике региона, зарплата

среднего и младшего медицинского персонала — 100%.

Говоря о подушевом нормативе финансирования базовой программы ОМС, Н.Стадченко сообщила, что в 2018 г. он составит 10 812 руб. 70 коп., в 2019 г. — 11 209 руб. 30 коп. и в 2020 г. — 11 657 руб. 70 коп.

— Подушевой норматив финансирования лёг в основу программы государственных гарантий, утверждаемой постановлением Правительства РФ. Безусловным приоритетом является финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи. И при сохранении нормативов объёма медицинской помощи финансирование амбулаторной помощи увеличивается на 20%, скорой медицинской помощи и дневных стационаров на 23%. Особое внимание уделено развитию медицинской реабилитации, финансирование которой увеличивается на 40% при росте объёмов на 23%, — подчеркнула председатель ФОМС.

Ксения САПОЖНИКОВА,  
внешт. корр. «МГ».



## Деловые встречи

## Кто поможет новой медицине?

**В Москве прошло, пожалуй, одно из действительно значимых событий в российской медицине – на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова состоялся Первый международный инвестиционный форум (ММИФ-2017).**

За последние 2-3 года ситуация в современной медицине с приходом новых технологий резко поменялась в лучшую сторону. Но тут же возникли вопросы – а откуда появятся инвестиции, чтобы медицинская помощь оказывалась на самом современном уровне? Как будут взаимодействовать, скажем, Министерство здравоохранения и Министерство торговли РФ, бизнес и государство? На все эти вопросы и призван ответить ММИФ-2017, цель которого – поиск путей государственного стимулирования инвестиций в фармацевтическую и медицинскую промышленность, выработка конкретных предложений по созданию благоприятных условий для капиталовложений в российскую медицину, а также коммерциализация качественных медицинских проектов.

Такой форум действительно необходим, поскольку все медики, чиновники и бизнесмены стремятся достичь новых результатов на благо основного богатства страны – здоровья российских граждан. Здесь собрались представители различных направлений для формирования новой модели здравоохранения в России – новых направлений в медицинской науке и практике.

Председатель форума, заместитель Председателя Совета Федерации Федерального Собрания РФ Галина Карелова была идейным вдохновителем этого собрания, в котором участвовали более 500 человек – учёные, представители власти, руководители ведущих инвестиционных компаний. СФ активно занимается вопросами инвестиционного развития социальной сферы, и в первую очередь в области здравоохранения. Подобные форумы будут проходить и далее для того, чтобы предоставить мощную презентационную площадку для инвестиционных проектов субъектов РФ. И здесь самое трудное –

финансовое обеспечение тех проектов, которые появляются на Федеральном уровне. А с развитием науки и технологий эта тема: «где взять деньги?» становится всё актуальнее.

– Поэтому возникла необходимость в принятии закона о государственно-частном партнёрстве (ГЧП). Закон способствовал тому, чтобы ГЧП приобрело особое развитие и помогло решить вопрос с проектами в социальной сфере, которых на сегодняшний день более трёхсот, – отметила Г.Карелова. Власти заинтересованы в том, чтобы каждый регион нашей страны развивался прогрессивно, и прежде всего в области здравоохранения, повысить качество которого без технических и технологических преобразований просто невозможно.

Заместитель министра здравоохранения Сергей Краевой заявил следующее: «Основная задача государства – заботиться о своих гражданах, а здравоохранение в этой заботе занимает одно из самых первых и чувствительных мест. Человеку важно, что он в любое время и в полном объёме может получить высококачественную медицинскую услугу, которая будет подкреплена самыми действенными лекарственными препаратами, лучшими медицинскими изделиями, современной диагностической техникой, что позволит жить не только долго, но и качественно и активно. Однако для этого нужны большие затраты, не сопоставимые с бюджетом любого государства».

Поэтому так необходимо привлекать частные инвестиции. Это могут быть различные виды новых медицинских инфраструктур, новые варианты оказания медицинской помощи населению. И здесь необходимо соблюдение интересов всех участников этого процесса: государства, гражданина, государства и инвестора или бизнеса. Помочь этому – основная задача данного форума.

Советник Президента РФ Герман Клименко остановился на вопросах телемедицины. Любой диалог между медиками и отраслью, отличной от здравоохранения, всегда был сложным. А инвесторам необходимо решить проблему безопасности инвестиций с получением инте-

ресующей прибыли и законность своих вложений. Поэтому закон о телемедицине принимался почти 20 лет. Но и телемедицина, и цифровая медицина необходима для улучшения качества здоровья наших граждан, особенно в малых городах и удалённых населённых пунктах. Тут же возникает вопрос и о повышении квалификации медиков – медицинская техника развивается очень быстро, и врачи за ней не всегда успевают.

– Международный медицинский форум – одна из немногих дискуссионных площадок, на которой можно не только обсудить «горячие» точки здравоохранения, но и рассказать о современных экономических возможностях ведущих российских и зарубежных инвестиционных компаний, банков, научно-исследовательских институтов в области биотехнологий и медицины. Несмотря на то, что мы живём в эпоху высоких технологий, до сих пор остаются неизлечимыми многие заболевания, которые существовали ещё несколько столетий назад. Поэтому мы стараемся привлечь внимание к этой проблеме и сосредоточить бизнес-инвестиции на разработке нового медицинского оборудования и препаратов, – такими словами поприветствовал собравшихся ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко.

Показательным стал факт подписания во время работы форума соглашения об основных условиях сделки между представителями Первого МГМУ им. И.М.Сеченова и российским венчурным фондом Primer Capital. По условиям соглашения фонд получил права на интеллектуальную собственность Сеченовского университета в обмен на инвестиции в первый потенциальный лекарственный препарат для лечения целиакии (наследственной непереносимости глютена). Препарат создан группой исследователей из Института молекулярной медицины Первого Меда. В его основе лежит фермент пшеницы тритикаин-альфа, способный расщеплять глютенные белки на короткие пептиды, которые хорошо усваиваются кишечником, не нанося вреда организму.

**Вячеслав СВАЛЬНОВ,**  
корр. «МГ».

## Назначения

## Во главе медицинского отделения РАН

**Академик Владимир Стародубов, возглавляющий Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, избран академиком – секретарём отделения медицинских наук Российской академии наук. 10 октября 2017 г. он вступит в должность. В.Стародубов избран также в состав президиума РАН.**

В.Стародубов 1950 г. рождения, окончил в 1973 г. Свердловский медицинский институт по специальности «лечебно-профилактическое дело». Работал хирургом, возглавлял ряд медучреждений и занимал руководящие должности в органах здравоохранения Свердловской области.

В 1989 г. назначен начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Минздрава РСФСР, с 1990 г. – заместитель министра здравоохранения РСФСР. Одновременно с 1994 г. заведовал кафедрами Российского государственного медицинского университета, защитил докторскую диссертацию на тему «Научное обоснование развития здравоохранения в условиях социально-экономических реформ».

Возглавлял Министерство здравоохранения РФ, был представителем Российской Федерации в ис-

полкоме Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

С 6 августа 1999 г. возглавил вновь созданный Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России.

В 2004-2008 гг. – заместитель, первый заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ.

В марте 2011 г. избран вице-президентом Российской академии медицинских наук, занимал эту должность до сентября 2017 г.

Заслуженный врач РФ, автор более 200 научных работ, в том числе 12 монографий, 5 книг, 9 руководств и учебных пособий.

Награждён Орденом «За заслуги перед Отечеством» 4-й степени и Орденом Почёта, медалями.

Медицинское отделение РАН – бывшая Российская академия медицинских наук. Реорганизация научных институтов страны произошла в 2014 г.

Назначение в медицинском отделении РАН получил также директор Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского Юрий Белов – кардиохирург, выпускник Самарского государственного медицинского университета, академик РАН. Кроме того, он возглавил секцию клинической медицины.

**Соб. инф.**

## Конкурсы

Нам нужен  
Звёздный памятник

**В ближайшие дни в Москве состоится очередное торжественное событие – церемония награждения победителей Всероссийского конкурса «Лучший врач»-2017. Это почётное звание носят уже почти тысяча докторов, чья жизнь, профессиональный опыт отданы самой благородной профессии на земле – лечению людей и возвращению им здоровья.**

А началось всё в далёком 2000 г., когда по инициативе Министерства здравоохранения РФ, Профсоюза работников здравоохранения и коллектива «Медицинской газеты» был учреждён этот конкурс. У истоков его стояли выдающиеся врачи, имена которых знает вся страна. Это экс-министр здравоохранения РФ, первым благословивший начинание, нынешний президент Российского национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ Юрий Шевченко, заместитель министра РФ Анатолий Вялков, академики РАН Андрей Воробьёв, Владимир Стародубов, Николай Володин, Игорь Денисов, ушедшие от нас Татьяна Дмитриева, Владимир Кулаков и многие другие.

Сколько счастливых лиц победителей, получивших высшую награду конкурса, – статуэтку «Хрустальная Гигиена», дипломы, – видели мы за эти годы, сколько врачей страны вдруг осознали, что государство по-настоящему ценит их труд. С какой радостью встречали награждённых коллеги в регионах, о чём они писали нам в «МГ», победители становились героями в своих республиках, городах, посёлках. А число желающих побороться за звание лучшего врача страны росло год от года. В первый год из 300 претендентов награду получили лишь 11, а сегодня из 700 в 29 номинациях – уже 100 докторов.

Знаменательным для конкурса стал 2010 г., когда председатель правительства России Владимир Путин, открывавший в Доме музыки наш конкурс, объявил, что им принято решение о денежном награждении победителей – первая премия 500 тыс. руб., вторая – 300 тыс., третья – 200 тыс. Зал тогда взорвался аплодисментами. О победителях конкурса была издана книга с хроникой событий «Хрустальная Богиня для врача».

Сегодня лучшие врачи России трудятся не только в крупных городах, но и в сельских районах, самых отдалённых регионах страны и даже «на краю света». Они отдают свой опыт, знания, профессионализм, доброту и внимание своим пациентам. Рядом с лучшими сотни тысяч коллег несут свою повседневную вахту и днём, и ночью. И встаёт закономерный вопрос – «А почему бы нам не увековечить их заслуженный труд памятником «Лучшему врачу России» – за благородный труд, служение своему народу, любовь к тем, кто нуждается в их повседневной помощи? Тем более место, где его можно установить, само этого просит. Это уютный, небольшой бульвар на Неглинной улице, что рядом с Министерством здравоохранения РФ, где ежедневно бывают десятки служителей Гигиены, Гиппократы, и которые наверняка готовы ему поклониться, положить к подножию скромные цветы. Давайте подумаем об этом, давайте объединимся и ещё раз докажем нашим докторам своё уважение, любовь и почитание за их неимоверно тяжёлый и ответственный труд.

**Валентина ЗАЙЦЕВА,**  
член Центральной конкурсной комиссии Всероссийского конкурса «Лучший врач», редактор отдела здравоохранения «МГ».

## Подписка-2018

## Старт подписной кампании



## Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

**Подписные индексы:**

**42797** – на год;

**32289** – на полугодие;

**50075** – на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: **mg.podpiska@mail.ru** или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, 681-35-96, 8-916-271-08-13.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgz.ru**



## Акценты

**Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на научном форуме Международного агентства по атомной энергии (МАГАТЭ) «Ядерные методы и здоровье человека: профилактика, диагностика и лечение», который прошёл в Вене.**

– МАГАТЭ концентрирует и обобщает более чем 50-летний опыт применения ядерных технологий в медицине, – сказала она. – Следует с признательностью отметить основополагающую роль этой мощной международной структуры для комплексного развития ядерной медицины с соблюдением необходимых стандартов качества и безопасности технологий, формированием единой образовательной и научной среды, обеспечением обменом опытом.

Так, под эгидой МАГАТЭ реализуется программа повышения квалификации медицинских физиков и лучевых терапевтов стран СНГ в области радиационной онкологии, в рамках которой с 2017 г. базовым станет ведущее учреждение Федерального медико-биологического агентства России.

По словам В.Скворцовой, ядерная медицина и лучевая терапия являются одним из приоритетов медицинской науки и здравоохранения в нашей стране, пред-

# Под эгидой МАГАТЭ

Ядерная медицина и лучевая терапия – наши конкретные приоритеты

ставленным отдельным блоком в государственной программе «Развитие здравоохранения».

Для его реализации разработана Концепция развития ядерной медицины в Российской Федерации до 2020 г., предусматривающая совершенствование нормативной базы и инфраструктуры, внедрение новых технологий и обеспечение безопасности их использования, подготовку специализированных медицинских, инженерных и технических кадров, научные исследования и разработки.

– Опыт комплексного развития ядерной медицины в такой большой и разнообразной по климатогеографическим, социально-экономическим и демографическим факторам стране, как Россия, несомненно, будет полезен международному сообществу, – считает министр. – Особое значение мы придаём обеспечению территориальной доступности ядерной медицины и лучевой терапии. Для этого в Российской Федерации развивается трёхуровневая система профильных медицинских центров – региональных,

межрегиональных и федеральных, обеспечивающая предоставление всего спектра услуг ядерной медицины и лучевой терапии при онкологических, сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваниях, включая применение активной радионуклидной и адронной терапии.

Между тем аспектом критической значимости для применения ядерных технологий в медицине является обеспечение контроля и надзора на всех стадиях жизненного цикла используемых в медицинских целях радиоактивных материалов. В Российской Федерации эффективно работает единая государственная служба, которая гарантирует безопасность применения современных ядерных технологий в медицине.

В.Скворцова пояснила, что федеральные профильные медицинские центры ассоциированы с ведущими центрами ядерной физики. Они выполняют функцию координаторов всей системы и являются точками роста новых технологий, транслируя накопленный в области ядерной физики огромный опыт в медицину.

В этом году в России запущен не имеющий по техническим характеристикам аналогов протонный ускоритель модели С235 в Центре ядерной медицины и лучевой терапии ФМБА России в Димитровграде, который явился результатом плодотворного сотрудничества Российского объединённого института ядерных исследований с компанией IBA. Проводимые научно-технологические работы позволяют сократить диаметр протонного пучка с 5 до 1-1,5 мм, что значительно повышает точность и уменьшает травматичность протонной терапии, особенно при опухолях мозга, основания черепа и глазного яблока.

Ещё одно достижение – внедрён первый полностью разработанный в России комплекс протонной терапии на основе компактного ускорителя с системой позиционирования пациента с точностью в пределах 0,5 мм.

Совместно с Китайской Народной Республикой реализуется проект по углеродной терапии.

Создаются новые классы микро-

источников на основе нанотехнологий для брахиотерапии, арсенид-галлиевые детекторы для низкодозной рентгенографии с цветовой визуализацией, позволяющей определять не только плотность, но и состав исследуемых объектов.

Приоритетным направлением, развиваемым в России, является разработка радиофармпрепаратов нового поколения. Среди них: препараты для эффективной ПЭТ-диагностики костных метастазов и опухолевого ангиогенеза на основе галлия-68 и циркония-89; оригинальные таргетные препараты для лечения феохромоцитом, нейробластом, меланом на основе изотопов йода-131 и технеция-99; препараты на основе нанопористых частиц для таргетной доставки эмиттера электронов Оже (индия-111) в ядра опухолевых клеток нескольких типов и др.

Активно развиваются цифровые информационные технологии в приложении к лучевой терапии.

По мнению министра, комплексный подход к развитию ядерной медицины и лучевой терапии в Российской Федерации позволит к 2020 г. не только улучшить их доступность для населения, но и применять самые современные и эффективные технологии

**Андрей ДЫМОВ.  
МИА Сіто!**

## События

# Европа заговорила о пожилых

Речь идёт о лечении и профилактике возрастных патологий

**В Ницце, во Франции, состоялся очередной, XIII конгресс Европейского гериатрического общества (EUGMS). Конгрессы этого общества проходят ежегодно в разных городах Европы, каждый год они имеют своё научное направление.**

В этом году девиз конгресса – «Развиваем профилактическое направление в гериатрической медицине». Большая часть представленных докладов, коротких презентаций и постеров были посвящены разным сторонам предупреждения прогрессирования гериатрических синдромов, профилактике возрастной патологии, предупреждению снижения качества жизни и степени независимости людей пожилого и старческого возраста.

Спектр обсуждаемых проблем был типично гериатрическим, в частности были рассмотрены вопросы взаимосвязи между питанием и профилактикой возраст-ассоциированных заболеваний, проблемы развития профилактических геронтологических, совершенствования проведения гериатрического осмотра. В частности, синоним – комплексная гериатрическая оценка, то есть совокупность опросников и шкал, которые дают возможность выявить нарушения состояния здоровья, присущие преимущественно пациентам пожилого и старческого возраста, такие как когнитивный дефицит, синдром недостаточности питания, возрастные нарушения баланса и походки, которые могут приводить к развитию синдрома падений, возрастные психоэмоциональные нарушения, ограничения в повседневной активности и пр.

Важное место занимало обсуждение проблем профилактики и лечения делирия как специфического гериатрического состояния, современных аспектов предупреждения прогрессирования умеренного когнитивного дефицита и деменции. Отдельные симпозиумы были посвящены

особенностям ведения пациентов с гериатрическими синдромами, в частности с синдромом недержания мочи, недостаточности питания, гипомобильности, а также с центральным гериатрическим синдромом – старческой астенией. Были рассмотрены общетерапевтические вопросы особенностей ведения пациентов пожилого и старческого возраста, в частности терапия остеоартроза, фибрилляции предсердий, тактика ведения пациентов с возрастной клапанной патологией сердца.

На конгрессе обсудили вопросы общественного здоровья и здравоохранения – современный взгляд на взаимоотношения между персонифицированным подходом и популяционными профилактическими стратегиями, обучения врачей посредством электронных технологий, организации вакцинации против пневмококка и вируса простого герпеса, оказания помощи пациентам пожилого и старческого возраста в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов.

Несколько симпозиумов было посвящено текущим исследовательским проектам, которые проводятся Европейским гериатрическим обществом. Центральное место в настоящее время занимает стартовый проект PROMISS (Prevention of Malnutrition in Senior Subjects in the EU), цель которого – выявить взаимосвязи между уровнем физической активности, питанием, аппетитом и синдромом недостаточности питания у людей старшего возраста, что даст возможность разработать доказательные подходы к питанию и физической активности в этой группе населения.

В рамках конгресса заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Института повышения квалификации ФМБА России А.Ильницкий представил короткую презентацию «Электронная программа проведения гериатрического осмотра», в которой рассказал об опыте кафедры во внедрении

опросников и шкал для выявления гериатрических синдромов в общеврачебной практике. Дискуссия, которая состоялась при обсуждении презентации, свидетельствует о схожести проблем в здравоохранении стран постсоветского пространства и Западной Европы, которые заключаются в сложности восприятия врачами-интернистами функционального подхода, принятого в современной гериатрии, и необходимости усиления позиций обучения врачей вопросам диагностики специфических гериатрических синдромов, которые снижают степень независимости и качество жизни пациентов старших возрастных групп.

В работе мероприятия также приняли участие отечественные специалисты – сотрудники кафедр терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Института повышения квалификации ФМБА России профессор К.Процаев, ассистент кафедры Е.Коршун. Кроме того, в рамках конгресса работали специалисты Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, его директор и главный специалист по гериатрии Минздрава России, профессора О.Ткачёва и Ю.Котовская.

Основные результаты конгресса будут внедрены в учебную деятельность при проведении повышения квалификации врачей разных специальностей, учтены при выборе тематики научных исследований. Следующий конгресс Европейского гериатрического общества пройдёт под девизом «Ускоряющаяся гериатрическая медицина в современном мире».

**Андрей НИКОЛАЕВ,  
профессор.**

Москва – Ницца.

## Современные технологии

**В течение последнего года жители южноуральцев с нарушениями сна направляют на обследование в сомнологический центр Челябинской областной клинической больницы, который за это время уже доказал свою эффективность. Она измеряется десятками людей, которым вернули нормальный сон. Высокоточная полисомнографическая диагностическая процедура позволяет установить причины расстройства.**

# Спи, моя радость, усни...

Полисомнография успешно применяется на Южном Урале

– Сигналы систем, органов и тканей организма меняются во время сна, – пояснила невролог областной больницы Иоланна Уточкина. – Они становятся независимыми от внешних раздражителей и дают специалисту ценные данные об имеющихся нарушениях и отклонениях от нормы. Для фиксирования сигналов используются высокоточные приборы – датчики и электроды, которые устанавливаются перед засыпанием на определённых участках тела человека. Их количество может равняться нескольким десяткам.

Информация, которая поступает от датчиков, обрабатывается с помощью компьютерных программ, анализируется специалистом-сомнологом и даёт основания для постановки диагноза. Регистрация параметров сна проходит в течение всей ночи, до пробуждения пациента. Обследование проводится в специально оборудованной палате.

Строитель Виталий Гусев обратился к сомнологам по настоянию жены, которая устала от его храпа и частых остановок дыхания. Сам пациент постоянно страдал от недосыпа и мучился от головной боли и состояния разбитости. После ночного исследования врачи назначили терапию.

– Мне пришлось прилично похудеть, сбросить больше 10 кг, – вспоминает В.Гусев. – Лишний вес оказался причиной храпа и, как следствие, апноэ. Принимал препараты, которые прописали, дышал через специальную маску, и, знаете, помогло! Я сейчас другой человек.



**И.Уточкина с пациентом В.Гусевым**

Чаще всего пациенты центра жалуются на храп, хождение и разговоры во сне. Если эти явления повторяются и становятся частыми, то полисомнографическое обследование необходимо.

Также основаниями для процедуры являются длительный процесс засыпания, последствия черепно-мозговой травмы, ночные страхи и кошмары, внезапные пробуждения, сердечная аритмия, ожирение.

Остановка дыхательных движений – обструктивное и центральное апноэ – возникает только во сне. Поэтому для выяснения причин этого пугающего состояния полисомнография является единственным, точным и эффективным методом.

По результатам обследования пациента направляют в одно из отделений, входящих в центр сомнологии-лор, пульмонологии, хирургии или кардиологии, где больному оказывают соответствующую помощь.

**Наталья МАЛУХИНА,  
внест. корр. «МГ».**

Челябинск.

**Фото автора.**



Льготы для бизнеса, жертвующего на благотворительность, и меры контроля этой деятельности предусмотрит федеральный закон, проект которого разрабатывается с участием экспертов в Комитете Госдумы РФ по развитию гражданского общества, вопросам религиозных и общественных объединений.

### Спекуляции дискредитируют

Речь идёт, в частности, об установлении более строгой ответственности за мошеннические действия в этой сфере, сообщил глава комитета Сергей Гаврилов. По его словам, нововведения будут преследовать деятельность фондов-двойников и псевдопосредников, ведущих в свою пользу сборы средств якобы для перечисления нуждающимся.

– В новом законе мы будем максимально прорабатывать эти вопросы, потому что наше общество ментально всегда было готово оказать помощь тому, кто попал в беду, – говорит С.Гаврилов. – Благотворительность – это наша традиционная ценность, абсолютно органичная нравственная черта нашего народа. И спекуляции на моральном сопереживании, сочувствии ближнему дискредитируют благотворительность в нашей стране, ожесточают людей и ухудшают климат в обществе.

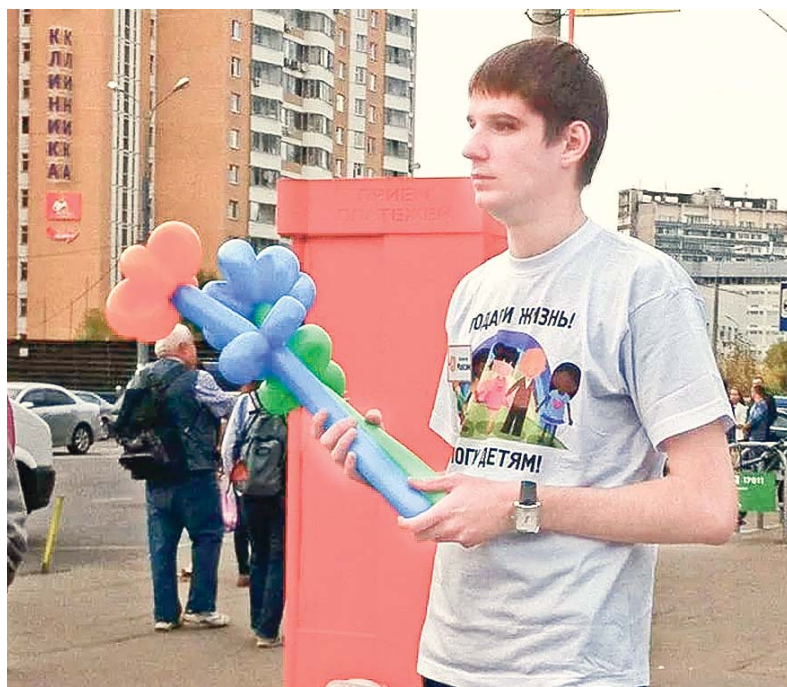
В законопроекте предлагается внесение поправок не только в Административный, но и в Уголовный кодекс РФ. Причём максимальным наказанием для мошенников в благотворительности должно стать лишение свободы не на один год, говорит парламентарий. Одновременно документ предлагает пересмотреть существующие нормы, затрудняющие благотворительную деятельность для юридических лиц. Она должна стать для них «максимально простым, доступным и прозрачным видом деятельности», уверен автор законопроекта.

– Часть благотворительной помощи – например на лечение, оздоровление – должна идти за счёт издержек, а не прибыли юридических лиц. Это серьёзно упрощит участие организаций в благотворительности: на-

### Острая тема

# Ложные призывы к жалости

## Мошенники кладут миллионы в свой карман



Благотворителей и лжеблаготворителей, просящих на улицах пожертвовать на лечение, не очень-то и различишь...

правлять деньги за счёт чистой прибыли – очень сложная, бюрократически перегруженная процедура, – пояснил депутат.

Авторитетные благотворительные организации неоднократно заявляли о необходимости эффективных мер, препятствующих мошенничеству и недобросовестной деятельности в этой сфере. Накануне лета представители ряда таких организаций сформировали совместную программу действий, направленных против мошенничества в благотворительности. Документ был принят участниками конференции, которая была организована благотворительным собранием «Все вместе», и в ней приняли участие 120 представителей благотворительных организаций из 12 городов России.

В резолюции форума говорится о необходимости целого

ряда мер, включающих просветительскую работу, законодательные инициативы, взаимодействие с органами власти и администрацией социальных сетей. В частности, планируются меры по защите названий некоммерческих организаций от копирования, разработка рекомендаций для граждан о действиях при встрече с лжеволонтерами. Благотворительные организации обращаются к Facebook и Instagram с просьбой внедрить правила и процедуры по борьбе с мошенническими сборами, а также добиваются внесения в Уголовный кодекс РФ положений, защищающих эти организации от мошенничества, и т.д.

– К сожалению, сейчас работа многих благотворительных фондов ставится под удар деятельностью, которую ведут явно мошеннические организации.

На улицах и в киберпространстве с помощью призывов к жалости люди собирают миллионы рублей ежемесячно в собственный карман. Простому обывателю крайне сложно разобратся в таких ситуациях, кто же «хороший», а кто «плохой», в результате часть их доноров решает не помогать больше никому, а потенциальные жертвователи боятся, что их средства пойдут в карман злоумышленников, – заявили организаторы конференции. По их мнению, сбор наличных допустим только в стационарные копилки, которые вскрываются в присутствии независимых контролёров. Исключение составляют лишь специально организованные благотворительные мероприятия.

«Мы надеемся, что представители государственной власти услышат наши голоса и в законодательстве появятся меры пресечения подобной деятельности и ответственность за обогащение на чувствах неравнодушных людей», – подчеркнули в благотворительном собрании «Все вместе».

### Смените вывеску!

Красноярский краевой суд частично удовлетворил требования благотворительного фонда «Подари жизнь», основанного Чулпан Хаматовой и Диной Корзун, и обязал местную некоммерческую организацию, использовавшую такое же название, сменить имя и выплатить компенсацию в размере 50 тыс. руб., сообщило «РИА Новости» со ссылкой на пресс-службу суда. Истцы настаивали на выплате компенсации в размере 5 млн руб.

– Всё это началось, когда нам позвонили люди из Красноярска и рассказали, что наш филиал в этом городе уговорил их взять

кредит и передать его на благотворительность, пообещав вернуть эти деньги, – рассказал ранее исполнительный директор фонда «Подари жизнь» Григорий Мазманянц. – Но, во-первых, филиала ни в Красноярске, ни в любом другом городе у нас нет – фонд «Подари жизнь» находится только в Москве. Во-вторых, это абсолютно немыслимая для нас ситуация, чтобы мы просили кого-то брать кредиты и передавать их в наш фонд! Мы начали разбираться с этой историей, объяснили людям, что они, к сожалению, стали жертвами какого-то мошенничества, и выяснили, что в Красноярске был зарегистрирован благотворительный фонд с абсолютно тем же названием, что и у нас, – «Подари жизнь». Это вынудило нас обратиться в суд.

Сначала суды отказывались удовлетворить иск фонда «Подари жизнь», указывая, что Гражданский кодекс РФ защищает уникальное наименование только коммерческих организаций. В законе об НКО говорится о «праве организации на название», но санкции за нарушение этого права не предусмотрены.

Благотворительный фонд «Подари жизнь» обратился в Верховный суд, который направил дело на новое рассмотрение в Красноярск.

– Нам известно о существовании примерно 30 только зарегистрированных организаций с названием «Подари жизнь». Отнюдь не все из них мошенники: многие просто ошибочно считают, что это поможет им работать. Мы обращаемся к ним, и они соглашаются впредь не использовать наше название. Но есть и те, кто продолжает действовать таким образом, получает средства и использует их непонятно в каких целях. Есть и откровенные мошенники, которые не утруждают себя регистрацией и ведут сборы под именем известных фондов на собственные яндекс-кошельки, телефонные номера и т.д., – рассказал Г.Мазманянц.

Константин БЕЗНЕГ  
МИА Cito!

### Особый случай

Врачи Федерального центра нейрохирургии в Тюмени используют все возможные шансы, чтобы спасти самых тяжёлых пациентов, оперировать которых не берутся в других клиниках. Случай 6-летнего Семёна из Москвы в очередной раз доказал, что в борьбе за жизнь стоит рисковать.

Предвестником тяжёлого диагноза стал тревожный симптом, который беспокоил маму Семёна, Ирину. Она стала замечать, что мальчик не слышит на правое ухо. Результаты компьютерной и магнитно-резонансной томографии показали гигантскую опухоль в головном мозге ребёнка, произрастающую из нервного ствола.

– Сначала мы были в шоке и не знали, что делать. Но медлить было нельзя, опухоль практически не операбельна. Мы решили обратиться в центр нейрохи-

# Мастера рисковали не зря... Они избавили от гигантской опухоли

рургии в Тюмени. Специалисты центра посмотрели наши снимки и сказали срочно приезжать на операцию. С момента обращения до проведения операции прошло всего несколько дней, – рассказывает Ирина.

Сёма поступил в центр в июле. Оперировать мальчика взялся главный врач ФЦН профессор Альберт Суфианов. Шансов на успех было мало. Во время операции выяснилось, что опухоль внутримозговая, это ещё больше усложнило дело. Варианта было два – удалить опухоль гистологически и зашить рану или рискнуть, но удалить её радикально

и тотально. Посоветовавшись с коллегами, Альберт Акрамович выбрал последнее.

– Как показала жизнь, мы рисковали не зря. Операция длилась 10 часов, помогали все специалисты из нашей команды. Мы изначально предполагали, что в любой момент у мальчика может остановиться сердце, поэтому на операцию шли с кардиостимулятором. За процессом пристально следили анестезиологи и нейрофизиологи. В результате удалось зайти между опухолью и стволом мозга, чтобы удалить только патологическую ткань. В противном случае ребёнок не

пережил бы операцию», – вспоминает Альберт Акрамович.

По его словам, до создания в стране федеральных нейрохирургических центров пациенты с подобными патологиями были обречены. Сегодня же благодаря активной поддержке федеральных властей и правительства Тюменской области ФЦН в Тюмени располагает всеми материально-техническими возможностями для проведения сложнейших операций, в том числе гибридной компьютерной операционной.

Визитной карточкой учреждения является применение малоинвазивных методов ней-

рохирургии, которые позволяют сократить время пребывания пациента в реанимации и стационаре. Особенно это актуально в детской нейрохирургии, ведь мозг ребёнка особо чувствителен к травмам.

После операции Сёма четыре недели провёл в реанимации. Там он отметил свой шестой день рождения и принимал поздравления от специалистов ФЦН. Он уже самостоятельно ест, пьёт, рисует, занимается с прописями и даже катается на машинках в детской игровой комнате.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Cito!



**Получение полноценной помощи в финальный период жизни должно рассматриваться как одно из основных прав человека, а принципы оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) разрабатываться как часть глобальной инновационной политики общественного здравоохранения. В данном вопросе человеческая убежденность и приверженность этому делу значат больше, чем дорогостоящие лекарства и высокотехнологичные вмешательства.**

## Новое направление

После принятия Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи – паллиативной, определяемой как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» (ст. 32), начал реализовываться комплекс мероприятий по развитию этого направления отечественного здравоохранения.

Впервые меры по развитию ПМП были включены в Государственную программу «Развитие здравоохранения до 2020 г.» Бесплатное оказание ПМП в амбулаторных и стационарных условиях предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Постановлением Правительства РФ № 1273 от 28.11.2014 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» предусматривает финансовое обеспечение ПМП за счёт бюджетов субъектов РФ.

Приказами Минздрава России в соответствующие номенклатуры введены должности «врач по паллиативной медицинской помощи» и «центр паллиативной медицинской помощи», утверждены порядок оказания такой помощи взрослому населению (приказ № 187н от 14.04.2015) и детям (приказ № 193н от 14.04.2015). Таким образом, в настоящий момент создана необходимая нормативно-правовая база для организации и развития системы ПМП.

По мнению экспертов, крайне важно акцентировать внимание на возможности госпитализации в отделение ПМП не только онкологических, но и неонкологических больных. В перспективе внесение в порядок предложенных экспертным сообществом изменений и дополнений будет способствовать дальнейшему развитию и совершенствованию нормативной базы по организации и оказанию ПМП.

Одним из важных нерешённых организационно-методологических вопросов, влияющих на перспективное развитие системы ПМП, остаётся отсутствие в порядках оказания медицинской помощи по профилям заболеваний положений об оказании ПМП пациентам, в том числе с применением наркотических анальгетиков, как это указано в приказе Минздрава России № 915н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».

Организация службы ПМП является прерогативой субъекта РФ и происходит в соответствии с территориальной программой развития здравоохранения (подпрограмма № 6). В 2013 г. Минздравом России впервые в статистические отчётные формы введены показатели по оказанию ПМП (форма № 62 – фактические объёмы и финансирование медицинской помощи, финансирование лекарственного обеспечения). Это представляет возможность получения и анализа достоверных статистических данных по оказанию такого вида медицинской помощи пациентам различного профиля заболеваний. В перспективе крайне важно пла-

нировать проведение эпидемиологических исследований в субъектах РФ для определения потребности в ПМП с разработкой критериев учёта контингента неизлечимых больных, а также разработкой показателей эффективности оказания паллиативной помощи.

## Расширяя горизонты

До сих пор у ряда представителей медицинского сообщества ПМП ассоциируется с онкологическими больными и хосписами – это самое распространённое заблуждение. Анализ международного опыта и

но-методологических подходов к организации системы ПМП.

## Чтобы помощь была равнодоступной

В РФ в связи с различием субъектов по географическим, демографическим, экономическим показателям не представляется возможным организовать систему ПМП по единой модели. Необходимо индивидуализировать подход к организации региональной модели ПМП в субъектах РФ с учётом её равнозначной доступности для населения.

## Ориентуры

# Повышая качество жизни пациентов

## Перспективы развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации

статистических данных позволяет развеять этот миф. Согласно данным Росстата, в РФ ежегодно от заболеваний умирают 1 686 456 человек, из них от новообразований 291 775, от неонкологических – 1 394 681. В связи с отсутствием отечественного регистра неизлечимых больных и, основываясь на статистических расчётах авторитетных зарубежных исследований, потребность в ПМП варьируется от 37,4 до 89% всех умирающих больных, из которых треть онкологических и две трети неонкологических. В этой связи можно предположить, что в России их численность составляет примерно 260 тыс. и 520 тыс. больных соответственно, и есть основания полагать, что реальные цифры значительно больше: около миллиона. При этом в настоящее время ПМП оказывается преимущественно онкологическим пациентам, а неонкологические больные могут её получить только в регионах, имеющих центры, больницы или отделения ПМП в многопрофильных медицинских организациях.

Анализ международного опыта показывает, что не вся ПМП оказывается в хосписе, большая часть пациентов находится в стационарных отделениях многопрофильных больниц и госпиталей, огромный вклад вносят патронаж этих пациентов и домашний уход, при этом эти виды могут комбинироваться.

На пути организации системы ПМП существуют риски, одним из основных является диспропорция в доступности комплекса медицинских вмешательств в полном объёме для онкологических и неонкологических пациентов в пользу преимущественно медико-социальной помощи. В этой связи следует понимать роль различных структурных подразделений: прерогатива отделения ПМП и больницы (центра) ПМП – оказание комплекса медицинских вмешательств в полном объёме для онкологических и неонкологических пациентов, в то время как в хосписе и отделении/доме сестринского ухода превалирует медико-социальная помощь. Причём в хосписе, как правило, ПМП получают преимущественно онкологические больные.

В настоящий момент следует констатировать наличие в стране необходимой нормативно-правовой базы для организации и развития системы ПМП. Однако существуют определённые риски диспропорции в доступности в полном объёме комплекса медицинских вмешательств для неонкологических и онкологических пациентов в пользу оказания преимущественно медико-социальной помощи, что требует дальнейшего совершенствования организацион-

Анализ сложившейся ситуации позволяет предложить два типа региональных моделей. В первой на одно из структурных подразделений системы ПМП целесообразно возлагать функциональные обязанности организационно-методического центра с функцией анализа состояния такой помощи населению, эффективности и качества лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения больных на территории субъекта РФ. Организационно-методический центр должен находиться в функциональном взаимодействии с амбулаторными (кабинет ПМП, выездная патронажная служба) и стационарными подразделениями (отделения/палаты/койки ПМП, хоспис, дом/отделение сестринского ухода) и органами управления здравоохранением субъекта.

Основу второй модели составляют больница (центр) ПМП, на который возлагаются в том числе организационно-методические функции. Больница (центр) ПМП обладает всеми необходимыми возможностями для оказания амбулаторной, стационарной, выездной патронажной и консультативной помощи. Она находится в функциональном взаимодействии с подразделениями ПМП в данном субъекте, оказывающими помощь в стационарных и амбулаторных условиях. Такой подход позволяет эффективно использовать имеющиеся ресурсы медицинских организаций для оказания комплекса медицинских вмешательств онкологическим и неонкологическим больным для контроля боли и облегчения других тяжёлых проявлений заболевания.

По мнению экспертов, основанному на имеющемся опыте работы центров/больниц ПМП в ряде субъектов РФ (Москва, Республика Крым, Липецкая, Иркутская, Калининградская, Астраханская области и т.д.), создание таких структур является необходимым условием перспективного развития системы ПМП в территориях и в первую очередь для пациентов с неонкологическими заболеваниями.

Центр/больница ПМП является самостоятельной медицинской организацией, имеющей в своём составе поликлиническое, диагностическое, стационарные отделения, выездную патронажную службу, организационно-методический отдел. Центр ПМП находится в функциональном взаимодействии с амбулаторными и стационарными подразделениями региональной системы ПМП и органами управления здравоохранением.

Таким образом, предложенные региональные модели учитывают конкретные географические, демографические и экономические условия, что позволяет добиться

максимально высокой эффективности системы ПМП в каждой территории и предоставляет возможность оказания в полном объёме комплекса медицинских вмешательств для улучшения качества жизни неонкологических и онкологических пациентов в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе на дому.

Очевидно, что внедрение предлагаемых моделей позволит в каждом субъекте РФ оказывать эффективную ПМП на условиях равной доступности независимо от места проживания и экономической ситуации в регионе.

## Кадры решают всё

Какой бы стройной ни была модель организации ПМП, без интеллектуального сопровождения создать эффективную систему невозможно. В этой связи огромное значение имеет подготовка кадров, в первую очередь повышение квалификации всех медицинских работников в вопросах, относящихся к паллиативной медицине. Первый в России курс паллиативной помощи был открыт в феврале 1999 г. при кафедре онкологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. За 12 лет работы обучено 1433 специалиста, занятого оказанием ПМП в субъектах РФ, преимущественно онкологическим больным.

Первая в России кафедра паллиативной медицины была создана в феврале 2013 г. на факультете дополнительного профессионального образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. На июнь 2017 г. повышение квалификации по вопросам ПМП прошли около 1,5 тыс. врачей лечебных специальностей из Москвы и других субъектов РФ. В целях реализации этого направления МГМСУ в рамках межвузовского сотрудничества оказывает методическое содействие в разработке образовательных программ по паллиативной медицине ряду ведущих медицинских вузов страны. На сегодняшний день очевидна необходимость создания курсов и кафедр во всех медицинских вузах для обучения основам паллиативной медицины студентов старших курсов и врачей лечебных специальностей. Отдельное внимание необходимо уделить подготовке преподавателей.

В настоящее время существует необходимая отечественная литература, в которой изложены основные организационно-методологические аспекты ПМП, адаптированные к условиям отечественного здравоохранения. В 1996 г. был зарегистрирован и регулярно издаётся научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» (входит в Перечень ведущих периодических изданий, рекомендованных ВАК для опубликования результатов диссертационных работ). В состав редакционной коллегии журнала входят ведущие специалисты и эксперты по паллиативной медицине из регионов РФ.

В этой связи представляется целесообразным рассмотрение вопроса о создании научной специальности «паллиативная медицина», задачами которой являлись бы теоретическое обоснование и практическая разработка комплекса лекарственных и инструменталь-

ных медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжёлых симптомов прогрессирующего заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных.

Арсенал средств и методов ПМП обязательно должен включать в себя инструментальные и неинструментальные методы, такие как малоинвазивная хирургия (стомирование, реканализация, стентирование), респираторная поддержка (с режимами вспомогательной вентиляции лёгких), детоксикация (фотохимическая, энтеросорбция), фотодинамическая терапия (наружная и эндоскопическая), регионарное обезболивание (с использованием портов, помп и дозаторов), нутритивная поддержка (в том числе с использованием помп).

Сегодня государство уделяет большое внимание формированию институтов гражданского общества, не является исключением система здравоохранения. В соответствии со ст. 76 Федерального закона № 323-ФЗ профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками, могут принимать участие в разработке порядков оказания медицинской помощи и её стандартов, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, в их аттестации для получения квалификационных категорий. Но приоритетная задача – разработка и утверждение клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

По инициативе представителей медицинского сообщества, занятых в сфере оказания ПМП в субъектах РФ, в июне 2012 г. создана профессиональная общественная организация «Российская ассоциация паллиативной медицины» для содействия в разработке и дальнейшей реализации национальной концепции развития и совершенствования этого направления здравоохранения. Российская ассоциация является членом Европейской ассоциации паллиативной помощи. На сегодняшний день приоритетом является разработка профессионального стандарта и национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения) по ПМП с привлечением экспертов ведущих направлений клинической медицины.

## Время обязывает

В результате вышесказанного можно предположить, что предлагаемая к реализации стратегия развития службы ПМП должна быть основана на разработке и внедрении региональных моделей оказания ПМП с учётом географических, эпидемиологических и экономических особенностей субъектов Федерации. Необходимы программы обучения по ПМП для подготовки преподавателей и медицинских работников в системе профессионального образования. Время требует и новых медицинских технологий, и алгоритмов контроля боли и других тяжёлых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни пациентов. А также – клинических рекомендаций по ПМП с привлечением главных специалистов Минздрава России.

Предложенный план мероприятий позволит эффективно и в короткий срок решить целый ряд медицинских и социальных проблем нуждающихся в ПМП неизлечимых пациентов, обеспечить доступность комплекса медицинских вмешательств для адекватного контроля тягостных симптомов прогрессирующего заболевания, улучшить качество жизни больных и их родственников, что повысит удовлетворённость качеством медпомощи населения и снизит социальную напряжённость в обществе.

**Георгий НОВИКОВ,**  
заведующий кафедрой паллиативной медицины,  
председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины,  
доктор медицинских наук.

**Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова.**



КОНСПЕКТ ВРАЧА  
ВЫПУСК № 74 (2104)

Оценка тяжести

Основной проблемой, которую решает врач у температурающего ребёнка с ОРЗ, – вероятность у него бактериальной инфекции, тогда как борьба с лихорадкой, если она и оправдана, – задача второстепенная. У 70-80% детей с ОРЗ симптоматика позволяет у постели больного поставить хотя бы предположительный диагноз. Тем не менее с учётом сходства клинических проявлений многих вирусных и бактериальных инфекций у части больных окончательное суждение о необходимости назначения антибиотиков приходится выносить с учётом ряда лабораторных параметров.

**Клиническая оценка**  
Для диагностики бактериальной инфекции, особенно тяжёлой, оценка внешнего вида и поведения ребёнка значительно важнее, чем показания термометра. Признаки, которые позволяют оценить тяжесть интоксикации, обычной при бактериальной инфекции, включают:

- Резкое нарушение общего состояния, снижение активности ребёнка
- Раздражительность (крик при прикосновении)
- Вялость, сонливость (сон более длительный)
- Отсутствие глазного контакта ребёнка при осмотре
- Ребёнок отказывается от еды и питья
- Яркий свет вызывает боль

При оценке тяжести следует также учитывать:

- Степень тахикардии, приглушения сердечных тонов
- Гипо- или гипервентиляцию
- Нарушение микроциркуляции, периферический цианоз, замедление наполнения капилляров ногтевого ложа
- Непрекращающуюся рвоту
- Признаки дегидратации.

Используя эти признаки, удаётся у 75-80% больных диагностировать тяжёлую бактериальную инфекцию (ТБИ) до проведения лабораторных анализов.

В то же время критерии («Рочестерские») низкого риска бактериальной инфекции, позволяющие у детей (в т.ч. в возрасте 0-3 месяцев) при температуре > 38°C воздержаться от назначения антибиотика:

- доношенный ребёнок, не получавший антибиотики до настоящего заболевания;
- отсутствие физикальных симптомов бактериальной инфекции (отита, пневмонии, менингита);
- лейкоцитоз 5-15х10<sup>9</sup>/л, число палочкоядерных лейкоцитов < 1,5 х 10<sup>9</sup>/л;
- менее 10 лейкоцитов в поле зрения в осадке мочи.

**Лабораторная оценка**  
**Лейкоцитоз.** Интерпретация этого показателя должна быть связана с возрастом ребёнка (см. табл. 1).  
Мнение о том, что при числе лейкоцитов выше 10 х 10<sup>9</sup>/л можно с уверенностью ставить диагноз бактериальной инфекции, ошибочно. При многих вирусных инфекциях (особенно вызванных ДНК-вирусами, например аденовирусами) число лейкоцитов крови нередко превышает 10 х 10<sup>9</sup>/л и даже 15 х 10<sup>9</sup>/л. Поэтому лишь следует считать характерными для бактериальных инфекций цифры выше 15 х 10<sup>9</sup>/л, а также абсолютное (а не относительное) число нейтрофилов выше 10 х 10<sup>9</sup>/л и палочкоядерных нейтрофилов выше 1,5 х 10<sup>9</sup>/л.  
**С-реактивный белок (СРБ).** Уровень этого маркера у четверти больных с ОРВИ, бронхитом, крупом находится в пределах 15-30 мг/л, так что значимым для диагноза «бактериальная инфекция» повышением следует считать цифры > 30 мг/л.  
**Прокальцитонин (ПКТ).** Инструкции рассматривают как предиктор бактериальной инфекции уровни ПКТ > 0,5 нг/мл. Опыт показывает, что эту границу следует повысить до 2 нг/мл, поскольку значения 0,5-2 нг/мл встречаются у 20% детей с ОРВИ.  
Указанные уровни нельзя считать абсолютным критерием вирусной или бактериальной инфекции. Они нередко превышаются при вирусной инфекции и не достигаются при бактериальной. Так, при гнойном отите и типичной пневмонии у 40% больных

лейкоцитоз не превышает 15 х 10<sup>9</sup>/л, а при катаральном отите и атипичной пневмонии – у 90%. При ИМП лейкоцитоза нет у больных, нормальные уровни СРБ – у 40%, а ПКТ у 86%.  
Вероятность бактериальной инфекции высока, если:  
Лейкоцитоз > 15 тыс./мкл  
Нейтрофилёз > 10 тыс./мкл  
С-реактивный белок > 30 мг/л  
Прокальцитонин > 2 нг/мл

**инфекционном мононуклеозе** (вирус Эпштейна – Барр) или мононуклеозоподобном синдроме на фоне другой вирусной инфекции (обычно герпес 6-го типа).  
Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза) не подтверждается практикой: у большинства таких больных ОРВИ течёт гладко без применения антибиотиков.  
**Бактериальные осложнения ОРВИ** возникают редко, не более чем у 3-8% заболевших. Как правило, они уже имеются в 1-2-й дни болезни; в более поздние сроки они возникают чаще всего вследствие суперинфекции.  
**Обследование** имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами. Анализ мочи у 5-10% госпитализируемых детей грудного и раннего возраста выявляет ИМП.

Диагностика и лечение острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечение пневмонии у детей

Клинические рекомендации Минздрава России

| Нормальное содержание лейкоцитов* |            |          |              |         |    |              |          |    |          |   |          |   |
|-----------------------------------|------------|----------|--------------|---------|----|--------------|----------|----|----------|---|----------|---|
| Возраст                           | Лейкоциты  |          | Нейтрофилы   |         |    | Лимфоциты    |          |    | Моноциты |   | Эозиноф. |   |
|                                   | М Интервал |          | М Интервал % |         |    | М Интервал % |          |    | М %      |   | М %      |   |
| 0                                 | 13,1       | 9,0-30   | 11,0         | 6,0-26  | 61 | 5,5          | 2,0-11,0 | 31 | 1,1      | 6 | 0,4      | 2 |
| 12 ч                              | 22,8       | 13,0-38  | 15,5         | 6,0-28  | 68 | 5,5          | 2,0-11,0 | 24 | 1,2      | 5 | 0,5      | 2 |
| 24 ч                              | 18,9       | 9,4-34,0 | 11,5         | 5,0-21  | 61 | 5,8          | 2,0-11,5 | 31 | 1,1      | 6 | 0,5      | 2 |
| 1 нед.                            | 12,2       | 5,0-21,0 | 5,5          | 1,5-10  | 45 | 5,0          | 2,0-17,0 | 41 | 1,1      | 9 | 0,5      | 4 |
| 2 нед.                            | 11,4       | 5,0-20,0 | 4,5          | 1,0-9,5 | 40 | 5,5          | 2,0-17,0 | 48 | 1,0      | 9 | 0,4      | 3 |
| 1 мес.                            | 10,8       | 5,0-19,5 | 38           | 1,0-9 0 | 35 | 6,0          | 2,5-16,5 | 56 | 0,7      | 7 | 0,3      | 3 |
| 6 мес.                            | 11,9       | 6,0-17,5 | 3,8          | 1,0-8,5 | 32 | 7,3          | 4,0-13,5 | 61 | 0,6      | 5 | 0,3      | 3 |
| 1 год                             | 11,4       | 6,0-17,5 | 3,5          | 1,5-8,5 | 31 | 7,0          | 4,0-10,5 | 61 | 0,6      | 5 | 0,3      | 3 |
| 2 года                            | 10,6       | 6,0-17,0 | 3,5          | 1,5-8,5 | 33 | 6,3          | 3,0-9,5  | 59 | 0,5      | 5 | 0,3      | 3 |
| 4 года                            | 9,1        | 5,5-15,5 | 3,8          | 1,5-8,5 | 42 | 4,5          | 2,0-8,0  | 50 | 0,5      | 5 | 0,3      | 3 |
| 6 лет                             | 8,5        | 5,0-14,5 | 4,3          | 1,5-8,0 | 51 | 3,5          | 1,5–7,0  | 42 | 0,4      | 5 | 0,2      | 3 |
| 8 лет                             | 8,3        | 4,5-13,5 | 4,4          | 1,5-8,0 | 53 | 3,3          | LS-6,8   | 39 | 0,4      | 4 | 0,2      | 2 |
| 10 лет                            | 8,1        | 4,5-13,5 | 4,4          | 1,8-8,0 | 54 | 3,1          | 1,5–6,5  | 38 | 0,4      | 4 | 0,2      | 2 |
| 16 лет                            | 7,8        | 4,5-13,0 | 4,4          | 1,8-8,0 | 57 | 2,8          | 1,2-5,2  | 35 | 0,4      | 5 | 0,2      | 3 |
| 21 год                            | 7,4        | 4,5-11,0 | 4,4          | 1,8-7,7 | 59 | 2,5          | 1,0-4,8  | 34 | 0,3      | 4 | 0,2      | 3 |

\***Лейкоциты:** абс. значения 10<sup>9</sup>, интервал – 95-центильный диапазон, процент – доля от общего числа белых клеток. Нейтрофилы включают палочкоядерные клетки во всех возрастах и малое число мета – и миелоцитов.

ОРВИ и грипп

Синдром катара верхних дыхательных путей (ОРВИ – ринит, ринофарингит, фарингит) диагностируется при остро возникших насморке и/или кашле при исключении поражения конкретных органов:

- средний отит (отоскопия и – не всегда – соответствующие жалобы);
- острый тонзиллит (преимущественное вовлечение миндалин, налёты);
- гнойный синусит (отёк, гиперемия мягких тканей лица, орбиты);
- поражение нижних дыхательных путей (учащение или затруднение дыхания, втяжения податливых мест грудной клетки, укорочение перкуторного звука; асимметрия физикальных изменений в лёгких).

Наличие при этом конъюнктивита является весьма надёжным признаком вирусной инфекции, не уступая по диагностической ценности лабораторным маркерам воспаления.

- У лихорадящего ребёнка с катаральным синдромом вероятность бактериальной инфекции минимальна, если исключены отит, пневмония и инфекция мочевых путей
- Наличие катарального конъюнктивита – дополнительное доказательство вирусной этиологии болезни
- Далеко не каждая вирусная инфекция активирует бактериальную флору.

**Грипп** отличает высокая температура, интоксикация, мышечные и головные боли, боль при взгляде вверх; катаральные явления усиливаются в течение 2-3 дней.  
При резком затруднении носового дыхания без отделяемого из носовых ходов, особенно в сочетании с тонзиллитом, увеличением шейных лимфоузлов следует подумать об

Анализ крови оправдан при более выраженных симптомах. Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ, при которых в 1/3 случаев лейкоцитоз достигает уровня 10-15·10<sup>9</sup>/л, что не должно вызывать беспокойства. При повышении указанных выше уровней маркеров следует подумать о «немой» пневмонии – показание для рентгенографии грудной клетки. У детей первых 2-3 месяцев жизни и при ОРВИ лейкоцитоз часто достигает 20·10<sup>9</sup>/л и более.  
Рентгенография придаточных пазух носа большим ОРВИ в остром периоде (первые 10-12 дней) не показана.  
В стационаре при возможности целесообразны экспресс-тесты на стрептококковую инфекцию, а в сезоны – на грипп.  
**Лечение:** промывание носа физиологическим раствором, отсасывание слизи, деконгестанты на 2-3 дня. Гриппферон в нос. Жаропонижающие – при выраженном дискомфорте или температуре выше 39°C.  
Антибиотики для лечения неосложнённых ОРВИ и гриппа не используют, в том числе если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни ринитом, конъюнктивитом, затемнением синусов, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом. Антибактериальная терапия не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но и способствуют её развитию из-за подавления нормальной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Антибиотики могут быть показаны при ОРВИ и гриппе детям с хронической патологией лёгких, иммунодефицитами, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибио-

тика у них обычно предопределён заранее по характеру флоры.  
Противовирусная химиотерапия абсолютно оправдана при гриппе **в первые 24-48 часов** от начала болезни, длительность курса – 5 дней.  
Озельтамивир (тамифлю) при гриппе А и В: внутрь у детей старше 1 года 2-4 мг/кг/сут.  
Занамивир (реленца) при гриппе А и В: в аэрозоле, начиная с 7 лет – по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день.  
На другие вирусы, не выделяющие нейраминидазы, эти препараты не действуют. В крайне тяжёлых случаях гриппа оправдано введение в/в иммуноглобулина.  
При ОРВИ иногда рекомендуются интерферон и интерфероногены: есть наблюдения, что они сокращают длительность лихорадки на 1 день, однако надёжных доказательств эффективности этих средств нет.  
Интерферон альфа-2b свечи виферон – 150 000 МЕ 2 раза в сутки 5 дней.

Интерферон альфа-2 мазь виферон – 1 г/сут (40 000 ед/сут) на 3 аппликации на слизистую носа 5 дней.  
Арбидол внутрь: 2-6 лет – 0,05, 6-12 лет – 0,1, > 12 лет – 0,2 г 4 раза в день, 3-5 дней.  
Тилорон (амиксин) внутрь: 60 мг/сут в 1,2,4-й и 6-й дни лечения – дети старше 7 лет.  
**Профилактика.** Ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 месяцев. У часто болеющих ОРВИ детей применение бактериальных лизатов (вакцин) сокращает заболеваемость.

Круп и эпиглоттит

**Стенозирующий ларингит, синдром крупа**  
Вирусная инфекция (чаще всего парагриппозная) протекает с нарушением дыхания инспираторного типа, обычно на фоне невысокой лихорадки. Критерии диагностики: афония, лающий кашель, инспираторный стрidor; признаки тяжести – выраженное втяжение яремной ямки и межреберий, десатурация. Круп 1-2-й степени лечится консервативно, круп 3-й степени требует неотложной интубации.  
**Обследование:** измерение сатурации О<sub>2</sub> – пульсоксиметрия. Тяжесть крупа иногда оценивают по шкале Westley (см. табл. 2.). Следует исключить эпиглоттит – см. ниже.  
**Лечение:** Антибиотики не показаны. Стеноз гортани разрешается под действием кортикостероидов:

- будесонид (пульмикорт) в ингаляциях 500-1000 мкг на 1 ингаляцию (возможно, вместе с сальбутамолом, беродуалом);
- дексаметазон 0,6 мг/кг в/м (в более тяжёлых случаях).

В 85% достоверно 1 процедуры, при отсутствии эффекта назначения повторяют. По эффективности оба метода одинаковы, однако детям до 2 лет проще ввести дексаметазон. При необходимости используют кислород увлажнённый, сосудосуживающие капли в нос.

Эпиглоттит

**Возбудитель** – H.influenzae b, реже пневмококк или S.aureus. Его отличают от вирусного крупа отсутствие катара, кашля, афонии, характерны высокая лихорадка и интоксикация, боль в горле, тризм, поза «треножника», гиперсаливация, широко открытый рот, быстрое развитие стридора, западение надгортанника в положении на спине, лейкоцитоз > 15·10<sup>9</sup>/л. Стероиды в ингаляциях и системно не приносят существенного облегчения.  
**Обследование.** Осмотр ротоглотки проводится только в условиях операционной в полной готовности интубировать ребёнка. Рентгенография шеи в боковой проекции, рекомендуемая рядом авторов, оправдана только при неуверенности в диагнозе, так как в 30-50% она патологии не выявляет. Газы крови для диагностики нежелательны, как и любые манипуляции кроме жизненно



(Продолжение. Начало на стр. 7.)

Таблица 2

Шкала оценки степени тяжести крупы Westley

| Выраженность симптома                          | Баллы* |
|------------------------------------------------|--------|
| <b>Стридор</b>                                 |        |
| Отсутствует                                    | 0      |
| При возбуждении                                | 1      |
| В покое                                        | 2      |
| <b>Втяжение уступчивых мест грудной клетки</b> |        |
| Отсутствует                                    | 0      |
| Лёгкое                                         | 1      |
| Умеренно выраженное                            | 2      |
| Резко выраженное                               | 3      |
| <b>Проходимость дыхательных путей</b>          |        |
| Нормальная                                     | 0      |
| Нарушена умеренно                              | 1      |
| Значительно снижена                            | 2      |
| <b>Цианоз</b>                                  |        |
| Отсутствует                                    | 0      |
| При двигательной активности                    | 4      |
| В покое                                        | 5      |
| <b>Сознание</b>                                |        |
| Без изменений                                  | 0      |
| Нарушения сознания                             | 5      |

\***Оценка:** лёгкой степени соответствует сумма баллов меньше 3, средней степени – 3-6 баллов, тяжелой степени – более 6.

важных. Достаточно сделать анализ крови, СРБ, пульсоксиметрию.

Для дифференциальной диагностики вирусного крупы и эпиглоттита используется приведённый в таблице 3 набор признаков.

● У больного со стенозом гортани важно сразу исключить эпиглоттит

● Вирусный круп хорошо поддаётся лечению ГКС и больших терапевтических проблем не представляет.

**Лечение:** в/в цефотаксим<sup>1</sup> 150 мг/кг/сут (или цефтриаксон 100 мг/кг/сут) + аминогликозид, при неэффективности (стафилококк!) в/в клиндамицин 30 мг/кг/сут или ванкомицин 40 мг/кг/сут. Ранняя интубация (профилактика внезапной асфиксии). Экстубация безопасна после нормализации температуры, прояснения сознания и стихания симпто-

дитель – бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), реже стрептококки групп С и G, у подростков – Arcanobacterium haemolyticum, Neisseria gonorrhoeae. Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae. Тонзиллит с налётами – наиболее частая локализация дифтерии.

Воспаление миндалин могут обусловить и неинфекционные причины, как это имеет место при синдромах Кавасаки, Маршалла, Бехчета.

Тонзиллит у детей первых 2 лет жизни вызывается чаще всего аденовирусом и вирусом Эпштейна – Барр, вероятность стрептококкового тонзиллита у них крайне мала (менее 10%), учащается с возраста 5 лет (25%) и у подростков (50%).

**Клиника.** Клинически тонзиллиты разной этиологии имеют много общего, так что большая часть больных получает ненужное им антибактериальное лечение. Вне зависимости от этиологии характерны температура до 39-40°С, озноб, боли в горле, гиперемия задней стенки глотки и нёбных дужек, отёчность миндалин, язычка и глотки. Фолликулярный или лакунарный выпот, рыхлые налёты встречаются одинаково часто при вирусных и БГСА тонзиллитах, что опровергает распространённое мнение о том, что налёты на миндалинах всегда требуют назначения антибиотика. Часто сопутствует болезненность регионарных лимфоузлов. Для вирусных тонзиллитов характерны кашель, катаральный синдром, обилие слизи в носоглотке, конъюнктивит, что встречается при БГСА-тонзиллите, редко – при смешанной инфекции. При мононуклеозе в крови часто выявляются широкоплазмменные лимфоциты. Эпштейн-Барр (Коксаки, ЕСНО) не вызывают налётов, для них характерны высыпания мелких пузырьков (микровезикул) на дужках, мягком нёбе, язычке – герпангина.

**Осложнения** характерны только для БГСА-тонзиллита. Это шейный лимфаденит, паратонзиллярный и заглоточный абсцессы, а также негнойные осложнения: острая ревматическая лихорадка (через 2-5 недель после нелеченного тонзиллита), реже постстрептококковый гломерулонефрит.

**Диагноз:** экспресс-тест (например, стрептотест) и/или посев из зева на БГСА решает вопрос о бактериальной этиологии. На поздней стадии информативен анализ на АСЛО. В отсутствие бактериологического исследования вопрос о назначении антибиотика решается по клиническим данным (см. алгоритм). Маркёры бактериального воспаления мало помогают в дифференциальной диагностике тонзиллитов, поскольку их высокие значения часты как при БГСА-инфекции, так и при вирусных формах. Так,

Таблица 3

Дифференциально-диагностические критерии эпиглоттита и вирусного крупы (по Н. DeSoto, 1998 с изменениями)

| Признак                      | Эпиглоттит                      | Круп                       |
|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Возраст                      | Любой                           | Чаще от 6 месяцев до 6 лет |
| Начало                       | Внезапное                       | Постепенное                |
| Локализация стеноза          | Над гортанью                    | Под гортанью               |
| Температура тела             | Высокая                         | Чаще субфебрильная         |
| Интоксикация                 | Выраженная                      | Умеренная или отсутствует  |
| Дисфагия                     | Тяжёлая                         | Отсутствует или лёгкая     |
| Боль в горле                 | Выраженная                      | Умеренная или отсутствует  |
| Нарушение дыхания            | Есть                            | Есть                       |
| Кашель                       | Редко                           | Специфический              |
| Положение пациента           | Сидит прямо с открытым ртом     | Любое                      |
| Рентгенографические признаки | Тень увеличенного надгортанника | Симптом «шпиля»            |

мов, обычно через 24-48 часов. Эпиглоттит часто сопровождается бактериемией, что увеличивает длительность лечения.

**Запрещается:** ингалировать, осуществлять седацию, провоцировать беспокойство!

### Острый тонзиллит

**Определения.** В отечественной литературе преимущественное воспаление нёбных миндалин принято называть тонзиллитом или тонзиллофарингитом, тогда как под термином «фарингит» (используемом зарубежными авторами как синоним нашему термину «тонзиллит») понимают диффузное более или менее равномерное воспаление (чаще всего вирусное) слизистой оболочки и лимфоидных элементов рото- и носоглотки.

**Этиология.** Тонзиллит вызывают практически все респираторные и энтеровирусы, вирус Эпштейна – Барр, редко – простого герпеса. Основной бактериальный возбу-

при адено- и ЭБ-вирусном тонзиллитах у 1/3 детей лейкоцитоз превышает 15 x 10<sup>9</sup>/л, а уровень СРБ – 60 мг/л, около половины больных имеют ПКТ выше 2 нг/мл.

Диагноз мононуклеоза подтверждает ПЦР и/или серология на ЭБВ.

При гладком течении повторный анализ крови не нужен.

**Лечение БГСА-тонзиллита** проводится оральными бета-лактамами препаратами курсом не менее 10 дней:

– цефалексин 50 мг/кг/сут или  
– амоксициллин 50 мг/кг/сут (убедиться, что нет инфекции Эпштейна – Барр).

Более короткие курсы – 5-7 дней – проводятся следующими препаратами:

– азитромицин 10 мг/кг/сут – 5 дней или  
– джозамицин 40 мг/кг/сут – 7 дней или  
– цефуроксим-аксетил 250 мг/сут – 5 дней.

Однократное в/м введение бензатина бензилпенициллина (600 тыс. Ед при весе до 25 кг и 1 200 тыс. Ед – более 25 кг) проводится при сомнении в комплаентности.

Желателен (а при коротких курсах – обязателен) повторный посев через 4 недели.

### Алгоритм лечения острого тонзиллита



**Лечение вирусных тонзиллитов:** симптоматическое, полоскания горла, с 2,5 лет – биопарокс как смягчающее. Длительность лихорадки при аденовирусном тонзиллите – 5-7 дней, при мононуклеозе иногда больше; в этих случаях помогает нормализовать состояние короткий курс преднизолона.

### Отит средний острый

Острый средний отит – самое частое, в том числе бактериальное, осложнение ОРВИ, его переносят 65% грудных детей и 85% – к возрасту 3 лет, причём более половины детей болеют отитом повторно. Диагностика отита, требует отоскопии, которой должен владеть каждый педиатр. У части детей выявляются такие симптомы отита как беспокойство, боль в ухе или отказ от сосания. Болезненное давление на козелок если и говорит об отите, то лишь у детей до 6 месячного возраста. Средний отит может быть катаральным и гнойным.

**Обследование:** отоскопия, анализ крови, как и другие маркёры, часто мало информативны (см. выше).

**Катаральный отит** (респираторные вирусы) возникает у многих детей с ОРВИ, его критерием является гиперемия барабанной перепонки без выбухания и гноя в полости среднего уха.

**Лечение:** у детей > 2 лет возможна отсрочка с назначением антибиотика на 2 дня – его назначают при сохранении температуры и других симптомов в эти сроки. Дети < 2 лет подлежат, как правило, лечению.

**Гнойный отит** (S.pneumoniae, H.influenzae, БГСА) представляет угрозу перфорации, внутримозговых осложнений. Его критериями являются выбухание и гной в среднем ухе, лихорадка, общие нарушения.

**Осложнения.** Основная опасность – мастоидит, признаками которого являются сохранение лихорадки, смещение ушной раковины, отёк, болезненность при пальпации и эритема кожи в заушной области. Обычно имеются отделяемое из наружного слухового прохода или неподвижность, выпячивание и помутнение барабанной перепонки. Возбудитель – чаще всего пневмококк, реже БГСА.

**Лечение:** амоксициллин внутрь 80-100 мг/кг/сут в 2 приёма.

При его неэффективности (а у леченых за 1-3 месяца до болезни и у детей из ДДУ сразу):

амоксициллин/клавуланат внутрь (соотношение 7 : 1 или 14 : 1) 80-100 мг/кг/сут в 2 приёма.

Курс 7 дней у детей > 2 лет, 7-10 дней – 0-2 лет.

При аллергии к лактамам вводят: азитромицин (10 мг/кг в 1-й и 5 мг/кг/сут в последующие 4 дня или 30 мг/кг однократно).

При отсутствии эффекта вводят: цефуроксим или цефотаксим в/м, в/в 100 мг/кг/сут или цефтриаксон в/м, в/в 80 мг/кг/сут.

По показаниям парацетез. При подозрении на мастоидит – консультация лор-врача. Эффект ушных капель с антибиотиками при отите без перфорации отсутствует.

При болях – отипакс.

### Перфоративный отит

**Критерии:** наличие гноетечения, перфорации после острого эпизода.

**Лечение:** антибиотики как при гнойном отите до закрытия перфорации, при обилии гноя – местно – турунды с раствором магнезии 25%-ной, капли с рифампицином (отофа) или 0,3%-ного с норфлоксацином (нормакс).

**Профилактика.** У детей с рецидивирующим отитом оправдана вакцинация против пневмококковой инфекции вакциной Пневмо 23 (после 2 лет) в комбинации с вакциной Превенар (интервал между вакцинами 2 месяца).

● Острый гнойный отит подлежит антибактериальному лечению препаратами 1-го выбора

● При остром среднем отите у ребёнка старше 2 лет возможна отсрочка назначения антибиотика на 2 дня.

### Острый синусит

Острый ринит с затемнением пазух – риносинусит – наблюдается у 70% детей с ОРВИ и разрешается за 2-3 недели вне зависимости от проводимого лечения, поскольку в 93-98% он вызывается вирусами.

**Бактериальный негнойный синусит** Бактериальный синусит вызывается S.pneumoniae, H.influenzae, реже золотистым стафилококком. Критерии диагностики:

– сохранение заложенности носа, лихорадки более 10 дней от начала ОРВИ, у старших детей боли в области пазух ();

– вторая волна температуры через 5-7 дней от начала ОРВИ + ухудшение симптомов (заложенность носа, гнойное отделяемое) и/или болезненностью в точках выхода тройничного нерва.

**Обследование:** риноскопия выявляет гной в общих и средних носовых ходах. Анализ крови может оставаться неизменённым, уровни СРБ, ПКТ также могут быть сомнительными. В сомнительных случаях – рентгенография (КТ) придаточных пазух.

Рентгеновское исследование придаточных пазух носа оправдано только на 10-14-е сутки ОРВИ при сохранении заложенности носа, болей и других подозрительных на синусит признаков.

**Лечение:** амоксициллин внутрь 50-100 мг/кг/сут.

В группах риска – амоксициллин/клавуланат внутрь 100 мг/кг/сут в 2 введения, или цефуроксим-аксетил 40 мг/кг/сут в 2 введения

Курс лечения – 7-10 дней.

При выраженных общих нарушениях:

– амоксициллин/клавуланат в/в 100 мг/кг/сут в 2 введения;

– цефуроксим или цефотаксим в/в 100 мг/кг/сут в 2 введения (или в/м, в/в цефтриаксон 80 мг/кг/сут однократно) с переходом на оральный препарат по достижении эффекта.

Местное лечение:

– туалет носа, деконгестанты;

– аспирация слизи.

По показаниям (гнойный насморк) биопарокс, при отсутствии дренажа капли/спрей со стероидами (полидекса или назонекс).

В случае отсутствия эффекта в течение 1-2 дней, интоксикации или формировании синусогенных осложнений – пункция.

**Острый гнойный синусит** начинается как острейшее лихорадочное (> 39°С) заболевание с токсикозом, со 1-2-го дня становится заметным отёк щеки и/или окологлазной клетчатки. Основные возбудители – пневмококк, гемофильная палочка, стафилококк.

**Обследование:** рентгенография придаточных пазух (КТ).

**Лечение:**

– цефотаксим в/в, в/м 150 мг/кг/сут в 2 приёма (или цефтриаксон в/м, в/в 80 мг/кг/сут 1 раз) или

– амоксициллин/клавуланат в/в 100 мг/кг/сут +/- амикацин 15 мг/кг/сут. Обязательна консультация лор-врача для определения показаний к пункции или оперативному вмешательству.

<sup>1</sup>Цефотаксим до возраста 2,5 лет в/м не водят из-за болезненности.



Бронхит

**Простой бронхит** (возбудители – респираторные вирусы, реже микоплазма, хламидии) наблюдается весьма часто у детей преимущественно дошкольного и школьного возраста – в отличие от обструктивных форм, более частых в раннем и грудном возрасте.

**Критерии:** острое заболевание с субфебрильной или фебрильной температурой, с катаральными симптомами (кашлем, насморком), рассеянными сухими и влажными хрипами обычно при отсутствии токсикоза и числе лейкоцитов в крови < 15·10<sup>9</sup>/л. Кашель и симптомы бронхита могут появляться со 2-3-го дня болезни. Большинство бронхитов имеют вирусную этиологию, симптомы микоплазмоза – см. ниже.

**Обследование:** рентгенография проводится детям, до этого не обследованного рентгенологически, а также при подозрении на:

- пневмонию (соответствующий раздел);
- инородное тело (анамнез, ослабление дыхания с одной стороны);
- сдавливающий процесс в средостении (упорный металлический кашель).

Подозрение на пневмонию: в отличие от бронхита для пневмонии (в основном типичной, вызванной пневмококком или гемофилюсом) характерно изменение дыхания (ослабленное, бронхиальное) и перкуторного звука, мелкопузырчатые хрипы над отдельным участком лёгкого. Поскольку локальные симптомы пневмонии выявляются лишь у 50-70% больных, для диагностики используется набор общих симптомов:

- лихорадка свыше 3 дней;
- наличие одышки (> 60 в минуту у детей 0-2 месяцев, > 50 у детей 3-12 месяцев и > 40 у детей старше 1 года);
- асимметрия хрипов/физикальных изменений в лёгких.

Диагностическое значение (типичная пневмония) имеет лейкоцитоз выше 15 × 10<sup>9</sup>/л, повышение уровней СРБ > 30 мг/л и ПКТ > 2 нг/мл (подробнее см. следующую главу).

**Лечение вирусного бронхита:** антибиотика не требуется, отхаркивающие.

**Бронхит, вызванный Mycoplasma pneumoniae**

**Критерии:** 5-10% бронхитов у детей > 5 лет, чаще осенью, связаны с инфекцией Mycoplasma pneumoniae. Характерны стойкая фебрильная температура, обилие и асимметрия влажных и сухих хрипов, гиперемия конъюнктив, часто умеренная обструкция. Изменения крови те же, что и при вирусной инфекции. Рентгенография показана при выраженной асимметрии хрипов, лабораторные тесты на микоплазму не обязательны, поскольку специфические IgM появляются поздно, ПЦР может выявить носительство, а нарастание IgG-антител – ретроспективный диагноз.

**Лечение** курс 7-10 дней:

- джозамицин внутрь 50 мг/кг/сут в 2 приёма;
- азитромицин 5-10 мг/кг/сут 5 дней.

При обструкции – аэрозоли β2-агонистов.

Обструктивные формы бронхита

Наиболее часто встречающееся у детей поражение нижних дыхательных путей. Бронхиолит диагностируют у детей до 2 лет при первом эпизоде вирусной инфекции (РС-вирус, вирус парагриппа 3-го типа, другие респираторные вирусы), повторные эпизоды диагностируются как рецидивирующий обструктивный бронхит. Приступы астмы у детей раннего возраста также чаще всего развиваются на фоне ОРВИ

Поскольку бактериальная инфекция во всех этих случаях редкость, назначение антибиотиков оправдано лишь при наличии дополнительных симптомов (см. ниже). Основа лечения – ингаляции бета-агонистов (у маленьких детей лучше в комбинации с ипратропией бромидом), применение системных ГКС в рефрактерных случаях даёт возможность быстрее справиться с обструкцией.

**Бронхиолит**  
Заболевание протекает с субфебрильной или реже с фебрильной температурой, обычные кашель, одышка экспираторного типа, тахипноэ 50-70 в минуту, мелкопузырчатые, нередко также сухие свистящие хрипы, часто на фоне гипоксемии. Бронхообструктивный синдром при бронхиолите достигает максимума в течение 1-3 дней, затем постепенно уменьшается, как и обилие хрипов, они полностью исчезают на 7-14-й день. Несмотря на тяжесть, пневмония и другие бактериальные осложнения наблюдаются менее чем в 1% случаев.

**Облитерирующий бронхиолит**  
Прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности (обычно на фоне стойкой фебрильной температуры) указывает на возможность развития редкой, отличающейся крайней тяжестью и частой хронизацией инфекции (обычно аденовирусной 3-, 7- и 21-го типа).

**Обструктивный бронхит**  
Характерно возникновение на фоне ОРВИ свистящих сухих хрипов на фоне удлинённого выдоха при незначительном нарушении общего состояния.

**Оценка тяжести.** Подозрение на пневмонию возникает при T° > 38°C более 3 дней, нарастании токсикоза, появления укорочения перкуторного звука и выраженной асимметрии хрипов. Признаками тяжести бронхиолита являются снижение SaO<sub>2</sub> ниже 90%, что требует оксигенотерапии. Показателем к ИВЛ являются:

- ослабление дыхательного шума на вдохе;
  - гипоксемия, сохранение цианоза при дыхании 40% O<sub>2</sub>;
  - снижение болевой реакции;
  - падение PaO<sub>2</sub> < 60 мм рт.ст.;
  - увеличение PaCO<sub>2</sub> > 55 мм рт.ст.
- Тяжёлое течение РС-вирусной инфекции наблюдается у детей с бронхолёгочной дисплазией, врождёнными пороками сердца, нейромышечными заболеваниями.

**Обследование:** сатурация O<sub>2</sub>. Рентгенография грудной клетки показана при лейкоцитозе >15-20·10<sup>9</sup>/л (а у детей до 3 месяцев > 25·10<sup>9</sup>/л), выраженном повышении уровня СРБ и ПКТ.

При повторных эпизодах обструктивного бронхита и подозрении на **бронхиальную астму** – IgE, (+/– IgE-АТ к респираторным аллергенам). При подозрении на **хроническую патологию лёгких:** КТ грудной клетки (в т.ч. с контрастом), потовый тест, браш-биопсия нижней носовой раковины, ЭКГ, Эхо-КГ (давление в лёгочной артерии!), флоуметрия и тест с бронхолитиком, исключить желудочно-пищеводный рефлюкс (суточная рН-метрия пищевода, рентгенография с барием).

**Лечение:** антибиотики не показаны, кислород увлажнённый, массаж дренажный со 2-3-го дня, гидратация, ингаляции 3 раза в день:

**Первый эпизод** – туалет дыхательных путей, гидратация, кислород.  
Через небулайзер:

- сальбутамол (на приём 0,15 мл/кг, максимум 2,5 мл < 6 лет, 5 мл старше) или
- беродуал (на приём 2 капли/кг, максимум 10 капель – 0,5 мл детям до 6 лет и 1,0 мл – старше) +/- амброксол.

Оценку эффекта ингаляций проводят через 30-60 минут (уменьшение частоты дыхания на 10-15 в минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов), при отсутствии эффекта – повторная ингаляция.

При сохранении респираторного дистресса несмотря на ингаляции:

- дексаметазон 0,3 мг/кг или
- преднизолон в/м, в/в 1 – 1,5 мг/кг.

**Повторный эпизод** – ингаляции бета-агонистов (см. выше).

Детям с рецидивами обструкции на фоне ОРВИ и факторами риска бронхиальной астмы (с диагностированной астмой у одного из родителей, атопическим дерматитом + сенсибилизации к аэроаллергенам – клещу домашней пыли, пыльце, плесени – по данным кожной пробы или анализа IgE-антител в крови) наряду с бета-агонистами оправдано введение в ингаляциях в течение 7-10 дней после очередного ОРВИ будесонида (пультмикорта) 0,25-0,5 мг – на приём 2 раза в день.

**Профилактика:** у детей групп риска в течение РС-вирусного сезона проводится регулярная профилактика с помощью инъекции моноклональных антител к РС-вирусу – паливизумаба (синагис) 15 мг/кг 1 раз в месяц.

- Бронхолитики облегчают состояние детей, но не укорачивают болезнь
- Ингаляционные ГКС при первом эпизоде неэффективны
- Системные ГКС при неэффективности бета-агонистов предотвращают тяжёлое течение.

**Бронхит аспирационный** часто наблюдается у грудных детей вследствие дисфагии, обуславливает длительное сохранение хрипов, часто обструкцию; явления нередко усиливаются во время ОРВИ, когда и становятся заметны родителям. В аспирате из бронхов обычно смешанная кишечная флора.

**Критерии:** меняющаяся картина бронхита, «необъяснимый» кашель обычен во время кормления, особенно в горизонтальном положении, длительное сохраняющийся после ОРЗ, одышка, иногда приступы апноэ.

**Обследование:** наблюдение кормления, выявление рефлюкса. Рентгенография часто выявляет пневмонию (свежую или остаточные явления) в верхних долях (особенно часто справа).

**Лечение:** антибиотики (лучше по чувствительности флоры) показаны при наличии лихорадки и системных симптомов пневмонии. Комплекс лечебных «антирефлюксных» мер включает:

- подбор позиции кормления, размера отверстия соски, кормления с ложки;
- введение густой пищи, уменьшение объёма пищи на один глоток;

| Критерии тяжести приступа астмы у детей |              |                |                    |                        |
|-----------------------------------------|--------------|----------------|--------------------|------------------------|
| Признаки                                | Лёгкий       | Среднетяжёлый  | Тяжёлый            | Status asthmaticus     |
| Физ. активность                         | Сохранена    | Ограничена     | Ортопноэ           | Отсутствует            |
| Речь                                    | Сохранена    | Отд. фразы     | Затруднена         | Отсутствует            |
| Сознание                                | Возбуждение  | Возбуждение    | Возбуждение, испуг | Спутанность, кома      |
| Частота дыхания                         | Учащена      | Экспир. одышка | > 40 в мин.        | Тахи-, брадипноэ       |
| Участие вспомогательных мышц            | Нерезкое     | Выражено       | Выражено резко     | Парадоксальное дыхание |
| Свист. дыхание                          | Конец выдоха | Выражено       | Резкое             | Немое лёгкое           |
| ЧСС                                     | Повышена     |                | > 120 в мин.       | Тахи-, брадикардия     |
| ОФВ <sub>1</sub> , ПСВ*                 | > 80%        | 50-80%         | 33-50%             | < 33%                  |
| PaO <sub>2</sub> , мм рт.ст.            | Норма        | > 60           | < 60               |                        |
| PaCO <sub>2</sub> , мм рт.ст.           | < 45         | < 45           | > 45               |                        |

\*в % от должной или лучших значений больного; определяют повторно в процессе терапии

- сон с поднятым на 30° головным концом кровати, дренаж 4-6 раз в день;
- антациды, домперидон (мотилиум) 1,5 мг/кг/сут до еды.

**Обострение бронхиальной астмы** на фоне ОРВИ создаёт трудности в дифференциальной диагностике с «вирусной» обструкцией. Критерии тяжести приведены в таблице 4. Отличие от рецидивирующего обструктивного бронхита:

- приступообразный характер обструкции;
- ночной кашель в периоде ремиссии;
- реакция на неинфекционные аллергены;
- эозинофилия в крови.

**Обследование:** общий анализ крови, КЩС, электролиты, сатурация O<sub>2</sub>, ЭКГ, рентгенограмма грудной клетки (при наличии дополнительных физикальных изменений в лёгких), флоуметрия по окончании обострения. В начале приступа может отмечаться нейтрофильный лейкоцитоз и повышаться СРБ. Прокальцитониновый тест не повышается.

**Препараты и дозы:**

1. Кислород от 15-20 минут в час до постоянной подачи (2-4 атм.).
2. β<sub>2</sub>-агонисты через небулайзер: на 1 ингаляцию сальбутамол по 2,5 мг-1 небула, дети < 1 года – по 1/2, небулы до 3 раз в день. Повторить через 30 минут при слабом эффекте. При «влажной» астме у детей 0-3 лет – предпочтителен беродуал: на 1 ингаляцию ≤ 1 года – фенотерола 50 мкг (2 капли/кг), 1-6 лет – 10 капель до 3 раз в день; 6-12 лет – 10-20 капель до 4 раз в день.
3. Преднизолон 1-2 раза в сутки 1-2 мг/кг (детям ≤ 1 года), 20 мг/сут (1-5 лет), 20-40 мг/сут (≥ 5 лет) на 3-5 дней.
4. Ингаляционные ГКС: пультмикорт суспензия через небулайзер по 0,25-0,5 мг (до 1 мг) дважды в день с физраствором 1 : 1 или 1 : 2.

**Лёгкое – среднетяжёлое обострение БА:**

**Лечение:** β2-агонисты – ДАИ со спейсером или через небулайзер до 3 доз в течение 1-го часа.

Кислород до достижения насыщения 90% и более.

ГКС перорально:

1. Детям, уже получавшим ГКС при приступах ранее.
2. При отсутствии быстрого ответа на бета-2-агонисты.

**Ответ на лечение:**

**Хороший:** ОФВ1 или ПСВ ≥ 70%, в том числе через 60 минут после последней ингаляции, физикально – норма, SaO<sub>2</sub> > 95% (> 90% у подростков). Выписка домой: продолжить бета-2-агонисты, системные ГКС (если вводили) до 3-5 дней.

**Неполный:** ОФВ1 или ПСВ ≥ 50%, но < 70%, лёгкие или умеренно выраженные симптомы, SaO<sub>2</sub> без улучшения: продолжить лечение, мониторинг SaO<sub>2</sub>, ЧСС, ЧД.

**Тяжёлое обострение БА:**

**Лечение:** β2-агонист + ипратропия бромид через небулайзер каждые 20 минут или непрерывно в течение часа (у старших детей).

Кислород до достижения SaO<sub>2</sub> 90% и более.

ГКС перорально (см. выше).

У детей, уже получивших повторно β2-агонисты без эффекта – пультмикорт, кислород, терапия как при астматическом статусе.

**Астматический статус** (приступ в течение 6-8 часов, не купирующийся β2-агонистами).

**Инфузионная терапия:**

- Глюкозо-солевые растворы, общий объём 50-70 мл/кг/сут, 8-12 мл/кг/час
- Эуфиллин в/в болюс (за 30 минут) 5-7 мг/кг (если больной получал теофиллин – 4-5 мг/кг), затем длительно 0,7-0,9 мг/кг/час (максимально 15 мг/кг/сут)
- ГКС: в/в эквивалент 1-2 мг/кг преднизолона каждые 4-6 часов.

**Ингаляционная терапия:**

- ингаляции β2-агонистов возобновляют на фоне инфузии индивидуально, в том числе с учётом ЧСС
- пультмикорт 2 раза в день.

Лечение внебольничной пневмонии у детей

**Определение и этиология**

В российской педиатрии пневмония определяется как «острое инфекционное заболевание лёгочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфльтративным изменениям на рентгенограмме». Основная масса пневмоний (77-83%), отвечающих этому определению, имеет бактериальную этиологию, хотя в части случаев они развиваются на фоне ОРВИ, играющих роль способствующего фактора. Такой подход позволяет исключить вирусные поражения нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит), не нуждающихся в антибактериальном лечении.

В ряде стран используют определение, согласно которому наряду с «острое инфекционные заболевания лёгочной паренхимы, диагностируемые по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфльтративным изменениям на рентгенограмме».

Основным бактериальным возбудителем пневмоний («типичных») остаётся пневмококк, вызывающий в возрасте до 5 лет 70-85% случаев. У детей в возрасте до 5-6 лет возможны пневмонии, вызванные гемофильной палочкой типа b (при отсутствии соответствующей массовой вакцинации) и, возможно, её бескапсульной формой. У детей старше 5 лет и подростков возрастает роль «атипичных» возбудителей – M.pneumoniae и C.pneumoniae, так что на долю пневмококка приходится около половины всех пневмоний. Редкие случаи легионеллёзных пневмоний у детей связаны обычно с пребыванием в аэропортах с искусственной вентиляцией.

У детей первых 6 месяцев жизни типичные (очаговые, сливные) пневмонии возникают на фоне привычной аспирации пищи (дети с гастроэзофагеальным рефлюксом и/или дисфагией), как первая манифестация муковисцидоза, иммунных дефектов: их могут вызвать кишечная грамотрицательная кишечная флора, стафилококки. «Атипичные» пневмонии в этом возрасте вызываются обычно C.trachomatis – результат перинатального инфицирования от заражённой матери.

**Чувствительность возбудителей к антибиотикам**

В России пневмококки в основном чувствительны к бета-лактамам (89% к пенициллину и > 99% к амоксициллину и цефтриаксону), гемофильная палочка – к амоксициллину на 90-95%, к амоксициллину/клавуланату, цефалоспорином 2-3-го поколения – на 100%). Из числа макролидов в отношении H.influenzae in vitro активен азитромицин, возможно также кларитромицин. Однако в ДДУ (особенно в детских домах) и у детей, получавших антибиотики за последние 3 месяца, процент устойчивых штаммов этих возбудителей намного выше, что требует учёта при назначении лечения.

Чувствительность пневмококков к макролидам – 92% (азитромицин) – 96% (джозамицин), однако в ряде городов до 30% штаммов пневмококков нечувствительны к азитромицину, эритромицину и другим 14-членным макролидам. Устойчивость к хлорамфениколу сохраняют 92% штаммов пневмококков, к клиндамицину – 95,5%, имипенему и ванкомицину – 100%. Низкая чувствительность пневмококков и гемофильной палочки к ко-тримоксазолу и



(Продолжение. Начало на стр. 7.)

тетрациклину делает эти препараты больше неприменимыми. Пневмококки полностью резистентны к гентамицину и другим аминогликозидам, их использование для моно-терапии недопустимо.

Микоплазмы и хламидии высоко чувствительны к макролидам и тетрациклинам, а также фторхинолонам.

Этиологический диагноз

Этиологическая экспресс-диагностика пневмоний пока недоступна, поскольку практически все возбудители (вирусы, типичные и атипичные бактерии) и их антигены могут присутствовать в дыхательных путях у здоровых носителей. Посевы крови дают положительный результат менее чем в 5%, более часто (до 40%) положительны посевы плеврального экссудата.

Серологический ответ – антитела класса IgM к микоплазме, хламидиям появляются на 2-3-й неделе болезни и сохраняются длительно, так что их ценность для ранней диагностики невелика; диагноз делает положительным нарастание титров антител в парных сыворотках, но это не экспресс-метод.

Классификация

Внебольничные (домашние) пневмонии по рентгеновской картине принято делить на очаговые, очагово-сливные, долевого (крупозные), сегментарные, интерстициальные; по клиническим данным во многих случаях возможно их деление на типичные (вызванные кокковой флорой или гемофилюсом) и атипичные, вызванные микоплазмой, хламидиями, что позволяет целенаправленно назначать стартовую терапию.

По тяжести выделяют очень тяжёлые (при наличии угрожающих жизни симптомов), тяжёлые (в основном осложнённые) и нетяжёлые (неосложнённые) пневмонии. Основными осложнениями являются лёгочная деструкция (абсцесс, буллы), плеврит (синпневмонический и метапневмонический), пневмоторакс, пиопневмоторакс, реже инфекционно-токсический шок.

При адекватном лечении большинство неосложнённых пневмоний разрешается за 2-4 недели, осложнённых – за 1-2 месяца. Затяжное течение диагностируется в случаях отсутствия обратной динамики процесса (обычно сегментарного) в сроки от 1,5 до 6 месяцев.

Симптоматика

Пневмония – острое заболевание, обычно с кашлем и лихорадкой, которая без лечения держится в отличие от вирусной инфекции более 3 дней; ринит и другие признаки ОРВИ часто отсутствуют. Без температуры (но с выраженной одышкой) протекают атипичные пневмонии у детей 1-6 месяцев жизни, вызванные C.trachomatis. Поскольку пневмония часто (до половины случаев и более) «немая» – без классических физических симптомов – за основу диагностики следует принимать общие симптомы.

Очень тяжёлая пневмония характеризуется наличием центрального цианоза, других признаков тяжёлой дыхательной недостаточности, нарушением сознания, отказом ребёнка от питья.

Тяжёлая пневмония характеризуется в отсутствие угрожаемых жизни симптомов наличием втяжений уступчивых мест грудной клетки (обычно в нижней части) при дыхании, у грудных детей – хрюканием, раздуванием крыльев носа.

Неосложнённая пневмония диагностируется, если отсутствуют указанные выше признаки – при наличии одышки в отсутствие обструктивного синдрома (≥ 60 в мин у детей до 2 мес.; ≥ 50 в мин – от 2 мес. до 1 года; ≥ 40 в 1 мин – от 1 года до 5 лет) и/или классических физических симптомов – укорочения перкуторного звука, ослабленного или бронхиального дыхания, крепитации или мелкопузырчатых хрипов над участком лёгких. Отсутствие одышки не исключает пневмонии.

Приводимый ниже диагностический алгоритм имеет чувствительность и специфичность выше 95%. Наличие бронхиальной обструкции (свистящего дыхания – wheezing) с высокой вероятностью исключает типичную

внебольничную пневмонию и встречается изредка при атипичных формах и внутрибольничном заражении.

Для типичных пневмоний во всех возрастах характерны скудные физические признаки, отсутствие хрипов, так что именно стойкая высокая температура и токсикоз – прежде всего отказ от еды – показание для рентгеновского исследования и/или назначения антибиотика, если оно недоступно.

При наиболее изученной атипичной микоплазменной пневмонии стойкая высокая лихорадка без токсикоза сопровождается обилием разнокалиберных, в том числе мелкопузырчатых, хрипов, часто асимметричных, а также «сухим» конъюнктивитом. На снимках обычно слабоинтенсивные затемнения без чёткого контура, но возможны и плотные тени.

Этот алгоритм выявляет и атипичную пневмонию у ребёнка первых месяцев жизни, вызванную C.trachomatis, «улавливая» в отсутствие лихорадки одышку.

Лабораторная диагностика

Анализ крови не является диагностическим для пневмонии, однако помогает дифференцировать типичные пневмонии (лейкоцитоз выше 15 x 10<sup>9</sup> у 60% больных) от атипичных (96% ниже 15 x 10<sup>9</sup>). В этом отношении помогает и определение СРБ (100% выше 30 мг/л при типичных по сравнению с 23% при атипичных) и особенно прокальцитонин – ПКТ (96% выше 2 нг/мл при типичных и 05 – при атипичных).

Анализ крови, СРБ и ПКТ в динамике при осложнённых пневмониях в отсутствие полного эффекта лечения позволяют оценить динамику воспаления – микробного (рассасывание, абсцедирование) и иммунопатологического (по динамике СОЭ – см. ниже).

Рентгеновское исследование

При ясной клинической картине возможно лечение без рентгеновского исследования, хотя оно позволяет уточнить форму пневмонии и исключить осложнения. Гомогенные тени с чёткими границами (консолидации) характерны для типичных бактериальных пневмоний, неинтенсивные негомогенные, без чётких границ – для вызванных микоплазмой; при нетяжёлых, обширных («амбулаторных») пневмониях, однако эти различия могут отсутствовать. Диссеминированные изменения у грудных детей говорят в пользу хламидиоза (мелкоочаговые тени). Очагово-сливные, лобарные, с выбухающей границей тени характерны для пневмоний, осложняющихся деструкцией, уменьшенные в объёме гомогенные сегментарные тени с вогнутой границей свидетельствуют о наличии ателектатического компонента с тенденцией к затяжному течению. Небольшие негомогенные прикорневые затемнения часто наблюдаются при ОРВИ и многими рассматриваются как вирусные пневмонии.

При гладком течении повторная рентгенограмма не нужна, при осложнённых формах УЗИ в динамике позволяет избежать повторную рентгенографию.

Осложнения пневмонии

Очагово-сливные пневмонии, обычно пневмококковые, характеризуются наличием богатых клетками инфильтратов с первых дней болезни, так что позднее назначение антибиотиков не влияет на их эволюцию. Их нагноение с опорожнением через бронх сопровождаются усилением кашля, оставляя после себя буллы в лёгочной ткани. Реже они прорываются в полость плевры с развитием пиопневмоторакса. Нагноения сопровождаются стойкой лихорадкой и нейтрофильным лейкоцитозом до момента опорожнения гнойника.

Эти формы протекают обычно с синпневмоническим плевритом с начала болезни, выпот гнойный (рН 7,0-7,3), с полинуклеарным цитозом > 5000 в 1 мкл, или фибринозно-гнойным (рН > 7,3, цитоз 3000-5000 в 1 мкл).

Метапневмонический плеврит (при пневмококковой, реже при гемофилюсной инфекции) с серозно-фибринозным выпотом (цитоз < 1000 в 1 мкл) появляется, чаще при позднем начале антибактериальной терапии после падения температуры на 1-2-й день вследствие образования иммунных ком-

плексов при распаде микробных клеток. У больных с синпневмоническим плевритом при этом нарастает объём экссудата при утрате им гнойного характера. Характерна метапневмоническая «безмикробная лихорадка» (39,5-400С) длительностью 5-10 дней (несмотря на антибиотики) и выраженное повышение СОЭ. Метапневмоническая лихорадка может не сопровождаться плевритом.

Антибактериальное лечение

Антибактериальную терапию начинают незамедлительно при установленном диагнозе пневмонии, а также при подозрении на пневмонию у тяжёлого больного.

Выбор препаратов основывают на вероятности возбудителя в соответствующем возрасте при данной клинико-рентгенологической картине, а также при возможности с учётом лейкоцитоза и уровней СРБ и ПКТ. При неосложнённых пневмониях используют оральные средства. Если терапия была начата парентерально, по достижении эффекта следует перейти на оральный препарат (ступенчатый метод).

Показаниями к замене препарата является отсутствие клинического эффекта (см. бокс), а также развитие нежелательных побочных эффектов.

Критерии эффективности лечения:

● **Полный эффект:** падение температуры < 38° через 24-48 часов при неосложнённой и через 72 часа при осложнённой пневмонии на фоне улучшения состояния и аппетита, уменьшения одышки

● **Частичный эффект:** сохранение температуры > 38° после указанных выше сроков при

|                                                           |                                                                     |                                                                                                 |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 месяцев-15 лет осложнённая</b> (плеврит, деструкция) | Пневмококк, у детей до 5 лет H.influenzae типа b, редко стрептококк | В/в амоксициллин/клавуланат, ампициллин или цефазолин < 5 лет: также цефотаксим или цефтриаксон | Цефтриаксон, карбопенем, добавить макролид. При легионеллёзе – в/в эритромицин или азитромицин |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

снижении степени токсикоза, одышки, улучшении аппетита в отсутствие отрицательной рентгенологической динамики. Наблюдается обычно при деструктивных пневмониях и/или при метапневмоническом плеврите. Смены антибиотика не требует

● **Отсутствие клинического эффекта:** сохранение температуры > 38° при ухудшении состояния и/или нарастании рентгенологических изменений. При хламидиозе и пневмоцистозе – нарастание одышки и гипоксемии. Требуется смены антибиотика.

**Очень тяжёлая пневмония** требует парентерального введения антибиотиков на фоне интенсивной терапии (кислород, ИВЛ, лечение ДВС-синдрома). ВОЗ рекомендует парентеральное введение ампициллина 50 мг/кг 3 раза в день + гентамицин 7,5 мг/кг 1 раз в день. В условиях России оптимально в/в введение:

- амоксициллина/клавуланата 40-50 мг/кг 2 раза в день или
- цефотаксима 50 мг/кг 3 раза в день (или в/в, в/м цефтриаксон 80 мг/кг 1 раз в день) +/- день + гентамицин 7,5 мг/кг (или амикацина 15 мг/кг) 1 раз в день или
- цефазолина 50 мг/кг 3 раза в день + гентамицин 7,5 мг/кг (или амикацина 15 мг/кг) 1 раз в день или
- у детей, получавших ранее антибиотики – в/в меропенем 20 мг/кг 2 раза в день или при подозрении на стафилококк в/в ванкомицин 20 мг/кг 2 раза в день.

**Тяжёлая пневмония.** Госпитализация обязательна. ВОЗ рекомендовал ранее парентеральное введение пенициллина 50 мг/кг 4 раза в день, в настоящее время – внутрь амоксициллин 40 мг/кг 2 раза в день в течение 5 дней. В условиях России оптимально в/в введение с переходом по достижении эффекта на оральный амоксициллин или амоксициллин/клавуланат до общей длительности 5-7 дней.

Дети до 5 лет (опасность гемофилюса типа b):

- в/в или внутрь амоксициллин/клавуланат 25 мг/кг 2 раза в день или
- в/в (в/м > 2,5 лет) цефотаксим 50 мг/кг 3 раза в день (или в/в, в/м цефтриаксон 80 мг/кг 1 раз в день) или
- в/в, в/м цефазолин (50 мг/кг/сут 3 раза в день) + аминогликозид (например, гентамицин 6 мг/кг/сут).

Дети старше 5 лет:

- в/в, в/м ампициллин 50 мг/кг 2-3 раза в день или
- в/в цефазолин 50 мг/кг 2-3 раза в день. При **отсутствии эффекта:** добавить р.о. азитромицин 10 мг/кг/сут (или другой макролид), при подозрении на метициллин-резистентный стафилококк – в/в ванкомицин 40 мг/кг/сут, при подозрении на легионеллёз – в/в азитромицин 0,5 г/сут (> 12 лет) или в/в эритромицин 30-50 мг/кг/сут.

**Пневмония неосложнённая (нетяжёлая).** Лечение возможно проводить на дому. ВОЗ рекомендует: р.о. амоксициллин 40 мг/кг 2 раза в день 3 дня. В условиях России:

**Дети < 6 месяцев** с афебрильной пневмонией (C.trachomatis):

- джозамицин 20 мг/кг 2 раза в день 7 дней или
- азитромицин 5 мг/кг 1 раз в день 5 дней. **Дети < 5 лет** с фебрильной пневмонией: – внутрь амоксициллин 25 мг/кг 2 раза в день 5 дней.

В группе риска (получали антибиотик раньше, посещает ДДУ – возможная роль резистентных H.influenzae и S.pneumoniae):

- внутрь амоксициллин/клавуланат 40-50 мг/кг 2 раза в день 5 дней или
- цефуроксим аксетил 20-40 мг/кг 2 раза в день 5 дней.

Введение детям раннего возраста в/м в качестве первой дозы цефтриаксона (50 мг/кг), особенно у детей с рвотой, сокращает частоту госпитализации.

При отсутствии эффекта – добавить или заменить на макролид.

Дети старше 5 лет:

- амоксициллин 25 мг/кг 2 раза в день. При отсутствии эффекта – добавить или заменить на макролид (см. ниже).

При симптомах, сопоставимых с атипичной пневмонией:

- внутрь макролид (например, джозамицин 40 мг/кг/сут 7 дней или азитромицин 10 мг/кг в 1-й день, далее 5 мг/кг 5 дней). При отсутствии эффекта – добавить или заменить на амоксициллин 50 мг/кг/сут.

При неясности характера пневмонии допустимо одновременное назначение амоксициллина и макролида.

Другие виды лечения

При быстром наступлении эффекта антибиотиков другие виды терапии не нужны.

**Режим больного пневмонией:** постельный с расширением после нормализации температуры. Проветривание обязательно. При гладком течении перевод на общий режим и прогулки с 6-10-го дня болезни, возобновление закаливания через 2-3 недели. Большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель при нетяжёлой и 12 недель после осложнённой пневмонии – после восстановления функционального лёгочного кровотока.

**Питание.** Сниженный в первые дни аппетит быстро восстанавливается, что делает излишним диету и препараты витаминов.

**Жаропонижающие** в начале лечения не назначают, так как это может затруднить оценку его эффективности; исключение – фебрильные судороги, метапневмонический плеврит.

**Гидратация** оральная достаточна при неосложнённой и при большинстве осложнённых пневмоний. К растворам (регидрон и др.) добавляют воду, чай, соки, её объём – менее полной суточной потребности, но не менее 700-1000 мл. Ввиду опасности задержки жидкости вследствие выброса антидиуретического гормона инфузии при эскикозе, коллапсе, нарушении микроциркуляции проводят объёмами 20-30 мл/кг/сут, равномерно распределённые в течение суток (см. бокс) коллоидные растворы должны составлять 1/3 объёма. Введение щелочных растворов без определения КЩС допустимо лишь как экстренная мера при ДВС-синдроме и расстройствах микроциркуляции.

**Расчёт объёмов жидкости больному тяжёлой пневмонией**

Потребность: половина исчисленного полного суточного объёма, из этого количества внутривенно вводят не более 1/3.

**Препараты железа** в остром периоде не вводят, инфекционная анемия разрешается спонтанно на 3-4-й неделе болезни.

**Иммунотерапия.** Эффективность нормального (в т.ч. внутривенного) и специфических иммуноглобулинов (стафилококкового, синегнойного и др.) не доказана, введение альбумина оправдано только при гипопроteinемии.

**Стимулирующие, общеукрепляющие, антигистаминные средства, иммуномодуляторы** не улучшают исход пневмонии, существенно удорожая лечение и часто являясь причиной побочных реакций.

**Внутрилёгочные полости и абсцессы** после опорожнения обычно излечиваются на фоне консервативного лечения. Введение антипротеза (апротинин) может быть оправдано лишь в первые 3 дня болезни при угрозе деструкции, в более поздние сроки они не эффективны.

(Окончание следует.)

Под редакцией главного педиатра Минздрава России, академика РАН Александра БАРАНОВА.

Алгоритм клинической диагностики пневмоний

|                                                                                                                    |       |                                                                                                                |       |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|
| Начало осмотра: T° > 38° > 3 дней и/или Одышка и/или Втяжения грудной клетки (без явлений бронхиальной обструкции) | Нет → | Локальные с-мы: Укорочение перкуторного звука и/или Ослабленное или бронхиальное дыхание и/или Локальные хрипы | Нет → | Асимметрия влажных хрипов                       |
|                                                                                                                    |       |                                                                                                                | Да →  | Нет                                             |
|                                                                                                                    |       |                                                                                                                |       | Токсикоз, лейкоцитоз выше 15x10 <sup>9</sup> /л |
| Да ↓                                                                                                               |       | Да ↓                                                                                                           |       | Да ↓ Нет ↓                                      |
| R-графия или начало лечения                                                                                        |       |                                                                                                                |       | ОРВИ                                            |



Признание

Дабы не оказаться в арьергарде мировой науки, наши учёные стараются идти в ногу с техническим прогрессом. Но лишь самым дерзким по плечу раздвинуть горизонты познания. Это огромный систематический труд, базирующийся на глубоких знаниях и практическом опыте.

В этой связи актуально событие, произошедшее в Российской академии естественных наук. На заседании секции биологической медицины с докладом на тему: «Активное долголетие – плацентарная терапия» выступил вице-президент Российского научного общества гастроэнтерологов, доктор медицинских наук, профессор кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ Валерий Максимов. Это учёный широкого диапазона, умеющий работать комплексно, в сотрудничестве не только с клиницистами, но и с иммунологами, микробиологами, вирусологами, морфологами.

– Сегодня имеются прорывные медицинские технологии, благодаря которым удаётся системно улучшать работу всех органов, «заряжать» организм новой порцией жизненной энергии, – заметил докладчик и рассказал о новом уникальном биологическом препарате Лаеннек. Это продукт высоких технологий, гидролизат плаценты человека. Благодаря российской медицинской корпорации RHANA он пришёл в нашу страну из Японии, где успешно применяется с 1956 г. для лечения свыше 80 заболеваний. Зарегистрированный в России как гепатопротектор и иммуномодулятор, на протяжении 17 лет Лаеннек продолжает накапливать фундаментальную и клиническую доказательную базу. Результаты фундаментальных, экспериментальных, клинических исследований российских учёных и практиков убедительно свиде-

# Накапливая новые знания

Российские учёные-естествоиспытатели служат развитию мировой науки



Ю.Рахманин (справа) поздравляет с избранием в РАЕН Е.Диброву и В.Максимова

тельствуют о полимодальности, многофункциональности действия Лаеннека. Главное – это препарат биологического происхождения, все компоненты которого обладают биодоступностью. В его составе факторы роста, пептиды, аминокислоты, микроэлементы. Факторы роста активизируют метаболизм здоровых клеток. При связывании инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) тирозинкиназный домен ИФР-1-рецептора активируется и, в свою очередь, инициирует передачу внутриклеточного сигнала по каскаду АКТ, стимулирующего регенерацию тканей, в частности скелетных мышц, соединительной ткани, печени, почек, нервов, кожи, лёгких... Препарат не содержит клеточного материала, инициирует продукцию цитокинов, которые выступают в роли строительного

материала в создании здоровых клеток.

Вёл заседание признанный на международном уровне специалист в области экологии человека и гигиены окружающей среды, академик РАН и РАЕН, лауреат премии Госкомитета по науке и технике СССР, премии Совета Министров СССР, заслуженный деятель науки РФ Юрий Рахманин. До недавнего времени Юрий Анатольевич был директором НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н.Сысина, преобразованного в Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью Минздрава России. Сегодня Ю.Рахманин – главный научный консультант центра, эксперт Всемирной организации здравоохранения. Являясь вице-президентом

РАЕН, в структуре академии курирует направление «Биология, медицина и экология». Он отметил актуальность применения плацентотерапии в современных условиях.

С основными направлениями деятельности медицинской корпорации RHANA собравшихся познакомил её президент кандидат экономических наук Екатерина Диброва. Несколько поколений японцев получают Лаеннек-терапию, что, вне сомнения, является одной из важных составляющих высокой продолжительности жизни в этой стране. Опыт показывает, что за весь период изучения Лаеннек не вызвал ни одной аллергической реакции, осложнений и побочных эффектов. Это позволяет отнести его к группе препаратов с высокой степенью безопасности.

Е.Диброва подчеркнула, что возглавляемая ею корпорация, являющаяся лидером в антивозрастной медицине, активно осваивает программы активного долголетия на основе Лаеннек-терапии. Не случайно на международных конгрессах по активному долголетию и качеству жизни препарат Лаеннек, входящий в страховую медицину в Японии, содержащий низкомолекулярные регуляторные пептиды и активные фрагменты 36 факторов роста, способствующие восстановлению функции гепатоцитов и жизненного цикла здоровых клеток, признан лучшим продуктом для продления жизни и активного долголетия.

В дискуссии активное участие принял директор Центра стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью, доктор меди-

цинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники Сергей Юдин, отметивший значение обсуждаемой проблемы.

По результатам голосования о приёме В.Максимова в действительные члены РАЕН, Е.Дибровой – в члены-корреспонденты получено единогласное одобрение участников. Кроме того, медицинская корпорация RHANA принята в РАЕН в качестве коллективного члена. Также бюро номинировало компанию RHANA на престижную международную экологическую премию «EcoWorld» в области медицины за деятельность, направленную на устойчивое развитие в XXI веке.

Ещё одним знаковым событием стало решение создать в рамках РАЕН новое актуальное тематическое подразделение – регенеративной и плацентарной медицины, которое возглавит профессор В.Максимов. Он будет координировать проведение фундаментальных научных и клинических исследований в этой области. Следует особо подчеркнуть, что помимо классических подходов в науке профессор В.Максимов на протяжении 40 лет своей профессиональной деятельности трудится на стыке медицины и биологии. Является пионером применения метода разгрузочно-диетической терапии (лечебного голодания) в гастроэнтерологии, начал внедрение в клиническую практику методов озонотерапии, поэтому плацентотерапия, несомненно, является логическим продолжением его исследовательской деятельности.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

События

В ходе недавнего Всемирного дня сердца коллектив столичного консультативно-диагностического центра Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России принял решение провести заодно и свой день открытых дверей. В итоге получился настоящий День открытых сердец...

На проводимых уже пятый год центром мероприятиях кардиологи и врачи смежных специальностей используют весь арсенал для убеждения населения в необходимости уделять своему здоровью самое пристальное внимание. Особенно это касается популяризации профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, их своевременного профессионального лечения и последующей реабилитации.

Поводов для беспокойства медиков множество, и самый веский: ежегодно в мире от болезней сердца погибают свыше 17 млн человек, и всё чаще сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной смерти молодых людей.

Поэтому особенно отраднo, что на приглашение КДЦ в этот раз откликнулось немало молодёжи – девушки с энтузиазмом совместно с врачами измеряли окружность талии, артериальное давление, рост, вес, высчитывали индекс массы тела...

А вот в викторине, проведённой после подробного рассказа главного врача КДЦ кандидата медицинских наук Лидии Рыжаковой

# День открытых сердец

Так можно назвать этот праздник, состоявшийся в столице

о центре в Китайгородском проезде, его специализации, а также о главной теме дня – опасности сердечно-сосудистых заболеваний, – лидировали представители старшего поколения.

– Оно и понятно, – отметил заведующий хирургическим отделением сосудистый хирург Хачатур Кургиян, проводящий проверку усвоенного. – Многие из «возрастных» пациентов курили или всё ещё курят, имеют излишки веса, повышенный уровень холестерина и глюкозы в крови, давно и с разной степенью успешности борются с повышенным кровяным давлением, потребляют в недостаточном количестве овощи и фрукты, любят побаловать себя жирным и вредным, физически инертны... Но они уже точно знают, что это неправильно! И уже точно знают, как делать правильно! А мы постараемся их к этому подтолкнуть.

Дню сердца в КДЦ традиционно предшествует масштабная кампания с целым рядом мероприятий. В конференц-зале учреждения прошёл симпозиум, организованный совместно с Национальным советом по реанимации России «Внезапная сердечная смерть. Группы риска, стратегии профилактики и спасения».



Желающих проверить своё здоровье оказалось много

В другом зале всем желающим «без белых халатов» была представлена уникальная возможность теоретически пройти обучение практическим основам сердечно-лёгочной реанимации, а затем под руководством специалистов закрепить навыки на специальных манекенах. Это важный навык для людей, не имеющих медицинского образования, но имеющих родственников с факторами риска

возникновения сердечно-сосудистых заболеваний или уже серьёзно больных.

Бесплатные профилактические консультации по итогам проведённых в День сердца исследований осуществляли кардиологи и специалисты по медицинской профилактике.

Завершилось мероприятие школой здоровья для пациентов с повышенным уровнем артериального давления.

– Информирование по проблеме и воспитание у людей ответственного отношения к своему здоровью, стремление приучить их к пониманию, что непременным условием сохранения качества жизни является своевременное обращение к врачу при первых признаках заболевания и сердечно-сосудистых катастроф. Люди должны иметь самое полное представление о факторах риска и о мерах, помогающих снизить их влияние на организм человека, – подытожила цикл мероприятий Л.Рыжакова. – По данным Всемирной федерации сердца, 80% преждевременных смертей от инфарктов и инсультов можно предотвратить, если вести здоровый образ жизни, контролировать употребление табака, питание и физическую активность. Мы стараемся это объяснить.

Эффективность работы КДЦ во время проведения таких мероприятий очевидна: количественный поток посетителей в такие дни неизменно переходит в качество дальнейшей работы врачей с пациентами.

Жанна ДЫМОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Фото автора.



Недержание мочи у мужчин является одной из наиболее трудных проблем современной урологии. Ни один из существующих на сегодняшний день методов лечения не гарантирует полного избавления от этого заболевания.

Недержание мочи у мужчин может развиваться вследствие особенностей образа жизни, функциональных расстройств мочевого пузыря или его сфинктера, воздействия факторов окружающей среды, в том числе ятрогенных осложнений, а также от сочетания этих причин. К основным проявлениям недержания мочи у мужчин относят: ночное недержание мочи, инконтиненция после простатэктомии и подтекание мочи после мочеиспускания. Это может быть следствием гиперактивности детрузора, хронической инфекции мочевыводящих путей, инфравезикальной обструкции, опухолевого поражения мочевого пузыря или неврологической патологии. В отличие от женщин у мужчин сфинктерная недостаточность – явление редкое, но может развиваться вследствие травмы, после операций на предстательной железе или в результате неврологических расстройств. Все методы лечения недержания мочи у мужчин могут быть разделены на две большие группы: консервативные и хирургические. В зависимости от этого мы приводим общепринятые практические рекомендации по лечению данного состояния.

## Консервативные методы лечения недержания мочи у мужчин

### I. Изменение образа жизни.

На сегодняшний момент нет данных рандомизированных исследований о влиянии образа жизни на функцию удержания мочи у мужчин. Информация получена из других эпидемиологических исследований.

#### 1. Снижение массы тела.

В отличие от женщин у мужчин исследований, изучающих влияние массы тела на функцию удержания мочи, не проводилось. По данным отдельных сообщений, вес и индекс массы тела не влияют на выраженность симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) у мужчин.

#### 2. Курение.

У курильщиков интенсивность СНМП повышается в 1,5 раза по сравнению с пациентами, которые не курят или отказались от этой привычки.

### 3. Снижение потребления жидкости.

На основании ряда исследований доказано, что выраженность инконтиненции не зависит от количества потребляемой жидкости.

#### 4. Алкоголь, кофе.

Уменьшение употребления алкоголя и кофе не оказывает влияния на степень выраженности инконтиненции у мужчин.

### II. Лечение ночного недержания мочи (энуреза).

Ночное недержание мочи у взрослых мужчин является не только причиной выраженного дискомфорта, но и может сказываться на карьере, семейных отношениях и социальной адаптации. Различают первичное и вторичное ночное недержание мочи.

#### 1. Лечение первичного ночного недержания мочи у мужчин.

Недержание мочи является первичным, если у пациента на протяжении всей жизни отмечаются непроизвольные мочеиспускания в ночное время. По различным данным, к этой категории пациентов относятся 0,3-0,6% всех мужчин. У большинства этих пациентов имеется гиперактивность детрузора. К основным методам лечения данного вида недержания относятся:

- Ночные пробуждения для мочеиспускания
- Приём десмопрессина на ночь
- Препараты с антимускариновым действием (оксibuтини).

#### 2. Лечение вторичного (приобретённого) ночного недержания мочи у мужчин.

## Врач и пациент

# Современные возможности лечения недержания мочи у мужчин

Ночное недержание мочи у мужчин называется вторичным, если как минимум в течение года до возникновения у пациента не отмечалось эпизодов недержания мочи в ночное время. Это состояние характерно для ряда патологий, и от этого зависит тактика лечения.

#### а) Диабетическая цистопатия

Развивается у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Клинические проявления связаны с развитием гиперактивности детрузора. Лечение заключается в коррекции уровня сахара крови и приёме препаратов, подавляющих гиперактивность детрузора.

#### б) Инфравезикальная обструкция

Типичным примером является хроническая задержка мочи с развитием парадоксальной ишурии у пожилых пациентов с гиперплазией простаты. Может быть излечена после устранения причин обструкции.

#### в) Заболевания эндокринной системы

Ночное недержание мочи может развиваться у мужчин с тиреотоксикозом и излечивается после нормализации уровня гормонов щитовидной железы.

#### г) Синдром ночного апноэ

Данный синдром может быть причиной недержания мочи в ночное время. Наилучшим способом лечения является устранение причины заболевания.

### III. Лечение недержания мочи после операций на предстательной железе.

Наиболее часто недержание мочи у мужчин возникает после радикальной простатэктомии, но также может развиваться после открытой операции по поводу доброкачественной гиперплазии простаты, после трансуретральной резекции простаты (ТУРП), а также любых других вмешательств на предстательной железе и мужском мочеиспускательном канале. Существует комплекс мероприятий, направленных на консервативное устранение недержания мочи, развившегося в послеоперационном периоде. Минимальный период консервативной терапии составляет от 6 месяцев до 1 года.

#### 1. Отбор пациентов.

Гиперактивность детрузора является одной из основных причин развития недержания мочи у мужчин в послеоперационном периоде. У пациентов с наличием гиперактивной симптоматики до оперативного лечения необходимо выполнять уродинамическое исследование. Больные с выраженным паркинсонизмом также относятся к группе риска и по возможности должны лечиться консервативно.

#### 2. Усовершенствование хирургической техники.

Во время радикальной простатэктомии тщательная анатомическая диссекция апикальной части предстательной железы с максимально возможным сохранением длины и связочного аппарата уретры являются важнейшими факторами уменьшения степени выраженности инконтиненции в послеоперационном периоде. Сохранение пубопростатических связок ведёт к более быстрому восстановлению функции удержания мочи в послеоперационном периоде. Этот результат достигается благодаря сохранению элементов наружного сфинктера мочевого пузыря.

#### 3. Тренировка мышц тазового дна.

Было доказано, что тренировка мышц тазового дна в сочетании с электростимуляцией, выполнением упражнений биологической обратной связи или чрескожной электростимуляцией ведёт к более быстрому устранению инконтиненции в послеоперационном периоде. Недостатками всех исследований являлось: отсутствие контрольных

групп сравнения, малое количество пациентов, небольшая длительность наблюдения. Также не был оценён возможный плацебо-эффект.

После ТУРП функция сфинктера мочевого пузыря восстанавливается самопроизвольно в течение одного месяца. Тренировка мышц тазового дна ведёт к сокращению этого периода до одной-двух недель.

У пациентов, перенёвших радикальную простатэктомию после начального, относительно быстрого периода восстановления мочеиспускания, функция удержания мочи медленно восстанавливается на протяжении следующих 3 месяцев. У относительно небольшой группы пациентов продолжительность периода восстановления функции удержания мочи длится 6-12 месяцев. Учитывая вышеуказанные данные, консервативная терапия, направленная на устранение инконтиненции в послеоперационном периоде, должна проводиться не менее 3 месяцев. Наилучшими методами консервативной терапии являются выполнение комплекса упражнений, направленных на тренировку мышц тазового дна и электростимуляцию.

В клинике урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова в последние годы проводится лечение недержания мочи с использованием миостимулятора – кресла Neocontrol. Метод экстракорпорального магнитного воздействия был представлен для лечения недержания мочи как альтернативный электростимуляции. Система Neocontrol предназначена для лечения заболеваний, связанных с нарушением функции мышц тазового дна. В основе терапевтического воздействия лежит механизм магнитной индукции. В клинике урологии МГМСУ данный вид терапии широко используется для лечения различных форм недержания мочи как у женщин, так и у мужчин.

#### 4. Фармакотерапия.

Гиперактивность детрузора является одним из основных факторов развития недержания мочи после операций на простате. Однако очень трудно предугадать развитие гиперактивности детрузора у данного конкретного пациента после ТУРП или простатэктомии. По результатам уродинамических исследований 34% пациентов с инконтиненцией имеют сфинктерную недостаточность, 26% страдают от гиперактивности детрузора, и у 33% регистрируется смешанная форма недержания мочи. Медикаментозное устранение гиперактивного компонента может привести к устранению недержания мочи или к значительному облегчению симптоматики.

### III. Лечение подтекания мочи после мочеиспускания.

Подтекание мочи после мочеиспускания является частой жалобой у мужчин со стриктурой уретры или с наличием другой причины, вызывающей обструкцию уретры. К редкой причине относится наличие дивертикула уретры. Патология связана с задержкой мочи в бульбозном отделе уретры с последующим выделением последней при движении или под воздействием силы тяжести. Эти симптомы имеются у 17% здоровых взрослых мужчин и у 67% пациентов с СНМП. Подтекание мочи после мочеиспускания не угрожает жизни пациентов, однако ведёт к резкому ухудшению её качества. Для борьбы с подтеканием рекомендуется тщательно «сдаивать» мочеиспускательный канал и/или выполнить ряд ритмичных движений тазом перед тем, как поместить половой член в трусы. Также могут оказаться полезными

упражнения по тренировке мышц тазового дна.

### IV. Изделия медицинского назначения для сбора и хранения мочи.

Для пациентов с недержанием мочи, не поддающимся имеющимся методам лечения, основными задачами терапии являются:

- Защита кожи
- Защита одежды и постели
- Борьба с неприятным запахом.

Имеется три группы приспособлений для решения этих задач. К ним относятся: **абсорбенты** (прокладки, одноразовые и многоразовые пелёнки, памперсы); **устройства для сбора мочи** (мочеприёмники, фиксирующиеся к пенису); **устройства окклюзирующего типа** (пенильные клипсы). Абсорбенты являются эффективными, но дорогими для постоянного использования приспособлениями. Мочеприёмники получили наибольшее распространение в повседневной практике. Учитывая, что с каждым годом возрастает число пациентов с недержанием мочи, необходимо бороться за снижение осложнений от использования подобного рода приспособлений (дерматит, пенильная ишемия/некроз, эрозия уретры и мочевого инфекция).

## Оперативные методы лечения недержания мочи у мужчин

Хирургическое лечение недержания мочи у мужчин становится всё более актуальным в связи с резким увеличением операций по поводу рака простаты. В то же время сохраняется вероятность развития недержания мочи после открытых и эндоскопических операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), что также может потребовать оперативного лечения. Ниже приведена классификация заболеваний и патологических состояний, приводящих к недержанию мочи, которые могут потребовать хирургической коррекции в зависимости от этиологии.

Классификация заболеваний и патологических состояний, приводящих к недержанию мочи, связанных:

### С нарушением сфинктерного аппарата:

#### Послеоперационные

- После радикальной простатэктомии
- После операций по поводу ДГПЖ
- ТУРП и лучевая терапия по поводу РПЖ
- После цистпростатвезикулэктомии с илеоцистопластикой по поводу рака мочевого пузыря

#### Посттравматические

- После реконструкции задней уретры
- Травма таза.
- Врождённые
- Экстрофия и эписпадия.
- С патологией мочевого пузыря
- Инконтиненция вследствие тяжёлой гиперактивности детрузора
- Сморщенный мочевой пузырь
- Свищи
- Уретро-ректальные
- Уретро-кожные.

Хирургические методы лечения могут применяться только после использования комплексного консервативного лечения на протяжении не менее 6 месяцев после операции. Существует несколько способов хирургической коррекции недержания мочи у мужчин, связанного с патологией сфинктерного аппарата.

### 1. Имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря.

Имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря позволяет добиться успеха в 75-80% случаев у пациентов, перенёвших радикальную простатэктомию, и у около 70% пациентов, перенёвших

операции по поводу ДГПЖ. Имплантация искусственного сфинктера является операцией выбора для пациентов с недостаточностью внутреннего сфинктера мочевого пузыря при нормальной его функции, также эта операция показана в случаях недержания мочи вследствие травмы таза. К осложнениям имплантации сфинктера относят: недержание мочи; эрозия; перипротезная инфекция; повреждение компонентов протеза.

### 2. Инъекционная терапия.

Периуретральные инъекции коллагена позволяют добиться успеха в 40-50% случаев у пациентов, перенёвших операции по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний простаты. Главной проблемой этого вида лечения является временность эффекта вследствие миграции и рассасывания коллагена. Инъекционная терапия не является надёжным методом лечения недержания мочи у мужчин.

### 3. Слингговые операции.

В связи с развитием новых технологий slingовые операции в различных модификациях стали использоваться в лечении недержания мочи у мужчин. Операция основана на создании механизма удержания мочи за счёт сдавления бульбозного отдела уретры. Первые публикации дали обнадеживающие результаты. Существует два доступа для установки петли: позадилобный и промежностный с фиксацией синтетической сетки к костям лонного сочленения. Последняя модификация с использованием петли InVance™ позволяет достичь положительного эффекта в 55-76% случаев. Опыт клиники урологии МГМСУ в лечении стрессового недержания мочи у мужчин с использованием петли InVance™ позволяет говорить о хороших результатах использования этого метода.

## Лечение других форм недержания мочи у мужчин

Инконтиненция, связанная с лучевой терапией, криохирургией, операциями на органах малого таза и травмой таза, является особенно сложной для лечения проблемой, так как повреждающий фактор не оказывает непосредственного воздействия на мочеиспускательный канал. В этой ситуации наиболее предпочтительной является имплантация искусственного сфинктера, однако осложнения имплантации в таких условиях более вероятны.

Проблемы, связанные с инконтиненцией вследствие гиперактивности детрузора, не поддающейся консервативному лечению, могут потребовать проведения реконструктивных операций. Такие редкие состояния, как уретро-кожные и уретро-ректальные фистулы, требуют оперативного лечения у опытного хирурга.

Подводя итог, хотелось бы вновь подчеркнуть, что проблема недержания мочи у мужчин является трудной в лечении. Только целый комплекс мероприятий может позволить успешно бороться с этим заболеванием. Необходимо проведение дальнейшей работы, направленной на развитие новых консервативных и оперативных методов лечения. Также необходимо проведение множества мультицентровых рандомизированных исследований для выбора оптимальной тактики терапии недержания мочи у мужчин.

Дмитрий ПУШКАРЬ,  
заведующий кафедрой урологии,  
член-корреспондент РАН.

Алексей БОРМОТИН,  
доцент кафедры урологии,  
кандидат медицинских наук.

Московский государственный  
медико-стоматологический  
университет им. А.И.Евдокимова.



Открытия

# Лекарство от меланомы

**Международная команда исследователей надеется, что соединение, успешно протестированное на мышах и на человеческих клетках в чашке Петри, является шагом на пути к созданию лекарственного средства, способного убивать раковые клетки меланомы без ущерба для близлежащих здоровых клеток.**

В серии экспериментов, проведенных доктором Аруном Шармой, доцентом фармакологии, и доктором Шанту Амином, профессором фармакологии из Медицинского колледжа штата Пенсильвания, учёные разработали и синтезировали соединение, называемое нафталамид-изоселеноцианат – NISC-6. Оно является ингибитором для внутриклеточного фермента киназы (Akt1), а также снижает активность человеческой топоизомеразы IIα – topo IIα, которые способствует росту опухоли меланомы.

Меланома, которая вызывается прежде всего воздействием солнечных ультрафиолетовых лучей, составляет менее 5% случаев рака кожи, но имеет летальность более 75%. На поздних стадиях она практически неизлечима, быстро метастазирует, плохо поддаётся химиотерапии и быстро развивает резистентность к уже существующим препаратам, используемым в её лечении. Современные методы лечения пациентов с меланомой включают препараты дакарбазин и темозоломид, но лечение этими препаратами не даёт удовлетворительного результата.

Некоторое время назад было опубликовано исследование, согласно которому вещества под названием изотиоцианаты, содержащиеся в некоторых овощах (например, в брокколи), могут выступать в

качестве профилактики некоторых онкологических заболеваний, обусловленных генетически – в том числе и для профилактики меланомы. Однако изотиоцианаты, содержащиеся в овощах, не могут применяться в качестве препарата для терапии из-за их высокой токсичности в больших дозировках, необходимых для лечения. Тогда группа исследователей решила модифицировать изотиоцианаты, снизив их токсичность для организма и сохранив их эффективные свойства.

Учёные объединили несколько разных подходов из своих более ранних экспериментов для разработки нового соединения. Чтобы повысить эффективность нового препарата и снизить уровень его токсичности, исследователи модифицировали соединение, заменив в изотиоцианате серу на селен, а также изменили длину алкильной цепи для создания изоселеноцианата. Несколько вариантов были проверены до того, как исследователи пришли к соединению, которое, по их мнению, могло убить раковые клетки без повышения уровня токсичности в нужных концентрациях.

– Наш новый препарат NISC-6 основан на ранее разработанных фрагментах других препаратов, – сказал доктор Шарма. – Мы взяли изоселеноцианатную часть от более раннего препарата, над которым мы работали, а затем объединили его с нафталамидным фрагментом митонафиды, ингибитором топологического ингибитора II.

Митонафид проявлял противоопухолевую активность как в доклинических испытаниях, так и в I и II фазах клинических, но не прошёл их из-за проблем с системной токсичностью.

В ходе работы выяснилось, что при воздействии NISC-6 клетки меланомы человека погибали, а рост опухоли замедлялся в 69% случаев в эксперименте на мышах.

Исследователи добавили, что новое соединение было разработано для снижения токсичности и улучшения лекарственной устойчивости путём обработки клеток меланомы, содержащих BRAF дикого типа, а также мутированного BRAF. Например, вемурафениб более эффективен при меланоме, содержащей мутацию BRAFV600E, чем при меланоме с белком BRAF дикого типа.

– Мы разработали NISC-6 таким образом, чтобы он легко выводился из организма, поэтому токсичность его должна снизиться по сравнению с предыдущими версиями препарата, – сказал доктор Шарма. – Мы также думаем, что с помощью NISC-6 нам удастся отсрочить или преодолеть резистентность, потому что он нацелен не только на клетки мутантной формы BRAF, но и на клетки меланомы дикого типа BRAF.

Пока учёные всё ещё находятся в процессе изучения фактического механизма работы препарата, но уже ясно, что соединение, по видимому, замедляет процесс, который отвечает за деление клеток меланомы и их рост. Доктор Шарма сказал, что в своих ближайших экспериментах они рассмотрят действие препарата NISC-6 на другие формы рака.

Если клинические испытания препарата NISC-6 увенчаются успехом, то можно будет предположить, что одно из самых агрессивных онкологических заболеваний с высокими показателями летальности окажется под контролем.

**Александра БЕРЧЕНКО.**  
По информации Science Daily.

Грани

**Ирландские учёные создали соединение, которое может стать лекарством для лечения болезни Хантингтона – генетического заболевания нервной системы, которое вызывает серьёзные когнитивные и двигательные нарушения.**

Так, исследователи из Центра нейробиологии Ирландского государственного университета в Голу-

# Вмешательство на клеточном уровне

эе (NUI) совместно с коллегами из Барселонского университета (Испания) исследуют фермент гистондеацетилаза 3 (HDAC3), изменяющий важные биохимические механизмы в мозгу пациентов с болезнью Хантингтона и тем самым ускоряет прогрессирование заболевания.

Им удалось создать экспериментальное соединение, которое в доклинической стадии болезни блокирует фермент, замедляет когнитивный спад и задерживает появление молекулярных признаков нейродегенерации.

– Пока это лишь предварительные результаты, однако полученные нами данные свидетельствуют о том, что блокировка фермента HDAC3 тормозит развитие болезни в доклинической стадии. Это первый шаг, который вселяет надежду, так как в настоящее время

нет эффективных методов лечения, которые нацелены на основную причину заболевания, – сказал руководитель исследования профессор Роберт Лахью.

**Генрих БЕРНЕР.**  
По информации Irish Times.

Мнения

**Как известно, бесплодие является серьёзной проблемой современного поколения. Сейчас существует огромное количество способов, которые помогают справиться с ней. Одной из самых эффективных считается экстракорпоральное оплодотворение. Однако на самом деле средневековый метод оказался намного результативнее.**

Исследованием в данной сфере занимались научные специалисты из Новой Зеландии. О результатах своей работы они поведали на съезде Европейского общества человеческого воспроизведения и эмбриологии, проходящем в Швейцарии. По словам учёных, известный с XV века метод искусственного введения спермы во влагалище женщины оказался не хуже ЭКО. При этом он даже в несколько раз дешевле.

В рамках научной работы был проведён эксперимент, в котором приняла участие 201 пара. У них был поставлен диагноз так называемого необъяснимого бесплодия. Первой группе испытуемых предложили зачать детей

естественным путём. Другой половине нужно было делать то же самое, но при этом использовать три попытки внутриматочной инсеминации. Она предполагает введение трубной очищенной спермы мужчины женщине из бесплодной пары.

В итоге участницы первой группы забеременели в 9% случаев, второй – в 31%. Правда, не уточняется, пользовались ли участницы второй группы естественным путём. Поэтому результаты эксперимента считаются не до конца чистыми. Так, учёные отметили, что внутриматочная инсеминация имеет такую же вероятность зачатия, как и однократная попытка ЭКО.

Многие врачи предполагают, что действительно метод может быть эффективным. Другие же считают, что он уже давно устарел и не будет работать в современном мире.

Ни для кого не секрет, что существует много методов лечения этого диагноза. Но не все они хо-

роши. В чём заключается главный вред лечения бесплодия, рассказали американские специалисты. В частности, это касается психического здоровья. Так, например, лечение бесплодия напрямую влияет на развитие депрессии, тревожного состояния и прочих психологических проблем у пациента.

К такому выводу учёные пришли в ходе исследования, в котором приняли участие несколько сотен человек. Участниками экспериментов стали мужчины и женщины, которые проходили курс лечения от бесплодия.

Причём учёные отметили, что чем дольше длится курс, тем серьёзнее депрессия у человека. К слову, представительницы прекрасного пола были подвержены риску развития психических заболеваний. Дамы чаще страдали от депрессии, а у мужчин развивалась тревожность.

По всему миру исследователи бьются над созданием средства,

которое поможет вылечить мужчин раз и навсегда. Недавно учёные разработали революционное лекарство от мужского бесплодия, которому посвящён отдельный раздел в репродуктологии и андрологии.

Этот лекарственный препарат уже называют революционным. Средство содержит стволовые клетки, что поможет эффективно и быстро справиться с проблемой репродуктивной системы. Учёным удалось провести лабораторные исследования, в результате которых смогли создать образцы сперматозоидов из стволовых клеток кожных покровов. В испытаниях приняли участие мужчины, у которых диагностировано врождённое бесплодие, заложенное на генетическом уровне. Указанная выше методика требует дополнительных клинических испытаний. Это поможет установить её эффективность.

Отмечается, что с помощью данного способа мужчинам даже с такой проблемой, как врождён-

ная дисфункция репродуктивной системы, удастся завести в будущем детей.

Наряду с этим врачи из Канады рассказали, как новые методики повлияли на бесплодные пары. Клиницисты заявили, что им удалось добиться повышения эффективности лечения бесплодия на 43%. Данное заявление специалисты сделали на VIII Международном конгрессе врачей. По словам медиков, в настоящее время в стране 14% пар, у которых не может быть детей. Эксперты пояснили, что данная цифра стабильна и будет такой ещё долго.

Примечательно, что в Российской ассоциации репродукции человека объявили, что в течение 21 года в нашей стране у бесплодных родителей смогли появиться на свет более 12 тыс. малышей, что является хорошим показателем. После повышения эффективности лечения у бездетных российских пар родились 1200 младенцев. Медики продолжают исследовать бесплодие и искать ключ к решению проблемы.

**Ян РИЦКИЙ.**  
По информации ВВС.

Конкурсный отбор медицинских работников  
Руководствуясь приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 6-нп от 05.05.2017 «Об утверждении перечня востребованных специальностей и порядка конкурсного отбора медицинских работников, прибывших на работу в города Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по одной из востребованных специальностей в 2017 г.», АУ «Советская районная больница» **объявляет конкурсный отбор медицинских работников в возрасте до 45 лет**, имеющих высшее образование, прошедших обучение в ординатуре или интернатуре, прибывших на работу в 2017 г., **претендующих на получение единовременной компенсационной выплаты** из расчёта **один миллион рублей** на одного медицинского работника.

**Перечень востребованных специальностей**, при трудоустройстве на которые в 2017 г. предоставляются единовременная компенсационная выплата:

1. «Кардиология».
2. «Офтальмология».
3. «Оториноларингология».

**Вакансии:**

- врач-офтальмолог
- врач-оториноларинголог
- врач-кардиолог.

**Дата проведения конкурса 15 ноября 2017 г.**

Заявления и документы предоставляются кандидатом **не позднее 5 ноября 2017 г.** и регистрируются в день поступления специалистом медицинской организации в журнал учёта.

За 5 рабочих дней до дня проведения конкурсного отбора медицинская организация дополнительно уведомляет кандидата о дате, времени и месте проведения конкурсного отбора.

Конкурсный этап осуществляется комиссией в два этапа:

- первый этап – анализ документов
- второй этап – собеседование.

В течение двух рабочих дней со дня определения победителя конкурсного отбора медицинская организация вручает победителю конкурсного отбора копию локального акта медицинской организации. Также сообщает о направлении результатов конкурсного отбора в Департамент здравоохранения и о необходимости подачи заявления и документов в департамент для принятия решения о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

**За подробной информацией обращаться в отдел кадров АУ «Советская районная больница»:**

Трошина Инна Александровна – начальник отдела управления персоналом.  
Тел.: 8 (34675) 6-21-51.  
Адрес электронной почты: [introshina@yandex.ru](mailto:introshina@yandex.ru)



## Выводы

# Страсти по печени

По данным Американского онкологического общества (ACS), в США показатели смертности от рака печени удвоились с середины 1980-х годов и в настоящее время растут быстрее, чем от любого другого типа рака. Согласно оценкам экспертов, в США к концу нынешнего года будет зарегистрировано около 41 тыс. новых случаев рака печени и 29 тыс. случаев летального исхода онкозаболевания.

«Рак печени – один из немногих видов рака, смертность от которого возрастает, притом что многие факторы риска заболевания можно избежать или вылечить. Более того, рак печени остаётся одним из

наиболее смертоносных онкозаболеваний: только 1 из 5 пациентов выживает в течение 5 лет после постановки диагноза», – полагают эксперты.

В рамках исследования специалисты ACS изучили общенациональные данные по заболеваемости, смертности и выживаемости при раке печени и желчных протоков с 1990 по 2012 г., сосредоточившись при этом на различиях в показателях по регионам, расовой или этнической принадлежности. Результаты показали, что существенное неравенство в показателях смертности от рака печени как по этническому, так и по региональному признаку объясняется различиями в распространённости факторов риска.

«Так, значительное количество смертей можно было бы предотвратить, и существующие различия могли бы быть значительно сокращены за счёт целевого использования имеющихся знаний в области профилактики, ранней диагностики и лечения, включая повышение уровня вакцинации против гепатита В, скрининг и лечение хронической инфекции гепатита С, поддержание здорового веса, доступ к высококачественному контролю диабета, предотвращение чрезмерного потребления табака и алкоголя как на государственном, так и на национальном уровнях», – заключили исследователи.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По сообщению  
A Cancer Journal for Clinicians.

## Идеи

# Интимная профилактика

Научные сотрудники из Вашингтонского университета (США) установили, что действенным методом профилактики относительно ВИЧ-инфицирования и других заболеваний мочеполовой системы является обрезание.

По мнению учёных, под крайней плотью полового члена скапливаются бактерии, которые существенно повышают риск заражения не только ВИЧ, но и другими заболеваниями. Другими словами, клиницисты полагают, что именно этот участок полового органа является «пропускным пунктом» для попадания в организм инфекций различного типа.

Результаты данного исследования учёные опубликовали в

ходе Международного конгресса по борьбе со СПИДом, который проходил в Париже (Франция). В ходе научных изысканий было установлено следующее – под крайней плотью полового органа скапливается определённый вид бактерий, которые при благоприятных для них обстоятельствах могут стать причиной развития того или иного заболевания, и ВИЧ не исключается.

Более того – исследования показали, что риск заражения в таком случае возрастает на 63%. Исходя из таких результатов, учёные пришли к выводу, что именно такая процедура, как обрезание, поможет если не исключить, то существенно снизить риск заражения данным недугом. Обусловлено такое утверждение следующим –

поскольку данный участок полового органа будет «открытым», бактерии не смогут задерживаться там длительное время и уж тем более размножаться – к воздействию внешней среды они не устойчивы и быстро погибают.

Учёные отмечают, что такая гигиеническая процедура уменьшает риск заражения данной инфекцией и другими ЗППП на 60%. Само собой разумеется, что рассматривать такой метод как единственное средство профилактики не стоит. Нужно в целом соблюдать правила здоровой интимной жизни – использовать барьерные контрацептивы, исключить по возможности частую смену половых партнёров.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Fox News.

## Кстати

Тяжёлые душевные травмы могут быть триггером возникновения онкологических заболеваний даже спустя много десятилетий после пережитого шока. К такому выводу пришли израильские исследователи, наблюдавшие в течение 45 лет за 152 622 людьми, пережившими Катастрофу европейского еврейства.

# Психология рака

Медики из больницы «Шибател а-шомер» (Рамат-Ган) сравнили заболеваемость раком в нескольких группах пожилых людей: теми, кто получал дополнительное денежное пособие за перенесённые во время войны страдания, такие как концлагеря, гетто и т.п., и кто его не получал, а также теми, кто жил под нацистской оккупацией и кто не был на оккупированных немцами территориях.

Оказалось, что у каждого пятого из получавших компенсацию, был обнаружен рак, а среди тех, кто не получал, больных было 16%.

У перенёвших самые ужасные испытания вероятность заболеть раком толстой кишки была на 12% больше, а раком лёгких – на 37%.

У людей, родившихся в странах, которые были оккупированы во время войны немцами, шанс заболеть на 8% больше, а раком лёгких – на 12%.

Исследование не обнаружило у женщин, перенёвших лагеря и гетто, большей предрасположенности к раку груди или женских органов.

Дина РОЗИНА.

По сообщению  
American Cancer Society.

## Ракурс

# Люди гибнут за металл

Загрязнение окружающей среды тяжёлыми металлами в результате промышленных выбросов опасно для здоровья и человека, и животных. В последние годы учёные всё чаще стали обращаться к биоремедиации – использованию биологических организмов для очистки загрязнённых территорий.

Румынские и норвежские учёные создали генномодифицированные пекарские дрожжи, которые способны поглощать тяжёлые металлы из воздуха и

воды. Результаты исследований уже опубликованы.

Исследователи добавили в гены дрожжей пептиды, связывающие ионы металлов, и получили модифицированные дрожжи *Saccharomycetes cerevisiae*. Как показали эксперименты, дрожжи, сконструированные с помощью связывающего металл пептида, состоящего из аспартата и глутамата, были лучшими при адсорбировании меди, цистеиновые пептиды лучше всего подходят для адсорбции кадмия, и гистидиновые пептиды наиболее успешно адсорбировали кобальт.

## Ну и ну!

Учёные из Нидерландов доказали, что на развитие и благополучие детей не влияет отсутствие отца в семье.

«Дети, которые воспитываются в семье, состоящей из двух родителей, и дети, которых воспитывают матери-одиночки, преуспевают в плане своего благополучия», – утверждает автор научной работы Матильда Бруайс из Центра экспертизы по гендерной дисфории медицинского центра Амстердамского свободного университета.

Такой вывод учёные сделали на основании опроса 69 матерей-одиночек, которые сами решили воспитывать ребёнка, и 59 замужних матерей с детьми в возрасте от 1,5 до 6 лет.

Исследователи не обнаружили существенных различий в эмоциональной вовлечённости или родительском стрессе между дву-

# Отец не нужен?



мя типами семей так же, как и в поведении детей.

В целом исследование показало, что у детей, растущих с одинокими матерями, складываются полно-

## Осторожно!

Исследования учёных Французского национального института здоровья и медицинских исследований (INSERM) показали, что у тех, кто на регулярной основе использует дезинфицирующие средства, очень высок риск возникновения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).

# Опасная дезинфекция

Прежде чем сделать такой вывод, группа специалистов во главе с доктором Ориан Дюма изучили истории 55 тыс. медсестёр.

В 2009 г. они отобрали медицинских работников, не страдающих ХОБЛ, и наблюдали за ними до весны текущего года. В течение этих 8 лет 663 медсестрам был поставлен указанный диагноз. Эксперты при этом учитывали, насколько часто медсестрам приходится применять дезинфицирующие средства. Кроме того, во внимание принимались возраст, вредные привычки, индекс массы тела и даже этническая принадлежность.

Оказалось, что у тех, кому приходилось работать с дезинфицирующими средствами хотя бы раз в неделю, ХОБЛ развивалась чаще на 22%.

Эксперты отметили, что риск «заполучить» ХОБЛ повышается на 24-32% при использовании таких средств, как глутаровый альдегид (им обрабатывают медицинские инструменты), отбеливатель, перекись водорода, спиртовые и четвертичные аммониевые соединения (нужны для дезинфекции пола и мебели).

Некоторые из этих химикатов нередко применяются и в домашних условиях, поэтому учёные собираются продолжить исследования в этой области.

Олег КУЗЬМИН.

По сообщению EurekAlert!

## Гипотезы

# Они плевали на потомков

Американские учёные сделали удивительное открытие: они нашли в слюне некоторых современников генетический след «призрачного» предка человека. Такой вывод они сделали, изучив слюну 2,5 тыс. добровольцев, проживающих в различных странах.

Оказалось, что в гене MUC7, который ответственен за выработку белков, существуют определённые различия. Например, жители разных регионов Африки, расположенных южнее Сахары, имеют уникальную структуру этого гена. У остальных представителей человеческой расы такого гена не встречается. Сейчас учёные полагают, что ген получен чернокожими африканцами от другого вида людей, жившего намного раньше.

По словам учёных, такой ген развивался отдельно – 1,5-2 млн лет. Исследователи пока не знают, каким предкам он мог принадлежать. Предполагается, что африканцы могли скреститься с *Homo erectus* или другими видами местных людей. Однако генов таких предков не было обнаружено.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Daily Mail.

## Бывает и такое

# Между болью и грустью

Британские учёные разработали систему анализа выражения на мордах овец, с помощью которой можно определить, испытывает животное боль или же оно просто грустит.

Так, исследователи выделили 5 признаков, определяющих выражение морды овцы. Учёные выяснили, что если животное испытывает боль, то у него сужены глаза, натянуты щёки, уши сложены. Также признаком боли являются опущенные вниз губы и изменение формы ноздрей – они становятся похожими на латинскую букву V.

Руководивший группой учёных профессор Питер Робинсон напомнил, что значительную часть работы по анализу выражений «лиц» животных проделал Чарльз Дарвин. «Я много гуляю по сельской местности. После работы над этим проектом я часто, бывает, останавливаюсь, чтобы «поболтать» с овцами и убедиться в том, что они счастливы», – поделился доктор Робинсон.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению BBC.

## Взгляд

# Зависимость слуха от взгляда

Учёные Университета Дьюка (США) установили зависимость остроты слуха от направления взгляда человека. Они провели исследование на тему слуха.

Принимавшим участие в эксперименте 16 добровольцам установили миниатюрные микрофоны в область среднего уха и наблюдали за изменениями при саккадах – быстрых движениях глаз.

Оказалось, что при разном направлении взгляда меняется натяжение барабанной перепонки, при этом колебания перепонки начинались за 10 мс до начала движения глаз и заканчивались через несколько десятков миллисекунд после фиксации взгляда на новом объекте. Так организм обеспечивает лучшую слышимость.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Naked Science.



Многие гении, писатели, художники, учёные страдали от тяжёлых неизлечимых болезней, которые наложили отпечаток не только на всю их жизнь, но и творчество. И всё-таки это не мешало им создавать гениальные полотна или писать интересные книги, совершать великие открытия, которыми мы восхищаемся и сегодня.

В причинах и следствиях одной из таких болезней, как алкоголизм, человечество многое познало, но победить это «зло» так и не сумело. Не случайно великий отечественный учёный В.М.Бехтерев назвал алкоголь «великим обманщиком и коварным искусителем». Люди с необъяснимой легкостью поддаются ему и в итоге платят дорогой ценой.

Не обошло стороной это и американского художника, идеолога и лидера абстрактного экспрессионизма, оказавшего значительное влияние на искусство второй половины XX века, Джексона Поллока, которому в этом году исполнилось бы 105 лет.

## Детство и юность

Поллок родился 28 января 1912 г. в городке Коуди (штат Вайоминг), в многодетной семье шотландско-ирландского происхождения. По существу, Джексон воспитывался матерью, Стеллой Поллок, – именно её невротическая и властная натура наложила отпечаток не только на творчество Поллока, но и на всю его жизнь. Мальчик рос угрюмым и замкнутым; при этом у него случались вспышки гнева. В 16 лет он записался в Высшую школу прикладных искусств в Лос-Анджелесе, однако уже через год вынужден был уйти оттуда из-за «неудовлетворительного поведения».

В ранней юности Джексон увлекся мистикой – прежде всего философией Джидду Кришнамурти, утверждавшего, что истина открывается человеку лишь интуитивно, в процессе свободного «излияния» личности; эти формулы глубоко запали в душу Поллока, во многом определив его мировоззрение.

## Скорбит душа...

В 1927 г. Джексон поступил на Службу подготовки офицеров резерва. Несмотря на юный возраст, он всерьёз пристратился к спиртному. Будучи в подпитии, он ударил одного из студентов во время строевой подготовки и был за это отчислен.

В 1930 г. Поллок переезжает в Нью-Йорк вслед за своим братом Чарльзом и начинает учиться у Томаса Харта Бентона, представителя так называемого американского регионализма, выступающего против модернистов и отстаивающего реалистичную живопись. Благодаря его влиянию из-под кисти Поллока в середине 30-х годов появились первые картины. Учитель Поллока много пил; ученик не уступал ему в этом. С тех пор и до самой смерти Поллока преследовали проблемы, связанные с алкогольной зависимостью.

В 1935 г. Бентон уехал из Нью-Йорка, после чего Поллок, лишившийся поддержки, «провалился» в настоящий запой. Жил он на деньги, получаемые в рамках государственной программы помощи неимущим художникам, так называемого федерального художественного проекта, организованного администрацией Рузвельта. Поллок чистил памятники, получал ремесленные заказы и даже выполнял в общественных зданиях настенные росписи. Впрочем, летом 1938 г. он настолько увлекся возлияниями, что от его услуг отказались. Это вызвало еще больший «загул» – в результате молодой художник оказался в нью-йоркской лечебнице для алкоголиков. Там Поллок провел около 4 месяцев – на этот период приходится перелом в его художественном видении. Лечась от алкоголизма в специализированной клинике, он заполнил три альбома с порожденными его «измененной» психикой кошмарными и сексуальными видениями, которые обозначили его отход от реализма в область сюрреализма и абстракции. Это было рождением индивидуальной манеры художника, прославившей его впоследствии.

## В процессе становления

Несмотря на то, что художник не получил никакого систематического образования, он вполне

## Болезни великих

# Абстрактный экспрессионизм

## В Джексоне Поллоке жили гениальный художник и пропащий алкоголик



«На полу я являюсь частью картины»

адекватно передавал образы, имеющие своим прототипом реальные вещи. Выйдя из лечебницы, Поллок объявил войну собственному алкоголизму, призвав на помощь гремевший тогда в США психоанализ. Он попал на лечение к психоаналитику Джозефу Хендерсону. По его настоянию художник в течение 1,5 лет выплёскивал свои страхи и переживания на бумагу. Врач использовал их для демонстрации работы бессознательного. В это же время Поллок начал читать Фрейда и Юнга. Идеи последнего произвели на художника неизгладимое впечатление, и в дальнейшем он нашёл им применение в своём творчестве. Война с алкоголем была проиграна, но следствием этого увлечения стала большая серия сюрреалистических работ.

В июле 1941 г. старшие братья Поллока, Сэнди и Чарльз, в письмах обсуждали друг с другом то, насколько эффективно Джексон сражается с преследующими его проблемами. В это время художник, борясь с собственным пристрастием к алкоголю, завершал 16-месячное лечение у психоаналитика.

В это же время Поллок встретился со зрителем музея Метрополитен Джоном Грэхемом, верным поклонником примитивистской живописи. Грэхем заинтересовали крайне несовершенные в техническом отношении, но отдающие мистикой работы молодого живописца. Так начал складываться новый образ Поллока – образ художника-шамана, умеющего проникать в запретное и ведущее в человеческое подсознание.

Грэхем познакомил Поллока с художницей Ли Краснер. Встреча была судьбоносной. Вскоре они стали жить вместе. Именно она ввела Поллока в авангардные художественные круги Нью-Йорка. Ли Краснер, его верная подруга, сыграла огромную роль в становлении самобытной манеры Поллока. Как она говорила о нем: «Он нашел способ стереть границу между абстракционизмом и сюрреализмом».

Еще одна судьбоносная встреча произошла в 1943 г. – на этот раз с Пегги Гуггенхейм, создательницей и вдохновительницей знаменитого Музея Соломона Гуггенхейма. В том же году она организовала

выставку, где впервые публике была представлена картина Поллока «Стенографическая фигура».

А затем ещё 3 персональных выставки. Но несмотря на восторженные отклики «продвинутой» критики, остро чувствующей новые постижения в искусстве, картины Поллока практически не продавались. Только через несколько лет, сменив трёх агентов, ему удалось продать одну картину за 8 тыс. долл. Это была самая большая сумма, полученная художником за свои работы, в сущности, до

стекающей с кисти, из жестяной банки или продырявленного ведра. Иногда он с силой метал краски на поверхность, смешивая их друг с другом; либо предвительно смешивал краски с песком или стеклянной крошкой и затем наносил эту смесь на полотно толстым слоем. Он расстилал гигантские холсты прямо на полу и капал на них красками, не прикасаясь кисти к поверхности. Позднее арт-критики стали называть его метод попросту дриппингом («разбрызгиванием»), но художник употреблял собствен-

ное наименование – «ляющая техника».

Принцип работы Поллока заключался в сочетании управляемого (движений его тела, выбираемого направления) и неуправляемого (свободно капающей краски). Многие критики, журналисты и искусствоведы полагали, что в его работе присутствует элемент случайности, те, кому довелось наблюдать за процессом работы, сравнивали его с шаманизмом, неким ритуальным действием. Но Поллок упорно отрицал подобные интерпретации. «Никакого хаоса, чёрт побери!» – возмутился он однажды после прочтения негативного отзыва критика. В его картинах каждый жест выверен и продуман: «Техника – это средство достижения определенной цели. Когда я пишу, у меня есть ясная общая идея того, что я хочу сделать. Я контролирую распределение цветных пятен, здесь нет случайности...».

Художник буквально священнойдействует над расстеленным на полу холстом, пританцовывая, наливая краски, размазывая их и совершая при этом сложные шаманские пассы руками. Поллок «отменил» мольбертную живопись. Это была попытка кардинальным образом переосмыслить традиционный труд живописца. Поллок сказал «нет» сюжетности и вообще изобразительности. Такие картины трактовали по-разному. Одни называли их «бредом», другие видели в них развитие традиций, заложенных Пикассо и Кандинским, третьи обнаружили в них рождение «большого стиля большой страны», воплощение её силы, свободолобия, размаха. Но остаётся проблема «понимания».

Именно в это время Поллок после двух лет воздержания снова запил. К середине 1950-х годов он почти бросил писать.

## Муки творчества

В 1950 г. Поллок создал серию из шести работ, среди которых знаменитые «Галактика», «Белый свет», «Лиловый туман» и «Осенний ритм», ставшая самой узнаваемой и дороговстоящей. В том же году его картины выставлялись в рамках 25-й биеннале в Венеции. Однако даже в периоды подъёма депрессия и тяга к алкоголю не оставляли художника. «Поллок был очень тяжёлым человеком, – писала Пегги Гуггенхейм в своих мемуарах. – Он пил слишком много и в это время становился очень неприятным человеком, можно сказать, дьяволом. Когда я жаловалась на это Ли Краснер, она мне отвечала, что у него есть также и ангельские стороны, и это было правдой. Он походил на животное, попавшее в ловушку. Ему не стоило никогда покидать Вайоминг, где он родился».

Болезни отразились и на творчестве: после 1951 г. цветовая палитра Поллока претерпела серьёзные изменения: краски стали мрачнее.

1952 годом датируется начало кризиса, сведшего в конечном счёте Поллока в могилу. Скандаль-

ная известность не принесла ему, по большому счёту, ни широкого признания, ни денег. Работы не продавались. После международного успеха на одной из выставок Поллок, которого критики успели наречь «Джеком-каплеметателем» по аналогии со знаменитым «Джеком-потрошителем», пережил тяжёлый кризис и предался сильнейшим алкогольным возлияниям. Из его картин исчезли краски, сейчас он обходился одним лишь чёрным цветом. Многие работы нумеровал, оставляя без названий,

«чтобы зритель видел в картине именно то, что она собой представляет – обнажённую живопись». Помимо картин, выполненных с применением «капельной» техники, Поллок создавал работы на основе энергичных, широких штрихов. При этом он часто обращался к фигурным мотивам (например, «Номер 29», 1952, «Белый свет», 1954).

В 1955 г. Поллок совершенно забрасывает живопись из-за алкоголизма. По удивительному совпадению в этом же году Сидней Дженис организует ретроспективную выставку «15 лет Джексона Поллока».

И всё же Поллок согласился выполнить просьбу своего друга, архитектора Тони Смита, предложившего ему написать картину в стилистике его звездного, 1950-го, года. В результате была создана картина «Синие столбы», № 11. Ширина этого полотна достигает почти 5 м, вся его поверхность густо покрыта краской.

Симптомы психического заболевания у Поллока между тем обострялись всё чаще, многократные курсы лечения не помогали. Вскоре разрушилась и его семейная жизнь. Узнав о романе мужа с молодой натурщицей, Поллока покинула Ли Краснер. Это случилось летом 1956 г., а уже в августе художник, любивший в пьяном виде носиться по улицам на машине, погиб в автомобильной катастрофе. В результате аварии также пострадала его любовница Рут Клингман и погибла её подруга Эдит Метцгер. Было это несчастным случаем или самоубийством – неясно до сих пор.

Ему было всего 44 года.

## Масштабы наследия

В XXI веке Джексон Поллок стал одним из самых дорогостоящих художников в мире. После его смерти галерея Поллока продала все его работы, оставшиеся в студии, включая и те, которые были не готовы.

В 2006 г. картина «Номер 5, 1948», была продана на аукционе Sotheby's за 140 млн долл. На тот момент купленное полотно стало самой дорогой картиной в мире.

Фигура Поллока стала культовой. Его «живопись действия» оказала огромное влияние на расцветший в этот период акционизм; такие феномены, как хепенинг или перформанс, были бы невозможны без открытия дриппинга, без установления связи между движением, телом и живописью.

«Живопись действия» Поллока стала предтечей перформанса, поскольку уже сама, по своей сути, являлась им, а полученный результат – готовая картина – его документацией.

А сам художник, живший «на грани» и ставший американской звездой, умер, как и положено звезде, дойдя до предела в своей болезни и сублимировав её в своём творчестве.

Подготовила  
Инна СЕРГЕЕВА.



– Михаил Михайлович, ваша многогранная жизнь вместила столько событий, что впору писать о встречах с интересными людьми, о тех, кому вы помогли, в чьей судьбе поучаствовали. Помню, вы рассказывали, когда работали заместителем главного врача в поликлинике № 3 Москвы, были лечащим врачом Леонида Утёсова. С кем из известных личностей вы пересекались на большом жизненном пути, кто оставил след в вашей памяти?

– Мне очень повезло в жизни на встречи с удивительными, сильными духом людьми – и в Казахстане в составе строительных отрядов, и в Сибири, и на Дальнем Востоке. Очень большое впечатление произвели мужественные люди, когда был среди ликвидаторов катастрофы на Чернобыльской АЭС, в Спитке после землетрясения, где мы организовали медицинскую помощь. Народ у нас в стране действительно замечательный, проявляющий лучшие человеческие качества в тяжелейших жизненных ситуациях.

Многому меня научили при обсуждении вопросов развития здравоохранения Алексей Москвичев, Евгений Чазов, Борис Петровский, Владимир Стародубов. А чего стоит совместная работа с Юлией Михайловой, ныне первым заместителем директора НИИ организации и информатизации здравоохранения. Новые подходы к проблемам отрасли я увидел у бывших министров Татьяны Дмитриевой и Татьяны Голиковой, да и сейчас у Вероники Скворцовой. Это дало понимание, что не зря профсоюз служит интересам медиков, защищая их социально-трудовые права.

– **Каждый настоящий медик рассматривает свою профессию как призвание и интерес к ней, считаете ключевой ценностью. Вы ведь тоже выбрали медицину сознательно, из желания помочь людям побеждать болезни? Почему же профсоюзная работа взяла верх?**

– Да, я пошёл в медики сознательно. У меня рано ушли из жизни родители, мама долго болела. Насмотревшись на страдания, сделал выбор – 2-ой Московский миндиститут. Естественно, подрабатывал медбратом, дежурником. Можно сказать, прошёл путь от санитаря до руководителя лечебного учреждения, был секретарём комсомольской организации института. Много общался с профсоюзом, молодёжью, знал очень хорошо их нужды. В то время было такое движение «Практическая помощь здравоохранению». Тогда собирали из вузов в медицинские отряды студентов, ординаторов, и они на летние каникулы выезжали в регионы на помощь медикам. Тем более что летом всегда отпусковая пора, и поликлиники, стационары испытывали недостаток в персонале. Я тоже был в числе таких энтузиастов. Наверное, вот эта активность, желание подставить плечо товарищу, помочь ему советом и делом и привела меня на профсоюзную стезю. Решение созрело окончательно, когда работал в Морозовской больнице, кстати, был неплохим диагностом. Это было в 1971 г., считай, уже 46 лет занимаюсь отстаиванием прав медиков. Естественно, пришлось учиться, окончить экономический и юридический факультеты, чтобы разбираться во всех вопросах построения здравоохранения. Было время, когда, придя на коллегию Минздрава, встречал немой вопрос: «А профсоюз-то зачем



Доктор медицинских наук Михаил Кузьменко — признанный лидер Профсоюза работников здравоохранения России, знающий проблемы отрасли «изнутри» через постоянные контакты с её работниками на протяжении десятков лет. Михаил Михайлович умеет отстаивать социально-экономические интересы медиков в администрации Президента и Правительстве РФ, Госдуме и Минздраве России. По инициативе главного редактора «Медицинской газеты» Андрея Полторака, председателя отраслевого профсоюза Михаила Кузьменко и бывшего министра здравоохранения РФ Юрия Шевченко уже 17 лет проходит Всероссийский конкурс «Лучший врач года».

Михаил КУЗЬМЕНКО:

## Всегда в одной связке с медиками

*Дорогие коллеги! Хочу, чтобы мы и впредь были вместе – в той работе, которая приносит людям здоровье и радость жизни.*

*А государству посылать увеличивать больше заботы и внимания нуждающимся работникам здравоохранения.*

*С уважением (М. Кузьменко)  
7.10.2017*

здесь?» Что он, мол, понимает в медицине...

Пришлось доказывать активным участием в обсуждении острых вопросов, что профсоюз не просто оппонент, а конструктивный противник в споре, когда речь идёт об интересах медиков на достойную жизнь, о предстоящих переменах в отрасли. Поэтому я защитил диссертацию по экономике здравоохранения, написал монографию на эту тему. Оценивая свой профессиональный путь с высоты сегодняшних лет, нисколько не жалею, что его выбрал. Когда видишь, что в тебе нуждаются, это придаёт силы, и снова хочется «в бой» за права медиков.

– **На каких направлениях профсоюзной деятельности вы добились конкретных результатов, служащих на пользу медикам, и чего это стоило?**

– Мы постоянно с высоких трибун и в обращениях профсоюза к руководству страны отмечали низкий уровень зарплаты как один из существенных факторов, оказывающих негативное влияние на сбалансированность кадровой обеспеченности лечебно-профилактических учреждений. А это, в свою очередь, обуславливает дефицит специалистов, непривлекательность профессии для молодых врачей, а также снижение мотивации работников к эффективному и качественному труду.

По нашей инициативе в федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ» закреплена норма об участии организаций отраслевого профсоюза в процессе формирования тарифов на услуги, что позволяет представителям региональных профсоюзных организаций решать совместно с партнёрами вопросы повышения уровня финансирования оплаты труда. Именно по нашей инициативе в 2011-2012 гг. значительной категории работников за

счёт средств Федерального фонда ОМС была увеличена зарплата в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

«По большому счёту» именно профсоюзам удалось «достучаться» до руководства страны по разрешению кризисной ситуации в сфере оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Как результат, в первых указах Президента страны, подписанных в мае 2012 г., и последующих нормативных актах Правительства РФ предусмотрены меры по сохранению и материальному обеспечению кадров специалистов.

Читатели «МГ», наверное, знают, что в течение многих лет после отмены Единой тарифной сетки одним из основных требований ЦК Профсоюза было формирование эффективной государственной системы гарантий по оплате труда. Именно в этих целях достигнута согласованная с Минздравом России позиция об увеличении доли окладов в структуре заработной платы.

С нашим активным участием «сдвинулись с мёртвой точки» вопросы нормирования труда, регламентации трудовых функций и трудовых действий работников в рамках формирования профстандартов, актуализируются механизмы профессиональной подготовки и аккредитации специалистов. Решение этих и других вопросов достигается кропотливой каждодневной работой с органами законодательной и исполнительной власти как на федеральном уровне, так и в субъектах РФ, в рабочих группах, заседаниях «круглых столов», парламентских слушаниях, в ходе работы по формированию бюджетов разного уровня.

Правильным шагом считаю объединение профсоюзов работников здравоохранения, образования и культуры в ассоциацию, президен-

том которой, кстати, уже который год коллеги избирают меня. Наш голос активно звучит и в РТК, и в палатах Федерального Собрания.

– **Вы, можно сказать, солдат здравоохранения с открытым забралом, выступающий на защиту прав и интересов работников отрасли. Но, по словам коллег, ещё и дипломат на переговорах с «властью». Когда особенно трудно было вести диалог, возможно, прибегать к компромиссному решению, чтобы впоследствии добиться своей цели?**

– Особенно трудными были 90-е годы, задолженность медицинским работникам по зарплате достигала по полгода и более. Пришлось напрямую обращаться к Президенту страны, сначала к Б.Ельцину, а потом к В.Путину. Когда министром здравоохранения и социального развития стал М.Зурабов, все воспрянули духом, думали, что человек, занимавшийся социальным блоком, отнесётся с пониманием к нашим запросам. Но всё пошло наперекосяк, начались чуть ли не гонения на профсоюзные организации, защищавшие права медиков на достойную зарплату, а уж задолженность по несколько месяцев вообще ни в какие рамки не укладывалась.

Помните забастовку от Дальнего Востока до Калининграда в начале 90-х, длившуюся 28 дней? Тогда фактически работали только сотрудники «скорых». Очень тяжёлые были переговоры в Правительстве. В конце концов добились своего – начали гасить долги, значительно была повышена зарплата. Это была большая победа профсоюза, показавшая, что наша сила – в организованности и сплочённости. В результате с Правительством подписали соглашение. «А как вы теперь остановите забастовку? Если не сделаете, придётся отвечать по закону», – говорили нам в правительственных кругах. Но мы сумели убедить работников вернуться на свои рабочие места, возросла во все регионы телеграммы. И в один день всё прекратилось.

Так мы выстояли и стали сильнее. Сейчас у нас новые формы работы – через отраслевые и региональные соглашения и социальное партнёрство. В то же время понимаем, что идёт серьёзное наступление на права медиков. Через так называемую оптимизацию. За счёт сокращения работников повышается зарплата. На оставшихся падает огромная

нагрузка. Остаётся проблема базовых окладов. Нельзя допустить чтобы в регионах они отличались в разы. И государство не должно уходить от ответственности за отрасль, которая занимается здоровьем россиян. Сегодня все понимают, что идёт крен в сторону платных медицинских услуг. А как же быть с провозглашённой законом бесплатной медицинской помощью для всех? Так что есть за что сражаться профсоюзу. Да, я согласен, что в переговорах с властью надо прибегать иногда и к компромиссному решению, чтобы больше выиграть в дальнейшем, но надо быть твёрдыми в отстаивании своей позиции.

– **У вас надёжные соратники в аппарате ЦК и как у человека, обладающего лучшими человеческими качествами, много друзей. Это придаёт вам сил?**

– Да, аппарат ЦК профсоюза очень работоспособный и сплочённый. Наша опора – профсоюзные руководители на местах. Это 80 территорий страны, где они проводят ту же политику. Поэтому нам удаётся добиваться своих целей. У меня налажены хорошие контакты со многими губернаторами, министрами здравоохранения в регионах, что помогает решать социальные вопросы работников здравоохранения. Сегодня в профсоюзе состоят 3 млн работников здравоохранения, из них 30% составляет молодёжь. Ей уделяется особое внимание, так как это наша смена. Везде созданы комиссии по работе с молодёжью, на это направлено 5% от профсоюзных взносов.

Что касается друзей, то их тоже достаточно, которые готовы прийти на помощь в трудную минуту. Я очень им за это благодарен.

– **Неумолимый бег времени заставляет задуматься о прожитых годах и сделанном. Вы ни о чём не сожалеете? Всё тот же Михаил Михайлович, как в песне: «Не бойтесь всё на карту бросить, не бойтесь жизнь переломить...» Или это удел молодого поколения, вашего внука Михаила-второго?**

– Моя опора, конечно, семья. В этом году нас постигло огромное горе – ушла из жизни в расцвете сил дочь, возглавлявшая крупную многопрофильную клиническую больницу, кандидат медицинских наук. Остался внук Миша, ему 16 лет, десятиклассник. Мечтает быть тоже медиком. И мы с женой Татьяной Николаевной всячески поддерживаем его в этом стремлении. Так что, несмотря ни на что, жизнь продолжается...

– **Есть такое мудрое выражение: не важно, сколько дней в твоей жизни, важно сколько жизни в твоих днях. Моё вам пожелание – и как прежде честно медикам служить.**

– А я хочу выразить огромное спасибо «Медицинской газете», с журналистами которой мы уже много лет активно выступаем за права медиков, за жизнь, достойную их благородного труда в охране здоровья россиян.

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

Фото Александра ХУДАСОВА.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК-ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-08-00294 Тираж 23 873 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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