

Работают мастера

Словно выросли крылья...

Так порой отзываются пациенты челябинских хирургов



Ещё совсем недавно пациент Челябинской областной клинической больницы с ужасом вспоминает то время, когда «всё время хотелось есть и лежать, сил ни на что не было, да и одышка замучила. Жил как овощ...»

На операцию по снижению веса Николай решился ровно год назад из-за появившейся от ожирения гипертонии и начавших разрушаться от непосильной нагрузки суставов. С тех пор его жизнь изменилась полностью. От 137 кг осталось 80. Ежедневный подъём в 5 утра, обязательный бассейн, футбол с двумя сыновьями и активный отдых по выходным.

Сейчас к таким же результатам стремится Татьяна Алексеевна, пациентка, которую прооперировали только на днях. Согласится на вмешательство хирургов её заставило сопутствующее лишнему весу заболевание – сахарный диабет.

«Мне уже стало легче ходить, одышка куда-то исчезла, я намерена похудеть по крайней мере до 60 кг. Конечно, придётся и гардероб поменять радикально, да и вообще

Во время очередной операции

образ жизни, но я к этому готова!» – радуется произошедшим переменам Татьяна.

Бариатрия в буквальном переводе означает лечение веса, то есть лечение проблем, вызванных излишним весом, а именно – хирургические операции, целью которых является снижение массы тела.

На сегодняшний день бариатрическая хирургия является самым эффективным методом лечения морбидного ожирения, то есть его тяжёлой формы, когда ИМТ (индекс массы тела), или весоростовой индекс выше 40.

«Суть таких операций – в хирургическом уменьшении объёма желудка. Эндоскопическим методом, то есть через несколько проколов иссекается часть желудка, которая отвечает за выработку гормонов, вызывающих аппетит. Размер желудка при этом сокращается в несколько раз. Всё это создаёт условия для снижения веса», – поясняет заведующий отделением хирургии № 2 клинической больницы Антон Ефремов.

При наличии осложнений со стороны здоровья, вызванных избыточным весом, например сахарного диабета 2-го типа, артрита, образовавшегося в результате повышенной нагрузки на суставы и т.п., операция может проводиться и при более низких показателях. При этом врачи уверены, что хирургический метод снижения веса является крайней мерой, предпринимаемой тогда, когда консервативные методы лечения ожирения при помощи диет, физической нагрузки и лекарственной коррекции оказались безрезультатными.

Специалисты напоминают: бариатрические операции не проводят просто по желанию пациента. Это не метод коррекции внешности. Основной задачей является лечение серьёзного заболевания – тяжёлой формы ожирения.

Наталья МАЛУХИНА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Санитарная зона

Паводок-2017: ситуация стабильная

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечила в ходе весеннего паводка-2017 контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой в зонах подтопления.

Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Республике Башкортостан, Кировской и Тюменской областям продолжают контролировать санитарно-эпидемиологическую ситуацию, качество питьевой воды, воды поверхностных и подземных источников. Под контролем также и условия проживания, организация питания и

водоснабжения в пунктах временного размещения.

На территориях, подвергшихся половодью, исследовано 229 проб воды источников и систем централизованного и нецентрализованного водоснабжения, в том числе в ПВР, 91 проба готовой пищевой продукции, проверено 179 партий продуктов питания (общим весом 874 кг). Нарушений не выявлено, сообщает пресс-служба Роспотребнадзора.

С целью профилактики кишечных инфекций среди пострадавшего населения Тюменской области проводится комплекс профилактических мероприятий. В городе Рубцовске

Алтайского края осуществляется контроль за проведением работ по очистке и дезинфекции освобождённых от воды жилых домов и выгребных ям.

Эпидемиологическая ситуация на контролируемых территориях остаётся стабильной, проводятся профилактические мероприятия, направленные на недопущение распространения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний. Наиболее сложная паводковая ситуация остаётся в Тюменской области.

Константин МЕЩЕРСКИЙ,
МИА Сити!



Давид ДУНДУА,
руководитель Кардиологического центра Федерального научно-клинического центра ФМБА России, профессор:

В борьбе с курением и в США, и в Европе достигнуты значительные успехи, а здоровый образ жизни и правильное питание активно пропагандируются.

Стр. 4



Владимир НУЖНЫЙ,
главный научный сотрудник Московского научно-практического центра наркологии, доктор медицинских наук:

Для снижения токсического бремени спиртного для населения требуется система экспертного анализа вновь разрабатываемых рецептур алкогольных напитков с одновременной ревизией уже существующих.

Стр. 10-11



Ирина МАКАРОВА,
доцент кафедры госпитальной терапии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук:

Врач может заподозрить патологическую лживость при сборе анамнеза, анализируя его содержание, манеру изложения и язык больного.

Стр. 12

Сотрудничество

Поднять с больничной койки

Московские реабилитологи провели в Омске мастер-классы и лекции по оказанию медицинской помощи пациентам, перенёсшим инсульт.

В течение 2 дней неврологи, нейрохирурги, кардиологи, ортопеды-травматологи, физиотерапевты и врачи кабинетов ЛФК из учреждений здравоохранения города и центральных районных больниц были слушателями комплексного образовательного курса по мультидисциплинарной реабилитации пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения.

Один из преподавателей курса, главный невролог Департамента здравоохранения Москвы доктор медицинских наук Николай Шамалов, пояснил: основная задача образовательного мероприятия состояла в том, чтобы внедрить мультидисциплинарный подход, когда одного пациента не поочерёдно обследуют и консультируют разные специалисты, а когда собирается команда врачей нескольких профилей, которая одновременно обсуждает состояние пациента, тактику его лечения и последующей реабилитации.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

Аренда мобильного кабинета компьютерной томографии на базе восстановленного мультисрезового КТ-сканера премиум-класса!



МЕДИЦИНСКАЯ
МЕТРОЛОГИЯ

+7 495 609 66 89
info@medmetr.ru

Новости

За заслуги перед Отечеством

В Кремле состоялась церемония вручения государственных наград Российской Федерации. Президент РФ В.Путин вручил в Екатерининском зале государственные награды и документы о присвоении почётных званий более чем 30 россиянам за выдающиеся достижения в науке, культуре, медицине, производственной и наставнической деятельности.

За большой вклад в развитие здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу президент Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России академик РАН Юрий Шевченко награждён Орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени.

Игорь СТРАХОВ.

Москва.

Пермские сети

Учёные Пермского государственного национального исследовательского университета разработали интеллектуальную систему диагностики и прогнозирования развития сердечно-сосудистых заболеваний, которая работает с помощью нейронных сетей.

По словам разработчиков новой системы, такие сети не требуют постоянного программирования, а обучаются и «растут» самостоятельно. Изначальные базы данных, на которых система «училась», предоставили врачи отделения неотложной кардиологии городской клинической больницы № 4 Перми. Система собрала и проанализировала статистическую информацию и в каждом из случаев успешно поставила диагноз.

Нейронная сеть анализирует данные о ранее перенесённых заболеваниях, наличии болезней у родственников, пульс, артериальное давление – всего 69 показателей. При изменении одного или нескольких входных параметров можно отслеживать процесс развития заболевания с помощью так называемого «метода замораживания».

В ходе исследования удалось установить, что, к примеру, наличие сахарного диабета не влияет на предрасположенность к инфаркту миокарда, а фактор наследственности увеличивает риск возникновения инфаркта на 6,25%, а гипертонии – на 7,4%.

Разработка пермских учёных уже получила поддержку краевых властей, а также грант Российского фонда фундаментальных исследований – 1 млн 350 тыс. руб.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Пермь.

Всё гениальное — просто?

Российские учёные разработали технологию, позволяющую более просто, надёжно и дёшево брать пробы крови и биологических жидкостей, а также хранить и транспортировать их.

На сегодняшний день в клинической медицине хранение и транспортировка осуществляется двумя способами: шприцы-пробирки, которые хранятся в контейнерах при пониженных температурах, и сухой образец. Для последнего несколько капель пробы наносят на специальные карточки из целлюлозы и высушивают.

В случае первого метода любое изменение температурных и временных условий приводит к изменению свойств проб. А второй метод, кроме всего прочего, дорогостоящий и требует специального оборудования.

Учёные-материаловеды из Национального исследовательского технологического университета «МИСиС» совместно с коллегами-химиками Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова заменили целлюлозу для карточек-пробоотборников специально подготовленным пористым неорганическим материалом, содержащим наночастицы металлов.

Им удалось добиться равномерного распределения крови по всему объёму и минимизирования степени сорбирования, то есть анализируемые компоненты крови при смывании с карточки-пробоотборника практически полностью переходят в раствор.

Кроме того, на новом материале образцы высыхают почти в два раза быстрее. Причём, утверждают учёные, для его транспортировки не нужны ни контейнеры, ни спецтранспорт, а достаточно простого конверта.

Разработчики уже запатентовали свою технологию и сосредоточились на ветеринарной диагностике. К концу этого года они намерены начать серийное производство карточек-пробоотборников.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

В очереди — с комфортом

В Новосибирском клиническом центре крови начала работать система электронной очереди. При этом посетителю не нужно брать талончик в терминале: его приглашают к врачу по номеру карты донора, а информация об очередности появляется на электронном табло. Электронная очередь к врачу формируется автоматически после того, как посетитель прошёл этап лабораторной диагностики и лаборант занёс в компьютерную программу данные о группе крови и показателе гемоглобина.

– Само явление очереди исключить невозможно, так как большинство доноров приходят в центр крови одновременно, к началу работы. Но мы постарались исключить тот эмоциональный негатив, которым обычно сопровождается любая очередь. По моим наблюдениям, уже в первый день работы новой системы эмоциональная атмосфера стала значительно приятнее, – говорит главный врач центра Константин Хальзов.

Новосибирский центр крови – первый в России, где не просто внедрена система электронной очереди, а она интегрирована в федеральную информационную программу НАИСТ, которой пользуются все учреждения службы крови страны. Специально для центра специалисты IT-службы Федерального медико-биологического агентства провели эту сложную техническую работу.

– Это была наша идея и наша инициатива, а специалисты ФМБА помогли нам её внедрить. Мы прошли сложный путь, реализовав этот пилотный проект. Теперь его результатами смогут воспользоваться центры крови всех регионов страны, – поясняет К.Хальзов.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

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

События

Слово к потомкам

В фундамент диагностического центра в Адыгее заложили камень...

В столице Республики Адыгея Майкопе произошло знаковое для всей системы здравоохранения республики событие: на территории Республиканской клинической больницы состоялась закладка первого камня в основание будущего диагностического центра.

Если быть уж совсем точным в деталях, то собственно строительство началось ранее, а сейчас состоялась закладка «капсулы времени», своеобразного обращения к потомкам, в фундаментный блок, который затем под аплодисменты публики занял своё место в котловане. В тексте послания, которое предполагается вскрыть через 100 лет, указано, что «реализация проекта откроет для жителей Адыгеи возможность получать высококвалифицированную медпомощь и медицинское обслуживание на самом современном оборудовании, не обращаясь при этом в другие медицинские учреждения за пределами республики». Конечно, никто не собирается в угоду потомкам по прошествии этих лет разрушить фундамент: аналогичная капсула с таким же посланием заняла своё место в музее вышеназванной республиканской больницы. В наше беспокойное время строить прогнозы, тем более такие долгосрочные, на 100 лет вперёд, – занятие неблагодарное, но заглянуть в обозримое будущее попытаемся вместе с участниками торжественной церемонии – подписанием послания к потомкам: врио главы Республики Адыгея Муратом Кумпиловым, министром здравоохранения Адыгеи Рустемом Меретуковым и главным врачом Республиканской клинической больницы Нателлой Чеужевой.

Вот что по этому поводу сказала Н.Чеужева:

– Диагностическая база существует в Адыгее и сейчас, другое дело, что всё это разбросано по



Р.Меретуков и Н.Чеужева подписывают обращение к потомкам

разным медучреждениям: Адыгейская республиканская консультативная поликлиника, травматологическая поликлиника, кардиологический диспансер и диагностические отделения. Приём будут вести врачи более чем по 30 специальностям. Кроме того, центр оснастят самым современным оборудованием: МРТ, спиральным КТ, рентгенологическим, эндоскопическим, УЗИ. Обращаясь к собравшимся, М.Кумпилов сказал следующее:

– Диагностический центр, который мы сегодня закладываем, имеет огромное значение для города, республики. Это учреждение необходимо для людей, для общества, чтобы медицинские услуги оказывались на должном, современном уровне. Хочется попросить, чтобы каждый врач, каждый медработник, когда ведёт приём пациентов, помнил о клятве Гиппократова. Это очень важно, когда люди видят и чувствуют заботу.

Обращаясь с приветственным словом к собравшимся, Р.Меретуков, в свою очередь, поделился информацией о будущем ЛПУ:

– Это будет 7-этажное здание с цокольным этажом и вертолётной площадкой. В нём будут располагаться все разрозненные клинические отделения, которые сейчас находятся в республике. Это

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика Адыгея.

Фото автора.

Решения

Единая политика и тактика онкологов

Главные специалисты-онкологи Южного федерального округа объединят усилия, чтобы повысить качество онкологической службы региона. Такое решение было принято на совещании онкологов округа, которое состоялось в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте (РНИОИ).

Первая совместная рабочая встреча была проведена по инициативе главного онколога ЮФО, генерального директора РНИОИ, доктора медицинских наук, члена корреспондента РАН Олега Кита. Совещание было организовано при поддержке аппарата полномочного представителя Президента РФ в ЮФО с участием начальника Департамента по вопросам экономической и социальной политики аппарата полномочного представителя Президента РФ в ЮФО Сергея Серги.

На встречу приехали главные специалисты-онкологи 8 субъектов округа: Краснодарского края, Астраханской, Волгоградской, Ростовской областей, республик Адыгея, Калмыкия, Крым и города федерального значения Севастополя. Перед совещанием гости посетили клинические и научно-экс-

периментальные подразделения института, познакомились с работой диагностических отделений, нейрохирургического комплекса, лаборатории молекулярной онкологии, отделения радиологии и других отделов РНИОИ.

Врачи заострили внимание на ключевых проблемах. Это низкая активность первичного звена по раннему выявлению и профилактике онкологических заболеваний. Также были рассмотрены недоработки в схемах маршрутизации пациентов, территориальной доступности онкоучреждений и обсуждены проблемы недостаточного использования эффективных методов лечения онкобольных, лекарственного обеспечения и дефицита квалифицированных кадров.

– Важно обсуждать не только проблемы, но и достижения. Каждый позитивный опыт может быть использован в соседнем регионе. Я надеюсь, что встречи онкологов ЮФО будут регулярными, и мы шаг за шагом сможем довести состояние онкослужбы округа до максимально высокого уровня. Чтобы сделать онкологическую помощь более качественной, более доступной для каждого жителя, важно, горожанин это или сельский житель и какой у

него социальный статус, – подчеркнул О.Кит. – Медицина развивается быстро, клинические возможности увеличиваются, но мы должны обладать знаниями, применять управленческий талант, чтобы грамотно использовать эти возможности.

Онкологи субъектов округа представили доклады о состоянии онкослужб своих регионов, обсудили проблемы и пути их решения, обменялись мнениями и опытом. Они решительно намерены выработать единую политику и тактику оказания онкологической помощи. Аппарат полномочного представителя Президента РФ в ЮФО поддержал инициативу медиков.

– Мы понимаем, что онкозаболевание занимает второе место по смертности населения и нужно уделять повышенное внимание борьбе с раком, – отметил С.Серга. – Мы готовы оказывать содействие в решении вопросов онкологической службы округа и пошагово решать задачи с учётом специфики каждого региона. Это касается и взаимодействия с субъектами округа, и изменений в нормативных актах. Главное, чтобы эти предложения были обоснованными.

Самые эффективные предложения южнороссийских онкологов войдут в программу развития онкологической службы ЮФО.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

В центре внимания

Признание достижений России

Российская Федерация впервые председательствовала на Всемирной ассамблее здравоохранения. Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова была избрана на год её председателем. Последний раз наша страна была удостоена этого престижного общественного поста в 1962 г. А сама 70-я сессия, которая прошла в Женеве, стала не только юбилейной, но и выборной. Всемирная ассамблея здравоохранения избрала новым генеральным директором ВОЗ представителя Эфиопии доктора Тедроса Адханома Гебрейесуса.

В.Скворцова в своём выступлении поблагодарила всех участников этого высокого собрания за оказанное ей доверие и избрание на пост председателя 70-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Отдельные слова признательности она выразила государствам-членам Европейского региона и региональному директору доктору Жужанне Якоб за выдвижение её кандидатуры на столь ответственный пост.

– Мы рассматриваем это решение как признание достижений России в развитии системы здравоохранения, обеспечении всеобщего охвата медицинской помощью, повышении эффективности государственных мер по укреплению общественного здоровья, – заявила В.Скворцова. – Наши действия привели к повышению качества и продолжительности жизни россиян (только за последнее десятилетие – на 6,5 лет), кратному сокращению материнской и младенческой смертности до исторического минимума, уменьшению бремени инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Наша совместная работа на глобальном уровне направлена на достижение главной цели – обеспечение здоровья человека на протяжении всей его жизни, что и было закреплено в Целях устойчивого развития, принятых на высшем политическом уровне в 2015 г.

Достижение этой главной цели требует создания единой здоровьесберегающей среды, объединяющей все национальные, региональные и глобальные общественные и межсекторальные

государственные механизмы, профессиональные медицинские, пациентские и бизнес-сообщества.

– Мы гордимся тем, что России было доверено в 2011 г. проведение Первой глобальной министерской конференции по вопросам здорового образа жизни и борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), – сказала В.Скворцова. – Принятая на ней Московская декларация стала отправной точкой глобального процесса мобилизации и объединения усилий по борьбе с НИЗ, по противостоянию нездоровым привычкам и безответственному поведению людей по отношению к своему здоровью и здоровью своих семей.

Московская декларация легла в основу политической декларации по борьбе с НИЗ, принятой на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН. В настоящее время всё больше стран внедряют единые принципы и стратегии этой политики через глобальные механизмы, созданные Межучрежденческой целевой группой Организации Объединённых Наций по профилактике и борьбе с НИЗ.

В.Скворцова подчеркнула, что за последние годы мир столкнулся со вспышками опасных инфек-

ционных заболеваний, таких как пандемический грипп, лихорадка Эбола, Зика, забытые тропические инфекции. Под флагом ВОЗ была инициирована работа по созданию новых эффективных вакцин и терапевтических препаратов, оказана масштабная помощь населению затронутых государств. Вместе с тем эта работа выявила необходимость дальнейшего повышения готовности мира к крупномасштабным вспышкам.

Уроки, извлечённые из эпидемий, послужили основой для запуска реформы Кластера чрезвычайного реагирования организации и создания специальной программы, целью которой является укрепление потенциала стран в области обеспечения собственной и коллективной безопасности. По словам В.Скворцовой, не вызывает сомнения, что должны быть созданы приемлемые условия для неукоснительного соблюдения Международных медико-санитарных правил на основе обязательств, добровольно принятых государствами-членами.

Особое значение в последние годы приобрела и проблема антимикробной резистентности, которая становится одной из лидирующих угроз современного мира.

Наша общая задача – эффективно реализовывать разработанные глобальные механизмы на национальном и региональном уровнях.

Видимый прогресс достигнут в борьбе с туберкулёзом.

В общемировом масштабе достигнута Цель развития тысячелетия «Остановить эпидемию туберкулёза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости к 2015 г.» Теперь поставлена ещё более амбициозная задача – ликвидировать туберкулёз к 2030 г. Российская Федерация пока ещё относится к странам с высоким бременем туберкулёза. Однако за последние 8 лет благодаря принятым комплексным эффективным мерам мы сократили заболеваемость туберкулёзом более чем на 35%, а уровень смертности – более чем на 65%. Положительная динамика отмечается ежегодно.

– Россия выступила с инициативой провести в 2017 г. в Москве Первую глобальную министерскую конференцию ВОЗ по проблеме туберкулёза в контексте целей устойчивого развития, – заключила министр.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Проекты

В целях омоложения

Руководителям медицинских учреждений и их заместителям могут установить предельный возраст нахождения в должности. Соответствующий законопроект находится на рассмотрении Государственной Думы РФ.

Предлагается главных врачей и их заместителей в 65 лет переводить на другие должности с их письменного согласия, причём независимо от срока действия их трудового договора, говорится в тексте законопроекта. При этом указывается, что учредитель имеет право продлить срок пребывания работника в должности руководителя государственной или муниципальной медицинской

организации до достижения им 70 лет. Это станет возможным по представлению общего собрания (конференции) работников данной медицинской организации. В том случае с заместителями заключаются срочные трудовые договоры на срок не больше, чем у их руководителей.

Омоложение управленческих кадров, безусловно, необходимо, иначе медики будут уходить в коммерцию, считает глава Комитета по труду Госдумы РФ Ярослав Нилов. «При этом нельзя утрачивать связь с опытными специалистами. Нужно найти такие формы взаимодействия, при которых звёзды отечественной медицины при желании смогут продолжать эффективно

трудиться и после 70 лет», – сказал он.

В свою очередь, федеральное Правительство, дав положительный отзыв на законопроект, указывает, что необходимо дополнительно продумать вопрос с ограничением срока полномочий для заместителей. Кабинет министров РФ предлагает исключить пункт, согласно которому у руководителя и его заместителя одновременно истекает срок полномочий, так как медучреждение может остаться без руководящих кадров. Кроме того, российское Правительство предлагает установить аналогичный возрастной ценз и для руководителей и заместителей всех государственных и муниципальных организаций «в целях обеспечения системного подхода».

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Визиты

Встреча с главным врачом Великобритании

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела рабочую встречу с главным врачом Великобритании Сэлли Дэвис.

На ней обсуждались перспективы дальнейшего развития российско-британского сотрудничества в

двустороннем формате, а также в рамках Всемирной организации здравоохранения. Стороны обменялись информацией о состоянии дел в вопросах борьбы с социально значимыми заболеваниями. Отдельно был рассмотрен вопрос антибиотикорезистентности.

С.Дэвис поделилась опытом Великобритании в разработке национальных стратегий в сфере здравоохранения и планов их реализации, а также опытом в развитии соответствующих международных инициатив.

Соб. инф.

Инициатива

Проверка на дорогах

Отныне курировать обстановку на дорогах Республики Северная Осетия – Алания будут не только сотрудники ГИБДД, но и специалисты наркодиспансера. В передвижном пункте медицинского освидетельствования врачи смогут в течение 20-30 минут точно определить состояние водителя на предмет алкогольного или наркотического опьянения. Отныне сотрудники ГИБДД не нужно будет уезжать с маршрута патрулирования, чтобы доставить потенциального нарушителя в наркологический диспансер.

Предполагается, что количество нетрезвых водителей на дорогах сократится: по данным местной статистики, за непродолжительный

промежуток текущего года уже задержано свыше 2 тыс. нетрезвых водителей, а в тёплое время, как показывает практика, количество

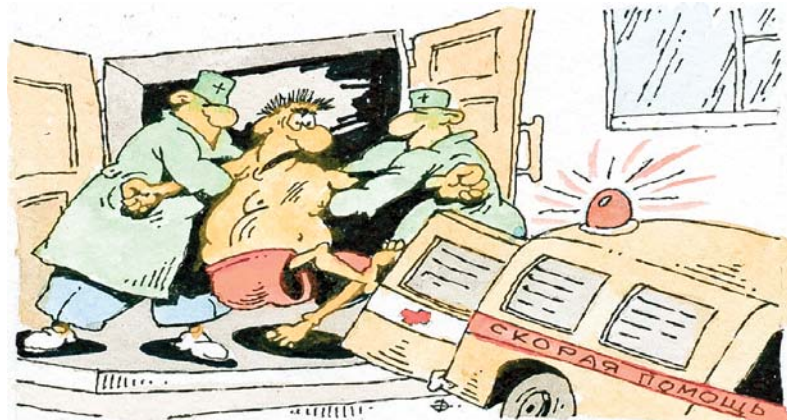
их резко возрастает в связи с желанием «отдохнуть на природе»...

«Сегодня мы с вами выводим безопасность на дорогах на принципиально новый уровень и надемся, что количество ДТП с участием пьяных водителей в республике неуклонно будет снижаться», – заявил министр здравоохранения Михаил Ратманов сотрудникам ГИБДД и специалистам диспансера, отправляя их 19 мая в первый совместный рейд, который проходил на оживлённой Алагирской трассе.

Роман КАШИРИН.
МИА Сити!

Криминал

С кулаками на «скорую»



Сотрудники Следственного комитета РФ по Омской области проводят доследственную проверку сразу по двум фактам пьяных нападений на медиков скорой помощи.

Первое сообщение появилось в новостных хрониках телеканалов и интернет-изданий. Около полуночи сотрудникам Управления Федеральной службы Росгвардии по Омской области поступил сигнал об избиении пациентом фельдшера скорой помощи. Выяснилось, что бригада «скорой» выехала по вызову в квартиру дома в районе станции Входная, где требовалась помощь 41-летнему мужчине, которому родственник нанёс ножевые ранения.

На улице Кондратюка, когда 40-летняя женщина-фельдшер стала оказывать раненному, находившемуся в состоянии алкогольного опьянения, первую медицинскую помощь и перебинтовывать его, он неожиданно нанёс ей несколько ударов кулаком по голове. Медики вызвали подмогу, сотрудники вневедомственной охраны помогли им доставить опасного пациента в стационар. Вот только в результате кулачной «атаки» фельдшер скорой помощи получила ссадины и гематомы, пережив серьёзный стресс.

Следователи СК, сообщили в пресс-службе правоохранительного ведомства, устанавливают все обстоятельства случившегося, действиям буйного пациента будет дана правовая оценка, а по

результатам проверки вынесено процессуальное решение.

Второй инцидент, связанный с нанесением пьяным мужчиной телесных повреждений врачу скорой помощи, произошёл в Омске 18 мая в десятом часу вечера на улице 4-я Челюскинцев. Трое прохожих остановили проезжавший автомобиль «03» (у бригады заканчивалась смена), чтобы оказать помощь мужчине, который в состоянии алкогольного опьянения лежал у гаражей. Когда врач стал осматривать его, пытаясь привести в чувства, тот стал ругаться матом, а потом и вовсе пустил в ход кулаки, с силой ударив врача в грудь. Приехавшие по вызову сотрудники Росгвардии доставили 35-летнего дебошира в отдел полиции для разбирательств, где выпивоха отрицал применение насилия к медiku.

Следователи, начав доследственную проверку, будут тщательно выяснять все нюансы произошедшего, в том числе и утверждения пациента «под градусом» о том, что он, махая руками, случайно ударил врача «неотложки».

Два случая за неделю, к тому же на фоне аналогичных резонансных происшествий в других городах, не спишешь на случайное совпадение, скорее это негативный тренд, который заставляет серьёзно задуматься о том, как обезопасить медиков скорой помощи от пьяных дебоширов.

Николай ВАСИЛЕНКО.
МИА Сити!

Омск.

Вопрос совершенствования оказания медицинской паллиативной помощи в регионе стал ключевым на коллегии Министерства здравоохранения Сахалинской области. Докладчики рассказали о ситуации с оказанием паллиативной помощи неизлечимо больным пациентам и наметили планы дальнейшей работы в этом направлении. На заседании был сделан акцент: человек не должен оставаться без помощи и поддержки ни при каких обстоятельствах, даже если все варианты радикального лечения исчерпаны и выздоровление невозможно.

Общепризнано, что в паллиативной помощи нуждаются не только люди со злокачественными образованиями, но и пациенты, страдающие другими смертельными, прогрессирующими состояниями, в том числе и дети. Перечень достаточно обширный. К примеру, это сердечно-сосудистые заболевания, почечная недостаточность, заболевания

Итоги и прогнозы

Никогда не говорить «никогда»

Таковыми словами руководствуются в своей работе специалисты паллиативной помощи

печени, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера и т.д.

Лицензии на оказание паллиативной медицинской помощи сейчас имеют три государственных учреждения здравоохранения Сахалина. В областном онкологическом диспансере соответствующее отделение, рассчитанное на 14 коек, было организовано в 2014 г. Также в этой тройке Долинская и Поронайская ЦРБ. На стадии подготовки документы для Охинской и Смирныховской ЦРБ. А на базе Синегорской участковой больницы создаётся центр паллиативной помощи.

Кроме этого, уже несколько лет по всему региону неизлечимо больным пациентам оказывается помощь в отделениях сестринско-

го ухода. Правда, как заметили участники коллегии, зачастую в них надолго задерживаются люди без определённого места жительства. Так, в одном из районов срок пребывания одного пациента в этом подразделении превысил 1,5 года.

В концепции совершенствования паллиативной помощи уделено внимание и развитию амбулаторной паллиативной помощи на базе поликлиник. Кроме этого, на базе центральных районных больниц создаются специализированные патронажные бригады, которые будут выезжать на дом к неизлечимо больным гражданам.

Аналогичная работа уже налажена в областной детской больнице, её специалисты по-

сещают детей на дому. В их распоряжении есть необходимые лекарственные препараты и специализированное оборудование.

– Особо надо выделить вопрос по обезболивающей терапии, – обратил внимание участников коллегии глава регионального Минздрава Алексей Пак. – В медицинских учреждениях и аптечной сети создан достаточный запас препаратов, необходимых для этого. Поэтому люди, страдающие тяжёлыми заболеваниями и нуждающиеся в такой помощи, должны получать её в полном объёме. Медицинские работники должны особенно внимательно подходить к назначению обезболивающей терапии, она во многом помогает улучшить ка-

чество жизни таких пациентов, облегчает физические страдания. Паллиативная помощь – это очень важное направление. И сегодня нам есть над чем работать. Важны ведь не только койки, но и люди, которые работают с этими пациентами. Надо готовить таких специалистов.

Планируется, что в оказании паллиативной помощи по согласованию с руководителями учреждений здравоохранения смогут принимать участие представители некоммерческих организаций и религиозных конфессий, волонтеры.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Авторитетное мнение

Как известно, уровень распространённости артериальной гипертонии (АГ) давно беспокоит врачей и учёных в РФ. На днях в средствах массовой информации прозвучало, что чуть менее половины россиян имеют повышенный уровень артериального давления. «В России распространённость АГ даже выше, чем в развивающихся странах, по последним данным, она составляет 43% среди всего населения», – констатировала ведущий эксперт нашей страны в области диагностики, лечения и профилактики системных гипертензий, заместитель генерального директора Российского кардиологического научно-практического комплекса – директор Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова, академик РАН Ирина Чазова.

Коварные происки гипертонии

Она сегодня кардинально обостряет ситуацию с состоянием здоровья россиян

По словам И.Чазовой, мужчины подвержены этому недугу чаще, чем женщины – гипертония наблюдается у 45% мужчин и 41% женщин. Во всероссийском регистре АГ находится 33 тыс. пациентов, которые знают о своих проблемах со здоровьем. При этом россияне достаточно ответственны в плане контроля своего заболевания: по статистике, контроль за уровнем артериального давления в РФ составляет 39%, однако в США этот показатель – 50%.

«АГ – самое распространённое заболевание в мире и в нашей стране. В мире 1,5 млрд человек имеют АГ, при этом более миллиарда живут в развивающихся странах и чуть меньше полу-миллиарда – в экономически развитых. То есть треть населения в мире имеют повышенное артериальное давление», – подчеркнула доктор И.Чазова.

Наряду с академиком И.Чазовой не самую радужную как в клиническом, так и в социальном аспектах ситуацию взял за прокомментировать руководитель Кардиологического центра Федерального научно-клинического центра ФМБА России профессор Давид Дундуа:

«Факторы риска АГ одинаковы везде: повышенная масса тела, малая подвижность, стрессы и т.д. Наиболее вероятная причина высокой частоты АГ по сравнению с США, Европой и современной Азией – это большее потребление соли, в том числе

в составе консервированных мясных или колбасных изделий, меньшая физическая активность взрослого населения, бедная клетчаткой и растительным маслом пища (у нас больше углеводов в рационе и меньше морепродуктов), распространённость курения среди всех возрастных групп (особенно молодых и женщин), избыточное потребление алкоголя среди мужчин, а также низкая по сравнению с Западом подверженность к лечению АГ. При этом у нас очень распространено самолечение.

Надо сказать, что во многих странах (в первую очередь скандинавских) содержание поваренной соли в продуктах питания регламентируется государством. В борьбе с курением и в США, и в Европе достигнуты значительные успехи, а здоровый образ жизни и правильное питание активно пропагандируется. Там болеть, что называется, «не в тренде»; невыполнение назначений врача может привести к потере работы. Поэтому пациент строже контролирует уровень артериального давления, тщательнее выполняет назначения врача и не склонен к импровизации», – заключил эксперт. А значит, нам следует оперативнее делать серьёзные выводы и принимать соответствующие меры.

Подготовил
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Наши коллеги

За шаг до трагедии

Один из эпизодов врачебной работы Болата Сарсенбаева

Житель Уйского района Челябинской области Валерий Устьянцев попал на операционный стол из-за своего увлечения живой природой. Но выяснилось это уже в процессе лечения. А поначалу УЗИ обнаружило в печени 14-сантиметровую опухоль. Анализы выявили причину новообразования – альвеококкоз.

«Заболевание у него очень серьёзное, это паразитарное поражение печени, – пояснил заведующий отделением хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы Челябинской областной клинической больницы Болат Сарсенбаев. – Оно связано с глистной инвазией. Основной её «хозяин» – это собаки, волки, лисы. И то, что Валерий охотник, как раз сыграло свою печальную роль. Как происходит заражение? Личинка попадает в организм и чаще всего начинает развиваться в печени. Если же личинка прошла печёночный барьер, то распространиться она может в любом органе. Мы видели альвеококк и в лёгких, и в головном мозге, а у нашего пациента было поражение правой доли печени. Причём его оперировали в других больницах несколько раз, и к нам он поступил, когда у него уже была гнойная полость в поддиафрагмальном пространстве справа, был кишечный свищ в толстом кишечнике, и чувствовал он себя соответственно состоянию».

В одной из городских больниц мужчине оперировали 7 раз – сначала удалили кокон, потом его стенку. А позже начались осложнения. Многочисленные дренирования и чистки пользы не принесли. Пациент угасал на глазах.

«Последний раз удалили часть рёбер, после операции открылся толстокишечный свищ, я похудел на 30 кг и весил всего 40, – вспоминает Валерий. – Чтобы сделать следующую операцию, нужно было поправиться, за полгода набрал всего 4 кг, на операцию не взяли, выписали из больницы с диагнозом «неоперабельный больной».

После этого Валерий решил обратиться в областную больницу,



Б.Сарсенбаев обходит своих пациентов

где его сразу госпитализировали в отделение гастроэнтерологии. И уже на следующий день сложному пациенту провели ювелирную 9-часовую операцию, а через день – ещё одну.

«Большая бригада специалистов с участием «гнойных» хирургов выполнила ему закрытие свища, saniровала поддиафрагмальное пространство, окончательно удалила паразитарные ткани и сделала резекцию правой половины печени, – вспоминает Б.Сарсенбаев. – Затем он у нас перенёс ещё пару операций, потому что необходимо было всё хорошо дренировать и санировать. После этого мы его направили в отделение торакальной хирургии, где ему убрали ещё очаг в лёгком».

Сейчас В.Устьянцев почти верстал свой вес. В больницу регулярно приезжает для смены транспечёночного дренажа, который поставили, чтобы избежать рубцовой стриктуры желчных протоков в будущем. Он принимает противопаразитарную терапию, и

в скором времени планируется дренаж убрать.

Это только один случай из множества успешных операций, которыми славится отделение хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы Челябинской областной клинической больницы. Оно работает с момента основания больницы. Здесь 50 коек, в год пролечивают 1500-1600 больных. Основная патология – желчекаменная болезнь, послеоперационные грыжи передней брюшной стенки, патологии печени, опухоли печени, как доброкачественные, так и злокачественные, патологии желчных протоков, опухоли и заболевания поджелудочной железы, хронические панкреатиты, много пациентов с циррозом печени и его осложнениями. В основном это варикозное расширение вен пищевода, при котором проводится профилактика кровотечений, эндоскопическое лигирование вен пищевода, шунтирующие

операции разного рода.

В последнее время начали осваивать новую технологию – трансплантацию печени. С участием специалистов из Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова уже выполнены три такие операции.

Все выписанные пациенты чувствуют себя удовлетворительно. Большой раздел – это эндоскопическое лечение, проведено порядка 500 лапароскопических холецистомий. Кроме этого – санация желчных протоков, удаление камней эндоскопическим методом. Отделение эндоскопии представлено очень мощной службой, которая позволяет выполнять около 300 эндоскопических операций на желчных протоках в год. Это самая большая цифра по Челябинской области и одна из лучших по России...

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Первый день июня – Международный день защиты детей, среди которых есть и особая категория. Это недоношенные дети, как никто нуждающиеся в защите во всех смыслах этого слова. «На их выхаживание, – сказал председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев ещё в 2011 г., – нельзя жалеть ни сил, ни средств». Согласно обозначенной цели, в 2012 г. Россия перешла на стандарты живорождения, утверждённые ВОЗ, в соответствии с которыми младенцы, появившиеся на свет после 22-й недели беременности с массой тела более 500 г, стали считаться жизнеспособными.

Совсем недавно избранная на пост председателя Всемирной ассамблеи здравоохранения министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова авторитетно заявила, что есть несколько направлений, в которых мы – признанные мировые лидеры: «Первое направление – это охрана материнства и детства. За относительно короткий исторический период нам удалось резко изменить ситуацию в стране. За по-

следние 5 лет мы более чем на 40% снизили младенческую смертность. Здесь сыграло роль множество факторов, а самое главное – полностью изменилась логистика ведения беременности, родоразрешения, выхаживания новорождённых, включая совсем маловесных с экстремально низкой массой тела 500 г. Изменения произошли во всей стране, и мы получили заслуженные результаты. Сейчас в России есть специалисты высокого класса по таким направлениям, как неонатология, акушерство и гинекология, детская реаниматология и анестезиология».

Без преувеличения, эта оценка относится и к специалистам центра восстановительного лечения детей до 3 лет жизни городской клинической больницы № 13 Департамента здравоохранения Москвы.

С руководителем центра кандидатом медицинских наук Еленой БАЛАШОВОЙ беседовала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наилия САФИНА.



О.Шеверная – одна из лучших специалистов центра

У нас работают такие первоклассные специалисты, как невролог кандидат медицинских наук Алексей Лицев, офтальмолог высшей квалификационной категории Ольга Шеверная, детский психолог, специалист по раннему развитию и коррекционной педагогике, кандидат психологических наук Марина Бернадская, детский пульмонолог, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Овсянников, детский гематолог доктор медицинских наук Тимур Валиев, сердечно-сосудистый хирург Евгений Ефремов, аллерголог-иммунолог высшей категории Наилия Зайнетдинова, оториноларинголог высшей категории Татьяна Павличенко, хирург-ортопед высшей категории Елена Бородин и другие.

Так, например, в прошедшем году эти доктора наблюдали почти за 1,5 тыс. детьми. Хочу обратить

– Елена Демьяновна, в течение последних 5 лет неонатологи страны выхаживают не просто недоношенных, а глубоконедоношенных детей...

– У нашего коллектива огромный опыт бережного выхаживания недоношенных детей, основанный на давних традициях педиатрической службы городской клинической больницы № 13. Вообще, наше подразделение входит в структуру перинатального центра ГКБ № 13, который, кроме того, включает родильный дом № 15 и 100-коечный детский корпус, состоящий из 2 неонатологических и 2 реанимационных отделений для выхаживания недоношенных детей. Неонатологические отделения и отделения реанимации принимают новорождённых детей из всех акушерских стационаров Москвы, включая стационары федерального подчинения. При наличии свободных мест и по распоряжению Департамента здравоохранения Москвы приём также осуществляется из акушерских стационаров Московской области. Ежегодно в отделениях получают лечение более 2 тыс. детей.

История лечения и выхаживания недоношенных детей в нашем учреждении началась ещё в 1962 г., когда детский корпус был перепрофилирован именно для этих целей. Надо сказать, в тот период в Москве полностью отсутствовали специализированные койки для лечения и выхаживания недоношенных детей. Эту функцию брали на себя родильные дома, где непосредственно и рождался такой контингент. Большинство из недоношенных детей умирало ещё в первые дни жизни, что, конечно, являлось невосполнимой потерей для демографии нашей страны. Тогда и назрели не только насущная необходимость, но и ресурсная возможность обратить пристальное внимание государства на этот раздел педиатрии. Вот тогда-то, в 1963 г., и было открыто первое специализированное отделение для выхаживания недоношенных детей на 150 коек, создание которого преследовало две основные цели.

Во-первых, это организация для недоношенных детей специальных условий окружающей среды, адекватных состоянию их морфофункциональной зрелости для профилактики возможных нарушений адаптации к внеутробной жизни.

Во-вторых – создание базы для развития научного направления по разработке методов выхаживания недоношенных детей, диагностики и лечения заболеваний, а также профилактики инвалидности. Организация и становление службы выхаживания недоношенных детей проходили под непосредственным руководством профессора К.Сотниковой, заместителя главного врача по детству Н.Столповской и профессора Г.Дементьевой. А в декабре 2014 г. на фоне формирования координированной системы охраны материнства и детства по всей стране главный врач ГКБ № 13, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Леонид Аронов поддержал преобразование существовавшего ранее кабинета катамнестического наблюдения за детьми в центр восстановительного

Рядом с нами

У любви нет границ...

Это проявляется при уходе за недоношенными детьми

лечения детей до 3 лет жизни при ГКБ № 13.

– Почему центр восстановительного лечения рассчитан на детей именно до 3-летнего возраста?

– Общепризнанно, что здоровье ребёнка закладывается в первые 3 года и во многом является залогом его дальнейшей благополучной жизни. Наши специалисты углублённо систематически наблюдают за детьми до 3 лет жизни, находившимися после рождения на лечении и выхаживании не только в нашей больнице и перенёвшими различные осложнения периода новорождённости.

Приоритетное направление центра – это катамнестическое наблюдение за недоношенными и глубоконедоношенными детьми. Характерной особенностью таких детей является комплекс сопутствующей патологии, которая осложняет их реабилитацию после выписки из стационара и дальнейшее развитие. К таким состояниям относятся постгипоксическое поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, поражение глаз, в том числе ретинопатия недоношенных, гастроинтестинальные нарушения, патология со стороны бронхолегочной системы и опорно-двигательного аппарата, а также нарушения роста и развития, иммуносупрессия, эндокринологическая патология, врождённые пороки сердца, гематологические нарушения.



Для Е.Балашовой стали родными все детки её учреждения

– Получается, что после выписки из стационара такие дети не могут найти в современной поликлинической системе должного уровня оказания медицинской помощи и внимания?

– Конечно, не могут. И сами родители маленьких пациентов, один раз обратившись к нам, уже не представляют другого уровня медицинского обслуживания, с

которым столкнулись в нашем учреждении. Персоналом центра создана доверительная атмосфера. Осуществляется психологическое сопровождение семьи ребёнка с нарушениями слуха, зрения, интеллекта и речи. Наш психолог не только протестирует ребенка, но и разработает индивидуальную программу для малыша, исходя из его уровня развития и задач, которые необходимо достигнуть.

ваше внимание, что наш медицинский персонал осуществляет выезды к детям не только в пределах Москвы, но и в Московскую область.

– Елена Демьяновна, каково же было моё удивление, когда сегодня встретила среди ваших посетителей титулованного боксёра Костю Цзю, которого можно увидеть разве что на обложках гляцевых журналов...

– Рождение в 2015 и 2016 гг. двоих детей в семье известного спортсмена К.Цзю совпало со становлением нашего центра. Да, мы наблюдаем его детей и, согласитесь, если его семья доверяет нам уже и второго своего ребёнка, то для нас, специалистов, это говорит о многом. Нам, конечно, приятно, что положительная информация о качественном медицинском обслуживании в нашем центре передаётся от одних родителей к другим. Например, в 2016 г. количество наблюдавшихся у нас детей уже увеличилось относительно 2015 г. почти на 20%.

– Если раньше, в 60-80-е годы прошлого века, основной проблемой у недоношенных детей были инфекционно-воспалительные заболевания, в частности пневмония, то в настоящее время какая патология вышла на первый план?

– Наблюдения перинатологов показали, что у недоношенного ребёнка очень высок риск развития инвалидизирующих заболеваний, связанных с перенесённой ретинопатией недоношенных. На сегодняшний день в нашем центре накоплен большой опыт в диагностике, мониторинге и лечении этой патологии офтальмологом, профессионалом своего дела О.Шеверной. Большим плюсом является оборудование в нашем детском корпусе лицензированного операционного блока, оснащённого самой современной аппаратурой для хирургического лечения ретинопатии недоношенных. Если говорить о патологии со стороны нервной системы, то набор проблем, казалось бы, стандартен – внутричерепные кровоизлияния, судороги и гидроцефалия, но, конечно же, главной особенностью этих детей является незрелость их органов и систем. В зависимости от длительности нахождения ребёнка в отделении реанимации в дальнейшем этапы его развития отличаются от стандартных.

– Тем не менее, как показывает ваш многолетний опыт, какая бы тяжёлая ни была у ребёнка патология, гораздо чаще выживают дети, которых любят, и когда эта любовь не знает границ... В вашем центре детей любят! Москва.



К.Цзю (в центре) – всегда желанный гость в коллективе педиатров

В стенах Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ) прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Повышение качества и доступности травматолого-ортопедической помощи в регионах Российской Федерации», организованная кафедрой травматологии и ортопедии этого вуза. В качестве слушателей выступили травматологи-ортопеды Ставрополя, Ставропольского края и близлежащих регионов. В работе конференции приняли участие ведущие специалисты в области травматологии и ортопедии России.

Перед началом работы форума интервью «МГ» дал ректор Ставропольского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор Владимир Кошель: «Научно-практические мероприятия, собирающие в стенах вуза ведущих учёных различных регионов России и мира, известных клиницистов, а главное – врачей практического здравоохранения, – стали повседневными реалиями университета.

И тем не менее каждый такой форум – событие, отражающее происходящие в нашей отрасли значительные изменения. Нынешняя межрегиональная научно-практическая конференция «Повышение качества и доступности травматолого-ортопедической помощи в регионах Российской Федерации» проводится под эгидой нашего университета, Министерства здравоохранения Ставропольского края и старейшей и крупнейшей в регионе краевой клинической больницы. И этот триединый «патронаж» мероприятия – весомое доказательство тесного взаимодействия, сложившегося на Ставрополье.

Передовые научные знания, новейшие медицинские технологии, разрабатываемые в стенах СтГМУ мы стараемся внедрять в клиническую практику медицинских организаций города и края и находим всемерную поддержку этих начинаний нашего регионального Министерства. Уверен, что это крупное межрегиональное мероприятие станет для ведущих

Деловые встречи

Идеи обретают очертания

Новые технологии – в практику травматолого-ортопедической помощи



На трибуне – В.Кошель



В кулуарах конференции

учёных, клиницистов, преподавателей профильных кафедр медицинских вузов, врачей практического здравоохранения своеобразной трибуной, с которой они смогут обменяться новыми идеями, поделиться опытом, доложить о своих достижениях, подвести итоги научного поиска, обсудить его дальнейшие перспективы».

Что касается повестки, то она была насыщенной и разнообразной. Так, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Волгоградского государственного медицинского университета профессор Дмитрий Маланин выступил с темой, посвящённой клиническим возможностям аутоплазмотерапии в травматологии и ортопедии; заведующий кафедрой травмато-

логии и ортопедии Воронежской государственной медицинской академии профессор Валерий Самодай рассказал о путях решения проблем, связанных с дефектами тканей. Особый интерес вызвал доклад одного из председателей Международной ассоциации остеосинтеза Андрея Волны (Москва) по остеосинтезу переломов ключицы и большеберцовой кости. Сотрудники кафедры травматологии и ортопедии СтГМУ выступили с докладом, посвящённым возможностям регенераторной хирургии повреждений и заболеваний суставов, в котором раскрывались первые результаты экспериментальной работы, проводимой в этом вузе. Все прочитанные лекции направлены на улучшение качества оказываемой травматолого-ортопедической помощи в регионе.

По окончании конференции своими впечатлениями поделился один из практикующих врачей, принимавших участие в работе форума, заведующий отделением травматологии городской больницы Невинномыска Олег Горлачев:

– Такие конференции стали традиционными и проходят периодически, поэтому у нас есть возможность подготовить вопросы и подготовиться самим, выступить с докладом. Меня особенно заинтересовали RPR-технологии, о методике которых я уже слышал, а сейчас довелось узнать всё в деталях. Хочу отметить высокий уровень организации конференции, проведённой в стенах нашей alma mater.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

События

В Находкинской городской больнице впервые выполнили операцию по стентированию сонной артерии. В Приморском крае такие манипуляции сегодня проводят лишь в ведущих клиниках, расположенных во Владивостоке. По словам заведующего отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, сосудистого хирурга Александра Кулькова, это определённый этап развития службы.

Современный ангиографический комплекс был открыт в Находкинской городской больнице 2 года назад по федеральной программе развития помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Аппарат для исследования сосудов и рентгенохирургических процедур диагностической и лечебной направленности значительно расширил возможности ЛПУ. Сначала здесь лечили сонные артерии так называемым открытым методом, ещё в 2013 г. в больнице была проведена первая операция на сонной артерии у пациента с острым нарушением мозгового кровообращения. В августе прошлого года после учёбы в Казани находкинские врачи выполнили операцию на сонной артерии под местной анестезией. А недавно уже смогли стентировать сонную артерию – у семидесятилетней женщины она была закрыта почти на 90%. Уже на третий день пациентка была выписана из стационара.

Стентировали сонную артерию

И уже на третий день пациентку выписали домой



– Основное показание для таких вмешательств – наличие перечня хронических заболеваний, при которых общий наркоз давать нельзя. Так, у нашей пациентки диагностирована хроническая сердечная недостаточность, и открытая операция, после которой бывают осложнения или кровотечения, ей противопоказана, – объясняет

Александр Владимирович. – Ранее таких пациентов мы по квоте направляли в клиники Хабаровска или медицинский центр Дальневосточного федерального университета. Сейчас эта необходимость отпала.

Сложность подобных эндоваскулярных операций в том, что у больных на фоне сопутствующих заболеваний обычно очень извитые

сосуды, из-за чего бывает проблематично пройти в них специальным инструментом, чтобы расположить внутри стент.

– Рентгенохирургические службы создавались для помощи людям с острым коронарным синдромом – для своевременного проведения коронарографии (диагностики сердечно-сосудистых заболеваний при помощи рентген-снимков артерий для оценки их проходимости) и в случае необходимости их стентирования. Поэтому сегодня больница в первую очередь нацелена на экстренную помощь больным с острым коронарным синдромом и выполняет все необходимые объёмы, – отмечает главный врач Находкинской городской больницы Игорь Понитаев. – Операции по стентированию сонной артерии – личная инициатива наших сотрудников, это лишь одно из направлений, которое мы стараемся развивать. Возможно, не всем будем их делать, ведь есть разные патологии. Важная задача – выход на две смены работы с последующим переходом в круглосуточный режим, для этого необходима серьёзная подготовка. В частности, надо переориентировать на новый

формат работы службу скорой помощи, создать кардиореанимацию под наших пациентов минимум на 6 коек, а также отделение для долечивания пациентов после наших манипуляций. Если это будет сделано, мы сможем работать в качестве второго в Приморье Регионального сосудистого центра, необходимость которого неоднократно подчёркивала краевая власть. Но главная проблема – недостаток помещений и финансовых средств.

Напомним, что сегодня в Приморье специализированные первичные сосудистые отделения действуют во Владивостоке (на базе городских больниц № 1 и № 4), в Находке, Уссурийске, Спасске-Дальнем, Дальнереченске, Дальнегорске и Арсеньеве. На базе краевой клинической больницы № 1 организован Региональный сосудистый центр. Все эти подразделения укомплектованы современным оборудованием. Большую помощь в спасении пациентов оказывает и санитарная авиация.

Николай ИГНАТОВ,
МИА Сити!

Приморский край.

Эйджизм – это слово, означающее форму дискриминации по возрастному признаку, которая наиболее пагубным образом сказывается на населении пожилого и старческого возраста. Основывается явление на стереотипном восприятии всех пожилых людей больными, немощными, неспособными самостоятельно принимать правильные решения, со сниженными когнитивными способностями, не творческими, плохо обучаемыми, капризными, ничем не интересующимися, неопытными, асексуальными. Действительно ли это так? Над вопросом давно стали задумываться специалисты, которые решают геронтологические проблемы, они делают всё, чтобы изменить негативный подход к возрастным пациентам.

Пора уйти от стереотипов

Как это ни странно, но данная группа больше других подвергается негативным представлениям, которые «оправдывают» применение насилия, предвзятое, отрицательное отношение к ним – эйджизм. И даже медицинские работники, как и значительная часть населения, нередко склонны к негативным представлениям о пожилых, применяя возрастную стереотипизацию к человеку, независимо от его личностных характеристик. Им нередко присуще негативное мнение о престарелых людях, порой усиливающееся по мере увеличения рабочего стажа, манипулирование пожилыми людьми. Их считают депрессивными, дряхлыми, не подлежащими лечению. По отношению к ним часть врачей испытывает неприязнь, вызванную физическими или когнитивными ограничениями пожилых. Нередко врачи подходят к их лечению заранее уверенные в его бесперспективности, допускают оценочные суждения о качестве или ценности жизни этой категории населения, заблуждения об их желаниях при выборе тех или иных форм лечения. Так, в одном из исследований треть опрошенных рассказала о том, что они столкнулись с медицинскими работниками, которые считали, что они плохо слышат или не могут понять, что им говорят, а 39% считали, что по отношению к ним они использовали покровительственный язык и жесты.

Наличие у медицинских работников таких стереотипов доказывают и другие исследования. Например, большинство лечащих врачей согласились с утверждениями: «Сильные боли – это признанная часть старения» (64%) и «Человеческое тело подобно машине: когда она стареет, она изнашивается» (61%), 52% согласились с тем, что с возрастом следует ожидать ухудшение памяти, треть – что увеличение возраста непременно связано с понижением жизненной энергии и ростом тревожности. Авторы данного исследования подчёркивают: эти результаты демонстрируют то, как боль, усталость, когнитивные нарушения, депрессия и тревога могут легко не выявляться и не лечиться, если медицинские работники ошибочно приписывают эти симптомы и состояния исключительно возрасту, «который, понятно, не лечится».

В одном из опросников, позволяющем диагностировать эйджизм, представлен ряд высказываний, характеризующих наличие тех или иных негативных геронтостереотипов. Опрашиваемый должен выразить своё согласие или несогласие с каждым из них. Когда пожилой человек что-то хочет предпринять, я думаю или говорю ему: «Ты уже слишком стар для этого...»; «Когда старый человек жалуется на самочувствие, я могу сказать что-то такое: «В вашем возрасте это уже нормально» или «А что вы хотите в вашем-то возрасте?»; «Когда старый человек не может вспомнить что-то, я могу сказать или подумать: «Это уже старческое»; «На поведение пожилых людей иногда не надо обращать внимания – оно связано с их возрастом»; «Иногда,

восхищаясь поступками пожилого человека, я думаю или говорю: «И это даже несмотря на то, что он старый»; «Если меня раздражает пожилой человек, бывает, я могу подумать или произнести связанные с его возрастом оскорбительные прозвища». Согласие с такими высказываниями означает наличие эйджизма.

Это вовсе не норма

Такое отношение к пожилым людям – не современное «изобретение». На протяжении веков такие практики считались обоснованными, а потому воспринимались

приём пожилых, часто оказывался недостаточным, снижается качество их обслуживания. Также следует отметить, что нормативное время ожидания в очереди пожилыми переносится хуже, ведь стандарты ожидания не принимают во внимание слабость, болезненность этих людей.

В повседневной жизни, в том числе практиках медицинского обслуживания, имеет место бытовой эйджизм, проявляющийся в обидных, негативных высказываниях и поведении, таких как игнорирование, физическое или психическое насилие и пр. В ряде случаев он

может привести к ситуации, когда пожилой человек сам будет настраивать окружающих против себя, заниматься самоуничтожением, что нередко способствует потере им самоуважения, росту неприязни к себе, стыду, депрессии и в крайних случаях к самоубийству. Так многие пожилые люди отказываются от тех или иных благ, потому что чувствуют себя не имеющими на это права, стесняются заниматься интересными для них делами – «что подумают обо мне: в его возрасте – и он туда же...» Многочисленные исследования показывают влияние усвоенных пожилыми людьми негативных

точное назначение диагностических процедур. Налицо также попытка ограничить количество ненужных процедур и тестов у пожилых пациентов, предпринятая Американской академией семейных врачей. Здесь советуют врачам избегать выполнения ряда процедур: ежегодные электрокардиограммы для пациентов без каких-либо сердечных симптомов и с низким риском развития осложнений; мази для скрининга рака шейки матки у женщин старше 65 лет, у которых в прошлом были нормальные результаты и не было новых сексуальных партнёров. Также Американская академия

Акценты

Пожилкой — не значит больной

Проблемы эйджизма в медицине и здравоохранении



обществом и пожилыми людьми как норма. Внимание к этому явлению как к социальной патологии и научной и практической проблеме в 1968 г. привлёк директор Национального института старения США доктор Р.Батлер, который и предложил термин «эйджизм». Активная научная разработка этой темы на Западе началась в 80-х годах прошлого века, в России же она зазвучала сравнительно недавно – в последние 10 лет. Эйджизм пронизывает все сферы и уровни общества. На институциональном уровне он может проявляться в юридически закреплённой дискриминации людей старших возрастных групп. Например, в Ирландии это ограничения в приглашении старших возрастных групп на диагностику рака молочной железы, оказании помощи людям старше 65 лет, перенёвшим инсульт, в назначении некоторых процедур и специализированных услуг. В ряде случаев такие ограничения носят негласный характер. Так, исследование в Великобритании выявило негласные «верхние» возрастные ограничения в целом спектре услуг, включая операцию по шунтированию сердца, эндопротезированию коленного сустава.

Институциональный эйджизм подпитывается негативными геронтостереотипами. Так, исследователи обнаружили, что во многих случаях возраст (но не реальное состояние) пациента оказывал решающее влияние на место в очереди на операцию.

Иногда сокращают продолжительность пребывания в стационаре пожилых, чтобы максимизировать пропускную способность больничных коек, что может иметь неблагоприятные последствия для пациентов, у которых зачастую времени на восстановление после операции или болезни уходит больше. Примером также могут служить национальные стандарты в Великобритании, нормирующие время приёма и ожидания. Поскольку времени, отведённого на

является преднамеренным, проявляясь в предвзятом отношении медицинских работников к возрастным пациентам, в слабом выявлении их потребностей, в действиях, в основе которых лежит расчёт на доверчивость, неосведомлённость или низкую компетентность, в их незащищённости и неспособности противостоять этому (некачественное обслуживание, обман, запугивание). Иллюстрацией этому может служить высказывание одного из медицинских работников, записанное нами в процессе проведения фокус-групповых интервью: «Бабушка после инфаркта пошла к неврологу, жалуются ему, что у неё «летаёт мухи перед глазами». А он ей сказал, чтобы она никому не рассказывала, а то поедет на Новую (улицу, на которой расположена психиатрическая больница). И всё. Ни лечения не было назначено, ничего».

Доктор, мы – не малые дети

В повседневных социальных взаимодействиях многое, как правило, происходит бессознательно. Например, геронтократия, проявляющаяся в покровительственном поведении и общении с пожилыми людьми как с детьми: с ними разговаривают громко, медленно, простыми предложениями, высоким тоном и преувеличенными интонациями. Такое поведение основано на стереотипе, что пожилые люди имеют проблемы со слухом, сниженный интеллект и медленные когнитивные процессы, не способные принимать адекватные решения. Исследования показывают, что такое обращение не во всех случаях пожилыми людьми воспринимается негативно. Всё это загоняет человека в рамки стереотипов, «подспудно», автоматически заставляя разделять те или иные эйджистские нормы, принимать и реализовывать соответствующие им практики. Такое явление следует обозначать как самоэйджизм. Усвоение стереотипов

геронтостереотипов на снижение интереса и волевых способностей к поддержанию своего здоровья, фиксируют у таких людей снижение физического самочувствия. Поэтому они реже обращаются за медицинской помощью. В то же время те, у кого позитивное самовосприятие, оказались более склонны к «профилактическому» поведению, на 44% чаще полностью оправлялись от тяжёлой инвалидности, чем те, у кого есть негативные представления, жили на 7,5 лет дольше, чем люди с менее позитивным восприятием старения.

Нужны ли частые профилактические осмотры

Негативные стереотипы и предвзятое отношение могут оказывать влияние на качество медицинской помощи, которую получают такие пациенты. Например, когда последние воспринимаются как «вздорные» и «сварливые», то их обращения к медсёстрам не принимаются теми всерьёз, что существенно снижает качество ухода за ними. Между тем многие «обычные старческие» болезни, например остеопороз, сахарный диабет, могут иметь обратимый характер и быть предупреждены с помощью превентивных мер.

Многие исследования доказывают деструктивное влияние возрастных стереотипов врачей на постановку диагнозов и принятие решений относительно лечения, нередко при одинаковых симптомах врачи приписывают пожилым людям более тяжёлую степень заболеваний (и физическую, и психическую), чем молодым. Стратегия лечения при одинаковой симптоматике бывает также разной. Например, при депрессиях пожилым пациентам чаще предлагалось медикаментозное лечение.

Данные обследования 12 тыс. пациентов, госпитализированных с травмами в Шотландии, проведённого в 2000 г., показали смертность у пожилых больных, превышающую ожидаемую. Причина заключалась в том, что они гораздо реже, чем молодые с подобными травмами, получали соответствующее лечение. У них также было меньше шансов попасть в реанимацию или на обследование к специалисту. Кроме того, было установлено, что медицинский персонал не всегда признаёт значительность угрозы для пожилых людей умеренной травмы. Возрастных пациентов крайне редко приглашают стать участниками клинических испытаний лекарств и новых способов лечения из-за распространённого убеждения, что они переносят терапию хуже, чем молодые. Тогда как исследование доказывает необоснованность такого подхода и его стереотипность, поскольку не были выявлены существенные различия между ними.

Следствием негативной стереотипизации пожилого возраста является и другая проблема – «лечение» пожилых людей и избы-

семейных врачей не рекомендует ежегодные профилактические осмотры пожилых, поскольку их использование не привело к снижению заболеваемости, смертности или госпитализации, а только увеличило затраты на ненужное тестирование.

Медсестра – не друг и не враг, а так...

Исследование показало, что не только врачи, а в большей степени медсёстры являются носителями эйджизма, так как они плотнее контактируют с пожилыми. В среде представителей сестринской профессии сильно выражены отрицательные стереотипы о старении, нередко академические шутки о престарелых, а при их описании используются покровительственные слова и жесты. В своих интервью пожилые люди говорят об инцидентах, когда они чувствовали дифференцированный подход к себе со стороны медицинских работников, пренебрежение, когда их рассматривали как незначимых пациентов, у них возникало ощущение, что персонал хочет «отделаться» от них по причине их возраста. «Я испытываю постоянную боль, принимая восемь обезболивающих в день... Они [врачи] говорят, что в моём возрасте страдания неизбежны. Но они не говорили бы так, если бы я была в вашем возрасте (указывает на молодого интервьюера)». Многие пожилые люди сообщали о негативном опыте взаимодействия с персоналом учреждений, который часто игнорирует и не принимает во внимание их мнение. Если одинокий человек вызывает врача, тот тот говорит: «А кто по ним будет плакать? Чего мне спешить?» Или же: «Ваши ровесники уже там, в вашем возрасте уже положено».

Печальные факты, размышления доказывают, что эйджизм является распространённым негативным явлением в медицине и здравоохранении, нуждающимся в разработке мер по борьбе с ним и его предупреждению. Преодоление этого явления связано с признанием его наличия, с организацией системы контроля и своевременным выявлением его фактов, развенчанием негативных геронтостереотипов. Милосердие – вот чего нам не хватает, а именно оно помогает формировать, в том числе и у врачей, медицинских сестёр, положительный образ пожилых людей и культуру старения.

Андрей ИЛЬНИЦКИЙ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Лола КОЛПИНА,
кандидат социологических наук.

Кирилл ПРОЩАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Научно-исследовательский
медицинский центр «Геронтология».**
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 36 (2066)

(Продолжение. Начало в № 35 от 19.05.2017.)

Специфическая терапия

Антагонисты кальция
Вазоконстриктивная теория патогенеза ЛГ базируется на присутствии гипертрофии меди в лёгочных артериях и артериолах, а также в снижении лёгочного сосудистого сопротивления при назначении вазодилататоров. Очевидно, только у меньшей части больных ЛГ при назначении вазодилататоров, в частности антагонистов кальция, возможно достичь клинически значимого снижения давления в лёгочной артерии.

Благоприятные клинические и прогностические эффекты антагонистов кальция, применяемых в высоких дозах у больных ЛГ с положительной острой пробой, были показаны в одноцентровых неконтролируемых исследованиях. К числу рекомендованных в настоящее время антагонистов кальция относятся два препарата – нифедипин и дилтиазем.

Выбор в пользу одного из них определяется исходной частотой сердечных сокращений. Пациентам с частотой сердечных сокращений в покое менее 80 уд./мин. следует рекомендовать нифедипин в пролонгированных формах, а также антагонисты кальция дигидропиридинового ряда III поколения. Амлодипин является препаратом выбора для пациентов ЛГ с явлениями правожелудочковой сердечной недостаточности. Суточные дозы препаратов, доказавшие эффективность, достаточно высокие: для нифедипина – 120-240 мг, для амлодипина – до 10-15 мг. При относительной тахикардии (частота сердечных сокращений в покое более 80 уд./мин.) следует отдать предпочтение дилтиазему в дозе 240-720 мг.

Титрование дозы препарата должно проводится постепенно в течение нескольких недель до максимально переносимых. Иногда системная гипотония, отёки голени и стоп препятствуют увеличению дозы.

Важно подчеркнуть, что терапия антагонистами кальция должна начинаться под строгим гемодинамическим контролем только больным ЛАГ, отвечающим на применение вазодилататоров в острой пробе. Терапия антагонистами кальция **показана**: пациентам с сердечным индексом более 2,1 л/мин/м² и/или сатурацией венозной крови более 63% и/или давлением в правом предсердии менее 10 мм рт.ст. и с положительным ответом на острое назначение вазодилататора. Пациенты, наилучшим образом реагирующие на назначение антагонистов кальция, как правило, демонстрируют снижение давления в лёгочной артерии и лёгочного сосудистого сопротивления до 50% от исходного, часто до нормальных значений.

У пациентов с сердечным индексом более 2,1 л/мин/м² и/или сатурацией О₂ венозной крови более 63% и/или давлением в правом предсердии менее 10 мм рт.ст. и с отрицательной острой пробой **успех назначения вазодилататора маловероятен** и может вызвать побочные эффекты.

При сердечном индексе менее 2,1 л/мин/м² и/или сатурацией О₂ венозной крови менее 63% и/или давлением в правом предсердии более 10 мм рт.ст. антагонисты кальция **абсолютно противопоказаны**.

Только 10-20% больных ЛАГ имеют положительную пробу с вазодилататором, из них лишь у половины удаётся поддержать клинко-гемодинамический эффект при длительном назначении антагонистов кальция. Особое внимание следует уделять контролю за стабильностью достигаемого эффекта. У больных с ИЛГ при положительной острой пробе спустя 3-4 месяца постоянной терапии антагонистами кальция рекомендуется обязательное проведение контрольной катетеризации правых отделов сердца для оценки эффективности и безопасности проводимой терапии.

При неадекватном ответе – недостижении I или II ФК (ВОЗ), отсутствии существенного улучшения гемодинамических показателей – должна обсуждаться коррекция терапии. Назначение антагонистов кальция без проведения ОФП или отрицательной ОФП чревато развитием тяжёлых побочных эффектов – гипотонии, синкопе, правожелудочковой сердечной недостаточности.

У больных с ЛАГ на фоне системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) тесты на вазореактивность часто не позволяют установить возможную эффективность длительной терапии антагонистов кальция, а высокие дозы последних плохо переносятся.

Благоприятные эффекты длительной терапии антагонистами кальция в высоких дозах показаны детям с ИЛГ.

Простагландины
Простагландины (ПГ) – перспективная группа препаратов, помимо вазодилатирующего действия обладают антиагрегационным и антипролиферативным. ПГ – это группа липидных соединений уникальной структуры, образуемых из единого субстрата арахидоновой кислоты. В физиологических условиях ПГ являются медиаторами многих биологических функций, в том числе участвуют в регуляции сосудистого тонуса.

Простагландин Е1 (ПГЕ1) – вазодилатирующий ПГ, обладающий антиагрегационным и антипролиферативным действием. Это первый ПГ, который показал эффективность при лечении больных ЛГ. Благодаря очень короткому периоду полувыведения (3-5 мин.) возможно быстрое титрование дозы до максимальной величины, и при необходимости почти моментально остановить действие

различными фармакокинетическими особенностями, но качественно сходными фармакодинамическими свойствами.

Илопрост – химически стабильный аналог простациклина для внутривенного применения, назначения per os в аэрозольной форме для ингаляций. Последняя форма обеспечивает большую селективность препарата в отношении лёгочной циркуляции. В нашей стране ингаляционный илопрост – это единственный аналог простациклина, рекомендованный для лечения среднетяжёлой и тяжёлой форм ЛГ: ИЛГ, наследуемой ЛАГ, ЛАГ вследствие СЗСТ, ЛАГ на фоне приёма лекарственных препаратов, неоперабельных форм ХТЭЛГ.

Эффективность илопроста оценивалась в рандомизированном, плацебоконтролируемом исследовании AIR-1 у больных ЛАГ и ХТЭЛГ. Повторные ингаляции в течение дня проводились 6-9 раз по 2,5-5 мкг на ингаляцию (в среднем до 30 мкг в сутки). При использовании обычных небулайзеров длительность ингаляции составляет 15 минут,

применение УЗ-небулайзеров позволяет уменьшить время ингаляции до 5 минут. Илопрост улучшал клиническую симптоматику, толерантность к физическим нагрузкам, влиял на ЛСС, частоту клинических событий. В исследовании STEP у 60 больных, принимавших бозентан, присоединение илопроста приводило к значимому увеличению дистанции в Т6МХ (p < 0,051) по сравнению

Таблица 5

Выбор антагонистов кальция при лёгочной гипертензии

Препарат	Стартовая доза мг/сут.	Суточная доза при СДЛА < 50 мм рт.ст.	Суточная доза при СДЛА 50-100	Суточная доза при СДЛА > 100
Нифедипин	20-40	40-60	80-120	120-180
Амлодипин	2,5-5	10	12,5	15
Лацидипин	2-4	4	4-8	8
Исрадипин	2,5-5	7,5-10	10-12,5	12,5-15
Дилтиазем	30-60	120-180	180-240	240-360

препарата. 90% препарата инактивируется в лёгких, поэтому при внутривенном введении его поступление в большой круг кровообращения крайне мало, вследствие чего не отмечается выраженной системной гипотонии.

Наличие антиагрегационного эффекта делает ПГЕ1 привлекательным с учётом выраженных нарушений в системе гемостаза у больных ЛГ. Наиболее приемлема схема терапии, при которой небольшая доза 5-10 нг/кг/мин. Препарат назначается внутривенно капельно со скоростью 5-30 нг/кг/мин. Курсовое лечение препаратом в суточной дозе 60-80 мкг в течение 2-3 недель следует проводить на фоне длительной терапии антагонистами кальция. Возможные побочные эффекты – гипотония, гипертермия лица, головные боли, боли в области сердца неопределённого характера, в животе, тошнота, диарея.

Простациклин (простагландин I2) – мощный эндогенный вазодилататор с широким спектром дополнительных эффектов – антиагрегационным, антипролиферативным и цитопротективным, которые направлены на предотвращение ремоделирования лёгочных сосудов: уменьшение повреждения эндотелиальных клеток и гиперкоагуляции. У больных с ЛГ различной этиологии доказано нарушение продукции простациклина, о чём свидетельствует снижение экспрессии простаглицинсинтазы в лёгочных артериях, уменьшение экскреции метаболитов простациклина с мочой. Это является обоснованием для использования простациклина и его аналогов для лечения пациентов ЛГ, хотя до сих пор не установлено, является ли нарушение продукции простациклина причиной или следствием ЛГ.

В последние годы применение простациклина в клинической практике расширилось за счёт создания его стабильных аналогов с

с плацебо. Илопрост отличается хорошей переносимостью. Наиболее частыми побочными эффектами были приливы и боли в челюсти.

В длительном неконтролируемом исследовании 25 больных с ИЛГ лечились ингаляционным илопростом 100-150 мкг/сутки на протяжении года. В результате лечения увеличение дистанции в Т6МХ составило 85 м, среднее ДЛА снизилось в среднем на 7 мм рт.ст., сердечный выброс увеличился на 0,6 л/мин./м².

Внутривенная инфузия илопроста считается сопоставимой по эффективности с эпипростенолом, что было показано в серии небольших исследований при ЛАГ, ХТЭЛГ. Очевидным преимуществом внутривенного илопроста является стабильность при комнатной температуре и отсутствие потребности в охлаждении. Однако в нашей стране эта форма препарата для лечения ЛГ не зарегистрирована.

Антагонисты рецепторов эндотелина (АРЭ)

Эндотелин-1 (ЭТ-1) – это пептид эндотелиального происхождения, характеризующийся мощным вазоконстрикторным и митогенным свойствами в отношении гладкомышечных клеток. ЭТ-1 связывается с двумя типами рецепторов – типа А (ЭТА), локализующимися на гладкомышечных клетках, и типа В (ЭТВ), локализующимися на эндотелиальных и гладкомышечных клетках. Активация ЭТА-и ЭТВ-рецепторов гладкомышечных клеток вызывает вазоконстрикторный и митогенный эффекты. Стимуляция ЭТВ-рецепторов способствует клиренсу ЭТ-1 в лёгких, увеличению продукции оксида азота и освобождению простациклина. Исследования экспрессии ЭТ-1 в лёгочной ткани подтверждают его роль в патогенезе ЛГ, однако не установлено, является ли повышенная продукция

ЭТ-1 причиной или следствием ЛГ. Активация системы эндотелина у больных ЛГ является обоснованием для использования антагонистов рецепторов к эндотелину, блокирующих ЭТА-рецепторы или одновременно оба типа рецепторов – ЭТА и ЭТВ.

Бозентан – первый препарат из класса АРЭ неселективного действия, блокирующий оба типа рецепторов. В рандомизированных исследованиях у больных ЛГ препарат продемонстрировал способность улучшать толерантность к физическим нагрузкам, ФК, гемодинамические и эхокардиографические параметры, увеличивать время до развития клинического ухудшения. В настоящее время эффективность бозентана показана у больных с ИЛГ, ЛАГ на фоне СЗСТ, синдроме Эйзенменгера в 5 рандомизированных исследованиях (пилотное исследование 351, BREATHE-1, BREATHE-2, BREATHE-5, EARLY).

В исследовании BREATHE-1 пациенты с ИЛГ и ЛГ на фоне СЗСТ были рандомизированы в соотношении 1 : 1 : 1 для получения 62,5 мг бозентана или плацебо 2 раза в день

в течение 4 недель, затем соответственно 125 мг или 250 мг дважды в день в течение 12 недель. При применении бозентана в обеих группах отмечалось существенное улучшение гемодинамических параметров, дистанции в тесте 6-МХ, клинических исходов, что было более выражено при дозе 250 мг дважды в день у больных с ИЛГ (+ 54 м и + 35 м соответственно в группах больным, принимавших 250 мг – 2 раза и 125 мг – 2 раза). Более выраженный эффект наблюдался у больных с ИЛГ по сравнению с группой СЗСТ (+ 46 м в группе активного лечения и + 3 м соответственно). Повышение толерантности к нагрузкам сохранялось у больных при лечении на протяжении более года и ассоциировалось с улучшением гемодинамических параметров и ФК.

На основании результатов двух завершившихся рандомизированных исследований, в которые включались только больные с II ФК или синдромом Эйзенменгера, препарат в настоящее время рекомендован для больных с II ФК и при ЛАГ на фоне врождённых системно-лёгочных шунтов и синдрома Эйзенменгера. Начальная доза бозентана составляет 62,5 мг 2 раза в сутки. Спустя 4 недели доза должна увеличиваться до 125 мг 2 раза в сутки.

У детей доза бозентана титруется в зависимости от веса. В открытом неконтролируемом исследовании у детей с ЛАГ в возрасте 4-17 лет (BREATHE-3) улучшение гемодинамических параметров наблюдалось к 12-й неделе лечения бозентаном в виде монотерапии или в комбинации с эпипростенолом.

Повышение уровня трансаминаз отмечается примерно у 10% больных дозозависимо и обратимо после уменьшения дозы или отмены препарата. Наиболее вероятным механизмом действия бозентана на уровень печёночных ферментов является дозозависимая конкуренция с желчными солями, что приводит к их задержке, оказывая на гепатоциты цитотоксичный эффект. Рекомендуется ежемесячный контроль за уровнем трансаминаз в крови на фоне терапии бозентаном.

Рекомендуется назначение препарата в стартовой дозе 62,5 мг дважды в сутки с последующим увеличением дозы до 125 мг 2 раза в день под тщательным ежемесячным контролем ферментов печени. У больных ЛГ бозентан может вызывать развитие анемии, что требует контроля уровней гемоглобина и гематокрита крови, а также задержку жидкости с появлением периферических отёков. У женщин, принимающих бозентан, необходима адекватная контрацепция с учётом возможного тератогенного эффекта. В нашей стране бозентан рекомендован для лечения больных ИЛГ, ЛАГ вследствие системной склеродермии без существенного лёгочного фиброза, при синдроме Эйзенменгера.

Амбризентан – несульфонамидный АРЭ, производное пропановой кислоты, селективный антагонист рецепторов эндотелина типа А. Препарат исследовался в пилотном и двух рандомизированных исследованиях

ARIES-1 и ARIES-2. У больных с ИЛГ, ЛГ на фоне СЗСТ и ВИЧ-инфекции показал эффективность в виде улучшения клинической симптоматики, гемодинамических параметров, повышения толерантности к нагрузкам, удлинении времени до развития клинического ухудшения. По меньшей мере в течение года постоянной терапии эти эффекты сохранялись.

Амбризентан рекомендован для лечения больных с ЛАГ для улучшения переносимости физической нагрузки, замедления прогрессирования клинических симптомов. В клинических исследованиях установлена эффективность препарата преимущественно у пациентов ИЛГ, наследуемой ЛАГ, ЛАГ вследствие СЗСТ с ФК II-III. Рекомендованная доза составляет 5 мг 1 раз в сутки с возможным увеличением до 10 мг. Частота нарушений функции печени составляет 0,8 до 3%, что требует ежемесячного контроля. На фоне терапии амбризентаном чаще по сравнению с другими АРЭ возникают периферические отеки.

Оксид азота и ингибиторы фосфодиэстеразы типа 5

Оксид азота – мощный эндогенный вазодилатор, селективно действующий на сосуды малого круга кровообращения. Оксид азота (NO) образуется из L-аргинина при помощи кальций-зависимой NO-синтазы. Диффундируя через альвеолярную мембрану, NO попадает в гладкомышечные клетки артерий и артериол, повышая уровень циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). Последний запускает каскад реакций, приводящих в конечном счёте к снижению тонуса гладкой мускулатуры сосудов. Затем NO поступает в системный кровоток, где инактивируется путём связывания с оксигемоглобином с образованием метгемоглобина и нитратов.

При ЛГ нарушается синтез NO. В клетках эндотелия больных ИЛГ при иммуногистохимических исследованиях показано снижение экспрессии эндотелиальной NO-синтазы. На образование оксида азота влияют многочисленные факторы. Это экспрессия гена NO-синтазы, активность NO-синтазы и фосфодиэстеразы, обеспечивающих регуляцию продукции цГМФ, постсинтетическое окисление оксида азота. Таким образом, для лечения ЛГ возможно использование ингаляционного NO, субстрата для его синтеза – L-аргинина, а также ингибиторов фосфодиэстеразы.

В 80-е годы ингаляционный NO использовался с целью проведения ОФП для оценки реактивности лёгочных сосудов и выявления больных с потенциально позитивным эффектом вазодилаторов. Описаны случаи длительного эффективного и безопасного применения ингаляций оксида азота максимум до 1,5 лет у больных ИЛГ. В стационарных условиях больным ЛГ рекомендуются 2-3-недельные курсы ингаляционного оксида азота 20-40 ppm в течение 5-6 часов в сутки.

Силденафил – мощный селективный ингибитор цГМФ-зависимой фосфодиэстеразы (тип 5), предотвращая деградацию цГМФ, вызывает снижение лёгочного сосудистого сопротивления и перегрузки правого желудочка. Ингибиторы фосфодиэстеразы типа 5 (ИФДЭ-5) обладают антипролиферативным эффектом. Три одобренных для лечения эректильной дисфункции препарата – силденафил, тадалафил, варденафил – вызывают выраженную дилатацию лёгочных сосудов. Максимум действия достигается через 60 минут, 75-90 и 40-45 соответственно. В нашей стране для лечения больных ЛГ одобрен силденафил. К настоящему времени уже накоплены данные, демонстрирующие его хорошую переносимость и эффективность у больных с ЛГ различной этиологии. В неконтролируемых клинических исследованиях силденафил применялся при ИЛГ, ЛГ, ассоциированной с СЗСТ, ВПС, при ХТЭЛГ в разовых дозах 25-75 мг 2-3 раза в сутки и вызывал улучшение гемодинамики, толерантности к физическим нагрузкам. Описаны редкие побочные эффекты препарата – головная боль, заложенность носа, приливы, нарушения зрения, диспепсия.

В рандомизированном исследовании SUPER-1 у 278 больных с ЛАГ, получавших силденафила цитрат в дозах 20, 40, 80 мг 3 раза в сутки, отмечалось улучшение клинической симптоматики, гемодинамики, толерантности к физическим нагрузкам. Одобрённая доза составляет 20 мг 3 раза в сутки. Однако стабильный эффект лечения отмечался только при применении дозы 80 мг 3 раза в сутки. В клинической практике часто требуется повышение дозы до 40-80 мг 3 раза в сутки. В исследовании PACES показана эффективность силденафила в сочетании с внутривенным элопростенолом.

Комбинированная терапия

Комбинированная терапия при ЛАГ – это одновременное использование более чем одного класса специфических лекарственных средств для лечения больных, например, АРЭ в сочетании с простаноидами или ИФДЭ-5.

Потенциальные лекарственные взаимодействия при терапии ЛАГ

Лекарственный препарат	Механизм взаимодействия	Взаимодействующее лекарство	Результат взаимодействия и рекомендации
Амбризентан	?	Циклоспорин, кетоназол	Соблюдать осторожность при совместном назначении с кетоназолом и циклоспорином
Бозентан	Индуктор CYP3A4	Силденафил	Концентрация силденафила снижается на 50%, бозентана – повышается на 50%. Не требуется коррекции доз других лекарств
	Субстрат CYP3A4	Циклоспорин	Концентрация циклоспорины снижается на 50%, концентрация бозентана увеличивается в 4 раза
	Субстрат CYP3A4	Эритромицин	Увеличивается концентрация бозентана. При коротком курсе коррекция дозы может не потребоваться
	Субстрат CYP3A4	Кетоназол	Концентрация бозентана увеличивается в 2 раза
	Субстрат CYP3A4 + ингибитор помпы желчных солей	Глибенкламид	Увеличивает вероятность повышения трансаминаз. Потенциальный риск снижения гипогликемического эффекта глибенкламида. Сочетание противопоказано
	Субстрат CYP2C9 и CYP3A4	Флуконазол, амиодарон	Значительно увеличивается концентрация бозентана. Сочетание потенциально противопоказано
	Индукторы CYP2C9 и CYP3A4	Рифампицин, фенитоин	Концентрация бозентана уменьшается на 58%. Потребность в коррекции дозы не установлена.
	Индукторы CYP2C9	Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы	Концентрация симвастатина снижается на 50%. Эффект вероятен при назначении аторвастатина. Необходим контроль уровня холестерина
	Индукторы CYP2C9	Варфарин	Увеличивает метаболизм варфарина, вызывает потребность в коррекции дозы препарата. В начале терапии контроль МНО, в дальнейшем коррекция дозы, как правило, не требуется
	Индукторы CYP2C9 и CYP3A4	Гормональные контрацептивы	Снижается концентрация гормонов. Надёжность контрацепции снижается
Силденафил	Субстрат CYP3A4	Бозентан	Концентрация силденафила снижается на 50%, концентрация бозентана повышается на 50%. Коррекции доз препаратов могут не потребоваться
	Субстрат CYP3A4	Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы	Может увеличиться концентрация симвастатина/аторвастатина. Возможно увеличение риска рабдомиолиза. Концентрация силденафила может повышаться
	Субстрат CYP3A4	Ингибиторы протеаз ВИЧ	Ритонавир, саквинавир значительно повышают концентрацию силденафила. Требуется коррекция дозы последнего
	Индуктор CYP3A4	Фенитоин	Концентрация силденафила может снижаться
	Субстрат CYP3A4	Эритромицин	Повышается концентрация силденафила. Часто не требуется коррекции дозы последнего
	Субстрат CYP3A4	Кетоназол	Повышается концентрация силденафила. Часто не требуется коррекции дозы последнего
	Субстрат CYP3A4	Циметидин	Повышается концентрация силденафила. Как правило, не требуется коррекции дозы последнего
	цГМФ	Нитраты, никорандил	Выраженная системная гипотония, сочетание противопоказано

Во многих специализированных центрах по лечению ЛГ комбинированная терапия является стандартом лечения, хотя её долгосрочная эффективность и безопасность до конца не изучены.

В серии клинических исследований была показана эффективность и безопасность различных комбинаций. В исследовании STEP-1 12-недельная терапия ингаляционным илопростом в сочетании с бозентаном приводила к выраженному увеличению дистанции в Т6МХ. После ингаляции илопроста её прирост составлял + 26 м (р = 0,051). При проведении Т6МХ до ингаляции увеличение дистанции по сравнению с плацебо составляло + 19 м, что было недостоверным. Через 12 недель терапии илопростом не отмечалось значимых изменений гемодинамических параметров, однако время до развития клинического ухудшения улучшалось по сравнению с группой плацебо (0 событий против 5 в группе плацебо). Напротив, исследование COMBI, в котором оценивались возможности комбинированной терапии илопростом и бозентаном, было досрочно остановлено из-за отсутствия эффекта на толерантность к нагрузкам и времени до развития клинического ухудшения.

Важно отметить особенности при совместном применении препаратов специфической ЛАГ-терапии. Так, в рамках исследования EARLY изучались фармакокинетические взаимодействия бозентана и силденафила, которые являются соответственно ингибитором и индуктором изоферментов цитохрома P450. При совместном применении концентрации силденафила снижается, а бозентана – повышается. Но это не сказывается на эффективности терапии. Не описано подобных взаимодействий между силденафилом и двумя другими АРЭ (см. табл. 6).

Показанием для комбинированной терапии у больных с ЛАГ является отсутствие стабильного клинического эффекта.

Бозентан является индуктором изоферментов CYP3A4, CYP2C9 цитохрома P450. Плазменные концентрации лекарственных препаратов, метаболизируемых указанными изоферментами, уменьшаются при совместном применении с бозентаном. Концентрация бозентана при этом возрастает (см. табл. 6).

Концентрация бозентана возрастает при совместном применении с ингибиторами CYP3A4 (кетоназол, ритонавир) и/или ингибиторами CYP2C9 (амиодарон, флуконазол). Поэтому бозентан потенциально противопоказан при приёме этих препаратов.

Считается назначение бозентана противопоказанным при приёме следующих препаратов: итраконазол, такролимус, сиролимус, карбамазепин, фенотарбитал, рифампицин.

Основной путь метаболизма силденафила – это CYP3A4 и в меньшей степени CYP2C9. Индукторы CYP3A4 (карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал, рифампицин) уменьшают концентрацию силденафила. Несколько повышается концентрация препарата при употреблении грейпфрутового сока – слабого ингибитора CYP3A4/5.

Из-за риска системной гипотонии требуется особая предосторожность при совместном применении специфической терапии ЛАГ с антигипертензивными препаратами, такими как β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и др.

Лечение аритмий

У больных ЛГ по сравнению с пациентами, страдающими левожелудочковой сердечной недостаточностью, злокачественные нарушения ритма, такие как желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков отмечаются более редко. У 132 больных с ЛАГ только у 8% остановка сердца была вызвана фибрилляцией желудочков. В 6-летнем наблюдении у 231 больных с ЛАГ или ХТЭЛГ наблюдался только 1 случай злокачественной желудочковой аритмии. Наджелудочковые аритмии возникают при ЛГ с частотой 2,8% в год. Трепетание или мерцание предсердий встречаются в одинаковой степени и приводят к клиническому ухудшению и развитию являющийся правожелудочковой сердечной недостаточности.

Лечение трепетания предсердий более эффективно, чем лечение мерцательной аритмии. Восстановление синусового ритма у больных с ЛГ приводило к улучшению выживаемости по сравнению с больными, имевшими постоянную форму мерцательной аритмии, 80% из которых погибли в течение 2 лет. Хотя отсутствуют данные контроли-

руемых исследований или проспективных наблюдений, целью терапии должно быть удержание стабильного синусового ритма. При выборе антиаритмических препаратов предпочтение отдаётся тем, которые не обладают отрицательным инотропным действием, в частности амиодарону.

Хирургическое лечение Предсердная септостомия

Обоснованием для проведения предсердной септостомии явились наблюдения, показавшие, что выживаемость больных с синдромом Эйзенменгера и ИЛГ с открытым овальным окном лучше, чем в случае неизменённой межпредсердной перегородки. Создание шунта справа-налево позволяет снизить среднее давление в правом предсердии и перегрузку правого желудочка, а также увеличить преднагрузку левого желудочка и, таким образом, сердечный выброс. В этих условиях улучшается транспорт кислорода, несмотря на десатурацию артериальной крови, уменьшается симпатическая гиперактивация.

Процедура противопоказана при среднем ДПП выше 20 мм рт.ст., сатурации O₂ менее 80% в покое. В результате вмешательства наблюдается уменьшение синкопе, повышение толерантности к нагрузке. Проведение предсердной септостомии рекомендовано только больным с IV ФК (ранее также III ФК) с частыми синкопе и/или рефрактерной правожелудочковой сердечной недостаточностью, несмотря на проводимую медикаментозную терапию, в том числе перед трансплантацией, не только при ИЛГ, но и ассоциированной ЛГ при СЗСТ, оперированных ВПС, дистальных тромбозов в лёгочной артерии, лёгочной веноокклюзионной болезни, лёгочном капиллярном гемангиоматозе. Проведённые рандомизированные исследования доказали эффективность процедуры в отношении улучшения гемодинамического и функционального статуса больных, а также их прогноза.

Предсердная септостомия рекомендована больным ЛГ с III и IV ФК (ВОЗ) с частыми синкопе или рефрактерной к терапии правожелудочковой сердечной недостаточности. Смертность больных при проведении предсердной септостомии составляет 5-15%.

(Окончание следует.)

Материал «Пьющий «трезвенник», опубликованный в «Медицинской газете» (см. № 35 от 19.05.2017), вызвал большой отклик у читателей. Его автор – главный нарколог Рузского муниципального района Московской области Александр Громов – ставит вопрос о принципиально новом диалектическом подходе к изучению вредных, нейтральных и полезных концентраций алкоголя в организме человека, об ином определении минимальной смертельной дозы, полагая, что это позволит решить многие проблемы, с которыми приходится сталкиваться в жизни и в медицинской практике.

Сегодня мы продолжаем разговор. Свою точку зрения высказывают учёные. Они поднимают вопрос токсичности различных алкогольсодержащих напитков и контроля их качества.

В структуре смертельных отравлений свыше 50% занимают отравления алкоголем – таковы недавние выводы нашей официальной статистики. С начала 90-х годов в Национальном научном центре наркологии Минздрава России проводились исследования токсичности алкогольных напитков. Под понятием «токсичности» в данном случае подразумевается кроме традиционного ещё и специфический набор негативных свойств, в частности способность формировать у человека зависимость от этанола и вызывать ряд соматических нарушений.

Есть ли пути снижения токсичности алкогольных напитков? Вопрос о токсичности алкогольных напитков и их роли в ухудшении здоровья и снижения продолжительности жизни населения России возник не случайно. Это связано с происшедшей в своё время «либерализацией» рынка алкогольной продукции, в результате чего резко увеличился ассортимент, прежде всего за счёт алкогольных напитков зарубежного производства. Вырос поток алкогольных напитков, незаконно произведённых из этилового спирта непищевого назначения, появился алкоголь, произведённый по упрощённым, ускоренным технологиям. Население стало значительно чаще потреблять новые, ранее неизвестные разновидности многокомпонентных алкогольных напитков, вероятность присутствия в которых токсичных соединений особенно высока.

Экспериментально было показано, что состав напитка может модифицировать действие этанола. До этого существовало убеждение, что токсичность алкогольных напитков определяется только этанолом, а формирование зависимости и соматические заболевания определяются количеством потребляемого этанола и длительностью интоксикации. Действительно, на территории бывшего Советского Союза ассортимент крепких алкогольных напитков был невелик, к тому же они были малокомпонентными, поэтому токсичность их определялась в основном влиянием на организм этилового спирта. В настоящее время очевидно, что различные алкогольные напитки по-разному влияют на человеческий организм. Тем не менее специальная экспертиза алкогольной продукции перед выводом её на потребительский рынок отсутствует.

В структуре смертельных отравлений в России стабильно свыше 50% занимают случаи отравления алкоголем – некачественным либо вовсе не предназначенным для внутреннего употребления.

Средства массовой информации постоянно приводят сведения о негативном влиянии алкоголя на здоровье населения, которое,

кстати, не может объясняться только высоким уровнем его потребления. Не исключено, что это связано с повышенной токсичностью легально и нелегально произведённых алкогольных напитков.

В связи с этим возникают следующие вопросы:

1) Какие компоненты, входящие в состав алкогольных напитков, повышают их токсичность?

Стандарты основных разновидностей алкогольных напитков были разработаны более 100 лет назад и с небольшими изменениями дошли до наших дней. В них изложены технические требования к производству и перечень нормативных физико-химических показателей алкогольных напитков.

Наиболее жёстко регламентированы физико-химические пока-

жанию высших спиртов, входящих в состав сивушного масла, коньяка превосходит водку на 2-3 порядка. В пиве содержание высших спиртов составляет 100-150 мг/л, в 20 раз превышая их в водке. Логично было бы предположить, что львиная доля смертельных отравлений алкоголем связана с потреблением коньяка. Однако никаких доказательств этого не существует. Именно по данной

Минеральные вещества в биологически значимых количествах присутствуют лишь в винах и алкогольных напитках, изготовленных путём перегонки винома- териалов (коньяки). Содержание тяжёлых металлов в винах ненамного превышает их содержание в винограде и виноградном соке. В водках свинец отсутствует, а в винах и коньяках его содержание варьирует от 0,1 до 0,5 мг/л. Для

Точка зрения

«Либеральный» алкоголь

Почему он загоняет в могилу россиян



А что в бутылках?

2) Кем и каким образом осуществляется контроль токсичности алкогольных напитков, реализуемых через торговую сеть?

3) Существуют ли пути снижения токсического потенциала алкогольсодержащей продукции?

СМИ дают простой и вроде бы очевидный ответ на первый вопрос – всё дело якобы в поступлении в продажу фальсифицированных алкогольных напитков, потребление которых опасно для жизни из-за повышенного содержания в них токсических примесей в виде компонентов сивушного масла, альдегидов и метилового спирта. Такая точка зрения в значительной мере упрощает реальную ситуацию, хотя полностью исключить вариант подобного рода фальсификации тоже нельзя, подтверждение тому – периодически возникающие случаи отравления населения алкоголем, приобретённым в торговой сети или через интернет.

Продукт, да не тот

В Российской Федерации алкогольные напитки относят к продуктам питания, и оценка их качества осуществляется по их соответствию или несоответствию государственному стандарту (ГОСТ), техническому регламенту Таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции», а также СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов».

Таким образом, контроль за качеством алкогольных напитков осуществляется подобно контролю обычных продуктов питания. Между тем эти «пищевые продукты» являются второй по значимости причиной заболеваемости и смертности населения нашей страны.

затели водки. Это неудивительно, поскольку даже незначительный избыток примесей, содержащихся в исходном сырье – этиловом спирте, существенным образом отражается на потребительских свойствах этого напитка. Кроме того, водка относится к категории малокомпонентных алкогольных напитков, состав которых легко поддаётся анализу с помощью рутинных химических методов.

Гораздо сложнее обстоит дело с контролем качества многокомпонентных алкогольных напитков, приготовленных на основе этилового спирта (настойки, аперитивы, бальзамы и др.) и натуральных алкогольных напитков (вина, коньяки). В состав последних входят сотни ингредиентов, содержание которых широко варьирует в зависимости от разновидности и сорта винограда и плодов, климатических, геологических, агротехнических и других условий. Такие напитки почти не поддаются стандартизации по физико-химическим показателям, а их подлинность удостоверяется лишь документом завода-производителя.

Важно оценить, в какой мере стандартизованные показатели качества алкогольных напитков отражают токсичность последних. Сравним содержание некоторых наиболее токсичных, как принято считать, веществ в водке, приготовленных из этилового спирта высшей очистки, коньяках и винах. Превышение содержания в водке ряда величин является аргументом для изъятия партии такого напитка из продажи и часто служит основанием для утверждений о его опасности для жизни. Между тем в коньяке, который по крепости не отличается от водки, присутствуют альдегиды, метанол и эфиры в концентрациях, превышающих таковые в водке в среднем в 5-30 раз. По содер-

причине, а также из-за большой вариативности содержание альдегидов, компонентов сивушного масла и эфиров в коньяках (а метанола – и в винах) этот показатель не нормируется.

Альдегиды, метанол, сложные эфиры и высшие спирты, входящие в состав сивушного масла, в тех концентрациях, в которых они присутствуют в различных алкогольных напитках, включая низкоккачественные, не оказывают влияния на острую токсичность этанола. Дозы альдегидов, высших спиртов и метанола, поступающие в организм человека при употреблении смертельной дозы водки или этилового спирта ректификата из пищевого сырья, не превышают 0,005 их ЛД50.

Поступление этилового спирта в организм активизирует процесс эндогенного образования высших спиртов. Так, при алкогольном опьянении слабой степени выраженности, развивающемся после употребления виски или рома, содержание изопропанола и н-пропанола в крови достигает 1,9-2,3 мг/л. Иными словами, уровень содержания образующихся в организме человека компонентов сивушного масла достигает уровня содержания тех же компонентов в водке. Аналогичным образом после употребления алкоголя усиливается синтез эндогенного метанола.

Контроль качества алкогольных напитков в соответствии с нормативами, изложенными в СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» сводится к определению в алкогольных напитках некоторых тяжёлых металлов (свинец, кадмий, мышьяк, ртуть, медь, цинк), практически отсутствующих в этиловом спирте пищевого назначения, из которого изготавливают водки.

сравнения, содержание свинца в питьевой воде – около 0,3 мг/л.

Гипотетическая возможность хронической интоксикации тяжёлыми металлами, поступающими в организм человека с вином или коньяком, существует лишь в случае массивного техногенного загрязнения территорий, используемых для промышленного выращивания винограда. Учитывая, что количество этанола, потребляемого населением России с вином, не столь высоко, становится очевидным, что тяжёлые металлы не имеют никакого отношения к избыточной заболеваемости и смертности, обусловленной потреблением алкогольных напитков.

Специальные исследования токсичности алкогольных напитков в России не проводятся. Это в значительной мере связано с широко распространённым представлением о том, что токсичность алкогольных напитков определяется самим этанолом, а способность алкогольных напитков вызывать развитие алкоголизма, соматических заболеваний и острых отравлений обусловлена лишь количеством потребляемого этанола.

В соответствии с этим в сводных данных Госкомстата и Минздрава России отсутствует отдельная рубрика «алкогольные напитки», не говоря уже об отдельных их видах (пиво, вино, водка и др.). Все виды алкогольных отравлений включены в раздел «Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, токсическое действие веществ преимущественно немедикаментозного характера».

В настоящее время промышленное производство алкогольных напитков ведётся в соответствии с ГОСТами, нормативно-технической документацией, в которой подробно описаны рецептура и особенности приготовления каждого конкретного напитка. Любая новая рецептура проходит согласование в соответствующих органах Роспотребнадзора разных уровней. Для согласования достаточно подтвердить, что все используемые в производстве компоненты относятся к категории пищевых. Эпизодических и, тем более, систематических исследований влияния таких компонентов и их сочетания в одной рецептуре на токсический потенциал этилового спирта никогда не проводилось и не проводится. Имеются лишь единичные работы, свидетельствующие о чрезвычайной важности данной проблемы, многие составляющие которой обрисованы только в самом первом приближении.

В связи с этим необходимо коснуться хорошо изученного вопроса о взаимодействии этилового спирта и лекарственных средств.

Опасное взаимодействие

В медицине накоплен большой опыт, свидетельствующий о несовместимости многих лекарственных препаратов с этанолом. Опи-

саны случаи летального исхода, причиной которых было однократное употребление большим количеством алкоголя напитков во время проводимого курса лекарственной терапии. Летальная концентрация этанола при одновременном приёме алкогольных напитков и лекарственных средств, обладающих психотропным и анальгетическим действием, снижается на 30-40%.

Острая токсичность этанола резко возрастает на фоне приёма гормональных препаратов гипотифиза, щитовидной железы, коры надпочечников половых желёз. Алкоголь провоцирует развитие опасных для жизни коллапсов при приёме резерпина и нитроглицерина.

Вероятность риска развития язвы желудка и желудочных кровотечений при приёме стероидных гормонов и нестероидных противовоспалительных средств (аспирин, парацетамол) одновременно с алкоголем резко возрастает. Ряд лекарственных препаратов (фуразолидон, метронидазол, левомицетин и антибиотики цефалоспоринового ряда) оказывает тетурамоподобное действие (нарушения сосудистого тонуса, сердечной деятельности и дыхания, возникающие при употреблении незначительного количества алкогольных напитков).

Поражение печени достоверно ускоряется при сочетании алкоголя с лекарствами, обладающими собственной гепатотоксичностью, – тетрациклинами, анаболическими стероидами, пероральными контрацептивами. Есть все основания полагать, что в состав рецептов многих алкогольных напитков входят соединения, также обладающие негативными эффектами в сочетании с этиловым спиртом.

Перечень нетрадиционного для пищевой промышленности растительного сырья (растения и их части), разрешённого для изготовления ликёро-водочных изделий, включает 93 наименования. Ни одно из них специально не оценивалось на предмет совместимости с этанолом. Между тем многие из входящих в перечень растений содержат сильнодействующие и токсичные природные соединения, использование которых при производстве пищевых продуктов регламентировано во многих странах Европы в соответствии с рекомендациями Комитета Европейского Совета по здравоохранению.

К числу таких веществ относятся:

- бета-азарон (входит в состав эфирного масла аира болотного, копытня европейского и других растений);
- синильная кислота и другие цианогенные гликозиды (присутствуют в миндале, чёрной бузине, косточках вишни, абрикосов, персиков и др.);
- кумарин (содержится в зубровке душистой, доннике лекарственном, первоцвете весеннем);
- гиперицин (в зверобое продырявленном и обыкновенном);
- пулегон (входит в состав эфирного масла ряда разновидностей мяты и других растений);
- туйфон (входит в состав эфирного масла некоторых разновидностей полыни, шалфея лекарственного, пижмы и др. растений) и пр.

В медицинской практике многих европейских стран ограничено применение таких известных лекарственных растений, как кипрей узколистный и мать-и-мачеха – из-за гепатотоксичности, тератогенности и канцерогенности входящих в их состав алкалоидов. В нашей стране эти травы широко использовались помимо медицинских целей и при изготовлении алкогольных напитков.

Биологически активные природные соединения присутствуют не только в алкогольных напитках, приготовленных с использованием

экстрактов растительного сырья. В пиве есть биогенные амины (кадаверин, путресцин, гистамин и тирамин) в концентрациях 1-3 мг/л. Именно эти соединения ответственны за развитие головных болей, гипертензии и поражение почек у некоторых его потребителей.

В состав многих алкогольных напитков отечественного и особенно импортного производства входят красители, вкусовые, ароматические и другие пищевые добавки. Часть из них составляет предмет «ноу-хау». Некоторые алкогольные напитки являются просто «свалкой» различных пищевых добавок. Сведения об их влиянии на токсичность этанола в литературе отсутствуют.

Учитывая принятую практику согласования рецептов алкогольных напитков, есть все основания полагать, что оценка модифицирующего влияния таких добавок на токсическое действие этанола и изучение медицинских последствий их применения не проводятся.

Для снижения токсического бремени спиртного для населения Российской Федерации требуется система экспертного анализа вновь разрабатываемых рецептов алкогольных напитков с одновременной ревизией уже существующих. Основная цель такой экспертизы – выявление алкогольных напитков, представляющих наибольшую опасность для здоровья и жизни людей.

Учитывая сложность указанной задачи, принцип экспертизы на первом этапе мог бы базироваться на оценке токсического, наркотического и аддиктивного действия алкогольных напитков по сравнению с образцом этилового спирта, из которого произведён исследуемый напиток.

В начале 2016 г. руководством Федерального медицинского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского (в состав которого годом раньше вошёл ННЦ наркологии) было принято решение прекратить эти исследования как коммерчески непривлекательные и переопределить лабораторию токсикологии, просуществовавшую 25 лет, в токсико-аналитическую. Предполагалась фантастическая по финансовому объёму хозрасчётная деятельность. Обращения в вышестоящие инстанции – Министерство здравоохранения РФ и Роспотребнадзор – с обоснованием необходимости проведения обязательных специальных токсикологических исследований алкогольной продукции предприняты не были. Следовательно, вся многолетняя деятельность большого коллектива, разработанные методы и подходы, полученные убедительные результаты о неоднозначной токсичности различных алкогольных напитков, опубликованные в России и за рубежом, оказались не востребованы в стране с серьёзно отягощённой зависимостью от алкоголя.

Надо сказать, что в процессе «модернизации и оптимизации» наркологии центр (а ныне филиал ФМИЦПН им. В.П.Сербского) лишился многих научных направлений, подразделений и специалистов. А статус ведущего Российского учреждения по наркологии, скорее всего, утрачен безвозвратно.

Владимир НУЖНЫЙ,
главный научный сотрудник
Московского научно-практического
центра наркологии,
доктор медицинских наук.

Анна КАЛИНИНА,
старший научный сотрудник НИИ
пищевой биотехнологии,
кандидат биологических наук.

Фото
Валентины ЕВЛАНОВОЙ.

Даты

Угроза для развития

31 мая – Всемирный день без табака

В результате употребления табака в мире ежегодно умирают около 6 млн человек, и если не активизировать усилия в борьбе с этим злом, то, согласно прогнозам, к 2030 г. данный показатель превысит 8 млн человек. Учитывая это, тема Всемирного дня без табака: «Табак – угроза для развития».

Цель – привлечь внимание к дополнительным рискам для здоровья, связанным с употреблением табака, и эффективной политике по уменьшению масштабов его потребления. Нынешняя кампания наглядно продемонстрирует те угрозы, которые создаёт табачная промышленность для устойчивого развития всех стран, для здоровья и экономического благополучия их граждан.

Успешная борьба с табачной эпидемией приносит пользу всем странам прежде всего за счёт защиты их граждан от вредных последствий употребления табака и снижения экономических потерь для национальной экономики.

Активизировать усилия по борьбе против табака могут не только правительства, но и люди, которые могут вносить свой личный вклад в создание устойчивого мира без табака и принять на себя обязательство никогда не употреблять табачные изделия. Те, кто уже использует табак, могут отказаться от этой привычки или обратиться за соответствующей помощью, что также сохранит их здоровье и защитит людей, подвергающихся пассивному курению, включая детей, других членов семьи и друзей. Деньги, не потраченные на табак, могут, в свою очередь, направляться на другие важные нужды, в том числе приобретение продуктов для здорового питания, здравоохранение и образование.

Ежегодно для выращивания табака используется 4,3 млн га

земли, в результате чего глобальное обезлесение достигает от 2 до 4%. Табачная промышленность также вырабатывает свыше 2 млн т твёрдых отходов.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака направляет усилия против табачной эпидемии во всём мире. Этот документ представляет собой международный договор с 180 сторонами (179 стран и Европейский союз). На сегодняшний день более половины стран мира, где проживает почти 40% мирового населения (2,8 млрд человек), осуществили хотя бы одну из наиболее затратоэффективных мер конвенции на самом высоком уровне. Всё больше стран создают системы защиты, не допускающие вмешательства представителей табачной промышленности в государственную политику по борьбе против табака.

А как разворачивается борьба с потреблением табака в России?

В начале этого года ряд федеральных СМИ, ссылаясь на итоговый доклад Роспотребнадзора, сообщил потрясающую цифру: распространённость потребления табака среди взрослого населения упала в стране за 2016 г. на 39%!

Как оказалось, поспешили. «Указанные данные по снижению зафиксированы с 2009 г., с момента принятия Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения, а не с 2015 г., как ошибочно сообщают СМИ», – подчеркнули в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Доклад разослан в федеральные органы исполнительной власти «для включения ими своих материалов»: итоговый вариант будет представлен в Правительство РФ только в июне, отметили в ведомстве.

Для обеспечения дальнейших высоких темпов сокращения потребления табака Минздравом России разработан проект Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017–2022 гг. и дальнейшую перспективу.

Документом предусматривается запрет на продажу табака россиянам, родившимся в 2015 г. и позже, на курение в коммунальных квартирах, на остановках общественного транспорта, в личных автомобилях при детях, а также в присутствии человека, возражающего против курения. Концепция также предусматривала введение повышенных акцизов на табачные изделия и борьбу с потреблением электронных систем доставки никотина (электронных сигарет).

О том, что Минздрав России разработал новую антитабачную концепцию на срок до 2022 г., стало известно в январе 2017 г. Однако в профильных ведомствах документ поддержки не нашёл – в Федеральной антимонопольной службе попросили его доработать, а министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров призвал изучить антитабачную концепцию на предмет «перекосов». Минэкономразвития поддержало инициативу Минздрава по снижению распространённости потребления табака, однако все основные положения новой концепции ведомство раскритиковало – там заявили, что концепция нарушает основные права граждан и требует приложить усилий, несоразмерных результату.

Позднее была опубликована доработанная версия документа, где, как заявили в Минздраве, положение о запрете продажи табака лицам, родившимся после 2015 г., сохранено только «как целевой ориентир»...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

Самоочищение популяции

К секретам естественного отбора

Учёные трёх стран объединились, чтобы поставить точку в важном вопросе: каким образом любой биологический вид, от мушки-дрозофилы до человека, в целях самосохранения избавляется от постоянных накоплений «генетических ошибок». Иными словами, в чём секрет естественного отбора.

Группа исследователей из Сколковского института науки и технологий, Института проблем передачи информации РАН, Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, Гарвардского университета, Уни-

верситета Мичигана и научных институтов Нидерландов глубоко погрузилась в изучение данной темы и в результате пришла к выводу: существует механизм, который эволюция использует для того, чтобы избавляться от вредных генетических мутаций, накапливающихся в популяции.

– Оказалось, что эффект вредных мутаций зависит от присутствия в геноме других вредных мутаций: чем больше их уже накоплено в геноме, тем более вредной оказывается каждая последующая. Эти взаимодействия между вредными мутациями приводят к тому, что индивидуумы, несущие слишком много

таких мутаций, значительно реже оставляют потомство. Благодаря тому, что носители большого количества вредных мутаций имеют гораздо более низкую вероятность оставить потомство, такие мутации удаляются из популяции быстрее, чем бы это ожидалось в отсутствие взаимодействий между мутациями. Подобная закономерность позволяет естественному отбору эффективно убирать вредные мутации из генома, – так поясняют обнаруженный механизм естественного отбора в Сколтехе.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В практической деятельности каждого опытного и думающего клинициста встречаются ситуации, когда у пациента имеется много симптомов какого-то заболевания, но нет самого органического заболевания. В таких случаях после проведения дифференциальной диагностики и использования множества не всегда нужных дополнительных методов исследования приходится думать о невротических нарушениях, которые определяются как истерический невроз или конверсионные состояния.

Имя нарицательное

Таким образом, в зарубежной литературе более 50 лет назад был описан синдром Мюнхгаузена. В 1737 г., будучи в свите принца Антона Ульриха Брауншвейгского, барон Мюнхгаузен регулярно бывал при дворе Анны Иоановны. Барон приехал в Россию 17-летним юношей и прожил здесь 15 лет. Был свидетелем дворцовых переворотов, взлётов и падений фаворитов, служил в русской армии, участвовал в войнах с турками. Знаменитый Ледяной дом, описанный в одноимённом романе И.Лажечникова, также был построен при нём. Немецкий барон прославился как рассказчик необыкновенных историй и даже издал книгу «Руководство для весельчаков» со своими историями. Когда барон Мюнхгаузен вернулся в Германию, ему было что рассказать о России, но в то время слушатели хотели других рассказов: как по улицам бегают звери, как снег заметает деревни выше крыш и др. В своём имени он построил павильон для приёма гостей, который позже прозвали «павильоном лжи», поскольку именно здесь хозяин рассказывал свои небылицы о русской охоте и военных подвигах. Местные жители стали называть его «барон-лжец». Однако настоящая мировая известность пришла к нему благодаря его другу Рудольфу Эрику Распэ, который вёл записи его рассказов о приключениях. Таким образом, имя барона Мюнхгаузена стало нарицательным в отношении патологических лгунов, а впоследствии и определённой категории пациентов.

В 1951 г. Ричард Ашер впервые описал группу пациентов, чьи истории были полны и драматизма, и неправдоподобности, как и у барона Мюнхгаузена, и дал название этому заболеванию «синдром Мюнхгаузена» (СМ). Более 20 названий этого синдрома существуют в литературе, каждое из которых подчёркивает те или иные аспекты клинических проявлений или особенностей патогенеза.

Плоды беспокойной фантазии

В 2007 г. частота данного синдрома была оценена по данным 26 врачей независимой практики и 83 ведущих консультантов терапевтических, хирургических, неврологических и дерматологических отделений. Согласно этому исследованию, частота в среднем была равна 1,3%. Возрастные пределы значительно варьируют. СМ может быть у ребёнка 4 лет и пожилого 79-летнего человека; средний возраст больных составляет примерно 30-40 лет.

Было замечено, что больные, как правило, поступают в стационары «в состоянии, требующем urgentной помощи». Обычно они доставляются машиной скорой помощи или сами приходят в приёмное отделение, чаще в ночное время, когда невозможно полное обследование больного и работают менее профессионально подготовленные молодые врачи. Как правило, поступают без документов, без сопровождающих лиц, которые могли бы прояснить детали анамнеза.

Поскольку получение объективного анамнеза затруднено, а

состояние больного «неуклонно ухудшается», нередко врачи вынуждены для исключения тяжёлого органического процесса немедленно проводить тяжёлые диагностические манипуляции, включающие и инвазивные методы обследования. У наблюдавшихся ранее больных в анамнезе было несколько диагностических лапароскопий, бронхоскопий, колоноскопий и пр.

Нередко начало интенсивной терапии проводят, помещая больных в реанимационные блоки. В связи с «тяжёлым» состоянием больных

покинутость, побои, агрессивное поведение близких.

Небылицы на любой вкус

В 1995 г. D.Folks предложил следующие основные и дополнительные признаки для диагностики СМ. Основные: патологическая лживость, многочисленные госпитализации на широкой географической территории (перигринация), повторяющиеся выдуманные, симулированные или самоиндуцированные заболевания.

Слово о болезни

Патологическое преувеличение

Синдром Мюнхгаузена: руководство для клинициста



проводится интенсивная терапия антиконвульсантами, наркотическими анальгетиками, кортикостероидами и т.д., которая сама по себе может быть небезопасна и приводить к лекарственным осложнениям. Как только больной интуитивно чувствует, что врач подозревает симулятивное расстройство или пытается получить объективный анамнез, он немедленно покидает стационар без согласия врача и без соответствующих документов. В следующем стационаре подобная история вновь повторяется. Ложь является естественным жизненно необходимым процессом, используемым в животном мире для самозащиты или агрессии. Выделяют 2 вида лжи: «агрессивную» и «защитную».

Агрессивная ложь включает ложь тщеславия, мести, преувеличения и ложного обвинения, в то время как к защитной относятся утаивание и отрицание для сохранения доверия или избегания наказания. Показано, что подавляющее большинство патологических лжецов используют агрессивную ложь. Патологическую ложь (pseudologia fantastica) определяют как «фальсификацию, непропорциональную практической цели, часто пространную и запутанную, существующую более нескольких лет или даже на протяжении всей жизни, в отсутствие явных признаков безумия, слабости или эпилепсии». Врач может заподозрить патологическую лживость при сборе анамнеза, анализируя его содержание, манеру изложения и язык больного.

Анамнез – ключ к диагнозу

В анамнезе сразу обращает на себя внимание обилие заболеваний с urgentным дебютом и драматическими проявлениями, множественные оперативные вмешательства (многочисленные шрамы на теле), обилие «серьёзных» и «тяжёлых» заболеваний без документального подтверждения. Нередко больные рассказывают о таких ситуациях в детстве, как

ция характеризуются фиктивной температурой неизвестного происхождения или инфекцией/температурой, вызванной приёмом лекарств или самоинкуляцией заражающего материала. Мюнхгаузен по доверенности (Munchhausen by Proxy) – симптомы заболевания «вызываются» у других людей, обычно опекаемых пациентами (родители «вызывают» у детей или медсестры – у доверенных им пациентов). Мюнхгаузен по интернету (Munchhausen by Internet) – демонстрация своего заболевания в виде истории

лёгочный (имитация туберкулёза и других заболеваний органов грудной клетки); кожный (самоповреждение кожи вплоть до возникновения незаживающих язв). Также выделяют и смешанный (полисимптоматический) тип. Он может включать разные симптомы приведённых выше расстройств.

Со слов свидетеля

В 1977 г. английский педиатр R.Meadow выделил отдельный вариант синдрома Мюнхгаузена – by proxy («со слов свидетеля»),

болезни, видеоклипов, данных обследований и пр. для получения «виртуальной группы поддержки».

При абдоминальном типе синдрома (самом распространённом и менее сложном для распознавания) отмечаются внешние признаки «острого живота» и следы предыдущих лапаротомий в виде многочисленных рубцов. «Бароны» жалуются на сильную боль в животе и настаивают на немедленной операции, часто имитируя прободную язву желудка.

Проведённые дополнительные диагностические обследования (например, анализы крови с лейкоцитарной формулой) указывают на отсутствие острой абдоминальной патологии с воспалительным процессом. В случае отказа от немедленной операции больные, показательно корчившиеся от боли, могут мгновенно покинуть стационар, чтобы в ту же ночь поступить с «острым животом» в другую больницу. Некоторые ради желаемого хирургического вмешательства могут глотать инородные предметы (ложки, вилки, гвозди, медицинские инструменты) и таким образом добиваться операции. Самое главное, что после вскрытия брюшной полости таких пациентов не обнаруживается никакой патологии и признаков воспаления, непроходимости, язвы, спаек, которые могли бы послужить причиной этих болей.

Следует отметить, что истерические боли очень трудно разграничить с физическими, и врачи, видя подобные состояния и испытывая трудности в объяснении их причины, склоняются к операции. В связи с этим можно привести пример одной пациентки с синдромом Мюнхгаузена, которая перенесла за свою жизнь 42 операции. При геморрагическом типе (истерическом кровотечении) у больных периодически возникают естественные, но чаще искусственно вызванные кровотечения из различных частей тела. В некоторых случаях для этого могут использоваться кровь животных и умело нанесённые порезы, что производит впечатление естественных повреждений.

Больные поступают в больницу с жалобами на «катастрофические кровотечения», «значительные кровопотери», якобы угрожающие жизни. В этой связи можно сопоставить механизм развития этих состояний с так называемыми викарными кровотечениями фанатичных католиков, у которых появляется кровь на ладонях и ступнях, куда были вбиты гвозди при распятии Христа. При неврологическом типе синдрома у многих больных возникают острые неврологические симптомы (параличи, обмороки, судорожные припадки, жалобы на сильную головную боль, необычные изменения походки).

Иногда такие Мюнхгаузены настаивают на проведении операции на мозге. Впоследствии было выделено ещё несколько типов СМ: кардиальный тип (имитация стенокардии, инфаркта миокарда);

который представляет собой тяжёлую форму плохого обращения с ребёнком, когда родители искусственно фабрикуют и индуцируют у ребёнка его заболевание и ребёнок является жертвой этой фальсификации. Чаще всего могут симулироваться или вызываться кровотечения (использование медикаментов, воздействующих на свёртываемость крови, повреждение слизистой заднего прохода, полости рта, использование крови другого человека или животного, красок), судороги (обман, использование препаратов, которые могут вызывать судороги, удушье), сонливость, вялость (использование препаратов, тормозящих ЦНС, удушье), понос (обман, использование слабительных).

У детей часто могут находить инородные предметы в желудке, лёгких, толстой кишке. По данным ряда авторов, жертвы были отмечены среди детей с диагнозом синдрома внезапной смерти – до 35% всех случаев синдрома внезапной смерти, наблюдавшихся авторами в течение 23 лет. Чаще всего именно мать выдумывает ребёнку историю его заболевания. Отмечено, что матери, вызывающие у детей болезни, страдающие от недостатка психологической поддержки вне семьи, несчастливы в браке, а часть из них страдает от психических расстройств. Подавляющее большинство среди них (более 90%) в детстве сами подвергались физическому или психическому насилию.

В случае обнаружения искусственной, вымышленной природы болезни ребёнка они отрицают причинение вреда даже при наличии доказательств и отказываются от какой-либо терапии. Искусственно вызываемые у детей болезни очень плохо поддаются лечению, поэтому дети подвергаются большому числу ненужных медицинских процедур, которые могут оказывать на них вредное воздействие, в том числе и на их психическое состояние. Следует отметить, что влияние физического насилия на психологическое развитие ребёнка может иметь значительно более тяжёлые последствия, чем сама физическая травма.

* * *

В заключение необходимо акцентировать внимание на том, что «бароны Мюнхгаузены» – это всегда трудно диагностируемые пациенты, такой диагноз можно заподозрить, но невозможно его установить без всестороннего (порой не всегда нужного) обследования и длительного динамического наблюдения. Об этом заболевании можно подумать, когда опытный клиницист говорит: «Первый раз встречаюсь с подобным случаем».

Ирина МАКАРОВА,
заведующая учебной частью
кафедры госпитальной терапии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук, доцент.

Гипотезы

Развитие проведения

В далёком 1694 г. в столице Франции вышла книга Николааса Харсекера (Hartsoeker) с рисунком спермия, в головке которого сидел маленький, но вполне сформированный человек. Средневековые латинисты дали подобному объяснению название преформизм, памятуя об Аристотеле, считавшем, что зародыш может быть уже в яйце, но до поры до времени он невидим.

Вторая идея любомудра получила название эпигенез, то есть развитие под действием неких внешних стимулов-сигналов (сегодня эпигенезом называют химическую модификацию ДНК, приводящую к активации и «замалчиванию» генов). Эпигенетики давно приводят в защиту своего воззрения примеры с сиамскими кошками и гималайскими кроликами, у которых под действием снижения температуры до 20°C происходит потемнение носов, хвостов и кончиков лап, а при повышении светлая окраска шерсти на этих участках светлеет. Генетики всегда им возражали, исходя из того, что эффект этот нестойкий и через некоторое время пропадает, а также из возможного наличия двух форм генов (при этом не вдаваясь в подробности). Вместе с тем, говорят эпигенетики, есть масса примеров быстрого видообразования (знаменитые выюрки на Галапагоссах), которое своим разнообразием вроде бы подтверждают идею того, что под внешним влиянием гены могут... Что могут гены, тоже не объяснялось.

Сотрудники Барселонского исследовательского института... лейкемии, которые при помощи коллег из другого института каталонской столицы открыли долговременную «память» об изменении внешней температуры, сохраняющуюся на протяжении как минимум 1,5 десятков поколений. Для «оцифровки» больших данных и контроля внешнего длиной не более миллиметра, у которого прозрачное тельце имеет 1000 клеток (менее 500 из которых нервные). В геном *C.elegans* было введено несколько копий гена, отвечающего за синтез зелёного флуоресцентного белка (GFP), активность которых снижается при понижении температуры, в результате чего свечение «гаснет». Сначала червячков выдерживали при 20°C, а затем дали «погреться» при 25°C, после чего те начали ярко светиться и при снижении температуры. На



Круглый червячок *C.elegans* с ярко светящимися флуоресцентными протеинами

момент публикации статьи эффект внешнего прогревания сохранялся на протяжении 14 поколений, что говорит о стойкой памяти воздействия, а также реальности молекулярного эпигенеза, воздействующего на стволовые клетки гермафродитного *C.elegans*.

Пока трудно сказать, к чему приведёт это открытие каталонцев, но не следует забывать, что нервные клетки млекопитающих тоже развиваются из стволовых. При этом развитие нервных стволовых клеток направляется белком нетрином, название которого взято из санскрита, в котором «нетр» означает «поводырь». Известно, что рост нервных отростков направляется различными протеинами, некоторые из которых отвечают за хорошо известный перекрёст тех же зрительных нервов, а также моторных. Перекрёст последних приводит к тому, что при инсультах в одном из полушарий «отказывает» противоположная – контралатеральная – сторона тела (у Ленина и Сталина кровоизлияние в левом полушарии привело к потере речи и отказу правых конечностей).

Однако, как выяснили в Калифорнийском университете Лос-Анджелеса, не всё так просто. Его сотрудники выключили у мышей ген нетрина, в результате чего нарушился правильный ход и упорядоченность роста аксонов в спинном мозге. Известно, что рост нервных отростков управляется так называемым конусом нарастания (growth cone), который при-

останавливается фузикокином (fusicochin). Его небольшая молекула, производимая грибами, атакующими растения, представляет собой производное скипиара. Учёные предполагают, что нетрин может выполнять функцию белкового рецептора для малых молекул-«направителей» роста аксонов, что может быть использовано при восстановлении людей с повреждением спинного мозга.

Упомянуется также, что в спинном мозге нервные отростки проходят в особых каналах, «оснащение» которых нетрином также может способствовать ускорению и направлению роста аксонов. Надежды не беспочвенны, поскольку даже после утери целостности спинного мозга аксоны начинают расти, но затем их рост прерывается в силу воздействия различных факторов, выделяемых клетками глии, то есть «клея» белого вещества (делают они это, чтобы подавить собственный рост, который может привести к возникновению глиальной опухоли).

Нервные клетки млекопитающих не сохраняют «память» о своём стволовом состоянии, однако у низших червячков она сохраняется на протяжении многих поколений. И вполне возможно, что у нейронов *C.elegans* будут выявлены молекулярные механизмы управления ростом.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science.

Почему бы и нет?

Учёные из Университета Квинсленда в Австралии заявили, что чем раньше у девочек начинаются менструации, тем выше риск развития гестационного диабета во время беременности в будущем.

Всё хорошо вовремя

Исследователи из Университета Квинсленда проанализировали данные более чем 4700 женщин в рамках многолетнего исследования женского здоровья жительниц Австралии.

Глава исследования Даниэль Шонакер отметила, что если первая менструация отмечалась в возрасте 11 лет или ранее, то риск развития диабета беременных возрастал до 50% по сравнению с теми девочками, у которых первые месячные начинались в 13 лет. «Это открытие говорит о том, что специалистам в области здравоохранения, наблюдающим беременных, необходимо обязательно спрашивать представительниц слабого пола, когда у них начались менструации, чтобы выявить женщин из группы повышенного риска», – сказала она.

Гестационный диабет, что характерно, становится всё более распространённым осложнением беременности и может иметь долгосрочные последствия для здоровья матерей и их детей.

В свою очередь, директор многолетнего исследования женского здоровья жительниц Австралии профессор Гита Мишра сказала, что раннее половое созревание

у девочек является значимым маркером для нескольких неблагоприятных последствий для здоровья, в том числе гестационного диабета. «Исследования в этой теме имеют особое значение для общественного здравоохранения в связи с глобальными тенденциями – раннее начало менструального цикла у девочек», – подчеркнула профессор Мишра.

«Большая часть женщин, у которых развивается диабет во время беременности имеют лишний вес или ожирение, поэтому девочек с рано начавшимися месячными следует призывать более тщательно следить за своим весом до беременности, чтобы снизить риск развития гестационного диабета. В то время как здоровый вес имеет важное значение, нельзя исключить, что повышенный риск диабета беременных объясняется гормональными изменениями. Так что наше исследование призывает к более тщательным работам на эту тему, которые помогут выявить скрытые механизмы», – заключила Д.Шонакер.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Medical Xpress.

Мнения

Good bacteria

В статье, опубликованной в журнале *Cell* и озаглавленной «Перекрёстная связь между мышечными макрофагами и нейронами кишки регулирует моторику желудочно-кишечного тракта», указывается, что исследователи из нескольких университетов США открыли связь между иммунной клеткой – макрофагом, помогающим бороться с инфекцией и осуществляющим сокращение толстой кишки, которая проталкивает переваренную пищевую массу по кишечнику.

Синдром раздражённой кишки (СРК) является одним из распространённых заболеваний во всём мире, поражающим 10-20% взрослой популяции.

При этом заболевании больные испытывают серьёзные абдоминальные боли, вздутие живота и трудности с опорожнением кишечника, вызванные нерегулярными сокращениями толстой кишки. Однако врачи не знают причин этой болезни и как её лечить. Хотя полагают, что стресс вносит свою лепту в её развитие. Исследователи назвали клетку макрофага – благоприятная бактерия (good bacteria), которая управляет взаимодействием между макрофагами и нервными клетками, чтобы вызвать сокращение кишки, и когда число макрофагов уменьшается в пищеварительном тракте, развиваются симптомы СРК.

Исследователи уменьшали количество макрофагов в кишечнике экспериментальных мышей, скормив им антибиотики, и затем наблюдали, к чему это приведёт.

«Очень мало известно о функции мышечных макрофагов. Главным образом, потому что эти клетки трудны для выделения из ткани кишечника», – сказала Milena Bogunovic, ассистент профессора микробиологии и иммунологии в Penn State College of Medicine Колумбийского университета (США).

«После того, как макрофагов становится меньше, мы наблюдали, что нормальная динамика сокращений кишки становилась нерегулярной, возможно, потому, что мышечные сокращения были плохо скоординированы, и полагаем, что мышечное сокращение кишки регулируется макрофагами».

Антибиотики вызывают коммуникацию между макрофагами, и нервные клетки становятся препятствием, вызывая уменьшение BMP2 протеинов, которые осуществляют контроль развития органа, а также снижают продукцию CSF1, который осуществляет поддержку макрофагов.

Когда мышам дали «благоприятную бактерию», диалог между макрофагами и нервной системой восстанавливался. Таким образом, микрофлора кишечника играет важную роль в том, как взаимодействуют эти два типа клеток.

Самый главный результат, который получили исследователи, – подтверждение, что многие, кто страдает СРК, уже знают – приём good bacteria подобна Yakulture весьма существенно, и что специальные предосторожности должны быть предприняты при назначении антибиотиков, так как они могут серьёзно расстроить желудок.

Однако открытие особых клеток, которые регулируют сократительную функцию толстой кишки и другие их функции, возможно, актуально для разработки лечения.

«Чем лучше мы будем понимать, как клетки нервной системы, мышечные макрофаги и сигналы внутри кишечника взаимодействуют, тем быстрее мы найдём лучшее лечение СРК и способы его профилактики», – говорит Bogunovic.

Подготовил
Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам Cell.

Исследования

Назально-лёгочная связь

Исследователи Бостонского университета медицинской школы (BUSM) в Массачусетсе (США) объявили о разработке удобного способа определения вероятности злокачественной природы солитарных лёгочных узелков у курильщиков. Речь идёт о небольших наростах на альвеолярных стенках, которые, как правило, выявляются случайно во время рентгеноскопии. В 95% случаев эти узелки представляют собой доброкачественные образования, однако 5% из них являются раковыми опухолями.

Как отмечают авторы нового исследования, для определения вероятности рака пациенты вынуждены пройти хирургическую биопсию лёгких, что не только трудоёмко, но требует высокой

квалификации специалиста и небезопасно для больного. Новая методика позволит врачам с помощью генетического теста определить, является ли данное образование злокачественным. Для этого достаточно будет взять мазок из носа.

В ходе исследования учёные собирали назальный эпителий у курящих пациентов. Как оказалось, назальные эпителиальные области дыхательных путей у людей, которые употребляют табак, простираются вплоть до носа, так что мазки из этой области могут быть достоверными биомаркерами рака лёгких. По словам экспертов, мазки брались из двух участков эпителия дыхательных путей и в дальнейшем сравнивались на предмет активности онкогенов. Их экспрессия, выраженная аналогичным образом на обоих участках, говорила о наличии злокачественных образований.

С точки зрения доктора Марка Ленбурга, результаты исследований наглядно демонстрируют, что участок дыхательных путей в области носа напрямую связан с раковыми заболеваниями лёгких. Кроме того, экспрессия онкогенов эпителия, взятого из носа, не зависит от стандартных клинических факторов риска и является независимым маркером наличия злокачественных образований.

Важно, что образцы эпителия из носа можно получить, не применяя травмирующие инвазивные вмешательства, и такой анализ не требует специальной подготовки, а значит, может быть применён в любом медицинском учреждении, имеющем соответствующее оборудование.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению ABC.

А как у них?

В США побеждает реформа здравоохранения Трампа

Палата представителей конгресса США одобрила законопроект по отмене действующей реформы здравоохранения Обамасаре и её замене новой программой, предложенной республиканцами.

За отмену программы, принятой предыдущей администрацией Белого дома, и её замену реформой, поддерживаемую нынешним президентом США Дональдом Трампом, проголосовали 217 конгрессменов, против – 213 законодателей. Для принятия законопроекта, который уже направлен на рассмотрение в сенат, необходимо было получить 216 голосов.

Ни один из членов Демократической партии не поддержал инициативу республиканцев. Как сообщается, демократы заявляют, что в случае принятия новая программа в области здравоохранения лишит медицинских услуг людей с ранее диагностированными заболеваниями

и малоимущих граждан, тем самым оставив без медицинской страховки миллионы американцев.

Дональд Трамп, в свою очередь, назвал инициативу Бараком Обамой реформу «катастрофой», подчеркнув, что она «не работает». «Мы проведём это через сенат, я весьма уверен в этом», – заявил президент США, комментируя решение палаты представителей. Ранее он назвал проведённую предыдущей демократической администрацией реформу «катастрофой», подчеркнув, что она «не работает». Республиканцы утверждают, что реформа Обамы не достигла целей и лишь сократила доступ к здравоохранению.

Новая программа призвана увеличить конкуренцию на рынке здравоохранения и снизить цены, которые в США остаются рекордно высокими в мировом масштабе.

Демократы же заявляют, что предложенная республиканцами программа приведёт к потере

рабочих мест и сокращению медицинского обслуживания для малообеспеченных и среднего класса, увеличив льготы для богатых. В отчёте Управления конгресса США по бюджету, в рамках которого была произведена оценка последствий реализации инициативы, поддерживаемой президентом Трампом, отмечается, что принятие предложенного республиканцами законопроекта по замене действующей в США реформы здравоохранения оставит без медицинской страховки около 14 млн человек в 2018 г. Число незастрахованных граждан будет только увеличиваться, и к 2026 г. предположительно возрастёт ещё на 24 млн человек. Таким образом, всего за следующие 10 лет без страховки могут остаться более 50 млн американцев.

Министр здравоохранения и социальных служб Том Прайс раскритиковал выводы этого доклада и заявил, что законопроект позволит «снизить затраты и обеспечить

улучшенный доступ к качественному и доступному медицинскому обслуживанию». Полагают, что принятие законопроекта о новой реформе здравоохранения позволит сократить федеральный дефицит за 2017-2026 гг. на 337 млрд долл.

Годовая зарплата врачей в США выросла, кстати, в среднем за 7 лет на 88 тыс. долл. и, как сообщает масштабное исследование Medscape, составляет сейчас 294 тыс. в год. Три самые высокооплачиваемые специальности – ортопедия (489 тыс. в год), пластическая хирургия (440 тыс.) и кардиология (410 тыс.). Они зарабатывают в два раза больше, чем представители двух самых низкооплачиваемых специальностей – педиатры (202 тыс.) и семейные врачи (209 тыс.).

Константин БЕЗНЕД.

По информации Reuters.

Однако

Миллионы людей в последние десятилетия говорили о симптомах заболевания, которое сейчас называется синдромом хронической усталости. «Туман в голове», боли, усталость – у всех этих проявлений болезни не было видимых причин, и поэтому многие считали, что и болезни не существует, а пациенты её выдумывают.

Бактерии усталости

Только в позапрошлом году учёные нашли способ диагностировать миалгический энцефаломиелит, а ранее в том же году исследователи нашли связь между синдромом хронической усталости и повреждёнными рецепторами иммунных клеток. До сих пор никакой эффективной терапии миалгического энцефаломиелита не существует. Существующие методы, такие как ЛФК, в некоторых случаях могут принести вреда больше, чем пользы.

Сейчас сотрудники Колумбийского университета (США) в ходе научной работы выявили, что при синдроме хронической усталости меняется микрофлора кишечника, и эти изменения зависят от того, какие именно симптомы проявляются у пациента и насколько сильны эти проявления. Это исследование стало продолжением прошлого года, в ходе которого учёные смогли по состоянию микробиома верно поставить диагноз 80% пациентов.

Обследовав 50 больных с миалгическим энцефаломиелитом и 50 здоровых людей, специалисты обнаружили, что у первой группы в организмах повышена концентрация 7 бактерий: Faecalibacterium, Roseburia, Dorea, Coprococcus, Clostridium, Ruminococcus, Coprobacillus.

Чем больше было этих бактерий, тем сильнее проявляло себя заболевание, кроме того, у больных и здоровых людей существенно различались метаболические пути бактерий.

Хотя выборка пациентов была довольно мала и необходима дальнейшая работа, учёные заявили, что данное исследование можно считать первым шагом к таргетной терапии синдрома хронической усталости.

Борис БЕРКУТ.

По информации Science Alert.

Эксперименты

Ген алкоголизма

Алкоголизм, как известно, – серьёзная мировая проблема. От заболеваний, вызванных избыточным употреблением спиртного, ежегодно умирают более 3 млн человек во всём мире. Регулярное употребление алкоголя вызывает привыкание, однако не менее важно было выяснить, почему у людей возникает тяга к алкогольным напиткам.

Ранее уже удалось показать, что существуют гены, связанные с непереносимостью алкоголя, однако выявить генетические факторы, влияющие на склонность к употреблению спиртного, до последнего времени не удавалось. На то, что такие гены существуют,

указывали результаты близнецовых исследований.

Группа европейских и американских учёных провела масштабное исследование, в котором приняли участие более 100 тыс. человек, употреблявших алкоголь. Среди них были как те, кто пил много спиртного, так и те, кто практически не выпивал. Люди, страдающие алкоголизмом, в эксперименте не участвовали. Мужчины, выпивавшие более 21 порции спиртного, и женщины – более 14 порций считались сильно пьющими. Порция была эквивалентна небольшому бокалу вина.

Авторы изучили геномы всех участников исследования, после чего связали полученные данные с информацией о склонности к

употреблению спиртного. Это позволило им идентифицировать ген, ассоциированный с тягой к алкоголю. Люди, которые являлись носителями его более редкого варианта, пили меньше, не испытывая склонности к употреблению спиртного. Как пояснил Дэвид Манделсдорф, команде учёных удалось идентифицировать, что на употребление алкоголя влиял один из вариантов гена β -Klotho. У 40% его носителей тяга к алкоголю была пониженной.

Продукт гена β -Klotho является частью рецептора печёночного гормона FGF21. Эксперименты на мышах помогли исследователям понять, как функционирует белок и каким образом продукт этого гена влияет на тягу к алкоголю. Рецеп-

тор FGF21 расположен в головном мозге, а связывающийся с ним гормон вырабатывается печенью в ответ на стресс – например поступление большого количества алкоголя. Ранее исследователи показали, что этот гормон способен снижать тягу к спиртному и сладкому, однако новые эксперименты на животных позволили получить новые данные.

Мышам, лишённым β -Klotho, предлагали воду или алкоголь. Даже в присутствии гормона FGF21 животные продолжали выбирать спиртное – это свидетельствует о том, что FGF21 подавляет тягу к алкоголю лишь в присутствии β -Klotho. Всё указывает на то, что сигнальный путь с участием β -Klotho и FGF21 присутствует и у человека, вполне вероятно, что, влияя на него, можно справиться с тягой к спиртному у людей.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Science Daily.

Ну и ну!

Для того чтобы узнать, какова вероятность умереть в течение ближайших 5 лет, достаточно будет сдать анализ крови. Он, конечно, не поможет предсказать риск смерти от случайных факторов – например вероятность гибели в автокатастрофе. Однако довольно точно поможет предсказать, возможно ли умереть от рака, ишемической болезни сердца и некоторых других заболеваний.

Гадание по крови

Метод основан на определении в крови людей среднего возраста концентрации интерлейкина-6. Учёные из Университетского колледжа Лондона (Великобритания) поясняют, что использование этого биомаркера позволяет сделать более точный прогноз, чем использование альфа-1-кислого гликопротеина (AGP), который также применялся в подобных тестах.

Эффективность теста оценивалась на собранных в период с 1997 по 1999 г. данных о 6,5 тыс. мужчин и женщин в возрасте 45-69 лет. За участниками исследования наблюдали до 2015 г. Продолжительность их жизни связали с концентрациями в крови таких воспалительных белков, как AGP, интерлейкин-6 и С-реактивный белок.

Учёные выяснили, что интерлейкин-6 оказался более важным маркером, чем AGP – он в большей степени был связан с заболевани-

ями сердца. Пока, однако, исследователям не удалось выяснить, помогает ли снижение уровня воспаления и, соответственно, уменьшение концентрации маркеров воспаления, снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от этих болезней.

Что характерно, попытка создать такой тест предпринимается не в первый раз. Уже предложена методика определения риска преждевременной смерти по образцу слюны – в ней измеряли концентрацию иммуноглобулина А. Другой подход – создание специальных калькуляторов, учитывающих информацию о ряде факторов, среди которых – дата рождения, возраст, пол, и делающих прогноз на основе анализа масштабной базы данных о причинах смерти людей разных возрастов.

Герман АКОДИС.

По информации news.com.au.

Идеи

Неутомимый орган

Человеческий мозг продолжает активно функционировать в течение более чем 10 минут, после того как тело окончательно умерло. Такое заявление сделали канадские реаниматологи. По словам клиницистов, мозг некоторых пациентов, чей пульс остановился, а глаза более не реагировали на раздражение, продолжал производить одиночные всплески дельта-волн, то есть тот же вид волн, что и мозг здоровых людей во время глубокого сна.

До этого учёные предполагали, что активность мозга заканчивается до или вскоре после того, как сердце перестаёт биться, хотя два исследования прошлого года показали, что в момент смерти пациента его мозг продолжает функционировать, а в некоторых случаях даже более энергично, чем у нормального человека. По мнению авторов нового исследования, опубликованного в канадском «Журнале Неврологии», это открытие порождает ряд этических проблем, например становится непонятным, когда можно удалять



донорские органы погибших пациентов.

Впрочем, отмечают специалисты, мозговая активность большинства пациентов прекращается прежде, чем сердце перестаёт биться, хотя их мозг всё равно ведёт себя несколько иначе, нежели следует ожидать от мёртвого органа. Тем не менее один из четырёх умерших

людей демонстрирует длительную и загадочную мозговую активность.

Авторы исследования признаются, что понятия не имеют, чем вызвана и как поддерживается столь долгая работа мозга после клинической смерти.

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению The Telegraph.

У ребёнка нет тёплой накидки, но есть желание пожить в тайге вдаль от цивилизации. Выбор: палатка и спальник. Нет плавников и хвоста, но есть стремление покорить водную стихию? – Для этого есть катамаран и вёсла!

Хочется полакомиться свежесловленной щукой? Дети научат мастерить удочку и результативно рыбачить. Заблудился в лесу – читаем азбуку небесных светил и пользуемся ориентацией на местности.

Всё просто: кто хочет – ищет средства. А кто умеет всему этому научить подростков, тот не станет делить их на слабых и сильных.

Команда известных российских путешественников, отца и сына Дмитрия и Матвея Шпаро, совместно с московскими департаментами образования и соцзащиты с 2000 г. учит этим премудростям детей из коррекционных учебных заведений.

Вот и недавно несколько групп детей с ограниченными возможностями приняли полноценное участие в «Большом приключении» в столичном парке Сокольники. Уже 5-й раз весной и осенью здесь проводится открытый массовый командно-семейный культурно-познавательный квест, придуманный неугомонным М.Шпаро и сотрудниками возглавляемого им центра дополнительного образования «Лаборатория путешествий». Осенний приурочен к Всемирному дню туризма, весенний – к Международному дню семьи, отмечаемому 15 мая с целью «обратить внимание общественности стран

Здоровая жизнь

Ограниченные возможности? Нет – безграничные!

Это доказывают маленькие путешественники и их взрослые наставники



Главные герои праздника приветствуют участников и их родителей

на многочисленные проблемы семьи» по резолюции Генеральной Ассамблеи ООН.

– Нашему миру необходимы такие позитивные события. Нам удаётся сделать так, чтобы у всех участников было хорошее настроение – тогда главная задача считается выполненной, – поясняет Матвей. – Мне хочется объединить вместе всех, кто ездит



Чтобы никого не обделить – жестовое пение на открытии мероприятия



Такая семья и Эверест покорит!

в наши разные лагеря, дать им возможность встретиться друг с другом, с инструкторами и даже со мной. Вот сегодня на празднике ко мне подошла семья из бабушки, мамы с папой и троих детей. Все побывали в лагере в Карелии. И все три поколения этой семьи благодарят за то, что мы когда-то встретились на жизненном пути. А это очень приятно!

Праздник в Сокольниках собрал 905 школьников, родителей, педагогов. Плюс 140 волонтеров, также «выросших» из лагерей и программ Шпаро.

Педагог Светлана Титова из школы-интерната № 31 привезла в Сокольники команду из 10 человек 8-16 лет. Плюс с каждым ребёнком приехали и родители – чем не день семьи?

– Мы привозим своих воспитанников сюда каждый год. «Лаборатория путешествий» помогает нашим особенным ребятам социализироваться, адаптирует их к обычной жизни, учит дружить со здоровыми детками. Наш главный приз – суметь пройти все 20 контрольных пунктов, – делится надеждой Светлана Борисовна.

– Наши дети получают здесь навыки ориентирования на местности, взаимодействия в группе. Наблюдаем, оцениваем их командный потенциал и определяемся с формированием групп для поездок в длительные лагеря «Большое приключение» в Карелии и Краснодарском крае, куда мы ездим с 2009 г., – рассказывает руководитель ко-

манды коррекционных классов школы № 734 учитель Роман Хлебников. – А так как костяк команды остаётся неизменным, то с каждым мероприятием эти ребята становятся всё опытнее. И несмотря на ментальные расстройства, к выпуску из школы они социально гораздо более адаптированы, чем те, кто не принимал участие в таких выездах, как сегодня. А готовиться помогают сотрудники «Лаборатории путешествий», периодически любезно приезжающие в школу, чтобы дать необходимые азы и морально-организационную поддержку.

День выдался погожий, с румяных от солнышка и удовольствия лиц участников и болельщиков не сходили улыбки, что бы они ни делали: приседали ли с огромными (но лёгкими!) рюкзаками, отгадывали ли викторину, строили ли башню «всё выше, и выше, и выше» из пенопластовых блоков или танцевали и пели в рамках интерактивной игровой программы «Лето»...

Анастасия Филатова, 16-летний волонтер, раньше тоже бегала по пунктам квеста в Сокольниках, а сегодня принимает участие в организации: занята одним из важных дел – выдаёт призы. Деловито демонстрирует значки, браслеты, магниты, кружки со знакомой всем символикой – синем-белым силуэтом путешественника с рюкзаком и посохом. ...И, несмотря на коварный весенний ветер, даже не ёжится в одной футболке, тоже «фирменной». Оно и понятно: общее доброе дело согревает и тело, и душу.

Хорошо подметил опытный учитель и путешественник Д.Шпаро: – Им интересно – это главное! Надо, чтобы в жизни наших детей было общение, хорошие товарищи и такие праздники, долго греющие изнутри, попадающие в сердца.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Память

Департамент здравоохранения Москвы присвоил столичной городской клинической больнице № 64 имя известного советского хирурга Владимира Виноградова, который сыграл большую роль в истории этой клиники.

В.Виноградов родился в 1920 г. в семье знаменитого отечественного терапевта – академика Владимира Никитича Виноградова. После выпуска из 1-го Московского медицинского института во время Великой Отечественной войны он занимался в действующей армии важнейшим вопросом заготовки донорской крови, организацией армейских станций переливания крови. За эту работу был награжден орденом Красной Звезды и медалями.

В 1959 г. он стажировался в Италии и Франции, с 1960 г. работал старшим научным сотрудником Института хирургии им. А.В.Вишневского и одновременно был научным руководителем хирургического отделения Центральной больницы Минздрава РСФСР. Когда в 1960 г. в Москве был



открыт Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (сегодня – Российский университет

дружбы народов), многие кафедры медицинского факультета (ныне – Медицинского института РУДН) располагались на базе московской больницы № 64. Владимир Владимирович возглавил кафедру хирургии в 1963 г. и беспрерывно руководил ею до 1986 г.

Профессор В.Виноградов много занимался хирургией печени, желчных путей и поджелудочной железы. При нём развитие диагностики и хирургической техники при лечении этих заболеваний стали основной научной тематикой кафедры, а отдельные направления были созданы практически с нуля. В частности, именно он впервые в нашей стране начал применять в этой области методы лапароскопии, а также операционную диагностику патологических изменений желчных протоков.

Одним из направлений научной работы кафедры стала разработка тактики лечения больных с механической желтухой как доброкачественной, так и злокачественной этиологии. Накопленный большой клинический материал позволил сформулировать основные рекомендации по лечению этих больных для практической медицины. Много внимания было уделено вопросам диагностики и тактики лечения заболеваний поджелудочной железы. Так, для лечения острого панкреатита была проведена большая работа по внедрению в клиническую практику метода местной желудочной гипотермии, а для диагностики опухолевых процессов в ткани поджелудочной железы была разработана методика контрастирования её сосудов – целиакография.

Выпускники университета возвращались после учёбы в свои страны, продолжая использовать научные и практические наработки В.Виноградова. В ГКБ № 64 по его инициативе и при его непосредственном участии регулярно проводились научно-практические конференции, на которые приезжали учёные и врачи из Италии, Франции, Юго-Восточной Азии.

Его последователи и сегодня работают почти в ста странах мира. Традиция проведения таких конференций сохранилась и после смерти В.Виноградова. С 2000 г. в больнице, которая теперь носит его имя, ежегодно проводят Виноградовские чтения, посвящённые хирургии брюшной полости.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Увековеченный в камне и сердцах

Его последователи сегодня работают почти в ста странах мира

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Мазохист-огородник

– Доктор, вы спрашиваете, почему у меня такой цвет лица? Это от свежего воздуха и витаминов. Хронический отит и сыпь-крапивница тоже от них. А почему глаз и щека дёргаются – это особый разговор... Вы только, пожалуйста, не перебивайте меня... дайте хоть душу излить.

Так вот, раньше я был очень бледным, то ли в силу интеллигентности, то ли из-за генетической предрасположенности к малокровию, и участковый врач, которая до вас здесь работала, порекомендовала мне больше бывать на свежем воздухе, а ещё лучше – завести садовый участок.

Врач сказал – пациент сделал. Профком выделил мне землю на 55-м километре. Тёща сказала, что это число счастливое: она родилась в 1955 г. и в этом же году её дед вышел на свободу по амнистии. Но, скажу вам, лучше бы она родилась, а дед вышел из тюрьмы на 5 лет раньше, потому как автобус ходит только до 50-го километра, а оставшиеся 5 пешком преодолевать приходится. Правда, шагаешь на свежем воздухе, который ранней весной особенно свежий, да ещё с ветерком, – левым ухом я теперь ничего не слышу. Комары быстро об этом догадались и всегда нападают на меня слева, поэтому у меня физиономия стала такой асимметричной.

Первым делом я стал рыть колодец... Долго рыл... В конце концов откопал скелет верблюда и понял, что раньше в этом месте была пустыня, и поэтому дальнейшие поиски воды бессмысленны. В сердцах воткнул со всей силой лопату в дно ямы, и – о чудо! – из-под земли заструилась какая-то жидкость, мутная и маслянистая. Увы, не нефть! Но и не вода! Верблюд, наверное, ею отравился. Делать нечего – стал поливать посадки этой жидкостью. И знаете: не всё



живое гибнет, кое-что продолжает расти. Свежий воздух – всё-таки великая сила!

Решив проблему с поливом, приступил к строительству дачи. Взял ссуду и завёз стройматериалы для двухэтажного особняка. На первом этаже, думаю, я с семьёй буду жить, на втором – гости. Как в приличных домах. Но в первую же ночь стройматериалы исчезли в неизвестном направлении, и я реально осознал, что живу в зоне рискованного земледелия. Благо, отделался гипертоническим кризом. Участковый врач сказала, что меня спас свежий воздух, а так бы инсульт был.

А вообще-то садоводство-огородничество – дело увлекательное, эмоциональное. Первую часть лета гадаешь: вырастет – не вырастет? А вторую часть – сам соберёшь, или другие помогут? Переживаешь, конечно, сильно, но выручает, как всегда, свежий воздух.

А ещё у меня роман наклёвывался с соседкой по дачному участку.

Видная такая женщина – ну как спелая тыква! Она мне чесночку для посадки подарила, а сама в прополку редиски с головой ушла – над грядкой только противоположная часть тела возвышалась. И от свежего воздуха у меня какие-то озорные фантазии разыгрались... А вечером на мой участок ворвался её муж с двустволкой. Глаза выпучил и орёт: «Убью, тля огородная!» Ну, думаю, конец, погибну из-за романа своего садового. А он кричит: «Отдавай наш чеснок, жук колорадский!» Оказалось, что этот редкий сорт ему из-за границы контрабандой привезли. Я, конечно, всю рассаду из грядки выкопал, а он пересчитал чесночные зубки, успокоился, подобрел. Говорит, давайте дачными семьями дружить. А я подумал: нет уж, кушай сам свою переспелую тыкву! Тем более, если честно сказать, после его зверского нападения с двустволкой у меня интерес к интимной жизни вообще пропал. Да ещё глаз со щекой стали дёргаться. Невролог

сказал, что меня спас свежий воздух, а то был бы полный паралич.

В последнее время, доктор, я стал задумываться: сколько лет ещё проживу. Где-то читал, что садоводы-огородники – долгожители... Не знаю, так ли это по статистике, но по внешнему виду – точно долгожители. И самое главное, что назад из садоводства-огородничества дороги нет! Затягивает так, что все кошмарные сны по ночам про весенние заморозки, летний град с куриное яйцо и осенних воров, похищающих твой урожай; просыпаешься в холодном поту – о, счастье! – это только сон.

Коллеги на работе прозвали меня «садистом-огородником», потому что огурцы, которыми я их угощаю, всегда горькие, видимо, от моего пота и той жидкости из вырытого мною колодца. Но вам, доктор, скажу: не садист я, а мазохист-огородник и от своего участка и всех переживаний на свежем воздухе уже никогда не откажусь...

Санкт-Петербург.

Умные мысли

Евгений ТАРАСОВ

(Бес)Толковый медицинский словарь

- Антидот – средство для уничтожения долговременных огневых точек.
- Бормашина – агрегат для уничтожения дремучего леса.
- Двуликий – клиент сразу двух косметологов.
- Долгожитель – человек, живущий в долг.
- Дурман (с иностр.) – глупый человек.
- Загул – запредельный уровень шума.
- Заманиха – западня.
- Капельница – сосулька.
- Касторка – женщина, орущая о своей принадлежности к какой-то касте.
- Ключица – замочная скважина.
- Колики – соревнования фехтовальщиков.
- Краснуха – стыдливость.
- Кровотечение – протечка кровли дома.
- Лазер – альпинист.
- Лихорадка – злыдня, радующаяся любому чужому лиху.
- Малярия – окраска стен и потолков.
- Медикаменты – охранники лечебных учреждений.
- Медпункт – пасака.
- Настойка – упорная женщина.
- Облепиха – медсестра, ставящая горчичники.
- Патология – наука, изучающая шахматные ничьи.
- Перепои – переекзаменовка вокалистов.
- Пироман – обжора.
- Примочки – свидетельницы убийств.
- Сетчатка – невод.
- Судорога – след, оставшийся в небе от пролёта «сухого».
- Трепанация – болтовня.

Москва.

СКАНВОРД

Подсечной гнойник	Кольца вокруг тени	Прослойка в стекле	Скорпион							Лихая сместь	Глава аргонатов	Широкая подставка	Чародей	Пассаж в пении	Задаток
Индийский буйвол	Высокий и резкий крик		Пиразид	Гарбо	Птицаносорог	Жилище в Ср. Азии	Внеш. облик человека	Тамтам	"Мадам ... Флобер	Свободное время	Город на Оке		Рубчик на обложке	Государь в Боснии	
4 вершка	"Жаворонки", актриса		Плод кустарника			Диринжер ... Бергунд	Тропический				"... понял!", Чехов	Зап. мыс Азии			
			Телефонная станция		Рим. богиня плодородия		Дом, Швеция	Сорняк	Домашний козел (стар.)	Пятно	Пропролол		"... чурбан", Андерсен		
Рос. физик	"Бурный ... Левитан	Родовой знак у коми	Приток Нила			Академия наук	Бикса	Лосось							
					Звук "до" (стар.)	Нишатко ни ...	Скандинавский бог								
Автор Валерий Шаршуков		"Рокки", актер					Трясина								

Т Т Д Б А С З П
У О П А Р А С О В Р И А Д Т Е С Т К О Л А
А Т У М В А Й С М Е П Т К Е А С Л
Ц И Р К Д Е Л О Л И В А Д А Л Б А Г О М Е Т
И У М Н У Ж А С Е К А Б А Н Н А Д О
К А Л Л Ы Д И Н А Л А С Т Л
Л Ъ Ш О У Л У И Л И М А
Е Р Ъ К Ю Д О П Р О П А Н

Ответы на сканворд, опубликованный в № 36 от 24.05.2017.