

Итоги и прогнозы

Адвокаты детства пообщались в Москве

«Знать и уважать прошлое, жить настоящим, думать о будущем». Под таким девизом прошёл XVIII съезд педиатров страны



Нынешний форум по своим масштабам стал грандиозным событием. В нём приняли участие свыше 8300 человек из 158 городов, что на 2 тыс. больше, чем в прошлом году. Широко были представлены все регионы России, а также ряд государств, и не только соседних.

Примечательно, что личным присутствием аудитория не ограничивалась. Она расширилась за счёт интернет-трансляций, которые осуществлялись практически из всех залов, охватив ещё 14,5 тыс. человек. Большинство

Премия «Синяя птица» А.Баранову – в знак благодарности от родительского сообщества

просмотров – из РФ, но активно подключались и педиатры зарубежья. Представители 30 стран следили за тем, что происходит на съезде: Республики Молдовы (200 человек), Республики Беларусь (150 человек), США (116 человек). Список можно было бы ещё долго продолжать. В нём – Бельгия, Германия, Япония, Великобритания, Нидерланды, Танзания и даже Габон, Гана.

Увеличение год от года просмотров в режиме реального времени и числа

непосредственных участников говорит о том, что программа форума отвечает интересам детских докторов. Ведь вряд ли можно кого-то насильно заставить включить компьютер. Уже один этот факт красноречивее многих доказательств необходимости и популярности мероприятий, проводимых Союзом педиатров России.

(Окончание на стр. 4–5.)

Людмила ЛУКЬЯНОВА,
заведующая лабораторией
биоэнергетики и проблем
гипоксии НИИОПП,
член-корреспондент РАН:

Нашей лаборатории впервые в мире удалось доказать определяющую роль митохондрий в механизме развития тканевой гипоксии.

Стр. 10



Евгений НАСОНОВ,
главный ревматолог
Минздрава России,
академик РАН:

Современные терапевты должны знать азы ревматологии.

Стр. 11

Дмитрий СЫЧЁВ,
заведующий кафедрой клинической
фармакологии и терапии
Российской медицинской
академии непрерывного
профессионального образования,
член-корреспондент РАН:

Инструменты борьбы с полипрагмазией имеются, основная проблема – внедрение их в практику здравоохранения.

Стр. 12–13



Главная тема

Зарплату — к новому уровню

К 2018 г. зарплаты врачей будут составлять 200% от средней по региону. Об этом заявил Президент РФ Владимир Путин во время встречи с коллективом перинатального центра городской больницы № 1 в Брянске. Именно такое повышение оплаты труда людей самой гуманной профессии предусматривают Майские указы Главы государства.

До встречи с медиками Владимир Путин осмотрел акушерское и родильное отделения, операционный блок, отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых.

Первых пациентов перинатальный центр уже начал принимать. Это уникальное для области учреждение здравоохранения, его строительство осуществлялось в рамках федеральной программы.

Во время беседы выяснилось, что губернатор Брянской области Александр Богомаз выделил 10 квартир для специалистов нового перинатального центра.

– По-другому и быть не должно, – подчеркнул

В.Путин. – Если мы хотим привлекать в перинатальные центры, центры высокотехнологичной медицины людей, соответствующих высоким требованиям, которые предъявляются в этих учреждениях, то, конечно, первый вопрос – это обеспечение жильём.

Создание перинатальных центров в регионах России позволило существенно снизить материнскую и младенческую смертность. На это также обратил внимание В.Путин: «У нас в рамках нацпроекта «Здравоохранение» было 25 центров, результат очень хороший, если не сказать блестящий. В некоторых регионах материнская смертность вообще не регистрируется».

Президент добавил, что в настоящее время младенческая смертность в России ниже, чем во многих странах Европы, что стало возможным благодаря открытию 75 современных перинатальных центров. В.Путин также отметил, что в 2017 г. в регионах России откроется ещё 19 центров.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Брянск.

Новости

Туристы в «медицинском эрмитаже»

Военно-медицинский музей Минобороны России, который скоро отметит 75-летие, считающийся одним из крупнейших в мире хранилищ документов и экспонатов по истории «медицины в погонах», оказался в фокусе пристального интереса руководителей и специалистов петербургской туриндустрии.

Сюда они пришли в рамках специального проекта «Музейные вечера», проводимого городским Комитетом по развитию туризма, чтобы расширить свой профессиональный кругозор и в дальнейшем донести максимум ин-

формации о культурном и познавательном потенциале «медицинского эрмитажа», как ещё часто называют это учреждение из Лазаретного переулка.

Громадный музейный материал размещён в 12 залах, 2 галереях и часовне. За многие десятилетия с ним познакомились более 2 млн человек, в том числе курсанты Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Минобороны России, студенты «гражданских» медвузов и врачи. Наибольший интерес у всех традиционно вызывают персональные фонды великих учёных-медиков:

Боткина, Бурденко, Павлова, Пирогова, Сеченова. Только за последние 2 года специалисты музея предложили посетителям 12 новых тематических выставок. Самая новая, содержание которой как раз одними из первых смогли оценить специалисты туристической отрасли, была приурочена к Международному женскому дню и называется «Женщина. Война. Жизнь». Её экспонаты лучше всяких слов поведают о роли женщин-медиков в современной армии.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Новости

Болезни, о которых мало говорят

В Тюменской области сформировали региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. Регистр включает 137 пациентов, в том числе 77 детей. Наибольшую долю в нём составляют пациенты с нарушением обмена ароматических аминокислот, апластической анемией неуточнённой, юношеским артритом с системным началом, первичной лёгочной гипертензией.

Среди редких заболеваний тоже есть такие, которые встречаются реже других. По словам заведующей клинко-диагностическим отделением гематологии и химиотерапии областной клинической больницы № 1 Ольги Болдыревой, самое малочисленное орфанное из них, зафиксированное в области, – острая перемежающаяся порфирия. Такой диагноз поставлен двум пациентам. На условном втором месте – болезнь Гоше, 3 пациента страдают таким недугом. Заболевание обусловлено нарушениями в костном мозге и сопровождается множественными патологическими изменениями, в том числе и костно-мышечной системы. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия – тоже ультраредкое заболевание, 7 пациентов с таким диагнозом получают необходимую терапию.

В Тюменской области четвёртый год реализуется программа по обеспечению лекарственными препаратами граждан с такими заболеваниями. Закупки лекарственных препаратов осуществляются на основании аукционов за счёт целевых средств областного бюджета.

Александра МАЛЫГИНА.

Тюменская область.

К особенным ребятам –
подход особый

Около сорока воспитанников и шесть педагогов Артёмовской коррекционной школы Приморского края для слабовидящих детей стали участниками мастерской рукодельного творчества.

Дети и взрослые учились различным техникам прикладного мастерства.

«Также педагог-психолог провёл тренинг для детей с ограниченными возможностями здоровья. Врач лечебной физкультуры обучил подростков самомассажу, познакомил с элементами профилактики простудных заболеваний», – рассказали организаторы мероприятия.

Важными в работе с такими детьми являются психологические тренинги, занятия с врачом ЛФК, а также профориентационные занятия, которые помогают подросткам на шаг приблизиться к будущей профессии. В отделении для детей с ограниченными возможностями есть гончарная мастерская для трудотерапии, кабинет домоводства, где детям-инвалидам прививают навыки самообслуживания, есть кабинет, где ребяташки занимаются разными видами прикладного творчества.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Высокие технологии – по ОМС

В московской клинике ОАО «Медицина» решено в нынешнем году жителям столицы, имеющим онкологические заболевания, высокоточную позитронно-эмиссионную компьютерную томографию проводить в рамках государственного контракта за счёт средств бюджета московского отделения Фонда социального страхования РФ.

«Мы рады, что наконец-то такие сложные и очень информативные исследования доступны москвичам бесплатно», – говорит главный врач диагностического отделения клиники «Медицина» кандидат медицинских наук Оксана Платонова.

Появляется возможность получения ценной анатомической информации, необходимой для точного определения патологических очагов при диагностике онкологии.

Активное использование ПЭТ-исследований позволило на 15-20% повысить эффективность ранней диагностики раковых опухолей, в 5-8 раз сократить число рецидивов злокачественных образований и добиться их излечения.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

Напомнили об инфекциях

Проблемам профилактики и распространения инфекций, передаваемых половым путём, уделили внимание в ходе образовательно-просветительской акции, которая прошла в Челябинской области в первые дни весны.

Несмотря на то, что в прошлом году в регионе специалисты отметили снижение уровня заболеваемости ИППП, данная тема остаётся актуальной.

«Необходимо повысить осведомлённость населения о мерах предупреждения заражения инфекциями», – отметила заместитель министра здравоохранения области Виктория Сахарова.

В учебных заведениях и на предприятиях Челябинской области врачи и психологи провели уроки здоровья и «ликбезы» по вопросам профилактики ИППП. Также в регионе прошли школы-семинары, дискуссионные клубы, научно-практические конференции, тематические викторины и выставки.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

Здоровая жизнь

Алтайские студенты на высоте!
Они отлично себя показали на спортивном фестивале

Региональный этап Всероссийского фестиваля среди медицинских вузов Сибирского федерального округа «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача», который завершился в Красноярске, принёс командам Алтайского государственного медицинского университета девять призовых мест и обеспечил выход в финал фестиваля. АГМУ в шестой раз за время проведения фестиваля подтвердил статус лидера среди вузов округа. Медицинский университет будет представлять Алтайский край в финале фестиваля, который пройдёт в Казани в конце апреля.



Состязания проходили азартно и весело

В соревнованиях приняли участие студенты Кемеровского, Красноярского, Омского, Сибирского, Новосибирского, Читинского медицинских вузов. Алтайские медики выступали в женском и мужском волейболе и баскетболе, плавании, настольном теннисе, гиревом спорте, шахматах, летнем многоборье, бадминтоне и дартсе и завоевали по четыре золотых и серебряных и одну бронзовую медали. В командном первенстве им удалось набрать 99 очков, опередив с отрывом Красноярский и Омский ГМУ.

Волейболистки АГМУ уже в первый день соревнований заявили свои позиции признанных фаворитов фестиваля. Одержав победы над Кемеровским ГМУ и

Омским ГМУ, девушки проложили путь к финалу, где их на следующий день ожидала встреча с хозяйками турнира. Встреча между ними завершилась яркой победой женской сборной АГМУ.

В женском баскетболе доминировал Красноярск, АГМУ расположился на второй ступени, сделав шаг вперёд по сравнению с прошлогодним выступлением.

Серебряную и бронзовую победы завоевали и мужские команды баскетболистов и волейболистов АГМУ. Обе сборные медиков проиграли лишь хозяевам турнира.

Отлично выступили алтайские студенты в летнем многоборье ГТО, победив фаворитов этого вида – команды Кемеровской ГМУ.

В итоге на всероссийском этапе фестиваля в Казани АГМУ будут представлять восемь команд.

Напомним, что в прошлом году Всероссийский фестиваль «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача» проходил в Санкт-Петербурге и завершился для Алтайского медуниверситета победой в трёх номинациях. В этом году АГМУ заявился в большем количестве видов спорта фестивальной программы и также рассчитывает на победу.

Елизавета ГУНДАРИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Проекты

Лекарства станут доступнее

В этом помогут инфоматы, которые появятся в аптеках Хабаровского края

В государственных аптеках Хабаровского края установят сенсорные киоски, что позволит жителям региона самостоятельно получать информацию о лекарствах, их наличии, ценах и аналогах. В инфомате можно будет посмотреть минимальные и максимальные цены на медикаменты, а также узнать, где по соседству можно купить их дешевле. Кроме того, устройство по запросу выдаст перечень всех препаратов, входящих в ту или иную группу, благодаря чему покупатель сам выберет оптимальный вариант.

Вопрос о реализации мероприятия по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Хабаровского края» обсудили парламентарии на «правительственном часе» в законодательной думе региона.

Заместитель председателя законодательной думы Павел Симигин заметил, что люди часто жалуются на дороговизну импортных лекарств, а в аптеках умалчивают об отечественных аналогах. Это стало основным аргументом к решению оснастить все государственные аптеки Хабаровского края специальными инфоматами.

Также в государственных аптеках отдельные стенды будут посвящены продукции местного производителя. При этом, как отметили депутаты, доля государственного сектора в аптечной сети региона небольшая – всего 10%. Кроме



Такие аппараты ждут во всех аптеках края

того, сегодня госаптекам приходится конкурировать с коммерческими организациями, в которых предусмотрены всевозможные системы скидок.

Председатель думского Комитета по социальной защите населения и здравоохранению Ирина Штепа обратила внимание на проблему отдалённых поселений, жители которых за «обычными» лекарствами – аспирином, йодом, зелёной – вынуждены ездить в районные центры или ближайшие города, и предложила организовать выездные формы работы, чтобы доступность лекарств и для этих поселений тоже была обеспечена.

Заместитель министра здравоохранения Хабаровского края Вадим Зеленов отметил, что решение этого вопроса найдено: в отдалённых районах края отпуск лекарственных препаратов организован через фельдшерско-акушерские

пункты и амбулатории, там же и будут организованы мини-аптеки, в которых люди смогут приобрести препараты от гриппа, отравлений, спазмолитики и т.д.

В ходе «правительственного часа» поднимались и другие проблемные вопросы: например, увеличение числа «федеральных льготников», которые предпочитают денежную компенсацию вместо бесплатного получения лекарственных средств по рецептам в аптеках. Это уменьшает объём средств, выделяемых федеральным центром. Также обсуждались пути поддержки и расширения государственной сети аптек, вопросы финансирования лечения больных орфанными заболеваниями.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Награждения

Указом Президента РФ за заслуги в развитии здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу директор Хабаровского филиала Федерального государственного автономного учреждения «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор В.Егоров награждён медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» I степени.



Виктор Васильевич – коренной дальневосточник. Спустя 10 лет после окончания Хабаровского государственного медицинского института он возглавил в 1987 г. открывшийся филиал «Фёдоровского» МНТК в Хабаровске, где немало преуспел

и как специалист в области лечения глаукомы и хирургии катаракты, и как руководитель крупной специализированной клиники. К его заслугам относится разработка системы по организации и оказанию высокотехнологичной офтальмологической помощи детям с ретинопатией недоношенных в Хабаровском крае, концепции профилизации диагностики и лечения офтальмопатологии на примере Хабаровского филиала МНТК. Наш коллега 15 лет возглавляет кафедру офтальмологии в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края. Он подготовил 5 кандидатов медицинских наук, имеет 69 патентов на изобретения и полезные модели.

Поздравляем Виктора Васильевича Егорова с заслуженной высокой наградой!

Общество офтальмологов России.

Редакция «МГ» присоединяется к поздравлениям известного дальневосточного учёного-офтальмолога и друга газеты.

Акценты

Не затихает боль...

Более 350 обоснованных жалоб на несвоевременное либо некачественное обеспечение обезболивающими препаратами поступило на горячую линию Росздравнадзора с начала нынешнего года. Об этом сообщила начальник Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора Ирина Крупнова. «В настоящее время законодательством РФ предусмотрено, что любая медицинская организация имеет право при наличии соответствующих показаний выписывать и назначать наркотические обезболивающие препараты. Для этого лицензии на оборот наркотических средств не требуется. Вопрос назначения и выписывания наркотических лекарственных средств стоит очень остро», – заявила она.

Ситуацию взялся прокомментировать заведующий отделением анестезиологии-реанимации Федерального научно-клинического центра ФМБА России Александр ШИН:

– Надо прежде всего сказать, что в условиях стационара особых вопросов с обезболиванием не возникает. Это касается и нашего центра: у нас обеспеченность наркотическими и другими обезболивающими средствами достаточная. Мы используем различные методы обезболивания, регионарные методы, применяем эпидуральные и проводниковые катетеры и др. Но для страдающих, например, от хронического болевого синдрома или онкологической боли стационар является временным решением, на неделю – месяц от силы. В больнице такие пациенты постоянно лежать не могут, а на амбулаторном этапе проблема обезболивания является очень серьёзной. Например, зачастую больные на последних стадиях онкологических заболеваний сами ходить уже не могут, а поскольку такие препараты выдаются в небольших

количествах, то иметь наркосодержащие средства про запас не представляется возможным. А болевой синдром на этой стадии заболевания является уже сильно выраженным.

На Западе существуют методики вживления портов и помп с содержанием наркотических обезболивающих средств до 300 мл – это достаточно большой объём. Однако в России такой метод неприменим, поскольку по закону лечебное учреждение не имеет

права выписывать такие дозы наркотиков амбулаторным больным.

Я думаю, что у нас решением проблемы могло бы стать создание специальной противоболевой службы – например, при поликлиническом звене, – которая бы не была ограничена юридически в помощи больным с сильной болью. Это действительно необходимо, потому что этих больных очень много сейчас, а, например, в онкологии на последней стадии никакие средства, кроме как наркотические, на боль не действуют. В том числе и по этой причине за рубежом работают специальные клиники (правда, в основном частные), которые занимаются только больными с болевым синдромом, с онкологическими болями и т.д. Если понятно, что лечить патологию уже невозможно, то следует просто дать больному провести последние дни более-менее комфортно и без боли.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сито!

СПРАВКА «МГ»

Федеральный научно-клинический центр ФМБА России является одним из крупнейших в стране многопрофильных медицинских учреждений по оказанию специализированной медицинской помощи. В настоящее время он объединяет консультативно-диагностический центр, многопрофильный стационар, ряд научно-исследовательских институтов и кафедр послепломного образования.

Научно-клинический центр ФМБА России успешно развивает направление спортивной медицины, проводит углублённые медицинские обследования спортсменов сборных команд России и олимпийского резерва. Также в его составе работает Научно-исследовательский институт космической медицины ФМБА России.

Ситуация

ФЦМРК – это национальный центр!

В последнее время в ряде печатных и электронных средств массовой информации, информационных агентствах прошли сообщения о том, что предполагается реорганизация Федерального центра медицинской реабилитации и курортологии (ФЦМРК) Минздрава России, передача его в частное управление. В связи с этим есть необходимость напомнить, что ФЦМРК является головным национальным центром по вопросам санаторно-курортной помощи и комплексной реабилитации больных. Этот центр осуществляет экспертные функции по оценке безопасности и качества природных факторов с целебными свойствами (ми-

неральных вод, лечебных грязей и др.), а также по определению границ природных целебных источников и их охранных территорий. Центр координирует научные исследования в области медицинской реабилитации и курортологии, является мощной клиникой, располагающей уникальными лечебными технологиями. Учитывая важность этого учреждения в целом для страны, как сообщается в официальном комментарии, Минздрав России не рассматривает возможности передачи центра в оперативное управление или его приватизации какой-либо частной компанией.

Соб. инф.

Тенденции

Заботясь о «редких» пациентах

В Алтайском крае пациенты с редкими заболеваниями в прошлом году получили лекарственные препараты на сумму 105 млн 72 руб. Обеспечение осуществлялось в основном за счёт средств регионального бюджета.

В рамках дня редких (орфанных) заболеваний Министерством здравоохранения РФ совместно с Общероссийской благотворительной общественной организацией инвалидов «Всероссийское общество гемофилии» состоялось видеоселекторное совещание с регионами по вопросам выявления, лечения и лекарственного обеспечения, а также социальной адаптации больных с редкими заболеваниями.

Проведён анализ ситуации в сфере оказания поддержки семьям, столкнувшимся с редким заболеванием, обсуждены общие подходы к оказанию медицинской и лекарственной помощи как детям, так и взрослым, страдающим орфанными заболеваниями. Кроме того, были обсуждены вопросы законодательной базы по утверждению стандартов лечения

и расширению перечня редких заболеваний.

Лекарственное обеспечение таких пациентов находится на особом контроле правительства Алтайского края, которое постоянно изыскивает средства на их лечение дорогостоящими лекарственными препаратами за счёт резервов бюджета, спонсоров или благотворительных организаций.

Сейчас в региональном сегменте Федерального регистра – 165 пациентов, в том числе 114 детей. Из 24 нозологий, включённых в редкие заболевания, в крае выявлены пациенты, по 15 из которых требуют наиболее дорогостоящего лечения: фенилкетонурия, юношеский артрит с системным началом, апластическая анемия, первичная лёгочная гипертензия, мукополисахаридоз, гемолитико-уремический синдром, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, другие сфинголипидозы.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

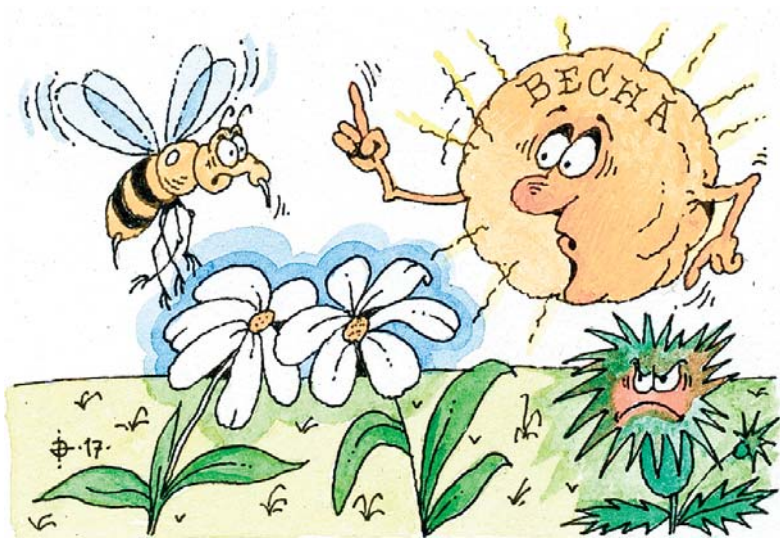
Барнаул.

Санитарная зона

Весна напоминает о ВИЧ

Ежегодно в первый день весны в регионах Сибирского федерального округа проходит день профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе призванный привлечь внимание властей, общественности и населения к актуальности проблемы.

Ситуация с этой заразой в Сибирском регионе остаётся сложной – эпидемия захватывает всё большее количество людей. Так, на начало февраля в СФО зарегистрирован 237 401 случай ВИЧ-инфекции. Печальное лидерство в этом тренде удерживают Иркутская, Кемеровская, Новосибирская области, Красноярский и Алтайский края. В минувшем году



в Сибирском федеральном округе было выявлено 26 235 случаев, заболеваемость составила 25,4% от количества выявленных случаев в России. Это означает, что ежемесячно около 2 тыс. сибиряков узнают о своём диагнозе.

В Прииртышье, по данным Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, к началу последнего зимнего месяца в Омской области выявлено 15 062 случая ВИЧ-инфекции, показатель заражённости составил 761,3 на 100 тыс. населения (по СФО – 1228,3). Основная доля инфицированных – это трудоспособное население в возрасте 20-39 лет (82,7%). Беспочинит инфекционистов и тот факт, что стремительно увеличивается доля пациентов, заражённых половым путём: с 20% в 2008 г. до 50% – в 2016 г. Печально, что активно вовлекаются в эпи-

демический процесс женщины репродуктивного возраста. В Омской области от инфицированных матерей родились 1348 детей, в том числе в 2015 г. – 253, в 2016 г. – 242.

В рамках Всесибирского дня профилактики ВИЧ-инфекции на территории Омской области под эгидой центра для студенческой молодёжи прошёл городской брейв-ринг «Установи защиту от ВИЧ!». На базе Омского монтажно-технического института состоялся семинар-тренинг по подготовке волонтеров «Сделай жизнь безопасной!» с привлечением студентов из 6 образовательных учреждений среднего профессионального образования. Была организована уличная акция.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Вчера

Форум, кстати, был посвящён 90-летию Союза педиатров России, старейшего профессионального объединения. Как отметил в своём выступлении профессор Валерий Альбицкий, история союза уходит корнями в XIX век. В 1885 г. было создано первое в России общество детских врачей в Санкт-Петербурге. Через некоторое время такие же организации появились и в других городах страны. В 1912 г. они собрались на своём первом съезде. Однако Всероссийское общество было юридически оформлено лишь в 1927 г. на IV съезде. Оно создавалось, как указывалось в уставе, с целью «объединения врачей, работающих в области педиатрии, педологии и охраны материнства и младенчества для совместной разработки как теоретических, так и практических вопросов». С тех пор минуло 90 лет, но Союз педиатров России, ставший в 1994 г. преемником Всесоюзного и Всероссийского обществ детских врачей, остаётся верен принципам, заложенным предшественниками. В последние десятилетия его функционирование неразрывно связано с именем академика Александра Баранова, директора Национального научно-практического центра здоровья детей (так теперь называется Научный центр здоровья детей). Именно этот прорицательный, харизматичный и решительный человек почувствовал в лихие 90-е годы, как важно сохранить не только систему детского здравоохранения, но и веру детских врачей в свою профессию, и предложил создание профессиональной организации под названием Союз педиатров, что явилось не просто объединяющим началом, а насущной необходимостью. Специалисты в области детского здоровья сплотились, ощутили себя силой, способной отстаивать интересы детей, давать жёсткий отпор идеям неразумного реформирования службы. Как напомним президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, отбили несколько атак, в том числе по ликвидации педиатрии, закрытию факультетов, ликвидации детских больниц, поликлиник, введению врача общей практики.

Избрав своим лидером А.Баранова, педиатрическое сообщество ни разу об этом не пожалело. У руля ассоциации он стоял 23 года (вплоть до сегодняшнего дня). Благодаря его энтузиазму Союз педиатров стремительно развивался и прирастал новыми членами. Сегодня союз объединяет более 60 тыс. детских врачей, научных сотрудников, организаторов здравоохранения, всех тех, кто посвятил себя охране здоровья подрастающего поколения, кто откликнулся на призыв «Сохранить здоровье детей – сохраним Россию».

Как отметил В.Альбицкий, Союз педиатров никогда не ограничивал обсуждение проблем охраны здоровья детей только вопросами научного и клинического характера, но неизменно придавал им общественное звучание. Ежегодные

февральские конгрессы стали и визитной карточкой организации, и местом встречи и обмена информацией, и трибуной для бескомпромиссного обсуждения наиболее болезненных проблем. В работе форумов активно участвуют представители законодательной и исполнительной власти, широкой общественности, что можно расценивать как факт признания педиатрии, её приоритета.

В последнее десятилетие Союз педиатров укрепил свой авторитет и на международной арене. Об

с зарубежными коллегами возникли задолго до того, как появились первые профессиональные сообщества детских врачей в России, Германии, Франции. Ещё в 1767 г. при основании Воспитательного дома (правопреемником которого является Научный центр здоровья детей) императрицей Екатериной Великой специально был приглашён из-за рубежа доктор Карл Мертенс. В документе императрицы значилось: «Выписанному на службу нашу и определённому в Воспитательный дом доктору

из важнейших сегодня. Её решению служат и телеконсультации, и многочисленные конгрессы, конференции, семинары, проводимые Союзом педиатров России. Нынешний съезд относится к их числу. Ведь помимо обсуждения организационных вопросов на нём шёл обмен опытом, новыми технологиями диагностики и лечения. Программа охватывала широкий круг клинических тем, где нашлось место и перинатальной медицине, и детской хирургии, и нутрициологии, и многому другому. Между



Выступает Л. Намазова-Баранова

Итоги и прогнозы

Адвокаты детства
пообщались в Москве

Сенатору Л. Козловой и главному детскому инфекционисту Минздрава России Ю. Лобзину есть что обсудить

этом свидетельствует проведение в 2009 г. Европейского педиатрического конгресса в Москве и выступление на его открытии Президента страны. С 2007 по 2013 г. академик А. Баранов трижды избирался вице-президентом Европейской педиатрической ассоциации. А с 2013 г. впервые в российской и европейской истории президентом Европейской педиатрической ассоциации стала женщина – российский педиатр Лейла Намазова-Баранова. В 2016 г., несмотря на антироссийские санкции, генеральная ассамблея ассоциации единогласно переизбрала её своим президентом.

Международное сотрудничество Союза педиатров приобрело новый формат: значительно расширился состав зарубежных гостей на российских форумах, ведущие педиатры мира стали читать лекции, проводить мастер-классы. А российские специалисты начали выезжать на всемирные и европейские форумы большими делегациями, насчитывающими свыше сотни человек.

– Для нас, детских врачей, никогда не было никаких границ, – сказала, приветствуя делегатов съезда, академик РАН Л. Намазова-Баранова. – Педиатрические связи



В зале присутствовали и именитые, и пока ещё не очень известные педиатры

медицины позволяем (хотя он в одной коллегии не экзаменован) пользоваться теми преимуществами, коими прочие доктора здесь пользуются». (В те времена, когда иностранца приглашали работать в Россию, обязательно требовали прохождения экзамена. Сегодня это требуют от нас.) Благодаря Карлу Мертенсу мир впервые узнал о российской педиатрии.

А на нынешнем съезде о лучших представителях профессии на современном этапе все узнали благодаря конкурсу «Детский врач». Среди лауреатов 2016 г. – Анатолий Табаков, педиатр из омской городской поликлиники № 11 (его медицинский стаж – 38 лет, при этом 36 лет работает на одном педиатрическом участке), врач-новатор Наталья Аверина из Абакана, использующая в лечении детей с орфанными заболеваниями гено-инженерные биологические и экстракорпоральные методики.

Они – лучшие. Но как поднять до их уровня основную массу педиатров? Задача повышения профессионализма, качества оказания медицинской помощи – одна

Служение врача – это ежедневный подвиг, требующий не только высочайшего профессионализма и ответственности, но и особой духовной чуткости и нравственной твёрдости. С признательностью хотел бы отметить в связи с этим солидарную позицию организации, занятую в отношении проведения профилактики аборт и ограничения их государственного финансирования. Убеждён, что наше совместное свидетельство о ценности человеческой жизни с момента её зачатия станет весомым вкладом в создание здорового и благополучного общества.

Из поздравления Патриарха московского и всея Руси Кирилла.

прочим, Союз педиатров является одним из пионеров внедрения в стране непрерывного образования врачей. Ещё 10 лет назад на педиатрических форумах он начал проводить образовательные школы с выдачей сертификатов, где указывалось количество прослушанных

0 до 18 лет, по многим разделам уменьшается заболеваемость, сократилось число самоубийств в детском возрасте (в этом сыграло роль сотрудничество с системой образования, социальной сферой).

– Такую работу, которую проводят педиатры, не проводит ни одна другая врачебная специальность, – присоединилась к сказанному заместитель директора Департамента медпомощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Ольга Чумакова.

Продолжается реализация скрининговых программ. Предпринимаются усилия по расширению Национального календаря профилактических прививок и включению в него вакцинации против ветряной оспы и ротавирусной инфекции. Растёт объём высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой детям. По сравнению с 2011 г. он увеличился в 2,5 раза. Около 500 операций в год проводится внутриутробно, а ещё несколько лет назад такие вмешательства были единичными.

Как результат всех усилий – улучшение показателей. Даже среди подростков в 2015 г. отмечено снижение общей заболеваемости.

Но проблемы, конечно же, остаются.

Директор детского «главка» Е. Байбарина призвала уделять максимальное внимание профилактическим осмотрам.

– Мы попытались избавить вас от дублирующей работы, отменены предварительный и периодический осмотры, поскольку дети каждый год проходят профилактические. Но хотелось бы в обмен получить лучшее качество помощи, – сказала она, обращаясь к присутствующим.

Разброс показателей первой и второй группы здоровья по регионам колоссальный (доля здоровых детей от 67,5 до 8,5%), как и разброс по группам занятий физической культурой. Зачастую они, к сожалению, не коррелируют друг с другом. При относительно высоком уровне впервые выявленных в результате профосмотров заболеваний рекомендации по дополнительному обследованию даны очень небольшому числу детей. Значительные расхождения показателей заболеваемости по регионам.

Сегодня

– Показатели работы очень хороши, – так оценила результаты труда педиатров директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина. – Значимо снижается, помимо младенческой смертности, смертность детей от 0 до 5 и от

У Н.И.Пирогова есть хорошие слова: «Быть счастливым счастьем других – вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто посвящает себя медицинской науке». И здесь присутствуют именно такие люди.

Успехи российского здравоохранения последних лет, связанные со снижением младенческой смертности, разработкой инновационных методик диагностики, профилактики и лечения, развитием высокотехнологичной медицинской помощи и повышением её доступности, – это во многом ваша заслуга. ...Государство делает всё, чтобы здравоохранение отвечало мировым требованиям, чтобы больницы и поликлиники были оснащены современным оборудованием, а медицинские вузы и колледжи готовили квалифицированных специалистов. Важно, что в этой работе активное участие принимает Союз педиатров России, которому в этом году исполняется 90 лет. Сердечно поздравляю вас с юбилеем!

Из приветственного адреса председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева участникам съезда.

В последние годы в отечественной педиатрии происходят масштабные изменения, и уже сегодня видны позитивные результаты проводимых преобразований. Продолжает снижаться младенческая смертность, повысилась выявляемость многих опасных заболеваний у детей. Ведущая заслуга в том, без сомнения, принадлежит отечественным педиатрам.

Из приветственного адреса министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

– Отличия не могут быть в разы и в десятки раз, – считает О.Чумакова.

Одним из механизмов повышения эффективности деятельности службы является работа по единым клиническим рекомендациям.

– Приезжая в регион, порой видишь в истории болезни перечисления БАДов, препаратов, которые не имеют никакой доказательной базы. Этого быть не должно. Клинические рекомендации должны чётко выполняться. Следует организовать возможность доступа к ним каждого врача, – подчеркнула О.Чумакова, напомнив, что с 1 июля вступает в силу приказ № 520н Минздрава России о критериях качества (кстати, обязательный к исполнению).

В ряде регионов реализуется проект по улучшению качества медицинской помощи в стационарах на основе аудита (его осуществляют специалисты НЦЗД).

Как рассказала главный врач Ростовской областной детской клинической больницы Светлана Пискунова, в области за год аудита выросла доступность и преемственность помощи, рационально стало использоваться оборудование, изменился подход к ведению пациентов с лихорадкой, кишечными инфекциями. Снизилась длительность госпитализации (койко-день был в среднем 9,1, а стал 5,6) и её необоснованность (с 65 в 2015 г. до 21% в 2016 г.). «Ушли» неправильные диагнозы, неадекватная инфузионная терапия, нерациональное использование антибиотиков, глюкокортикостероидов. То есть за год так называемый коэффициент вредительства ребёнку (включающий необоснованную госпитализацию, полипрагмазию и причинение боли) уменьшился до 2% (с 45%). За счёт того, что убрали всё нерациональное, сократились расходы на ненужные лекарства и реактивы.

– Правильно организованная система управления качеством позволяет оптимизировать лечебно-диагностический процесс, более эффективно расходовать финансовые ресурсы, – считает главный врач городской детской больницы № 1 Ростова-на-Дону Владимир Шин.

Кстати, экономия в этом учреждении в результате перемен составила почти 6 млн руб. Высвободившиеся деньги были потрачены на проведение косметического ремонта, приобретение медицинской техники.

Сегодня регионы, работающие в этом проекте, строят большие планы на будущее и благодарят за оказанную помощь. Хотя всё начиналось непросто.

– Первый приезд московских специалистов с целью аудита вызывал у нас негатив, даже агрессию, – призналась доктор «из глубинки». – А сейчас, когда прошло уже 4 цикла аудита, готовы бесконечно благодарить сотрудников НЦЗД. Мы поняли, что можем многое изменить, отказались от привычных стереотипов.

– Аудит – очень эффективный ключ к повышению качества медицинской помощи, – считает А.Баранов.

Преобразования, происходящие в отечественном здравоохранении и в педиатрии в частности, глобальны и масштабны. Возможности, появившиеся у каждого врача, колоссальны.

Взрослая служба равняется на вас, педиатров. Очень многие технологии, которые впервые применялись в ваших стенах, потом ретранслируются во взрослую службу. Вы – локомотив российского здравоохранения.

Из приветствия руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко.

нической и неотложной педиатрии и кафедра общественного здоровья и здравоохранения, – считает профессор Наталья Полунина.

Кроме того, по её мнению, следует придавать большее значение практической подготовке. По всем клиническим дисциплинам на практические занятия в амбула-

тем, что впервые в основу медицинской деятельности положены не только порядки и стандарты оказания медицинской помощи, но и клинические рекомендации.

Завтра

Не думать о будущем нельзя. Поэтому для дальнейшего развития педиатрической службы начата реализация нескольких пилотных проектов, в частности проекта по созданию бережливых поликлиник-образцов. (Бережливых с позиций правильного отношения, правильного построения лечебного процесса, организации труда сотрудников). Его задачей является организация удобного пространства для детей и их родителей, выравнивание потоков пациентов, оптимизация работы регистратуры, лаборатории, кабинета вакцинопрофилактики, загрузки педиатров и медсестёр.

Реализуется пилотный проект «Школьная медицина» с участием 5 регионов.

– Мы хотим перевести деятельность школьных медицинских работников в русло чистой профилактики с акцентом на формирова-

общий приказ и для педагогов, и для медработников.

Много вопросов возникает по содержанию имущества в медицинских кабинетах школ. Нормативные документы обязывают учреждения проводить проверку изделий медицинского назначения и техническое обслуживание оборудования. Но образовательные учреждения как основные балансодержатели имущество медикам не передают и договоры не заключают. Соответственно, медицинские организации не могут его посмотреть, потому что не имеют права тратить на это деньги. А в системе образования говорят, что у них нет статей расхода на обслуживание медицинского оборудования.

И ещё один проект, реализация которого важна для страны, – развитие паллиативной помощи, обеспечение искусственной вентиляции легких на дому. Уже начали закупать аппараты ИВЛ, подготовлена программа обучения родителей уходу за детьми. Основная проблема, в которую всё упирается, это наличие в субъектах выездной патронажной службы паллиативной помощи и врача



Награждение лучших педиатров 2016 г.

По мнению академика, пришла пора сменить приоритеты в детском здравоохранении. Поскольку младенческая смертность уже снижена до европейского уровня, акцент следует перенести на профилактику инвалидности и на качество оказания помощи. Собственно эти вопросы на съезде были центральными, как и, безусловно, кадровая проблема. Её озвучил Леонид Рошаль, упомянув о дефиците участковых педиатров и узких специалистов в первичном звене и предстоящих изменениях в системе допуска к медицинской деятельности.

Дело в том, что в 2017 г. процедуру первичной аккредитации предстоит пройти выпускникам вузов по специальности «педиатрия». И это сейчас – наиболее обсуждаемый вопрос. Казалось бы, он не касается уже работающих докторов (для них предусмотрена периодическая аккредитация, которая начнётся с 2021 г.). «Ещё как касается!» – объясняют своё беспокойство педиатры со стажем. Ведь допускать к профессии будут представители профессионального сообщества. И тут возможны два варианта развития событий.

Я не знаю ни одного съезда, где бы присутствовало столько заинтересованных людей, энтузиастов с горящими глазами. Это при том, что педиатров в стране меньше, чем взрослых специалистов. Вы собрали самую большую аудиторию. Даже в час закрытия зал полон. Спасибо организаторам за действительно грандиозное событие.

Из выступления директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елены Байбариной.

Если допускать всех выпускников, закрывая глаза на недостаточную подготовку, то педиатрию наводнит масса недоучек. Если же строго подходить к оценке и допуску, то первичное звено здравоохранения не получит в нужном количестве участковых педиатров, а оно и без того оголено.

Выход многим видится в возрождении института наставничества (Как сказала С.Пискунова, рядом с молодым специалистом должен быть опытный врач, который научит, подскажет, поможет) и в усилении практической подготовки на вузовском этапе.

– Поскольку мы готовим выпускников, которым предстоит пройти первичную аккредитацию на педиатра участкового, должны быть усилены 2 кафедры: поликли-

торно-поликлинических учреждениях должно быть предусмотрено не менее 25% часов. К сожалению, как показывает анализ, это далеко не всегда выполняется. Н.Полунина высказала предложения по увеличению времени на производственную практику, пересмотру перечня дисциплин на младших курсах, проведению



Оживлённый обмен мнениями

ние здоровьесберегающей среды в образовательной организации, привития принципов здорового образа жизни, изменения взаимодействия с педагогическими кадрами, повышения ответственности родителей за здоровье своих детей, – пояснила О.Чумакова.

Форум просто великолепный. Основные темы, которые нас волновали, отразились в докладах. Мы очень довольны. Впервые присутствую на мероприятиях такого рода. Сравнивала ситуацию в школьной медицине с другими регионами, и было приятно осознавать, что мы на их фоне выглядим ещё неплохо по укомплектованности кадрами.

Большое впечатление произвели симпозиумы по клиническим вопросам, например, по антибактериальной терапии, регидратационной терапии... А как доступно всё объясняет профессор В.Таточенко! Мероприятия с его участием запали и в душу, и в память! Дома расскажем коллегам о том, что почерпнули. Хотелось побывать на разных секциях, старались везде успеть. Но это нереально. На следующий год попытаемся приехать большей делегацией, чтобы охватить максимум симпозиумов, а потом обменяться информацией.

Из интервью заведующей отделением медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях детской больницы «Жемчужинка» города Мегион ХМАО – Югры Мукадамхон Атахановой корреспонденту «МГ».

Эта тема, как оказалось, интересует и гигиенистов, и организаторов здравоохранения, и самих школьных врачей. По признанию одной из участниц форума, прежде всего потому, что нет объединяющих приказов, которые бы определяли алгоритм действия педагогов и медиков. Сейчас он у каждого свой, что вызывает столкновение интересов. Правда, на съезде прозвучало обещание выпустить

А.Баранов и предложил на эту должность Л.Намазову-Баранову, кандидатуру, безусловно, достойную. За неё проголосовали единогласно. Зал даже устроил овации своему новому лидеру.

А академик А.Баранов избран почётным председателем исполкома Союза педиатров России.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

По данным Минздрава России, с 2010 по 2016 г. на медработников нашей страны при выполнении служебных обязанностей было совершено около 1230 нападений. Такую печальную статистику привёл на пресс-конференции председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья детский хирург Дмитрий Морозов, осветивший многие острые вопросы медицинского плана, волнующие наше общество.

«То, что приходится решать вопросы о нападениях на медиков и машины скорой помощи, – отметил Д.Морозов, – свидетельствует о нравственном и духовном изломе общества. Я, как доктор с 25-летним стажем, глубоко убеждён: мораль и этика всё равно выше закона. Мы должны думать, как избавить наших детей и внуков от проблем подобного рода. Отчасти люди, нападающие на медработников, просто больные, деградировавшие».

Врачи не требуют ужесточения наказаний, они хотят обеспечения своей безопасности. Сейчас за непропущенную «скорую» виноватый водитель отделяется штрафом в 500 руб. и несколькими месяцами лишения прав. Но теперь, по мнению спикера, когда число нападений на медиков перевалило за тысячу, странно, что только единицы этих правонарушений дошли до суда. Необходимо предание гласности всех, кто покусился на врача. Уже готовятся парламентские слушания совместно с комитетами по транспорту, безопасности, борьбе с коррупцией. Речь идёт об изменениях в уголовный и административный кодексы (уточним, что в Государственную Думу РФ уже поступил проект федерального закона № 104489-7 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федера-

Из первых уст

Кто поднимет руку на доктора, тот...

Врачам нужна надёжная безопасность на работе

ции и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, инициированный Московской городской думой». В частности, новый закон предусматривает лишение свободы от 12 до 20 лет и даже пожизненный срок при посягательстве на жизнь медработника, когда он выполняет свои профессиональные обязанности).

Борьба с табакокурением – очень важный вопрос, давно стоящий на повестке дня. Курение – это заболевание, которое нужно и можно предупреждать, что всегда дешевле, чем лечение его последствий, а с другой стороны – нужно заниматься и реабилитацией. Если говорить о курении вообще, то это для человека просто неблагоприятно, бессмысленно. Та антитабачная концепция, которую предложило Министерство здравоохранения РФ сейчас, и которая была до этого, оказалась очень серьёзной. Всего несколько лет тому назад можно было курить в кафе и поездах, теперь это кажется дикостью. Путь этот небыстрый, но шаг за шагом надо прийти к тому, чтобы через 30-40 лет наши внуки-правнуки не курили. Но делать это надо не запретительными мерами. В комитете было принято 12 законопроектов

по табакокурению, в частности по электронным сигаретам и курительным смесям, зачастую так же провоцирующих рак гортани, как и обычный табак.

Резко осудил спикер и употребление алкоголя, из-за которого мужчины в России теряют в среднем 20 лет трудоспособного возраста. Поэтому и продажу спиртосодержащих веществ-настоек надо держать под контролем, а в автоматических аппаратах просто запретить. Использование же метилового спирта требует отдельного наказания. А качество водки полностью должно контролироваться государством.

«Программа фонда ОМС – целый космос, суть нашего бытия, и возвращаться к тому, что было ещё 20 лет тому назад, не получится», – заметил Д.Морозов. Каждый гражданин должен понимать, кто и как за него платит в системе здравоохранения. Сейчас Минздрав реализует проект страховых уполномоченных, которые через СМС оповещают граждан о различных мероприятиях – диспансеризациях, осмотрах у специалистов. У каждого пациента в электронной системе здравоохранения появится личный кабинет, где можно будет узнать, на что он имеет

право в качестве финансовой составляющей медицинских услуг. Страховые организации – посредники между фондом ОМС и лечебными учреждениями – не всегда качественно контролируют работу врачей, но часто накладывают на медучреждения штрафы, порою необоснованные. Конечно, система ОМС требует определённых доработок, но, по мнению Д.Морозова, не очень значительных.

Комитет по охране здоровья за 5 месяцев своего существования принял участие в 40 законопроектах, касающихся бюджета фонда ОМС. Законодательная работа должна опережать всю остальную работу, надо предлагать решения будущего, и это также касается здравоохранения. Голосую за бюджет 2017 г., комитет поддерживал строительство и развитие перинатальных центров, детских больниц и поликлиник, а также уделит внимание совершенствованию школьной медицины.

Один из краеугольных камней отечественной медицины – лекарственное обеспечение пациентов. Понятно, что не все отечественные препараты могут заместить импортные с той же эффективностью. Но развитие российского фармакологического

производства постепенно наращивается, и свет в конце тоннеля виден. В комитете создан отдельный подкомитет, касающийся фармпроизводства, который активно сотрудничает с пациентскими общественными организациями. Так, удалось существенно снизить цену на лекарства от СПИДа, сделав закупки более централизованными. Держатся на контроле и закупки лекарств с детскими дозировками.

К вопросу о гомеопатии спикер подошёл очень осторожно и предложил разделить продажу препаратов с доказанным и недоказанным медицинским эффектом по разным аптекам. Но рубить с плеча не нужно ни при каких обстоятельствах – врачи всё-таки люди интеллигентные.

Не были обойдены и проблемы Крыма, где только 17% медицинских учреждений на сегодняшний день получили лицензии и аккредитации. Здесь Дмитрий Анатольевич обещал свою помощь для ускорения этих процессов.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Ориентуры

Мэр Москвы Сергей Собянин посетил Центр атеротромбоза в городской клинической больнице им. И.В.Давыдовского Департамента здравоохранения Москвы. В ходе осмотра он отметил, что за последние 5 лет больничная смертность от инфарктов снизилась втрое. «Я пришёл поблагодарить вас за ту огромную работу, которую вы проводите по спасению больных с инфарктом миокарда. Действительно, в последние годы в Москве произошла в этом направлении самая настоящая революция», – сказал С.Собянин.

Градоначальник напомнил, что не так давно всё было совсем иначе. «Вы хорошо знаете, какое состояние этого направления было, скажем, ещё 3 года тому назад. К сожалению, у нас почти каждый четвёртый больной не выживал, даже тот, кого привозили в наши больницы. Сегодня эта ситуация кардинально улучшилась благодаря работе скорой помощи, которая стала приезжать быстрее, более правильно ставить диагноз, оказывать первую помощь и привозить больного туда, куда необходимо и в кратчайшие сроки. Благодаря уникальному оборудованию, которое появилось в наших клиниках и, в частности, в вашей больнице, в вашем сердечно-сосудистом центре», – заявил С.Собянин.

Такие центры, что характерно, созданы во всех крупных стационарах и оказывают помощь

Сердечная «революция»

Во многом она свершилась благодаря властям Москвы

тысячам больных. «И благодаря вашему профессионализму, умению, благодаря вот такой стройной системе, которая создана в Москве, оказание помощи инфарктникам находится на уровне европейских стран. Это, конечно, большое достижение для нашей московской медицины», – добавил мэр, отметивший большой вклад кардиологов больницы в создание эффективной системы лечения больных с острым инфарктом миокарда в Москве.

Как известно, городская клиническая больница им. И.В.Давыдовского – один из старейших стационаров Москвы, основанный в 1866 г. В советское время больница получила название «имени Медсантруда» и порядковый номер 23, а недавно ей было присвоено имя выдающегося отечественного морфолога – академика Ипполита Давыдовского.

Современная многопрофильная клиническая больница располагает большим коечным фондом: 507 коек, включая 30 реанимационных и 15 дневного стационара. В больнице работают 159 врачей, среди них – 17 докторов и 60 кандидатов медицинских наук. По

программе развития столичного здравоохранения за последние 5 лет в больницу было поставлено 932 единиц современного медицинского оборудования, в том числе компьютерный и магнитно-резонансный томографы, 2 ангиографа, цифровые рентгеновские мобильные аппараты и др.

Основные профили оказания медицинской помощи: терапевтический, кардиологический, пульмонологический, неврологический (для больных с острым нарушением мозгового кровообращения), хирургический (в том числе гнойная и торакальная хирургия), гинекологический.

На базе клиники функционируют: Центр атеротромбоза и клиника кардиологии Московского государственного медикостоматологического университета им. А.И.Евдокимова, Центр персонализированной медицины, Центр остеомиелита, Центр гнойной торакальной хирургии, кафедра общей хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Центр атеротромбоза – одно из важнейших структурных подразделений ГКБ им. И.В.Давыдовского.

Одним из первых в городе он перешёл на модель работы университетской клиники в сотрудничестве с кафедрой кардиологии МГМСУ.

Новейшее технологическое оснащение и профессиональные врачи позволяют центру проводить сложнейшие манипуляции на сердце и сосудах. В частности, коронарную реваскуляризацию миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца, имплантацию частотно-адаптированных 2- и 3-камерного кардиостимуляторов и многое другое.

За прошлый год тут были пролечены более 4 тыс. пациентов, в том числе 543 больных с острым инфарктом миокарда. Именно организация отделений кардиореанимации и ангиографии в Центре атеротромбоза при ГКБ им. И.В.Давыдовского послужила моделью при создании системы помощи больным с острым инфарктом миокарда в столице.

Следует подчеркнуть, что за последние годы городскими властями была проделана большая работа по улучшению помощи гражданам, страдающим сердеч-

но-сосудистыми заболеваниями. В период с 2011-2016 гг. наибольшее внимание было уделено модернизации системы оказания экстренной и плановой помощи больным с инфарктом миокарда, либо угрозой развития этого заболевания.

Все эти преобразования произошли благодаря системному подходу к проблеме. Улучшилась оперативность реагирования на звонок и время приезда «скорой», в 29 городских стационарах были созданы сосудистые центры, повысились тарифы ОМС, увеличились квоты на оказание высокотехнологичной помощи по профилю «кардиология». Так, число пациентов, получивших эти виды помощи, выросло в 5 раз.

Примечательно, что с этого года в Москве была начата реализация программы улучшения помощи больным с инсультами, в основу которой был положен опыт, полученный при создании «инфарктной сети».

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Наши интервью

На принципах открытости

Когда ключевое слово в работе – объективность

Общественный совет Минздрава России провёл второе заседание. Обозреватель «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН встретился с его председателем, вице-президентом Национальной медицинской палаты РФ, председателем Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата» Натальей АКСЁНОВОЙ.

– Наталья Леонидовна, вас избрали председателем Общественного совета Минздрава России осенью прошлого года. Удалось ли за такой короткий срок внести изменения в главные направления работы организации?

– Я не думаю, что стиль работы совета должен радикально измениться. Считаю, что Владимир Семёнов, бывший председатель Общественного совета, – опытный организатор здравоохранения, у него есть чему поучиться. Но он решил не участвовать в выборах во второй раз, посчитав более важной работу руководителя крупного лечебного учреждения. Честно говоря, я не ожидала, что председателем выберут именно меня. В качестве члена Общественного совета меня рекомендовала Национальная медицинская палата, которую возглавляет доктор Леонид Рошаль. И я была тронута, когда мои коллеги единодушно поддержали мою кандидатуру. Считаю, что для меня это очень большая честь. Но ещё больше – огромная ответственность. И не только перед моими коллегами, но и руководством, специалистами Минздрава России, перед пациентским и профессиональным сообществами.

Что касается ожидаемых перемен – было предложено проводить выездные заседания. Часть вопросов лучше рассматривать не за «круглым столом» в столице, а непосредственно в медицинских учреждениях территорий. Сейчас идёт подготовка к первому такому заседанию. Мы будем обсуждать вопросы защиты прав застрахованных в ОМС, взаимодействие профессионального и пациентского сообществ. Кроме того, мы попросили министра здравоохранения РФ Веронику Скворцову в режиме видеоконференции несколько раз в год общаться с общественными советами, которые созданы в регионах.

Получили замечательный ответ, который подчёркивает шаги Министерства здравоохранения РФ к открытости: «Нет закрытых вопросов», – сказала Вероника Игоревна. Чтобы голос территорий звучал ещё более значимо, а представители общественных советов могли задавать волнующие их вопросы министру.

По действующему регламенту Общественный совет Минздрава России должен собираться один раз в квартал. Мы решили пересмотреть это положение, договорились собираться ежемесячно. Также члены совета будут вести приём граждан в различных регионах. Уверена, что открытое обсуждение существующих проблем должно проходить постоянно.

– На ваш взгляд, Общественный совет должен находиться в оппозиции к органам управления здравоохранением? Может ли он выступать лоббистом интересов пациентов или профессионального сообщества?

– Нет, слово «оппозиция» в данном контексте вообще не подходит. Полагаю, что между Общественным советом и министерством должен вестись конструктивный диалог. Улучшить работу здравоохранения может только взаимное сотрудничество, а не конфронтация. Интересы пациентского и профессионального сообществ часто совпадают. Мы все хотим, чтобы медицинская помощь предоставлялась более высокого качества, оставаясь при этом доступной. Как это сделать, нужно об этом думать вместе. Моя позиция: мы должны быть едины в помыслах и на деле работать над улучшением оказания медицинской помощи нашим соотечественникам.

– Вы возглавляете Врачебную палату Смоленской области. НМП вносит немало предложений в штаб отрасли. Будет ли Общественный совет помогать «продвигать» их в министерстве?

– Я уже 8 лет возглавляю Врачебную палату Смоленской области. Все эти годы мне посчастливилось работать в тесном контакте с президентом НМП доктором Леонидом Рошалем. Этот опыт я перенесла в Общественный совет. Фирменным стилем работы НМП является не ставка на конфронтацию и доминирование, а умение вести диалог, находить общий язык в спорных вопросах. Подчас это хлопотно, требует слишком много времени. Но нам необходимо настоящее единство профессионалов, а не его имитация. Когда я вела сегодня заседание Общественного совета, то обратилась к коллегам со словами: «Прошу активно выступать, не стесняться высказывать свою позицию, поправить меня, если это необходимо». В таком же позитивном ключе НМП работает с министерством.

– Как известно, Общественный совет при Минздраве России ответственен за создание в нашей стране системы независимого



Идёт заседание Общественного совета

мониторинга условий оказания медицинской помощи. Как идёт работа в этой области? Когда можно будет назвать лучшие поликлиники и больницы, по мнению пациентов?

– Мы продолжаем заниматься мониторингом независимой оценки условий оказания медицинской помощи, которая возложена на общественные советы федерального и региональных министерств. Эта работа не ограничится просмотром сайтов лечебных учреждений, чтобы убедиться – на них размещена утверждённая анкета для пациентов. Мы будем выезжать в лечебные учреждения, встречаться с пациентами, которые пишут благодарности или жалобы на медицинских работников. Однако наша страна слишком большая, чтобы быстро провести объективный мониторинг в тысячах больниц и поликлиник. Главное, чтобы «объективность» являлась ключевым словом при определении лучшего медицинского учреждения.

В этом году стартует аккредитация выпускников медицинских вузов. Это ещё один шаг к тому, чтобы построить в стране пациентоориентированную медицину. Экзамен врачи будут сдавать комиссиям, в которые вошли представители профессионального сообщества.

Уверена, что поддержку Общественного совета получают акции, показывающие авторитет коллег среди населения. Есть много па-

циентов, которым врачи спасли жизнь. В ряде регионов «народного доктора» выбирают сами пациенты. В своё время в Смоленской области я предложила акцию «За счастье жить благодарю!». Врачебная палата и Почта России предоставили возможность всем желающим заполнить бесплатные поздравительные открытки с 1 марта по 31 апреля, чтобы отправить их любимому доктору. Почему не создать аналогичный федеральный проект? Полагаю, он будет поддержан.

– А какие вопросы рассматривались на последнем заседании Общественного совета, и какие решения были приняты?

– Одной из ключевых тем совещания стал вопрос открытости Минздрава России. Особое внимание было уделено взаимодействию ведомства с референтными группами и сотрудничеству с другими общественными советами при других ведомствах. Было отмечено, что Минздрав России в 2016 г. значительно улучшил свои позиции в рейтинге открытости, поднявшись на 11 пунктов.

Участниками совета также были определены общественно значимые нормативные правовые акты на 2017 г., которые в ближайшее время будут обсуждаться на заседаниях. В их числе – проект нормативного правового акта «О внесении изменений в статью 12.17 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» (в части установления повышенной административной ответственности за непредставление преимущества в движении транспортному средству скорой медицинской помощи). Сегодня штраф составляет порядка 500 руб. Минздрав России предлагает установить её, равную ответственности за вождение в нетрезвом виде. Это самое строгое административное наказание за нарушение ПДД. Оно составляет 30 тыс. руб. и лишение прав на управление транспортным средством на срок от 1,5 до 2 лет.

Также в повестку заседаний внесено обсуждение проекта нормативного правового акта «О внесении изменений в уголовный кодекс Российской Федерации» (в части установления повышенной уголовной ответственности за преступление, направленные против жизни и здоровья медицинских работников). Речь идёт обо всех медицинских работниках – врачи, фельдшеры, медицинские сёстры и все те, кто находится при исполнении своих должностных обязанностей. Предлагается установление ответственности до 10 лет лишения свободы и выше, если это нападение связано с угрозой жизни медицинскому работнику.

Необходимо отметить, что значительную роль по внесению поправок в нормативно-правовые акты, представленные к рассмотрению на заседание Общественного совета Минздрава России, сыграла Национальная медицинская палата.

Ещё одной важной темой обсуждения станет проект нормативного правового акта «О внесении изменений в статью 15 Федерального закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (в части установления обязательного йодирования соли, предназначенной для розничной продажи и используемой при промышленном изготовлении хлебобулочных изделий, а также в организациях общественного питания). Наша страна относится к числу государств, где отмечается выраженный йодный дефицит. По этой причине ежегодно в специализированной эндокринологической помощи нуждаются более 1,5 млн взрослых и 650 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы. В условиях йодного дефицита возрастает риск развития рака щитовидной железы, регистрируются случаи кретинизма, приводящие к инвалидизации и социальной дезадаптации.

В ближайшее время планируем обсудить также ряд других не менее важных вопросов. Например, кто должен донести больного человека от кровати до машины «скорой помощи», если пациент находится в тяжёлом состоянии?

Серьёзный вопрос – развитие психиатрической помощи в Российской Федерации. Ведь часть больниц такого профиля построена более 100 лет назад. И члены Общественного совета, понимая сложность поставленных вопросов, готовы вместе с Минздравом России, главными специалистами, экспертным, профессиональным и пациентским сообществами рассмотреть их.

Перспективы

Строительство новой краевой больницы в Петропавловске-Камчатском вошло в федеральную программу «Развитие здравоохранения Российской Федерации», чего уже несколько лет добивались власти региона для получения денег на возведение комплекса.

Об этом сообщил глава Министерства РФ по развитию Дальнего Востока Александр Галушка во время визита на полуостров. По его словам, первый «дальневосточный раздел» уже появился в программе «Развитие здравоохранения», куда вошла Камчатская краевая больница, строительство которой

Медицина Камчатки получает поддержку

пока ведётся исключительно за счёт средств только регионального бюджета. В 2016 г. на работы было направлено порядка 200 млн руб.

Теперь же у краевых властей появилась возможность вести более конкретный диалог с потенциальными инвесторами, готовыми, не дожидаясь прихода федерального финансирования, вложить в строительство свои средства.

«Мы несколько лет добивались того, чтобы краевая больница Камчатки попала в общегосударственную программу развития

здравоохранения в Российской Федерации. Сегодня такая возможность у нас появилась», – отметил губернатор Камчатского края Владимир Илюхин.

Как подчеркнул А.Галушка, такой подход поддержан на самом высоком уровне – Президентом РФ Владимиром Путиным. Им был подписан Указ «Об основах региональной политики Российской Федерации до 2025 г.».

Возведение новой больницы является важнейшим социальным проектом Камчатского края. По

данным регионального Минздрава, в нынешней Камчатской краевой больнице нет возможности развивать и оказывать многие виды специализированной медицинской помощи. Это эндоскопические операции, коронарография, ангиография сосудов головного мозга, эндопротезирование крупных суставов, хотя местные специалисты готовы оказывать эту помощь.

Строительство новой клиники позволит внедрить дополнительные виды специализированной помощи, организовать перинатальный центр,

обеспечить востребованные высокотехнологичные виды помощи, создать безопасные условия пребывания в стационаре для жителей Камчатского края, сократить время доставки экстренных пациентов.

По проекту краевая больница будет состоять из диагностического центра и нескольких лечебных корпусов на 400 койко-мест. Общая площадь территории комплекса составит более 40 га.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 16 (2046)

(Продолжение. Начало в № 15 от 03.03.2017.)

III степень (тяжёлая)

Крайне редко встречается в настоящее время. Вовлекается в процесс ЦНС: ребёнок отстаёт от сверстников в своём развитии, происходит утрата приобретённых навыков, вялый, заторможенный, имеются нарушения сна, снижение аппетита. Вовлекаются в процесс практически все кости скелета: лицевого и мозгового черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, верхних и нижних конечностей в виде «причудливых» деформаций. От небольших воздействий возникают переломы без смещения или со смещением. Выраженная мышечная гипотония. Выражены изменения со стороны внутренних органов: значительно увеличена печень и селезёнка, нарушается функция сердца, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, развивается тяжёлая анемия может быть по типу Якша – Гайема («псевдолейкемический синдром» с резко увеличенной селезёнкой, выраженным лейкоцитозом с лейкоцитарной формулой, характерной для хронического миелолейкоза, эритробластозом).

Периоды рахита

Для выявления периода заболевания необходимы клинические симптомы со стороны вегетативной системы, степени выраженности костных изменений и биохимические изменения.

Начальный период

Заболевание чаще проявляется в возрасте 3-4 месяцев, но иногда возникает на 1-2-м месяце жизни и длится от 1,5 недель до 2-3 месяцев.

Начале заболевания преобладают симптомы со стороны вегетативной нервной системы, и только в конце этого периода появляются изменения костной системы в виде небольшой податливости краёв большого родничка и стреловидного шва. Может быть мышечная гипотония, запоры.

Параклинически в биохимическом анализе крови находят нормокальцимию, гипофосфатемию, повышение активности щелочной фосфатазы, сниженное содержание кальцидиола (25-ОН-D) и кальцитриола (1,25-(ОН)₂-D). В моче – фосфатурия, аминоацидурия, увеличена экскреция цАМФ. Рентгенологические изменения отсутствуют.

Период разгара

В клинической картине преобладают симптомы поражения костей, выраженность которых зависит от степени тяжести и течения процесса. Могут выявляться все виды поражения костной ткани – остеомалиция, остеонидная гиперплазия, гипоплазия костной ткани, костные деформации. В периоде разгара отчётливо выражены изменения со стороны мышечной системы, связочного аппарата, внутренних органов и органов кровотока, других систем в виде:

- выраженной мышечной гипотонии;
- слабости суставно-связочного аппарата;
- увеличения печени и селезёнки;
- гипохромной анемии;
- функциональных нарушений со стороны других органов и систем.

При биохимическом исследовании крови регистрируют значительную гипокальциемию, гипофосфатемию, повышенную активность щелочной фосфатазы.

На рентгенограммах отмечаются типичные для рахита изменения костей: увеличение расстояния между эпифизом и диафизом за счёт расширяющегося метафиза, зона обызвествления горизонтальная и бахромчатая, остеопороз, ядра окостенения костей неотчётливые, возможны переломы длинных трубчатых костей и рёбер по типу «зелёной веточки».

Период реконвалесценции

Исчезают симптомы активного рахита (деформация костей, мышечная гипотония, анемия, со стороны нервной системы восстанавливается функция других органов и систем).

Параклинически в крови повышается до нормальных значений содержание фосфора; может сохраняться небольшая гипокальциемия и повышенная активность щелочной фосфатазы.

Период остаточных явлений

Обычно наблюдается у детей старше 2-3 лет, сохраняется деформация костей как последствия рахита II или III степени. Нормальные показатели содержания в сыворотке крови на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу.

Деформация трубчатых костей после 3 лет исчезает в результате перемоделирования костной ткани, но сохраняются изменения со стороны плоских костей (увеличение теменных и лобных бугров, уплощение затылка, деформация костей таза), нарушение прикуса, деформация грудной клетки.

Течение рахита

Характеризуется временем нарастания симптомов и характером происходящих процессов в костной ткани.

Острое течение рахита

Отмечают быстрое нарастание симптомов, процессы остеомалиции преобладают над процессами остеонидной гиперплазии. Обычно выявляется в первом полугодии и особенно у недоношенных младенцев или грудничков, имеющих избыточную массу тела, а также часто болеющих детей.

Подострое течение рахита

Обычно идёт медленное появление симптомов, преобладают процессы остеонидной гиперплазии: лобные и теменные бугры, «чётки» на рёбрах, «браслетки», «нити жемчуга». Как правило, встречается во втором полугодии жизни, у младенцев, получавших витамин D с профилактической целью нерегулярно или в недостаточной дозе, имеющих дефицит массы тела нетяжёлой степени.

Рецидивирующее течение рахита

Характеризуется периодами улучшения состояния, которые через некоторое время изменяются появлением симптомов активного рахита. Причинами, приводящими к ухудшению состояния, могут быть раннее прерывание лечения, присоединения соматических заболеваний, нерациональное питание. Абсолютный признак рецидива процесса – появление на рентгенограмме полос окостенения в зоне роста кости, количество которых соответствует числу обострений.

Примеры формулировки диагноза с использованием классификации

Рахит I, кальципенический вариант, начальный период, острое течение.

Рахит I, фосфопенический вариант, период разгара, подострое течение.

Рахит I, без выраженных нарушений кальция и фосфора в сыворотке крови, период реконвалесценции, подострое течение.

Рахит II, кальципенический вариант, период разгара, острое течение.

Рахит II, фосфопенический вариант, период разгара, рецидивирующее течение.

Рахит III, кальципенический вариант, период разгара, острое течение.

Диагностика

Для постановки диагноза необходимо:

1. Собрать анамнез для выявления факторов риска.
2. Оценить клинические данные.
3. Провести параклинические исследования: биохимический анализ крови и сделать рентгенограмму лучезапястного сустава или нижних конечностей.

Анамнез позволяет выявить факторы риска рахита со стороны матери и младенца.

Со стороны матери:

- во время беременности у матери указание на неблагоприятное течение (соматические заболевания, особенно со стороны печени и почек, гестоз во время беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, нарушение минерального обмена), несоблюдение режима дня (недостаточная инсоляция, сниженная двигательная активность);
 - нерациональное питание во время беременности и лактации (дефицит белка, кальция, фосфора, витаминов D, B₁, B₂, B₆).
- Со стороны младенца:
- недоношенность;
 - рождение в летне-зимний период;
 - рождение от многоплодной беременности (двойня, тройня);

- большая масса тела при рождении (> 4 кг);
- быстрые темпы прибавки в массе тела, особенно, в первые 3 месяца жизни;
- ранний перевод на искусственное или смешанное вскармливание неадаптированными смесями;
- плохие материально-бытовые условия;
- приём противосудорожных препаратов (фенобарбитал, дефенин);
- отсутствие специфической профилактики рахита;
- неправильный уход (тугое пеленание, недостаточное пребывание на свежем воздухе), отсутствие в семье элементов физического воспитания (массаж, гимнастика);
- синдром мальабсорбции и мальдигестии;
- хронические заболевания печени и почек.

Данные клинических изменений

Симптоматика костных изменений, мышечной гипотонии и поражения нервной системы нарастает с тяжестью заболевания.

Нервная система

Первые симптомы появляются в начальном периоде в виде вегетативных расстройств:

- чрезмерная потливость (особенно затылка во время сна);

- красный дермографизм;
- секреторные и дискинетические расстройства ЖКТ (неустойчивый стул, запоры);
- нарушается поведение младенцев (становятся капризными, плаксивыми, появляются вздрагивания).

В периоде разгара при нарастании тяжести заболевания появляется отставание в психомоторном развитии (позже начинают поднимать голову, сидеть, ползать, вставать и ходить, утрачивают приобретённые навыки).

Основные клинические симптомы поражения костной системы (osteomalacia, остеонидная гиперплазия, гипоплазия костной ткани, деформация костной ткани в результате мышечной гипотонии).

Для остеомалиции (преобладает при остром течении заболевания) характерно:

- податливость краёв большого родничка, костей, образующих швы;
- уплощение затылка;
- очаговое размягчение затылочных костей (краниотабес), всех костей (симптом фетровой шляпы);
- деформация грудной клетки (при расширении нижней апертуры грудной клетки появляется Гаррисонова борозда; размягчение и податливость рёбер приводит к деформации грудной клетки в виде «куриной груди» или «груди сапожника», килеобразной грудной клетки);
- деформация костей таза (плоский таз);
- «олимпийский» лоб (появляется вследствие размягчения костей основания черепа).

Для остеонидной гиперплазии (преобладают при подостром течении заболевания) характерно:

- появление лобных и теменных бугров;
 - рёберных «чётков» (полушаровидное утолщение в месте перехода хрящевой части ребра в костную);
 - «браслетки» на запястьях, надмышечковые утолщения голени (следствие увеличения метафизов трубчатых костей предплечий и голени);
 - «нити жемчуга» (результат утолщения в области диафизов фаланг пальцев).
- Для гипоплазии костной ткани (нарушенного остеогенеза) характерно:
- позднее закрытие родничков и швов (в возрасте 1,5-2 лет и позже);
 - нарушения прорезывания зубов (прорезываются с запозданием, с нарушением формулы прорезывания), часто бывают дефекты эмали и кариес молочных, а позже и постоянных зубов;
 - отставание роста трубчатых костей в длину (задержка статомоторных функций).
- Для деформации костной ткани в результате мышечной гипотонии характерно:
- деформация нижних конечностей, обычно появляется при вставании и начале ходьбы младенцев – О-образное (варусное) или Х-образное (вальгусное) искривление голени.

Для рахитического процесса характерна мышечная гипотония, тяжесть которой нарастает с тяжестью заболевания:

- симптом «складного ножа» (не может удержать туловище вертикально);
- дряблые плечи (нарушена осанка, не формируются изгибы позвоночника);
- функциональный кифоз в поясничном отделе (гипотония мышц спины, слабость связочного аппарата);
- «лягушачий живот» (возникает вследствие дряблости мышц передней брюшной стенки);
- задержка моторного развития (позже начинают поднимать голову, сидеть, ползать, вставать и ходить);
- общая двигательная заторможенность, вялость.

Симптомы поражения других органов и систем по отношению к основному процессу вторичны:

- гипоксия как следствие мышечной гипотонии, деформации и нарушения экскурсии грудной клетки приводит к нарушению работы сердца (тахикардии, приглушённости тонов сердца, функциональному систолическому шуму) и дыхательной системы (частые бронхиты, склонность к возникновению пневмонии);
- изменения со стороны ЖКТ возникают в результате нарушения обменных процессов, особенно при тяжёлом течении процесса,

что приводит к увеличению печени и селезёнки. Нарушения секреторной функции желудка, поджелудочной железы, кишечника приводит к метеоризму, неустойчивому стулу;

– в результате дефицита железа и других микроэлементов меди, цинка развивается гипохромная анемия, в редких случаях – тяжёлая анемия типа Якша – Гайема.

Параклинические исследования:

Общее клиническое исследование крови выявляет гипохромную анемию различной степени тяжести в периоде разгара заболевания.

Проводят биохимическое исследование крови и мочи:

- кровь исследуют на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу, белок и белковые фракции, лимонную кислоту, КОС, кальцидиол, кальцитриол, паратиреоидный гормон;
- суточный мочу на кальций, фосфор, аминокислоты.

В периоде разгара рахита происходит:

- снижение содержания фосфора в плазме крови до 0,65-0,8 ммоль/л (норма у младенцев 1,5-1,8 ммоль/л, старше года 0,81-1,55 ммоль/л);
- снижение содержания кальция в плазме крови – общего – до 2 ммоль/л (норма 2,2-2,75 ммоль/л) и ионизированного – до 1 ммоль/л (норма 1,0-1,15 ммоль/л);
- увеличение концентрации щелочной фосфатазы в сыворотке крови > 40 ед./л в единицах Боданского или Кинга – Армстронга, а также повышение значения щелочной фосфатазы в 1,5-2 раза по сравнению с верхним уровнем возрастной нормы при использовании автоматизированных анализаторов;
- диспротеинемия (гипоальбуминемия, гипер-α1- и α2-глобулинемия);
- снижение содержания в крови лимонной кислоты < 62 ммоль/л (норма 62 ммоль/л);
- компенсированный метаболический ацидоз с дефицитом оснований до 5-10 ммоль/л;
- снижение кальцидиола (25-ОН-D₃) ниже 40 нг/мл [норма 50-100 нмоль/л (20-40 нг/мл)];
- повышенное содержание ПТГ выше 90 пг/мл (норма 20-90 пг/мл);
- снижение кальцитриола (1,25-(ОН)₂-D₃) ниже 10-15 нг/мл (норма 50-125 нмоль/л (20-50 нг/мл));
- гиперфосфатурия до 0,5-1 мл/сут (норма 0,1-0,25 мл/сут);
- кальциурия выше 4,99 ммоль/сут (норма 0,25-4,99 ммоль/сут);
- гипераминоацидурия более 10 мг/кг/сутки (норма до 10 мг/кг/сутки).

Рентгенологическое исследование

В период разгара выявляют:

В местах наиболее интенсивного роста костей (особенно трубчатых) появляется остеопороз. Зона обызвествления из выпуклой становится горизонтальной, неровной, бахромчатой, расширяется метафиз и увеличивается щель между эпифизом и диафи-

зом. Эпифиз приобретает блюдцеобразную форму, так как периостальное окостенение нарушается меньше энхондрального. Зона предварительного обызвествления становится нечёткой.

Точки окостенения мелких костей запястья, ядра окостенения головок трубчатых костей появляются своевременно, но на рентгенограммах видны нечётко из-за остеопороза.

При рахите II и III степеней тяжести бывают поднадкостничные переломы по типу «зелёной веточки» – надломы коркового слоя с небольшим продольным смещением на вогнутой стороне искривлённой кости, появляются зоны перестройки Лоозера – зоны просветления шириной в несколько миллиметров (ложные переломы).

В период реконвалесценции на рентгенограмме в зоне роста костей появляются полосы окостенения, количество которых соответствует числу обострений.

Дифференциальная диагностика

Проводится с заболеваниями, клиническая картина которых напоминает рахитический процесс.

Врождённая ломкость костей, или несовершенный остеогенез (osteogenesis imperfecta). Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Изменения находят в 7-й хромосоме.

Osteogenesis imperfecta (тип Вролика) протекает тяжело. Дети рождаются с многочисленными переломами длинных трубчатых костей и рёбер, с внутриутробно образовавшимися костными мозолями. Дети могут травмироваться во время родов, после рождения переломы возникают при незначительном воздействии на кость – при пеленании, поворачивании младенца. В результате переломов конечности нередко кажутся короткими, со значительными деформациями, кожа над ними собирается в складки. Кости черепа мягкие, роднички и швы широкие. Эти дети, как правило, нежизнеспособны.

Osteogenesis imperfecta tarda (тип Лобштейна). При этой форме переломы появляются позже, наблюдаются в меньшей степени. Характерны триады симптомов – голубые склеры, жёлтые, иногда фиолетовые опалесцирующие зубы, глухота. Мышцы вялые, суставы расслабленные. При рентгенологическом исследовании обнаруживают места переломов, остеопороз, чёткие границы зон роста кости. Основные биохимические показатели в норме.

Первичная хондродистрофия (метафизарная дисплазия)

Врождённое заболевание, при котором нарушается рост трубчатых костей в длину, из-за отсутствия зоны разрастания хряща плоские кости формируются правильно. Больные дети имеют характерный вид с рождения: короткие, не соответствующее длине туловища конечности, большая, с выступающим лбом и вдавленной переносицей голова, короткая шея. Кисти рук в виде трезубца. Кожа на конечностях образует крупные складки. Отмечают большой живот, лордотическое искривление осанки.

При рентгенологическом исследовании отмечают утолщение коркового слоя кости при чётких границах зон роста, расширение метафизов трубчатых костей.

Уровни кальция, фосфора в крови и моче, метаболитов витамина D и активность щелочной фосфатазы в норме.

Гипотиреоз

Проявление заболевания связано с врождённым нарушением функции щитовидной железы. Дети низкорослые, с короткими конечностями. Лицо одутловатое, язык большой, высунут изо рта, слюнотечение. Кожа сухая, бледная, «мраморная». Пастозность подкожной клетчатки («слизистый отёк»). Мышечная гипотония. Живот большой, отмечается значительное отставание в психомоторном развитии.

На рентгенограммах обнаруживают чёткие зоны роста костей, замедленно появление точек окостенения.

Отмечают снижение концентраций T_3 и T_4 в сыворотке крови.

Регистрируют изменения ткани щитовидной железы, или её положение при УЗИ.

Гипофосфатазия – заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, ген которого картирован на 1-й хромосоме. Типичным признаком болезни является очень низкая активность щелочной фосфатазы в крови. Выделяют раннюю форму заболевания, которую можно обнаружить у плода при ультразвуковом исследовании или сразу после рождения младенца в виде уменьшения длины трубчатых костей, «изъеденности» их концов на рентгенограмме, выраженных нарушений ossификации всех частей скелета. В биохимическом анализе крови гиперкальциемия, что приводит к нефрокальцинозу, почечной недостаточности. Для поздней гипофосфатазии характерны различной формы искривления ног, низкорослость, но могут быть также разрежение

костей черепа, утрата постоянных или молочных зубов, переломы, боли в костях. На рентгенограммах типичные проявления, характерные для рахита. Нередко единственным отклонением от нормы может быть очень низкая активность щелочной фосфатазы.

Гиперфосфатазия – наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обычно проявляется в возрасте 2-3 лет. Клинически развиваются болезненные деформации конечностей, приводящие к нарушениям походки, переломам, появляется деформация грудной клетки (килевидная грудная клетка, разрушение рёбер), кифосколиоз, утолщение костей свода черепа. При этом заболевании происходит пролиферация остеоида под надкостницей, что вызывает её отслоение, деформацию и утолщение диафизов в сочетании с остеопенией. Рентгенологически структура кости неоднородна – плотные участки сочетаются с участками полностью деминерализованной кости. Концентрации кальция и фосфора в крови нормальные, а активность щелочной фосфатазы – высокая. В моче повышено количество лейцинаминопептидазы.

Наследственные рахитоподобные заболевания

Есть заболевания, при которых поражения костей очень похожи на рахит, но генез этих состояний совсем другой. Это так называемые рахитоподобные заболевания (витамин D-зависимый рахит, витамин D-резистентный рахит, болезнь де Тони – Дебре – Фанкони, почечный тубулярный ацидоз), объединённые в группу тубулопатий. Эти заболевания передаются по наследству, выявлены изменения в хромосомах. Основная причина нарушения образования активных метаболитов витамина D, реабсорбции фосфора и различных веществ в канальцах почек.

Сложные нарушения, которые происходят в организме в результате нарушенных процессов (гипофосфатемия, гиперфосфатурия, гиперхлоремический метаболический ацидоз, гипокальциемия) приводят к деминерализации костей и изменениям костной ткани.

Витамин D-зависимый рахит I и II типов. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Различие в типах заболевания заключается в том, что при I типе снижено образование кальцитриола ($1,25-(OH)_2-D$) в почечных канальцах, при II типе содержание почечного метаболита витамина D в сыворотке крови нормальное, но нарушена функция клеточных рецепторов к этому метаболиту. При первом типе ген локализован на 12-й хромосоме.

Первый тип витамин D-зависимого рахита (псевдовитамин D-дефицитный рахит, гипокальциемический витамин D-резистентный рахит). Клиническая картина очень сходна с классическим витамином D-дефицитным рахитом. Проявление заболевания с первых месяцев жизни (повышенная возбудимость, тремор, раздражительность, судороги). Младенцы вялые из-за мышечной слабости и более в костях. Костные изменения, как при классическом рахите – размягчение костей черепа, «рахитические чётки», «браслетки», «рахитические» деформации грудной клетки, варусная деформация нижних конечностей, гипоплазия зубной эмали.

В сыворотке крови выраженная гипокальциемия, повышено содержание паратиреоидного гормона, высокая активность щелочной фосфатазы, гипохлоремический метаболический ацидоз, гипонатриемия, содержание фосфора может быть в норме или несколько сниженным. В кишечнике нарушение всасывание кальция, после достаточного поступления витамина D в организм. С мочой снижено выделение кальция, повышено – аминокислот, цАМФ. На рентгенограммах костей изменения такие же, как при витамин D-дефицитном рахите. Прогноз хороший при своевременно начатом лечении.

Второй тип витамин D-зависимого рахита клинически очень похож на первый вариант, но у большинства детей преобладает тотальная альопеция и резко замедлен рост тела. Содержание кальцитриола в сыворотке крови в норме. При увеличении дозы витамина D в несколько раз (1-3 мг) для преодоления блока образования активного метаболита в почках кальцитриола ($1,25-(OH)_2-D$), происходит увеличение последнего в сыворотке крови в 2-3 раза выше нормы, но при этом сохраняются гипокальциемия и гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании костей преобладает остеопороз.

Наследственный фосфат-диабет (гипофосфатемический или витамин D-резистентный рахит, синдром Прадера), наследуется по доминантному типу (ген картирован на коротком плече X-хромосомы). Родители больных детей небольшого роста, с умеренной деформацией нижних конечностей, в анализе крови у них иногда выявляют гипофосфатемию натошак. Причина биохимического дефекта не определена, имеются нарушения реабсорбции фосфатов в почечных канальцах, и предпо-

лагают снижение активности превращения кальцитриола ($25-(OH)-D_3$) в кальцитриол ($1,25-(OH)_2-D_3$), поскольку, несмотря на выраженные фосфатурию и гипофосфатемию (обычно ниже 0,65 ммоль/л), уровень кальцитриола не повышается.

Клинически у этих детей преобладают варусные (О-образные) деформации нижних конечностей, появляются тогда, когда ребёнок начинает ходить, а первый признак заболевания – гипофосфатемия – можно выявить при случайном обследовании с первого месяца жизни. Дети со сниженным ростом, нормальным мышечным тонусом. В анализах крови нет гипокальциемии, рентгенологически нет гиперплазии остеоидной ткани. Уровень кальция в крови нормальный или слегка снижен. В дальнейшем дети низкорослы, приземисты, могут иметь довольно большую мышечную силу.

У девочек изменения со стороны костей менее выражены, может быть сагиттальный крaneoостенoз, деформация зубов без гипоплазии зубной эмали. В моче нет глюкозурии, калийурии, аминоацидурии. В биохимическом анализе крови уровень щелочной фосфатазы умеренно повышен, паратгормон в норме.

Нанизм с витамином D-резистентным рахитом (глюкозофосфатаминовый диабет, синдром де Тони – Дебре – Фанкони). Как наследственное заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу с различной степенью экспрессивности (некоторые авторы считают, что наследование имеет аутосомно-рецессивный характер). Встречается при других врождённых метаболических нарушениях: цистинозе, переносимости фруктозы, галактоземии, тирозинемии, гликогенoзe, синдроме Лоу (окулоцереброренальный синдром), болезнь Вильсона. Описаны приобретённые формы синдрома – отравления тетрациклином с истекшим сроком хранения, свинцом, ртутью, кадмием.

Клинические симптомы заболевания появляются у большинства детей во втором полугодии в виде – слабости, вялости, потери аппетита, периодической рвоты, длительного субфебрилитета, гипотрофии, задержки роста и умственного развития, мышечной гипотонии и артериальной гипотензии, гипорефлексии, жажды, полиурии, запорами, симптомами дегидратации, частыми инфекционными заболеваниями. Позднее на втором году жизни обнаруживают костные изменения: остеопороз, искривления трубчатых костей (вальгусная деформация нижних конечностей), переломы костей, кифоз, в последующие годы – поражение почек с развитием хронической почечной недостаточности.

В типичной форме проявляется как рахитоподобное заболевание в виде деформации костей скелета и симптомами недостаточности проксимальных канальцев (глюкозурия, аминоацидурия, фосфатурия, бикарбонатурия).

В крови обнаруживают гипофосфатемию, гипокалиемию, ацидоз, повышенную активность щелочной фосфатазы. В моче – гипераминоацидурия (аланин, аргинин и др.), фосфатурия, глюкозурия, натрийурия, калийурия.

Почечный тубулярный ацидоз I типа (ПКА I типа, дистальный ПКА, синдром Баттлера – Олбрайта) и почечный тубулярный ацидоз II типа (ПКА II типа, проксимальный ПКА, синдром Лайтвуда) тоже могут осложняться рахитическими изменениями костей.

Почечный тубулярный ацидоз I типа наследуют по аутосомному доминантному типу, и суть дефекта сводится к нарушению ацидогенетической функции почечных канальцев, при котором pH мочи не бывает ниже 6,8 и имеется пониженная экскреция ионов водорода и аммония, а реабсорбция бикарбонатов – нормальная. Заболевание начинается с раннего возраста с нарастанием клинических симптомов на 2-3-м годах жизни. Клинически на первом году жизни выявляют снижение аппетита, полиурию, полидиспсию, быструю утомляемость, отставание в физическом развитии. На втором году жизни появляются рахитоподобные изменения в костях (вальгусные искривления ног, лобные и теменные бугры, «чётки», «браслетки»), выраженная мышечная гипотония, нефрокальциноз и мочекаменная болезнь с сопутствующими пиелонефритом и интерстициальным нефритом. В моче щелочная реакция, повышенное выделение калия и кальция, фосфора. В биохимическом анализе крови – гипофосфатемия, постоянный дефицит оснований (ацидоз гиперхлоремический). Уровни кальцитриола и кальцитриола в крови нормальные. Дефекты минерализации кости связаны с гиперпаратиреозом, нарушением растворимости компонентов кости.

Почечный тубулярный ацидоз II типа возникает спорадически, болеют исключительно мальчики раннего возраста. Заболевание начинается с рвоты, анорексии, отставания в росте, периодических подъ-

ёмов температуры неясного генеза и других вышеперечисленных симптомов, как при ПКА I типа. При этом типе более выражена деформация костей (в основном поражены большеберцовые и бедренные кости).

В проксимальных канальцах нарушена реабсорбция бикарбонатов, но сохранена ацидогенетическая функция дистальных канальцев. Анализ мочи на pH бывает и ниже 6,5, но резко повышена экскреция бикарбонатов с мочой.

ПКА может быть вторичным как следствие гипервитаминоза D, иммунопатологических заболеваний почек, пиелонефрита, отравлений.

Профилактика

Подразделяют на антенатальную и постнатальную (неспецифическую и специфическую).

Антенатальная профилактика

Неспецифическая профилактика рахита проводится на всём протяжении беременности и заключается в соблюдении рационального питания, соблюдении режима дня, достаточном пребывании на свежем воздухе (не менее 2-4 часов). Питание беременной женщины должно быть разнообразным и включать продукты, богатые кальцием. В ежедневном рационе беременной должно присутствовать не менее 170 г мяса, 70 г рыбы, 50 г творога, 15 г сыра, 0,5 л молока или кисломолочных продуктов. Продукты должны содержать достаточное количество витаминов и микроэлементов.

Специфическую профилактику проводят всем беременным, особенно в третьем триместре беременности введением поливитаминных препаратов, содержащих 400-500 МЕ витамина D. Беременным из группы риска (нефропатия, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевание почек) необходимо с 32-й недели беременности дополнительно назначать витамин D3 (холекальциферол) в дозе до 1000 МЕ в течение 8 недель вне зависимости от времени года.

Постнатальная профилактика

Неспецифическая постнатальная профилактика начинается с первых дней жизни младенца организацией рационального питания (грудное молоко). Ежедневно лактирующая женщина должна получать мяса 170 г, рыбы 70 г, творога 50 г, сыра 15 г, молока или кисломолочных продуктов 0,6 л, овощей и фруктов 800 г. В случае перевода младенца на искусственное вскармливание необходимо использовать только адаптированные молочные смеси, содержащие витамин D и лактозу, которая усиливает всасывание кальция, эргокальциферола в кишечнике.

При введении прикормов необходимо своевременно вводить в рацион питания плодово-ягодные и овощные соки и пюре. Рекомендуется использовать в питании овощи с высоким содержанием кальция и фосфора: морковь, капусту белокочанную и краснокочанную, тыкву, кабачок, корень и зелень петрушки, шпинат, укроп. При введении зернового прикорма рекомендуют использовать тёмные каши: гречневую, овсяную, в последующем смешанные каши, а также веллинг промышленного производства, так как они обогащены витаминами и минералами, в том числе и витамином D. Рекомендуются младенцам, находящимся на естественном вскармливании, в качестве прикорма вводить адаптированные кисломолочные продукты, усиливающие пищеварение и усвоение пищевых веществ.

К профилактическим мероприятиям относятся прогулки на свежем воздухе (лицо ребёнка должно быть открытым), ежедневный массаж, гимнастика, закаливание.

Специфическая постнатальная профилактика рахита состоит в назначении младенцам витамина D. Доношенным, здоровым новорождённым младенцам рекомендуют назначать витамин D с 4-5-недельного возраста, независимо от вида вскармливания в дозе 400-500 МЕ в сутки. Проводится в осенне-зимне-весенний период на первом и втором годах жизни.

Младенцам из группы риска по развитию рахита (недоношенным, из двоен, с задержкой внутриутробного развития) назначают с 4-недельного возраста в дозе 1000 МЕ на один месяц, в последующем переходят на дозу 500 МЕ.

При I степени недоношенности витамин D назначается по 400-1000 МЕ ежедневно в течение 2 лет, исключая лето. При недоношенности II степени витамин D рекомендуется в дозе 1000-2000 МЕ ежедневно в течение года, исключая лето. На втором году жизни доза витамина D снижается до 400-1000 МЕ. Необходимо регулярно раз в неделю в первые месяцы жизни, затем один раз в месяц проводить пробу по Сулковичу (качественная реакция определения содержания кальция в моче) для исключения передозировки витамина D. Если проба положительна (на три креста), то необходимо отменить витамин D.

(Окончание следует.)

– Людмила Дмитриевна, из всего спектра адаптационных механизмов организма вы выбрали в качестве объекта изучения адаптацию к гипоксии. Почему?

– Начну с того, что адаптация к гипоксии – эволюционно сформировавшаяся реакция организма, направленная на поддержание жизнедеятельности в условиях дефицита кислорода как во внешней среде, так и в результате самых разных патологий, связанных с нарушением функции дыхательной, сердечно-сосудистой систем, а также транспортной функции крови. Во всех случаях в итоге происходит снижение доставки кислорода к тканям до уровня, недостаточного для поддержания функции, метаболизма и структуры клетки. Это определяет актуальность проблемы и её значение для медицины.

В настоящее время накоплен огромный банк данных о физиологических, биохимических и молекулярных механизмах гипоксии. Тем не менее сложная динамика этого процесса, вовлечённость в него широкого спектра функционально-метаболических систем, а также множественность лимитирующих участков объясняют причину того, что, несмотря на почти столетнюю историю исследований гипоксии, до настоящего дня остаются неясными многие её патогенетические аспекты и нерешёнными вопросы, связанные с антигипоксической защитой организма.

– Почему данное направление медицинской науки считается традиционно российским?

– Потому что уже на рубеже XIX и XX веков пионерами науки об адаптации к гипоксии были именно российские физиологи и патологи И.Сеченов, В.Пашутин, П.Альбицкий. Начиная с 30-х годов прошлого столетия, в СССР сформировалась очень сильная научная школа по адаптологии, возглавляемая академиками Н.Сиротининым, М.Миррахимовым, Н.Агаджаняном, профессором Ф.Меерсоном и другими. И вплоть до конца 1980-х годов исследования по разным аспектам повышения устойчивости организма к гипоксии велись в нашей стране очень активно.

Однако после 1991 г. эти исследования в большинстве своём были приостановлены, экспериментальные высокогорные базы закрыты. Научный поиск в данном направлении так и не возродился в былом объёме. Печально, потому что в то время мы были мировыми лидерами в области патофизиологии гипоксических состояний. К примеру, данные, представленные американскими физиологами – сотрудниками NASA – в 1997 г. на II конгрессе по адаптационной медицине в Бостоне, свидетельствовали о существенном их отставании в сравнении с исследованиями, которые тогда проводились в России.

– Между тем отечественная наука даже в тяжкие для неё времена показывает жизнестойкость. Например, изучение принципа молекулярных механизмов клеточного дыхания и открытие главной роли митохондрий в этом процессе – приоритет российской патофизиологии, более того, в последние десятилетия это приоритет вашей лаборатории. Значит, не всё так пессимистично с нашей наукой?

– Действительно, в области изучения молекулярных механизмов адаптации к гипоксии в условиях целого организма и роли

митохондрий в этом процессе мы были и остаёмся ведущими как в России, так и за рубежом. И это притом, что я принадлежу к тому поколению биологов, которые, окончивая университет в середине 50-х годов, в принципе ещё не знали, какова функция митохондрии в клетке. В США тогда уже были первые публикации на эту тему, но до нас они ещё не дошли.

В 60-х годах митохондриология стала очень популярным направ-

лением в советской биологии. А сегодня в России продолжают изучать роль митохондрий в развитии различных патологий лишь в очень ограниченном количестве научных лабораторий, и, пожалуй, только наш институт занимается митохондриальной патофизиологией и исследует роль сигнальной функции митохондрий в клетке и сопряжённых сигнальных систем при адаптации к гипоксии.

– Чем это интересно?

– Оказалось, что эта органелла – одна из движущих сил всей нашей эволюции, без неё не было бы развития аэробных организмов. Именно митохондриальная дыхательная цепь модулирует физиологическую реакцию организма на гипоксию, активирует огромное количество других сигнальных механизмов, вовлекающих в процесс адаптивные гены.

Нашей лаборатории впервые в мире удалось доказать определяющую роль митохондрий в механизме развития тканевой гипоксии и экспериментально показать, что в условиях дефицита кислорода адаптация клетки к низкому его содержанию происходит за счёт регуляторного репрограммирования работы дыхательной цепи. Поясню: при нарушении кислородного снабжения в митохондриях меняются пути окисления энергетических субстратов. Путь окисления пировата, который используется в условиях нормоксии и обе-

Авторитетное мнение

Адаптационная медицина глазами учёного

Несмотря на столетние исследования, вопросы антигипоксической защиты организма остаются нерешёнными

В последние годы в медицинской среде стало часто использоваться выражение «улучшение качества жизни». В сугубо научном смысле оно в значительной степени отражает способность организма адаптироваться к экстремальным условиям внешней среды, будь то смена человеком климатогеографической зоны и образа жизни или просто болезни.

В России в настоящее время лишь единицы научных институтов занимаются исследованиями адаптационных механизмов организма. Один из них – Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии РАН (НИИОПП). Здесь на протяжении нескольких десятков лет такие работы ведутся непрерывно, и результаты этих исследований воспринимаются мировой наукой с огромным интересом и уважением. Более того, именно по инициативе и на базе НИИОПП в 1990 г. было создано Международное общество по адаптационной медицине (ISAM – the International Society for Adaptive Medicine), первым президентом которого стал профессор Ф.Меерсон.

Самое активное участие в создании ISAM, а затем и в организации московского VIII Международного конгресса по адаптационной медицине, признанного лучшим научным событием в данной области, принимала заведующая лабораторией биоэнергетики и проблем гипоксии НИИОПП член-корреспондент РАН Людмила ЛУКЬЯНОВА. В 2006 г. она была избрана президентом The International Society for Adaptive Medicine, а позже – его пожизненным почётным президентом. С 2000 по 2015 г. профессор Л.Лукьянова возглавляла научный совет по проблемам гипоксии при РАМН.

О современных проблемах адаптации к гипоксии и поисках сигнальных молекулярных механизмов, вовлекаемых в этот процесс, – интервью учёного «Медицинской газете».

энергии в условиях дефицита кислорода. Предполагается, что на уровне целого организма это проявляется в виде известного спортсменам эффекта «второго дыхания», которое открывается у человека во время бега. В основе «второго дыхания» лежит именно описанный выше молекулярный механизм. Благодаря ему при гипоксии предупреждаются или ослабляются нарушения жизненно важных функций организма, увеличивается его резистентность к дефициту кислорода.

– Пожалуй, самый главный вопрос: как можно использовать полученные вами фундаментальные знания в медицинской практике?

– Думаю, каждый врач знает, что связывать гипоксию лишь с двумя органами – сердцем и головным мозгом – нельзя. Коль скоро клетки всех органов и тканей, кроме эритроцитов, имеют митохондрии, то страдать от гипоксии могут и почки, и кишечник и т.д. Но именно мозг считается главной мишенью гипоксии, он наиболее нуждается в кислороде и больше других органов его потребляет.

Как уже сказано, при гипоксии происходит активация сукцинатоксидазного окисления, запускается процесс срочной адаптации энергетического аппарата клетки, в значительной степени определяющий мобилизацию других регуляторных сигнальных систем и влияющий

на адаптацию организма в целом. Это позволяет не только считать сукцинат маркером гипоксии, но и использовать его как лекарство для усиления процесса адаптации. В первые же минуты возникновения кислородного дефицита содержание сукцината в крови и тканях возрастает на порядок и обеспечивает необходимую в этот период перестройку работы дыхательной цепи. А сукцинат, введённый в организм извне, ускоряет этот процесс.

тренировки и дыхания газовыми смесями при нормальном атмосферном давлении стала использоваться в медицинской практике ещё в предвоенные годы. В послевоенное время гипоксические барокамерные тренировки в режиме ступенчатой адаптации широко применялись для лечения больных бронхиальной астмой, анемией, инсулинозависимыми формами сахарного диабета, шизофренией, патологиями сердечно-со-



Вот почему при разных кислороддефицитных состояниях, в том числе и при инсультах, важно как можно раньше начать сукцинатную терапию, чтобы предупредить или ослабить нарушения жизненно важных функций организма, увеличить его резистентность к дефициту кислорода. Так фундаментальные исследования позволили решить ряд задач медицинской биотехнологии.

– Ваша лаборатория разрабатывает «стратегию терапевтической и профилактической оптимизации адаптивных механизмов к кислороддефицитным состояниям». Что за этим трудным названием?

– Благодаря классическим работам патофизиологов-адаптологов мы хорошо знаем, что гипоксия – это не только повреждающий фактор, она может быть использована и в качестве терапевтического средства. Я имею в виду гипокситерапию, идеология которой, между прочим, родилась в нашей стране. Тренировки в условиях мягкой, неповреждающей гипоксии – походы в горах, курсы терапии в барокамере в определённом режиме – способствуют снижению чувствительности организма к повреждающему эффекту дефицита кислорода. Всё это минимизирует риск развития инсульта, инфаркта миокарда и других ишемических состояний.

Адаптация к недостатку кислорода с помощью барокамерной

судистой системы, а также для повышения работоспособности и резистентности к неблагоприятным условиям спортсменов, лётчиков и т.д. До 1990-х годов лечение в барокамере проводилось едва ли не в каждом советском стационаре, но сегодня гипокситерапия применяется в клиниках значительно реже.

С недавних пор интерес медицинской науки к применению гипоксии в качестве терапевтического фактора вновь оживился. В то же время сама проблематика научного поиска изменилась: сейчас актуально изучение молекулярных механизмов адаптации к гипоксии. В связи с этим перед нашей лабораторией стоит несколько задач, начиная с поиска триггерных молекулярных мишеней гипоксии на разных её стадиях до разработки с помощью этих данных принципов научно-обоснованного регулирования срочных и долгосрочных молекулярных механизмов адаптации к кислороддефицитным состояниям.

Так, например, в течение последних 2 лет мы изучали совершенно новый для науки вопрос о вовлечении в адаптационные процессы ранее неизвестного регуляторного механизма – сукцинатного рецептора GPR91, а также принципы его действия. Эти исследования являются приоритетными не только в России, но и в мире.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проекты

На пути к единой стратегии

Ведение ревматологических пациентов должно быть стандартизировано

В Ярославле состоялся I профессорский форум «Вопросы преподавания ревматологии в XXI веке». В рамках мероприятия прошли пленум правления общероссийской Ассоциации ревматологов России (АРР) и заседание высшего совета Евразийской лиги ревматологов. Аудиторию брифинга составило более ста отечественных ревматологов и терапевтов, а также представители данных клинических направлений из стран ближнего зарубежья.

Ни для кого не секрет, что повышение квалификации врачей на постоянной основе – залог эффективного развития клинической медицины. Данный принцип повсеместно взят за основу международными и национальными организациями ревматологов. При этом забота об общем повышении квалификации специалистов предполагает особое внимание к формированию необходимого объёма знаний у врачей первичного звена, занятых общей практикой, в том числе и в области ревматологии – таков главный тренд отраслевой концепции на современном этапе.

По оценке президента АРР, главного ревматолога Минздрава России, академика РАН Евгения Насонова, Министерство здравоохранения и Министерство образования и науки РФ уделяют большое внимание последипломному образованию врачей в свете концепции «образование через всю жизнь».

«Вызовы нынешнего века ставят по-новому посмотреть на систему преподавания основ-



Евгений Насонов

ных понятий ревматологии на фоне множества существующих разновидностей основных ревматических заболеваний, – отметил Е.Насонов. – Это и ревматоидный артрит, и системные заболевания соединительной ткани, а также дегенеративные заболевания суставов и позвоночника, спондилоартриты, микрористаллические артриты и др. Особую роль в ведении ревматологических пациентов играет своевременная диагностика. И здесь всё

зависит от мастерства конкретного практического врача, его наблюдательности, умения не упускать самые, казалось бы, незначительные признаки того или иного заболевания по нашему профилю, различая и воспалительные, и дегенеративные симптомы. Вне всякого сомнения, наряду с основами остальных направлений внутренней медицины современные терапевты должны знать азы ревматологии».

Между тем, как подчеркнул главный отечественный ревматолог, всё более значимую роль приобретает проведение ранней диагностики ревматических заболеваний, рациональное применение лекарственных препаратов. В течение последнего десятилетия, наряду с традиционными методами очного обучения под эгидой АРР активно используются дистанционные лекции с использованием телемедицины, которые, несмотря на очевидную пользу для практических докторов, необходимо стандартизировать и систематизировать.

«Пока у нас нет единого представления о том, какие вопросы являются наиболее важными, – посетовал Е.Насонов. – Речь идёт о разработке стандартов

преподавания клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики и проблем фармакотерапии».

В обсуждении злободневной темы наряду с ведущими экспертами приняли участие российские терапевты и ревматологи из разных регионов страны – Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Саратова, Иркутска, Хабаровска, Петрозаводска, Кемерово, Ярославля.

В центре внимания оказались ключевые вопросы преподавания ревматологии для студентов-медиков на клинических терапевтических кафедрах медицинских вузов, а также для уже опытных докторов на кафедрах ревматологии на факультетах повышения квалификации врачей. Специалисты договорились о совместных шагах по выработке единой унифицированной стратегии и тактике преподавания ревматологии в нашей стране. При этом особый интерес вызвал международный опыт преподавания вопросов ревматологии, которым поделились ведущие специалисты Евразийской лиги ревматологов.

Дискуссия не обошла стороной и проблемы фармакотерапии ревматических заболеваний:

применение нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов, базисной противовоспалительной терапии, генно-инженерных биологических препаратов и таргетных синтетических препаратов, воздействующих на внутриклеточные сигнальные пути.

Многочисленные дискуссии об актуальных проблемах ревматологии на современном этапе, по мнению участников форума, предназначены, главным образом, для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам, страдающим ревматическими заболеваниями. Также форум позволил высококвалифицированным кадрам из регионов России обменяться опытом со специалистами, работающими на федеральном уровне.

В заключение мероприятия был подписан договор об учреждении Евразийской лиги ревматологов. Подписи под ним поставили президенты профессиональных организаций ревматологов России, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Грузии, Киргизии и Молдавии.

Валентин СТАРОСТИН.

Ярославль.

Веки

Ежегодно в 120 странах мира по инициативе Международного бюро по эпилепсии (IBE) и Международной противоэпилептической лиги (ILAE) отмечается Международный день эпилепсии. Его цветом выбран фиолетовый, а символом – морской конёк Кэмпби, поскольку латинское название конька – *Hippocampus* ассоциируется с тем отделом головного мозга, нарушения в работе которого могут приводить к возникновению эпилептических приступов.

Так совпало, что темой нынешнего дня стала именно детская эпилепсия. По данным ВОЗ, от этого заболевания в разных регионах планеты страдают более 50 млн человек; ежегодно диагностируется примерно 2,4 млн новых случаев.

В России эпилепсией каждый год заболевают 54 тыс. человек. Согласно эпидемиологическим исследованиям, показатель распространённости эпилепсии в РФ составил 3,4 на 1 тыс. населения, что сопоставимо с результатами исследований среди взрослого населения других Европейских стран. В среднем в России официальные показатели заболеваемости эпилепсией составляют 0,2%, а в Москве – 0,1%.

По словам заведующей кафедрой нервных болезней Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, главного детского специалиста-невролога Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Валентины Гузевой, точной статистики заболеваемости детей эпилепсией в России нет. Считается, что это

Морской конёк поможет детям и взрослым

Об этом напоминает «Фиолетовый день»

от 0,8 до 1% всего населения. Если учесть, что в стране 26,5 млн детей, то примерно 260 тыс. из них страдают эпилепсией.

– Генетически обусловленная эпилепсия представляет собой сравнительно небольшой сегмент в причинах заболевания, – говорит руководитель отдела психоневрологии и эпилептологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Елена Белоусова. – Главными причинами являются повреждения мозга вследствие травмы или нехватка кислорода (асфиксия новорождённых).

Одной из них медики называют также вирус герпеса 6-го типа: среди имеющих его детей каждый четвёртый подвержен судорожным приступам. Однако последние не всегда являются проявлением эпилепсии. Зачастую такие явления проходят с возрастом.

– Единичный приступ ещё не говорит об эпилепсии, во всём мире до 10% людей переживали в течение жизни что-то подобное хотя бы раз, – поясняет Е.Белоусова. – Определение эпилепсии применимо в случае

двух или более неспровоцированных приступов. А диагностировать заболевание возможно только с помощью электроэнцефалограммы, то есть записи биотоков головного мозга.

Следует отметить, что в России эпилепсией занимаются преимущественно неврологи, в других странах мира разные врачи могут вести это заболевание, даже врачи общей практики. Что, по мнению отечественных специалистов, «не есть хорошо», поскольку диагностика требует большого объёма специальных знаний. Поэтому, по словам Е.Белоусовой, картина в России лучше, чем, например, в Великобритании.

– За последние 20 лет у нас создана система помощи таким детям, – рассказывает она. – Есть признанные специалисты-эпилептологи (хотя такой специальности в перечне Минздрава и нет). Кроме того, большим подспорьем стали принятые в прошлом году федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с эпилепсией, определившие алгоритм поведения врача.

Целью лечения эпилепсии является предотвращение раз-

вития приступов (припадков) благодаря применению противоэпилептических препаратов (ПЭП) с обеспечением постоянной адекватной их концентрации в крови. Терапия является длительной и отменяется только после того, как со времени прекращения припадков проходит не менее 2 лет.

– Это заболевание известно с древних времён. Чем только не пытались его лечить! Сейчас в арсенале врачей есть препараты, эффективность которых доказана во время двойных слепых клинических исследований, – говорит В.Гузева.

Однако даже суперсовременные лекарства помогают не всем. На сегодняшний день 30% пациентов резистентны к любому лечению.

Но среди тех, у кого терапия может дать значительный эффект, 60% не комплаентны к назначениям врача. Между тем синдром внезапной смерти у таких пациентов в 10 раз выше, чем у тех, кто привержен терапии.

Однако эпилепсия – не только медицинская, но и большая социально значимая проблема.

Более 75% больных в мире не получают адекватного лечения. При этом эпилепсия – одно из немногих хронических заболеваний, при котором достижение

ремиссии возможно в 60-75% случаев.

На протяжении столетий эпилепсия была окружена страхом, непониманием, дискриминацией и социальной стигматизацией. Отсутствие должной осведомлённости о болезни сохраняется и поныне, что не может не влиять на качество жизни людей, страдающих этим расстройством. Известно, что большинство больных стараются скрыть от окружающих данный диагноз.

Это неудивительно: до сих пор в законодательстве многих стран отражается вековое непонимание эпилепсии. В частности, в некоторых государствах даже тем, у кого эпилепсия хорошо контролируема, не разрешено водить машину и выбирать определённые профессии без достаточных на то причин.

В развитых странах люди с ремиссией эпилепсии обычно могут работать в качестве преподавателей и актёров, а также в сфере здравоохранения. В России же этот диагноз является абсолютным противопоказанием для работы в данных областях, и это серьёзный повод для размышления и принятия кардинальных решений.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Крылатая фраза «Чтобы лечиться, надо иметь хорошее здоровье» сегодня приобретает особую актуальность. В клинической практике нередко случаи, когда одному пациенту одновременно назначается 5-10 и более лекарственных препаратов, без учёта их совместимости и возможных взаимодействий. О том, что такое полипрагмазия (ПП) и как с ней бороться, наш разговор с заведующим кафедрой клинической фармакологии и терапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, доктором медицинских наук, членом-корреспондентом РАН Дмитрием СЫЧЁВЫМ.



Проблемы и решения

— Дмитрий Алексеевич, что включает в себя термин «полипрагмазия»?

— Прежде всего необходимо отметить, что такая лингвистическая конструкция (в переводе с греч. poly – много + pragma – предмет, вещь) встречается только в России и странах постсоветского пространства. За рубежом это явление имеет более ёмкое название – «полифармация» (poly – много + pharmasu – лекарство).

Ситуация осложняется тем, что в настоящее время отсутствует консенсус в понимании ПП. Если обратиться к словарям, российским и зарубежным, под ПП понимается одновременное назначение большого количества лекарств, но это не совсем так. Например, в медицинском словаре Дорланда, ПП – это необоснованное, избыточное назначение и применение лекарств, что более соответствует действительности.

При этом в некоторых нормативных документах (приказах Минздрава) под ПП понимается назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов (ЛП). Однако известно, что это явление может возникнуть и при назначении одного препарата, если он применяется необоснованно: не по показаниям, или без учёта противопоказаний, с нарушением инструкции, клинических рекомендаций и т.д.

— Откуда взялась эта цифра 5?

— Прежде всего, на основании эпидемиологических исследований, в которых оценивалась взаимосвязь между количеством назначаемых ЛП различных терапевтических групп и риском развития нежелательных побочных реакций (НПР). То есть чем больше лекарств получает пациент вне зависимости от их лекарственной формы или пути введения (это могут быть таблетки, ампулы, суппозитории или даже свечи, капли), тем выше риск развития НПР. После цифры «5» этот риск резко увеличивается.

Соответственно, когда говорят о ПП, то, как правило, со знаком «минус». Хотя есть и так называемая вынужденная ПП, которая в основном связана с полиморбидностью, когда пациент одновременно страдает несколькими заболеваниями и вынужден принимать большое число лекарств, и все эти врачебные назначения оправданы. Особенно это явление характерно для людей старшего возраста.

— В чём заключается основная опасность избыточного употребления лекарств?

— В развитии НПР и неэффективности лечения, что обусловлено межлекарственными взаимодействиями, как фармакокинетическими, так и фармакодинамическими. При этом у многих врачей и тем более пациентов существует представление, что лекарственное взаимодействие происходит по схеме «1 + 1».

На самом деле это далеко не так. Таких взаимодействий может быть целая цепочка: 1+1+1+1 и т.д. Проиллюстрирую это случаем из реальной клинической практики. Пациенту по поводу фибрилляции предсердий был назначен один из новых оральных антикоагулянтов (НОАК). Одновременно по поводу сердечной недостаточности он получал терапию ингибитором АПФ и антагонистом альдостерона в высокой дозе. В результате такой лекарственной комбинации у больного ухудшилась функция почек, повысился уровень креатинина, что, в свою очередь, привело к кумуляции НОАК и, как следствие, развитию желудочно-кишечного кровотечения из дивертикула, о существовании которого пациент даже не знал. Была экстренно проведена остановка кровотечения и коррекция терапии, состояние пациента стабилизировалось.

Основная сложность заключается в том, что пациент с полиморбидностью одновременно лечится у нескольких специалистов, которые не согласовывают свои назначения. И когда все они «складываются» без учёта возможности межлекарственного взаимодействия, нередко возникают подобные негативные ситуации.

— Тема междисциплинарного взаимодействия сегодня на слуху. Как, по вашему мнению, можно решить эту сложную проблему?

— В первую очередь надо повышать образовательный уровень врачей, включать в образовательные программы междисциплинарные циклы, в которых детально рассматриваются вопросы лекарственных взаимодействий, с тем, чтобы специалисты могли применять эти знания при принятии решений о назначении того или иного препарата. В частности, в нашей академии разработана и реализуется образовательная программа повышения квалификации «Полипрагмазия в медицинской организации – проблема и решения», ориентированная на врачей самых разных специальностей и организаторов здравоохранения. То есть инструменты борьбы с ПП имеются, основная проблема – внедрение их в практику здравоохранения.

В каждой инструкции по медицинскому применению ЛП есть раздел «взаимодействия». Конечно, запомнить всю эту информацию невозможно, и

здесь на помощь могут прийти не только образовательные программы, но и информационные технологии. В частности, специальные компьютерные программы (т.н. системы поддержки принятия решений). Они могут «встраиваться» в медицинскую информационную систему, к примеру, в электронную историю болезни или электронный лист назначений. При этом, когда врач выписывает новый ЛП, система автоматически проверяет его возможное взаимодействие с уже назначенными лекарствами и выдаёт соответствующее предупреждение для врача. Конечно, подобные системы не могут за-

предсердий. Всё это «стартовые» критерии.

Кроме этих критериев разработан, к примеру, список препаратов, который повышает у пожилых пациентов риск падений, причём они разделены по уровню доказательности на светофорную систему: красный, жёлтый, зелёный. В основном это лекарства, которые вызывают седацию, гипотонию и в некоторых случаях гипогликемию.

Подобные документы создаются для того, чтобы врач мог проводить аудит истории болезни пациента и «выживать» эти реперные точки. Однако включение препарата в «списки» вовсе не

с антихолинергическими эффектами оказывают влияние на все жизненно важные органы: со стороны мочевыводящей системы – задержка мочи, рецидивирующая мочевиная инфекция; в отношении ЖКТ – замедление перистальтики, запоры; для сердечно-сосудистой системы – увеличение ЧСС, провокация ишемии миокарда; ЦНС – прогрессирование когнитивных нарушений, в том числе провокация падений. Шкала способствует выявлению пациентов с высоким риском развития означенных антихолинергических эффектов и помогает корректировать фармакотерапию, что позволяет снизить риски ослож-

Лекарственный удар

О полипрагмазии, полиморбидности и особенностях современной фармакотерапии

означает, что его нужно автоматически вычёркивать из листа назначений. Как вариант – провести замену, назначив лекарство, которое обладает менее выраженными побочными эффектами.

— В чём практическая польза подобного подхода?

— Сегодня имеются исследования, в ходе которых было показано, что применение данных инструментов сопряжено с улучшением прогноза в отношении пожилых пациентов, снижению риска НПР. И в некоторых случаях снижением смертности. В частности, по данным израильских учёных, при аудировании листов назначений по определённому алгоритму у пациентов старше 80 лет в течение года удалось снизить смертность в данной когорте в 2 раза. И это только убрав ненужные препараты.

— Какие ещё механизмы могут помочь гериатру или терапевту в оптимизации лечения больных?

— В клинической гериатрической практике используется Индекс рациональности применения ЛС (Medication Appropriateness Index – MAI) – стандартизированный показатель, позволяющий оценить соответствие элементов фармакотерапии целям лечения, а также риск взаимодействия ЛС и возникновения НПР. Он достаточно прост в применении – в опросник включено 10 вопросов, предназначенных для анализа рациональности медикаментозной терапии. Ответы оцениваются по балльной системе: чем больше баллов набирает каждое назначение, тем более рационально используемое лекарство.

Ещё один механизм – шкала антихолинергического бремени, разработанная для пациентов старше 65 лет. Многие часто применяемые ЛП имеют антихолинергическую активность, которая проявляется системными НПР с периферическими и центральными эффектами, негативно влияющими на организм пациента. Всё это приводит к соответствующим клиническим последствиям. К примеру, одной из нежелательных реакций на приём антигистаминных ЛП 1-го поколения, таких как димедрол, является сухость во рту. Для пожилого пациента это создаёт массу сопутствующих проблем (сложности с зубными протезами, говорением, глотанием таблеток и т.д.). Системные НПР антихолинергических препаратов и ЛС

и повысить качество жизни пожилых пациентов.

Некоторые из перечисленных методов могут быть автоматизированы в медицинскую информационную систему, для того чтобы автоматически проводить их скрининг и предупреждать врачей об имеющихся рисках в отношении терапии.

— А для других категорий пациентов есть что-то подобное? Например, в педиатрической практике?

— К сожалению, аналогичных механизмов, которые были бы валидизированы и имели широкую доказательную базу, в педиатрии на сегодняшний день не имеется.

— Всё, о чём вы рассказали, замечательно, но пока слабо применимо в российской практике. Как мотивировать рядового врача из районной поликлиники использовать такие подходы в своей работе?

— Это сложный вопрос, но на него есть ответ. Обратимся снова к опыту западных коллег. Так, в Великобритании некоторые лекарственные комбинации (сам факт их назначения пациенту) являются одним из критериев некачественного оказания медицинской помощи с соответствующими последствиями, прежде всего финансовыми, для врача и учреждения.

К примеру, если врач назначает антикоагулянт в сочетании с НПВС, при этом не обосновывает своего решения (другие обезболивающие не помогают, индивидуальная непереносимость и т.д.), соответственно – это критерий некачественной медицинской помощи. Кстати, для подобной оценки в Великобритании довольно часто применяются именно STOPP/START-критерии.

Ещё раз повторюсь – надо повышать уровень знаний практикующих врачей, мотивировать их на обучение на циклах повышения квалификации, участие в различных профильных конференциях, симпозиумах. Работать со студентами медицинских вузов, прививать навыки борьбы с ПП с помощью современных инструментов коррекции фармакотерапии.

Одно из таких образовательных мероприятий – олимпиада по клинической фармакологии, которая уже несколько лет подряд проводится под руководством главного клинического фармаколога Минздрава России академика РАН Владимира Петрова. То есть на разных фронтах вода ка-

мень точит, и популяризация этих знаний идёт достаточно активно.

– По вашим ощущениям, когда эта система в полной мере работает в России?

– Это произойдёт постепенно. Например, многие клинические фармакологи уже используют такие подходы в своей работе. В последствии, когда будут разработаны компьютеризированные системы поддержки принятия решений, адаптированные к российской действительности, они станут большим подспорьем широкому кругу медицинских специалистов.

– А кто должен координировать эту работу?

– В стационаре – клинический фармаколог. Но в целом это мультидисциплинарная проблема, вопросы ПП должны быть включены в клинические рекомендации различных врачебных ассоциаций. Соответствующая идея была инициирована президентом Национальной медицинской палаты профессором Леонидом Рошалем. В частности, речь идёт о создании междисциплинарного и формулярного комитетов, которые могли бы выступить координаторами разработки клинических рекомендаций в плане оптимизации информации о лекарственной терапии, учёта, в том числе межлекарственных взаимодействий у пациентов с мультиморбидностью и т.д. Обозначив наиболее частые опасные лекарственные взаимодействия и комбинации.

– У нас за кадром осталась такая тема, как самолечение. И здесь на первый план выходит не врач, а провизор. Ведь именно он рекомендует посетителю аптеки тот или иной препарат.

– За рубежом некоторые вопросы межлекарственных взаимодействий отданы на откуп фармацевтам. В некоторых европейских странах созданы межаптечные базы пациентов, в которых заложена вся информация о лекарственных врачебных назначениях.

В европейских аптеках вы не найдёте открытой выкладки ЛП, в свободном доступе присутствуют только товары парафармацевтики. Лекарства продаются строго по рецепту врача. Фармацевт вводит название препарата, и система автоматически проверяет его на межлекарственные взаимодействия. Если врач по каким-то причинам не учёл опасную лекарственную комбинацию, то фармацевт вправе отказать в выдаче такого препарата и порекомендовать пациенту обратиться в лечебное учреждение за повторной консультацией в плане коррекции терапии.

Существуют и общие медицинские информационные системы, к примеру, в Швеции. В них содержится вся информация о пациенте: у какого специалиста он наблюдается, какой имеет диагноз, какие лекарства ему были назначены. При этом система автоматически отслеживает опасные лекарственные комбинации с использованием перечисленных выше методов. Как показывает опыт, это позволяет значительно снизить ПП и оптимизировать терапию.

Есть такая цифра, которая вас, наверное, удивит. Как вы думаете, насколько часто во врачебных назначениях встречаются так называемые дубликаты – ЛП с разными торговыми названиями, содержащими одно и тоже действующее вещество, либо ЛП в пределах одной фармакологической группы?

– Честно говоря, затрудняюсь ответить...

– Согласно валидизированным данным – 10%. В России эта

цифра также воспроизводится. В итоге – суммация дозировок, увеличение риска развития НПР. Медицинские информационные системы помогают полностью исключить эти опасные ошибки. Аналогично в некоторых системах заложены максимальные и минимальные дозировки ЛП. И в данном случае врач физически не сможет назначить дозу препарата больше той, которая рекомендована в инструкции.

– С лекарствами разобрались, а вот как быть с биологически активными добавками?

– Это отдельная тема, БАДы не являются лекарствами и не должны позиционироваться подобным образом при лечении тех или иных заболеваний. Вместе с тем компоненты, входящие в состав некоторых из них, чаще всего растительные, приводят к снижению эффективности некоторых синтетических ЛП.

– Самый известный пример – добавки, содержащие траву зверобоя...

– Зверобой – самое популярное и продаваемое растительное сырьё, которое используется в изготовлении как фитопрепаратов, так и БАДов. В его составе содержатся соединения гиперфорин и гиперацин, которые повышают активность цитохрома CYP450 в печени, что способствует ускорению метаболизма ряда антигипертензивных противовоспалительных, антигистаминных ЛП и статинов.

Другие растения также могут вмешиваться в процесс метаболизма, и это описано. Например, препараты на основе клюквы при сочетанном назначении с варфарином могут повышать риск кровотечений. Такие взаимодействия меньше известны врачам, и эти данные содержатся не во всех информационных базах по межлекарственному взаимодействию ЛП.

К сожалению, в обществе сохраняется лёгкое отношение к БАДам. В моей врачебной практике был пациент, который по показаниям получал антикоагулянт кумаринового ряда. Супруга посоветовала ему не увлекаться «химией», а перейти на растительные средства и принесла ему в больницу БАД, который позиционируется как «очищающий от шлаков и токсинов». В результате МНО – основной показатель действия антикоагулянта – вышел на жизнеугрожающий уровень. К счастью, вовремя спохватились, исключили БАД, скорректировали дозировку ЛП и провели воспитательную беседу с супругой.

– Подводя итог беседе, получается, что слова нашего известного отечественного клинического фармаколога и терапевта Бориса Евгеньевича Вотчала: «Поменьше лекарств, только то, что совершенно необходимо больному» не теряют своей актуальности и в наши дни?

– Однозначно. В нашей академии очень трепетно хранят память об этом выдающемся учёном, терапевте, клиницисте, заложившем основы клинической фармакологии в стране. С гордостью могу сказать, что Б.Вотчал создал и долгие годы возглавлял кафедру, которой я имею честь сегодня руководить. Так что закончить нашу беседу хочу тоже его словами: «Шаблон нужен в двух случаях: когда некогда думать и когда нечем думать. И не потому, что высшая нервная деятельность недостаточно высока, а потому что у врача недостаточно информации, чтобы грамотно ею распорядиться».

Беседу вела
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Слово о болезни

По принципу корреляции

Особенности лечения скелетной травмы у ВИЧ-инфицированных пациентов

Согласно оценкам ВОЗ, к началу 2012 г. численность ВИЧ-инфицированных лиц в мире составила более 0,5% от общего населения планеты. По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом на территории Российской Федерации почти 800 тыс. человек инфицированы ВИЧ. Пациенты с последствиями переломов костей конечностей составляют вторую по численности группу среди лиц, временно утративших трудоспособность по причине заболеваний, и занимают третье место среди причин инвалидности и смертности.

От теории – к практике

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что число пострадавших с переломами костей конечностей на фоне сопутствующей ВИЧ-инфекции с каждым годом продолжает расти. Однако до сих пор не разработан системный подход в тактике обследования, лечения и реабилитации данной группы пациентов, что создаёт дополнительные трудности для практических врачей при выборе метода лечения. Отношение к данной проблеме во врачебном сообществе неоднозначное. С одной стороны – недостаточные знания особенностей патогенеза ВИЧ-инфекции часто обуславливают отказ от операции в пользу консервативного лечения, что приводит к нарушению процессов сращения переломов, неполному восстановлению функции повреждённых конечностей и инвалидизации.

Пониженная сопротивляемость инфекциям у ВИЧ-инфицированных пациентов, асоциальный образ жизни (нарушение гигиены и пищевого режима) обуславливают риск развития послеоперационных осложнений. Последние нередко приводят к развитию нагноения, сепсиса, что требует повторных операций, увеличивают сроки и стоимость лечения, а в отдельных случаях приводят к летальным исходам.

С другой стороны – воздействие белков вируса иммунодефицита на костную ткань и минеральный обмен, нарушение регуляции остеогенеза В-клетками иммунной системы, побочные эффекты антиретровирусной терапии (большинство основных препаратов, входящих в состав антиретровирусной терапии, вызывают развитие и прогрессирование остеопороза) приводят к значительно большей частоте переломов костей конечностей, чем у неинфицированных пациентов, что во многом обуславливает увеличение количества хирургических операций у этой категории пациентов. Однако следует учитывать, что иммуносупрессия увеличивает риск развития осложнений со стороны послеоперационной раны.

По стадиям

Важнейшим вопросом в тактике лечения травматологических больных с ВИЧ-инфекцией является оптимальный выбор

метода хирургического пособия в зависимости от стадийности ВИЧ-инфекции у конкретного пациента. Нами в практической деятельности для оценки клинической стадии заболевания применяется классификация, принятая в Российской Федерации.

Стадия 1 – инкубации. Продолжительность её обычно составляет от 3 недель до 3 месяцев, но в единичных случаях может затягиваться до 1 года.

Стадия 2 – первичных проявлений. Характеризуется значительным снижением уровня CD4-лимфоцитов, появляются вторичные заболевания. Имеет несколько вариантов течения:

2А – бессимптомная,
2Б – острая инфекция без вторичных заболеваний,
2В – острая инфекция с вторичными заболеваниями.

Стадия 3 – субклиническая. На этой стадии происходит медленное нарастание иммунодефицита, длительность её продолжается от 2 до 20 и более лет. Скорость снижения уровня CD4-лимфоцитов 50-70 x 10⁶/л в год.

Стадия 4 – вторичных заболеваний. На этой стадии развиваются инфекционные и онкологические вторичные заболевания. **Стадия 4А** наступает через 6-10 лет от момента заражения и проявляется бактериальными, грибковыми и вирусными поражениями слизистых оболочек и кожных покровов, воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Уровень CD4-лимфоцитов 500-350 x 10⁶/л.

Стадия 4Б формируется через 7-10 лет от момента заражения и характеризуется поражениями внутренних органов. У пациентов часто наблюдается потеря веса, лихорадка, локализованная саркома Капоши, поражение периферической нервной системы. Количество CD4-лимфоцитов уменьшается до 350-200 x 10⁶/л. До развития стадии 4В проходит 10-12 лет от момента заражения. На этой стадии у больного развиваются угрожающие для жизни вторичные заболевания, в том числе поражение центральной нервной системы. Количество CD4-лимфоцитов менее 200 x 10⁶/л.

Стадия 5 – «терминальная», проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. Даже адекватно проводимая антиретровирусная терапия и лечение вторичных заболеваний оказываются неэффективными. Больной погибает в течение нескольких месяцев. Уровень CD4-клеток, как правило, снижается до 50 x 10⁶/л и меньше.

Классификация – залог успеха

Для выработки адекватной тактики лечения важнейшим является распределение пострадавших по подгруппам в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции: 1-3-я стадии выявляются у 80%, а 4-я и 5-я стадии – у 20% пациентов. Данное деление приято в связи принципиальными различиями между ВИЧ-инфицированными пациентами 1-3-й и 4-5-й стадий. У пациентов с 4-5-й стадиями ВИЧ-инфицирования

значительно чаще развиваются и обостряются оппортунистические заболевания, защитные системы организма ослаблены многолетним воздействием вируса, антиретровирусной терапией, зачастую приёмом наркотических препаратов. В этих стадиях хирургическое лечение переломов конечностей представляется весьма проблематичным. И именно в этой стадии наиболее широко, в противовес хирургическим, применяются консервативные методики лечения.

Состояние иммунной системы у пострадавших с 1-3-й стадиями ВИЧ-инфицирования принципиально меняет подход к характеру лечения в пользу хирургического. Основными моментами последнего являются по возможности срочность, малотравматичность, стабильность и малая инвазивность.

В 1-3-й стадиях ВИЧ-инфицированности оперативное лечение всем пациентам проводится нами в первую неделю от момента получения травмы (в нашем случае в среднем через 3,8 ± 1,6 дня). У 70% пациентов нами произведён интрамедуллярный остеосинтез штифтом с блокированием, у 26% – костный остеосинтез пластиной и винтами, в 4% случаях – чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации. При интрамедуллярном остеосинтезе в ходе операции проводилась закрытая ручная репозиция, что способствовало минимальной травматизации мягких тканей и сохранению кровоснабжения в зоне перелома.

Накостный остеосинтез выполнялся малоинвазивным способом с использованием эластичного остеосинтеза пластиной и винтами с блокированием под контролем ЭОП. Данная техника обеспечивает минимально возможную травматизацию мягких тканей, что существенно снижает риск развития инфекционных осложнений со стороны операционной раны. Лечение переломов бедренных костей, костей голени, лодыжек, костей верхней конечности в 1-3-й стадиях ВИЧ-инфицированности не отличаются от принятых для неинфицированных больных.

В восстановительном периоде особое внимание обращается на сопутствующие нарушения минерализации костной ткани, восстановление объёма движений в смежных суставах, опороспособности конечности при регулярном рентгенологическом контроле.

Следует в 3-й стадии процесса с осторожностью относиться к эндопротезированию крупных суставов ввиду частых воспалительных процессов в области операции.

Таким образом, современный подход к лечению скелетных травм у ВИЧ-инфицированных больных требует соответствия выбора метода лечения в корреляции с иммунным статусом больного и стадии ВИЧ-инфицирования.

Владимир БОСЫХ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры травматологии,
ортопедии и ВПХ Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.

Можно постоянно жалеть себя, задаваясь вопросами: «Почему так?», «Почему другие успешнее?», «Почему другие счастливее?». А можно просто жить полной жизнью, не взирая на трудности и диагнозы врачей. Жить так, словно тебе всё по плечу, ты сильнее, удачливее и целеустремлённее всех. И хорошо, когда рядом с тобой оказываются неравнодушные люди, которые верят в тебя, ведут за собой и мотивируют двигаться вперёд.

Одни из таких – это Матвей и Дмитрий Шпаро – полярные путешественники, руководители двух организаций: ГБУ «Лаборатория путешествий» и фонда «Клуб «Приключение». Под их руководством в течение многих лет разрабатываются и реализуются программы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья средствами активного туризма.

Недавно в Истринском районе Московской области прошли открытые соревнования по спортивному туризму на кубок мэра Москвы среди учащихся в коррекционных школах и интернатах.

Участниками спортивного праздника стали более 500 учащихся образовательных организаций системы Департамента образования Москвы, среди которых дети с ограниченными возможностями здоровья – 37 команд. Многие команды познакомились со своими группами поддержки на организованных встречах в Москве и через социальные сети. Болельщики приезжали в парк «Сокольники», чтобы поддержать команды-участницы во время квалификационных заездов.

Школьников, продемонстрировавших свои достижения в лыж-

Здоровая жизнь

Каждый ребёнок достоин победы

Спортивный туризм закаляет детей



Вперёд, к финишу!

ном спорте, в туризме и умении быть настоящей командой, приветствовали почётные гости.

– Я и мой сын Матвей обожаем Северный полюс, – обратился к ним Д.Шпаро. – Но у нас есть и другие полюса, возможно, гораздо более важные. И один из этих полюсов – то, что вы собираетесь здесь уже в девятый раз. Есть и другие проекты – в Карелии, Крыму, Краснодарском крае, Москве. Но сами мы, несмотря на колоссальный опыт и большое желание, вряд ли могли бы что-то сделать. Здесь важна и

принципиальная поддержка правительства Москвы. И, конечно, мне хотелось бы поблагодарить педагогов и тренеров, которые помогали готовиться участникам соревнований. Было бы здорово, если бы мы вместе встретились на соревнованиях в летний или осенний период, провели такие же старты по пешеходному туризму. Будем считать, что это наши планы на будущее.

– Все участники и зрители соревнований получили огромный заряд бодрости, хорошего настроения, – сказала Ольга

Джумачук, начальник отдела по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту Департамента спорта и туризма Москвы. – Год от года география соревнований расширяется, а любителей туризма будет всё больше и больше. Друзья, любите спорт, занимайтесь спортом, ведь спорт – это жизнь.

В этом году в соревнованиях приняли участие команды из Екатеринбурга, города Верхняя Пышма Свердловской области и города Белорецка Республики Башкортостан. Рассказывает Василий Мезенцев, педагог Речевого центра Екатеринбурга:

– Мы увидели информацию о соревнованиях на сайте. В прошлом имели опыт участия в туристических мероприятиях у себя в Свердловской области. И нас заинтересовали эти соревнования, мы приехали, чтобы ещё раз испытать свои силы и заодно увидеть другой город. Дорога на поезде составила 28 часов, ребята с энтузиазмом отнеслись к предстоящей поездке, им всё интересно. Ведь в путешествиях всегда можно узнать много нового.

Школьники соревновались на лыжной дистанции и в конкурсной программе, где смогли продемонстрировать своё туристское мастерство.

– В первый же день приезда нас ждали испытания, – поделил-

ся участник соревнований Даниил Алексеев из школы № 73. – Мы прошли дистанцию на лыжах с ориентированием. Особенно запомнились эмоции после соревнований. Ещё мы играли, общались. Кураторы – прекрасные люди, направляли нас. Наша команда стремится к знакомствам и открыта к общению, у нас есть своя группа болельщиков – это кадеты. Я первый раз участвовал в этих соревнованиях, но очень хочу вернуться сюда вновь.

Впервые ещё до соревнований, были организованы квалификационные старты, что дало руководителям возможность увидеть команды в деле. На основании результатов квалификации судейская коллегия распределила команды на классы дистанции, что позволило выбрать победителей и сделать результаты состязаний более справедливыми.

На торжественном закрытии соревнований собрались все участники и гости. Команды получили свои заслуженные награды и кубки. И в счастливые минуты все загадали одно желание – снова встретиться вместе на десятых юбилейных соревнованиях по спортивному туризму, где каждый достоин пьедестала.

Анна РАЗУМОВА,
внест. корр. «МГ».
Фото Владимира КУЦА.

Болезни великих

Американский художник У.Атермолен умер в 2007 г. в возрасте 74 лет. Диагноз «болезнь Альцгеймера» ему был поставлен в 1995 г. Жена художника вспоминала о том, что отчётливые признаки болезни (рассеянность, забывчивость бытового уровня, снижение объёма знаний, затруднения в принятии решений, при попытках простых логических суждений, выполнении элементарных математических операций и пр.) были заметны у него ещё до клинической верификации диагноза.

Узнав свой приговор, Атермолен приступил к последнему арт-проекту. В 1996 г. он начал писать автопортреты, фиксирующие постепенное неумолимое увядание собственного интеллекта, чтобы проследить и попытаться понять динамику деградации и, быть может, изменить её. Каждый день, когда художник был в состоянии поднять руку с кистью или карандашом и подойти к мольберту, он рисовал себя. Совершение даже незначительных интеллектуальных усилий становится проблематичным при болезни Альцгеймера, неизбежно уничтожающей личность. Автопортреты Атермолена ярче многих сухих клинических описаний говорят об эмоциональной и физической трагедии автора, констатируя медленную деградацию интеллекта, тела и духа. Действительно, по спускающемуся эскалатору нельзя подняться долго: силы уходят слишком быстро.

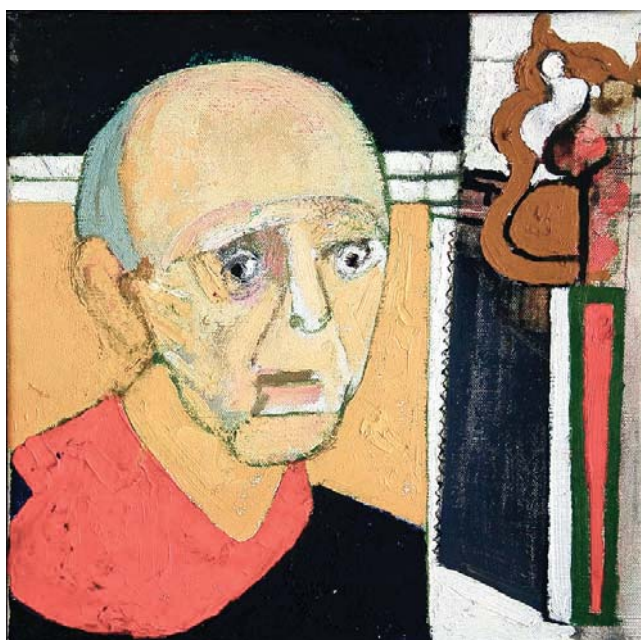
Первый автопортрет, написанный вскоре после того, как художник узнал о своём диагнозе, тревожно-депрессивен и по цвету, и по композиции. Атермолен сидит за столом, схватившись за его край, словно надеясь найти опору в осязаемости обыденной

Когда же он умер?

10 лет назад не стало американского художника Уильяма Атермолена

повседневности, уже готовой ускользнуть от автора. Его мир сузился до размеров комнаты, нарисованной нарочито плоско и бедно: в три цвета – безысходно-жёлтый, печально-синий и тревожно-белый, врезающийся остроугольным клином между стеной и окном. В потолочное окно ещё видно небо, но его оттенок не отличается от цвета пола, оно не сияет, а неотвратимо нависает над головой. На столе ничего нет – только руки художника: одна вцепилась в край столешницы, другая – сжимает чашку. Искажённая линия потолочного свода гнетёт и давит.

Трудно оценивать динамику колористической составляющей автопортретов Атермолена: художники XX века часто решали свои задачи в нетривиальной цветовой гамме. Что же касается особенностей рисунка, деталей автопортретов, то он менялся весьма показательно. Со временем лицо художника всё более походило на шарж, в котором главные черты сходства постепенно утратились, оставаясь, впрочем, в течение некоторого времени достаточно узнаваемыми: купол лба, крупные уши, глубоко посаженные глаза, сдвинутые брови человека, внимательно вглядывающегося в



Один из последних портретов

зеркало, выраженные надбровные дуги... Складка между бровями становилась всё более глубокой: художник с нарастающим напряжением вглядывался в отражение уже не только для того, чтобы изобразить, но и для того, чтобы просто узнать самого себя. Пропорции всё более искажались, исчезла симметрия парных органов, искажилась перспектива, схематизировались, а потом и вовсе пропали детали, сначала трансформируясь, а потом и атрофируясь, как происходит и с корой мозга при болезни Альцгеймера.

Эту патологию характеризует потеря нейронов и синаптических связей в коре головного мозга и некоторых субкортикальных областях. Гибель клеток ведёт к атрофии поражённых участков. Наиболее частыми мишенями болезни Альцгеймера являются височные, теменные и затылочные доли, а также участки фронтальной коры. Эксперименты И.Павлова по экстирпации затылочных участков коры мозга продемонстрировали, что при этом страдает не столько острота зрения, сколько нарушаются сложные формы визуального анализа и синтеза.

Крах интеллекта живописца констатировали его картины. В последнем автопортрете цветовая гамма снова сводится к трём основным цветам: на этот раз художник использует зелёный, белый и розоватый. Последний автопортрет – чёрно-белый.

В 2000 г. Атермолен был помещён в дом престарелых, прожив после этого ещё 7 лет, но его вдова говорила, что он умер именно тогда, когда потерял способность рисовать. Художник в нём умер, остался простой человек. Впрочем, сам он уже не знал об этом, забыв собственное имя.

Какую же дату смерти следует считать настоящей? Когда наступает конец экзистенции человека? Является ли одинокое существование его тела – продолжением жизни? Каков критерий того, что субъект продолжает жить – существование его материальной оболочки или сохранение у него способности мыслить? Ф.Энгельс считал жизнь «способом существования белковых тел». Р.Декарт утверждал: Cogito ergo sum (Мыслю, следовательно существую). Противоречие этих тезисов иллюзорно. Французский философ имел в виду смерть человеческой личности, потерявшей способность думать, что очевидно. Энгельс же в таких категориях не мыслит, понятие «личность» в его определении жизни не просматривается: немецкий философ не обозначил разницы между пчелой и человеком. Синтез афоризмов двух европейских интеллектуалов приводит к выводу: для того, кто является личностью, важнее мысль; тогда как в жизни тех, кто свойствами личности не обладает, главенствует телесный аспект бытия, приближающий человека к пчеле (или трутню); а высшую нервную деятельность сводящий к веренице сложных рефлекторных актов, удобно упрощающихся по мере развития болезни Альцгеймера. Приоритет духовного или телесного начал каждый человек избирает самостоятельно, что и предопределяет его собственную жизнь, формируя персональную систему ценностей и смыслов. От этого выбора, видимо, и зависит ответ на вопрос о дате смерти художника Атермолена. Но что бы ответил на этот вопрос он сам?

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Держу пари – я обязательно ещё раз сюда приеду, в этот замечательный город Париж! И обязательно в качестве пытливого туриста, а не врача спортивного лагеря. Нет, этот город можно рассматривать до бесконечности и через такую «призму», но всё же хотелось бы подробно, в спокойной обстановке... не чередуя осмотр достопримечательностей с лечением травмированных «ахиллов».

Приехали мы туда ближе к вечеру, но усидеть до утра в отеле не смогли. Нас предупредили, что нежелательно гулять допоздна, а мы и не собирались так долго. О, мы ещё не знали всех соблазнов и особенностей Парижа!

Собрались на прогулку всей командой: одиннадцать футболистов-юниоров, два тренера, один спортивный врач, то есть я, и один врач-педиатр, то есть Светка. Исследовать каждый город надо с его визитной карточки, поэтому мы сразу направились к Эйфелевой башне. Уж и не знаю, чем так не нравилась она парижанам. Очередь у турникетов к «Железной леди» небольшая, цена за вход – символическая, но вот у лифтов скопилось много туристов. Законопослушные немцы, энергичные австрийцы, темпераментные итальянцы – все стояли и терпеливо ждали своей очереди подняться наверх. Но мы ждаты и не собирались. Вот чем отличается русский турист от других туристов? Правильно, нам всюду нужен «настоящий вкус», и если на башню надо подниматься, то не на лифте, а по лестнице: с остановкой на каждом этаже для отдыха и любования видами. Уверю вас, это не очень утомительно. Чем выше поднимаешься – тем дальше видно. На верхних этажах небо ложится тебе на плечи, а ровные колоннады серых зданий – коробочек внизу – сливаются с горизонтом и такими же серыми сумерками. Вот почему этот город называют «серой розой»? На самом вершине – уютное кафе. Все места уже заняты теми, кто маячил внизу у лифтов. Свободные места только в туалете. Посещаем исключительно для того, чтобы выяснить, прав ли был Высоцкий. От избытка впечатлений, ощущения свободы и прелести тихого вечера тянет на «подвиги».

А ещё был случай

Прогулки по Парижу



Но нет, жаль «беспечных парижан». Зато есть возможность совершить сегодня другой «подвиг»: если протиснемся к лифтам – успеем на последний вечерний кораблик по Сене.

Успели. Заняли самые потрясающие места – первый ряд кресел на открытой палубе в носовой части кораблика. Правда, на них никто особо и не претендовал, все нормальные туристы ютятся под тентом. Только мы ловим полной грудью прохладу вечера, свежие брызги в лицо и самые прекрасные впечатления от путешествия. Любуемся видами замечательного города и зыбким отражением иллюминации в спокойных водах реки.

Домой возвращаемся уже поздно. Парижское метро – такое уютное и тесное в сравнении с московским – переполнено. Но всё же по вагону как-то передвигаются музыканты с контрабасом, играют и кланчат деньги. Совсем как у нас! На поверхности вновь попадаем в другую реальность. Она больше напоминает «восточный базар»: прогуливаются бородатые мужчины с толстыми жёнами в хиджабах, «обрамлённые» кучей

детей. Кучкуются в подворотнях темнокожие подростки. Вот она, парижская окраина...

Свои второй и последний день в Париже тратим на Лувр и Нотр-Дам де Пари.

Собор прекрасен и внутри, и снаружи. Но лично мне больше всего нравится балкон с гаргульями. Глазу шершавые спины загадочных чудовищ и вспоминаю роман Виктора Гюго, любуюсь видами Сены, центральных фешенебельных кварталов, иглой башни Гюстава Эйфеля, проткнувшей низкие облака.

По Лувру мы уже практически бежим: времени до вечера в обрез. Тут столько всего: и бескрылая богиня Ника, и жаркие объятия «Амура и Психеи», и «Джоконда» Леонардо да Винчи. Она загадочно улыбается, следит за тобой взглядом. В следующем зале попадаем на «Коронацию Наполеона», а потом «познакомимся» со сфинксом Египетского фараона Аменемхета III! Да, тут можно провести всю жизнь, изучая зал за залом. На выходе всё же не выдерживаем, останавливаемся во дворе у стеклянной «пирамиды» – отдохнуть, попозировать на память у фотоаппарата, «переварить» впечатления.

Но, оказывается, Париж преподнёс нам напоследок ещё один сюрприз. Этот сюрприз может оценить только русский человек, любой немец или австриец от него будет шарахаться, и даже темпераментный итальянец постарается обойти его стороной. Только мятежная душа, выбродившая в чане двух русских революций, сможет на это откликнуться...

За воротами Лувра – настоящая уличная «революция»: площадь запружена народом, заставлена машинами, огорожена полицейскими. Народ шумит, размахивает флагами, раскачивает машины, взрывает дымовые шашки... И если немцы, австрийцы, да даже итальянцы – ни-ни, русские уже в гуще этих событий! Оказывается, этот «мятеж» вызван повышением тарифов на электроэнергию: в центре площади высится пирамида из электрических счётчиков, сорванных со стен своих квартир возмущёнными парижанами. Да это третья Французская революция! И мы со Светкой, двумя тренерами и одиннадцатью юными российскими футболистами – уже персонажи этих исторических событий!

Но конец этой «революции» нас немного разочаровал: мы наконец поняли, чем же мы отличаемся от французов... Вдруг в центре захваченной «революционерами» площади стали происходить какие-то рекогносцировки: люди задвигались, начали выстраиваться в длиннющие очереди, запахло вином и сосисками. По неопытности группа «российских революционеров» могла бы оказаться на «задворках истории», но... Но, повинаясь нашему революционному чутью, мы со Светкой уверенно движемся в самое начало колонны и на адской смеси русского и английского заявляем чистокровным французам, что мы опаздываем на «русих революшн», поэтому нашим одиннадцати подросткам необходимо подкрепиться сосисками, а двум дамам и двум

мужчинам поддержать боевой дух стаканчиком бургундского. Магическое словосочетание «русиш революшн» было понято, юмор был оценён, но не хватало ещё чего-то... В этот решающий момент я шепчу стоящей рядом с разговорником в руках Светке: «Ну прочитай им что-нибудь из этой книжки, мы столько времени её с собой таскаем!»

Светка не могла нас подвести. Светка – пра-пра-пра-правнучка князя Пожарского. Да, в ней нет такой стати, как у знаменитого предка, у неё нет окладистой бороды, но в ней столько русского бунтарства и непоколебимости!

Это она ту фразу ненароком выудила... если специально искать её в разговорнике, вы, наверное, потратите на это несколько часов. А тут – такая удача! Я ещё не вполне понимаю, что произошло: я с удивлением смотрю, как оживилась толпа, как мужчины смеются, заигрывают с нами, на пальцах что-то показывают... Под это шумное веселье мы получаем причитающуюся всем «революционерам» порцию умиротворяющего пайка из сосисок и вина и удаляемся под аплодисменты благодушно настроенных французов. Я вас уже заинтриговала? Вам уже интересно, какое словосочетание надо выучить наизусть, если вы решили посетить Францию? Так и быть, не буду «жадничать», раскрою секрет. Света тогда совершенно случайно выудила из разговорника обыкновенную (для нашего понимания) фразу: «Monsieur vous êtes mariés?». А для любящих и любящихся и темпераментных французов это была «бомба»!

Держу пари – я обязательно побываю в Париже ещё раз: чтобы полюбоваться красотами города и достопримечательностями Лувра; чтобы плюнуть-таки с Эйфелевой башни – «голов беспечных парижан» под ней всё равно нет! А ещё «почесать» спинку гаргульям на Нотр-Дам де Пари, покормить круассанами воробьёв на Елисейских полях и спросить у первого попавшегося навстречу мужчины: «Monsieur vous êtes mariés?»

– Monsieur vous êtes mariés? – Месье, вы женаты?

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Москва.

С К А Н В О Р Д

Ночное сборище ведьм				Портной (устар.)		Лодка у эски- мосов						Точка небес- ной сферы					Спутник Сатурна	Нейро- лептик	
	Куприн, рассказ	Лесная анти- лопа		Лако- самид					Заси- лающая пелена				Бора- тынский, поэма		Нем. певец (тенор)	"Нимфа источ- ника"		Город, Томская обл.	Водяной рак
				Остатки изобр. обуви	"Власть тайги"	Испан. нож	Элект- ронная лампа		Повесть Плато- нова		Адан, балет	Оже- релье		Токио в прош- лом		Эллипс			
	Монета, Сауд, Аравия	Долж- ность, судно					Осел, мул					Дисуль- фирам						Англ. гума- нист	
				Отеч. авто- мобиль			Барбус		Анто- ниони, фильм				Попугай			Трубоч (птица)			
	Жердь (стар.)	Лепеш- ка				Культы, Вест- Индия			"... Трюг- васон", Григ		Покро- витель г. Урук		Бембикс	Молва				Шорей испо- линская	
			игрек, зет		Запо- ведник, Тыва			Патри- кеевна			Самол- ет				Ж и л ь		А л ь г е н а		
	Пекин, древний город					Витой белый хлеб			Сорт яблони						Н и с с а я с л о р д и с с л е б		Т к а з о		
Автор Валерий Шаршуков															В х о д о а в е л и к о а л м а з л у г		Е м о н и к а		
															А а л а р г а у н о и с а				
															К а р п о н о д а р б у б о н				
															ь с у к н о о н и у н т				

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 14 от 01.03.2017.