

Медицинская

1 сентября 2017 г.
пятница
№ 65 (7783)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

События

Здоровая жизнь зовёт вперёд!

Столичные медики подают пример



На 3 дня центром здоровья стал павильон № 75 на Выставке достижений народного хозяйства ЭКСПО, где работал VII форум-выставка «Москвичам – здоровый образ жизни». Все желающие жители столицы и её гости могли встретиться здесь с врачами ведущих клиник, бесплатно пройти диагностические процедуры, посетить лекции, мастер-классы, семинары и презентации.

«Сегодня мы все можем ответить на важные вопросы, касающиеся нашего здоровья. В 2016 г. было 11 площадок, их посетили более 15 тыс. человек. В этом году этих площадок практически в два раза больше. На форуме будут работать более 100 врачей и медсестёр столичных клиник», – сказал на открытии выставки руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

Бегом по ВДНХ – это заманчиво!

Форум-выставка «Москвичам – здоровый образ жизни» прошёл уже в седьмой раз. Горожане и гости столицы посетили тематические площадки «Здоровое питание», «Трезвая жизнь без зависимостей», «Время бросить курить», «Здоровые лёгкие», «Сдай кровь – спаси жизнь», «Стоп ВИЧ/СПИД», «Вместе против гепатита» и многие другие.

Для всех желающих в рамках форума на ВДНХ были доступны более чем 60 видов диагностических процедур, лекций, консультаций. Измерение уровня холестерина, глюкозы в крови, определение функции внешнего дыхания, определение группы крови, проведение маммографии и УЗИ, индивидуальные консультации врача-генетика, консультирование

по отказу от курения, консультация врачей-кардиологов, выявление риска сердечно-сосудистых заболеваний – вот далеко не полный перечень мероприятий.

В передвижном флюорографическом кабинете была организована акция «Профилактика туберкулёза». В мобильных медицинских комплексах – профилактические осмотры населения, маммографические и ультразвуковые исследования молочных желёз, а также акции «Профилактика рака молочной железы» и «Женское репродуктивное здоровье» с консультациями ведущих специалистов онкологов-маммологов и акушеров-гинекологов.

(Окончание на стр. 2.)

Любовь КОЛЕСНИКОВА,
научный руководитель Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека (Иркутск), академик РАН:

Педиатром может стать далеко не каждый.

Стр. 5



Елена БАЙБАРИНА,
директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России:

Есть много деталей, не прописанных в СанПиНах.

Стр. 6



Оксана КАПИНУС,
государственный советник юстиции 2-го класса, ректор Академии Генеральной прокуратуры РФ:

Запрет на эвтаназию полностью согласуется с моральными и нравственными установками современного российского общества.

Стр. 12–13

Проекты

Приглашают в соляную пещеру

Открытие центра детского здоровья во Владивостоке стало очередным этапом развития детских клиник специальной сети «Алёнка». Под эгидой «Алёнки» планируется открыть новые ЛПУ в других городах Приморского края – женскую консультацию и центр семейной медицины. К реализации проектов планируется привлечь в том числе и иностранных партнёров.

Следующий этап развития – открытие отделения амбулаторной хирургии, дневного стационара и отделения реабилитации.

– До конца года мы планируем выйти на запланированную загрузку поликлинического отделения, – рассказывает генеральный директор сети детских клиник «Алёнка» Александр Шуматов. – В ближайшем будущем запускаем отделение реабилитации: завершаем строительные работы, ожидаем поставку оборудования. Статус Владивостока как Свободного порта очень сильно нам помогает в привлечении средств от крупных банковских структур на реализацию нашей инвестиционной программы.

С августа начал работу в тестовом режиме один из этапов отделения реабили-

литации – соляная комната. Галотерапия является отечественной разработкой и является очень эффективным средством профилактики ряда заболеваний.

– С открытием отделения реабилитации мы планируем запустить комплексные программы профилактики и оздоровления с учётом нашего многолетнего опыта лечения детей, региональной специфики, а также международной практики, – поделилась планами главный врач центра Елена Богачёва.

Во время нахождения в соляной комнате пациенты будут не только проходить процесс оздоровления и насыщения организма, но и получать полезную научную информацию посредством трансляции её на экране, установленном в том же помещении.

Важно отметить, что центр детского здоровья планирует пройти международную аккредитацию JCI, который признан золотым стандартом в медицинском сообществе, а это означает, что клиника соответствует самым высоким мировым стандартам качества медицинской помощи и безопасности пациентов.

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

Решения

«Скорая» для села

В Республике Хакасия впервые создали пункт скорой медицинской помощи в селе. Новое подразделение появилось на базе амбулатории аала Сапогов Усть-Абаканского района.

Как прокомментировали в Министерстве здравоохранения республики, данное решение было продиктовано стремлением повысить доступность

скорой медицинской помощи не только для почти 1300 жителей самого аала Сапогов, но также населения Райковского, Доможаковского и Весенненского сельсоветов.

До настоящего времени на вызов к жителям этих сёл выезжала «скорая» из центральной районной больницы, которая расположена в 40 км от аала Сапогов. Надо ли говорить, что при таком расстоянии обеспечить бы-

стрый доезд бригады к месту вызова просто нереально.

Чтобы сократить время ожидания врача, было решено организовать дополнительный пункт скорой помощи. Кроме того, в Минздраве республики ввели новый территориальный принцип оказания скорой медицинской помощи жителям сельских районов: теперь на вызовы в сёла и аалы будут выезжать машины службы «03» не только из районных, но и ближайших городских больниц.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Новости

Сократить сроки

Президент РФ Владимир Путин поручил Минздраву России до конца октября нынешнего года сократить сроки, отведённые на экспертизу обезболивающих препаратов, и принять меры по обеспечению детей раннего возраста неинвазивными препаратами для обезболивания.

Данное поручение поступило по итогам встречи с представителями социально ориентированных благотворительных организаций и волонтерского движения. Ответственным за его исполнение назначена министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, которая должна представить соответствующий доклад до 30 октября 2017 г.

Кроме того, Минздраву поручено обеспечить подготовку медицинских работников и сиделок к оказанию паллиативной медицинской помощи и лечению боли, а также долговременному уходу за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Ведомству предстоит разработать соответствующие образовательные программы для учебных заведений высшего и среднего медицинского образования. Срок исполнения этого поручения – до 31 августа 2017 г.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Вирус Коксаки в Прииртышье

В Омской области зарегистрирован первый лабораторно подтверждённый случай заболевания вирусом Коксаки.

Заболевание энтеровирусной инфекцией малой формы, протекающее с клинической симптоматикой ОРВИ и экзантемой, выявлено у ребёнка, отдохнувшего с семьёй на турецком курорте Белек.

Как известно, вирус Коксаки относится к энтеровирусным инфекциям, он хорошо переносит низкие температуры, сохраняется в воде, его легко «подхватывают» маленькие дети с водой, пищей, через грязные руки или игрушки. Поэтому Управление Роспотребнадзора по Омской области напоминает, что при заключении договора с туроператором турагент обязан предоставить туристу достоверную информацию, в том числе и сведения об опасностях, с которыми он может встретиться во время путешествия, о медицинских, санитарно-эпидемиологических и иных правилах, а также о порядке обращения в объединение туроператоров в сфере выездного туризма для получения экстренной помощи.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

После аварии автобуса

Как сообщали информационные агентства, в Краснодарском крае после ДТП утонул в море автобус с пассажирами.

По сведениям Минздрава Краснодарского края, с первых минут после поступления сигнала о произошедшей трагедии министр здравоохранения Евгений Филиппов поручил краевым медикам оказать всю необходимую медицинскую помощь пострадавшим и сам направился на место происшествия. Вместе со специалистами Темрюкской районной больницы работали краевые нейрохирурги, травматологи, реаниматологи. Было организовано оказание психолого-психиатрической помощи.

При участии краевых специалистов в ЦРБ Темрюка проведено 5 операций. Ещё одного пациента, доставленного по линии санавиации, оперируют специалисты краевой клиники.

Как уточнили в региональном министерстве, в Научно-исследовательский институт – Краевую клиническую больницу № 1 им. С.В.Очаповского переведены 6 пострадавших, 13 пациентов, в том числе один в тяжёлом состоянии, продолжают оставаться в центральной районной больнице, 10 человек после осмотра врачей отпущены домой. Остальные пациенты находятся на лечении и дообследовании. Всем им продолжает оказываться медицинская помощь в полном объёме.

Согласно данным МЧС, 17 человек погибли в аварии, 33 спасены.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Краснодар.

Помощь по-соседски

Специалисты передвижного диагностического комплекса Яшкинской районной больницы Кемеровской области провели осмотры и консультации жителей посёлка Кузель.

Формально Кузель с населением более 300 человек входит в состав Тайгинского городского округа. И бесплатную медицинскую помощь его жителям должна оказывать местная врачебная амбулатория. В рамках оптимизации государственной лечебной сети Кузбасса Департамент здравоохранения принял решение присоединить маломощную амбулаторию к Яшкинской райбольнице. «Видя, что люди нуждаются в помощи, мы начали готовить выезды, не дожидаясь формального завершения этого процесса», – уточняет главный врач больницы Ярослав Масенко.

Бригада «поликлиники на колёсах» в составе терапевта, педиатра, офтальмолога, гинеколога и врача ультразвуковой диагностики провели осмотры и консультации пациентов в шаговой доступности от их жилья.

На очереди – выезды яшкинского мобильного комплекса в посёлки Таёжный и Сураново.

Валентина АКИМОВА.

Кемеровская область.

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

Тенденции

Дети стали веселее
Это показало прошедшее лето

Несмотря на капризы погоды, абсолютное большинство из более 4,4 млн отдохнувших в летних оздоровительных лагерях детей поправили своё здоровье. Предварительная оценка, как сообщил Роспотребнадзор, позволяет говорить, что выраженный оздоровительный эффект отмечен у 94% вернувшихся домой ребят.

В рамках трёх оздоровительных смен в стране работало 40,5 тыс. учреждений детского отдыха и оздоровления. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека проведено 28 тыс. проверок соблюдения санитарно-эпидемиологических требований к

условиям отдыха и оздоровления детей.

Выявлено более 62 тыс. нарушений, среди которых 50% приходится на организацию питания, 30% – на соблюдение санитарного режима на пищеблоках, 11% – на условия размещения детей и подростков, 9% – на требования к материально-техническому оборудованию лагерей. В лабораториях исследовано более 46,5 тыс. проб пищевых продуктов, свыше 60 тыс. проб питьевой воды и 11 тыс. проб воды из мест купания.

Ситуация по обеспечению соблюдения обязательных санитарно-эпидемиологических требований в детских оздоровительных учреждениях находилась на особом контроле Роспотребнадзора. Было

обнаружено 16 несанкционированных лагерей, которые работали без уведомлений этого ведомства. По всем таким оздоровительным организациям приняты меры административного воздействия, приостановлена их деятельность, родителям оказаны консультации по возврату денежных средств.

По результатам контрольно-надзорных мероприятий должностными лицами Роспотребнадзора составлено более 31 тыс. протоколов об административном правонарушении, общая сумма наложенных административных штрафов составила свыше 120 млн руб.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

События

Здоровая жизнь
зовёт вперёд!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Впервые в рамках форума были представлены уникальные интерактивные площадки «СКЛИФ. Территория спасения» и «Медицинский симуляционный центр» городской клинической больницы им. С.П.Боткина.

В рамках информационно-просветительской акции «Сдай кровь – спаси жизнь!» работала мобильная бригада станции переливания крови, где можно было стать участником добровольного донорства. Кроме того, на акции «Время защитить себя от гриппа!» проводилась вакцинация взрослого населения.

Были также организованы медицинский квест «Территория здоровья», тестирование и сдача норм ГТО, знакомство с передовыми технологиями современной реабилитации на площадке «Время заняться спортом!».

Форум-выставка «Москвичам – здоровый образ жизни» стал за последние годы особо значимым социальным проектом, который



На форуме всем желающим проводили диагностику организма

пропагандирует своевременную профилактику и лечение заболеваний, мотивирует людей на ведение активного и здорового образа жизни и отказ от вредных

привычек. Ведь сегодня ЗОЖ – это неотъемлемый атрибут успешного человека.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

В Правительстве РФ

Дополнительные средства на противовирусные препараты

В соответствии с распоряжением Правительства РФ Минздраву России из резервного фонда выделяются дополнительные бюджетные ассигнования в размере 4 млрд руб. на закупку противовирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных ВИЧ, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С.

В федеральном бюджете на 2017 г. на централизованную закупку противовирусных лекарственных препаратов, предназначенных для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, предусмотрено 17,6 млрд руб. Для обеспечения пациентов такими

лекарственными препаратами необходимо дополнительное финансирование в объёме 4 млрд руб. В своём вступительном слове на заседании Правительства РФ его председатель Дмитрий Медведев сказал, что эти лекарства включены в Перечень жизненно необходимых

и важнейших лекарственных препаратов. По словам главы Правительства, выделение дополнительных средств позволит в 2017 г. обеспечить противовирусными лекарственными препаратами лиц, инфицированных ВИЧ, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, в объёмах заявленной потребности.

Павел ЛЕОНИДОВ.
МИА Сити!

Москва.

Начало

Старт конкурсу дан

Стартует четвёртый конкурс крупнейшего объединения медицинских работников страны – Национальной медицинской палаты «За вклад в развитие российского здравоохранения и повышение уважения к медицинским работникам». Об этом сообщил президент НМП Леонид Рошаль.

По его словам, сегодня это престижнейшая награда в отрасли общественного здравоохранения. Премия стала не только символом признания заслуг медицинских работников, журналистов и общественных организаций, но и возможностью обозначить самый широкий спектр проблем в здравоохранении, а также консолидировано найти способы их решения. Не случайно в этом году конкурс пройдёт в рамках масштабного конгресса «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения», который проводится совместно с Минздравом России. «Уже стало доброй традицией, что подведение итогов конкурса – это не только повод отметить престижную награду лучших, но и обсудить то, что сегодня происходит в отрасли, донести свой взгляд на ту или иную проблему, совместными усилиями добиваться положительных для здравоохранения России изменений. Национальная медицинская палата – это поистине демократическая организация, и

любой голос здесь будет услышан, ни одно мнение не останется без внимания, ни одна проблема не будет замалчиваться. Именно поэтому по каждой из наших номинаций мы призываем участников конкурса излагать своё мнение по проблемам здравоохранения и давать конкретные предложения по их решению. На церемонии вручения премии собираются представители не только медицинского сообщества, но и исполнительной власти. Те материалы, которые мы получаем от наших номинантов, – это в том числе и один из способов диалога между медиками и властью», – отмечает Л.Рошаль. На соискание Премии Национальной медицинской палаты традиционно поступают сотни заявок из всех российских регионов. Так, в 2016 г. в конкурсе приняли участие представители 70 регионов России – от Калининграда до Владивостока. Рабочая группа обработала более 350 заявок от претендентов. Награды тогда получили номинанты из Москвы и Санкт-Петербурга, Астраханской, Смоленской, Рязанской, Псковской и Московской областей, Краснодарского края и Республики Хакасия. В этом году жюри Национальной медицинской палаты определит победителей в 10 номинациях, традиционно отдавая должное труду не только медицинских работников, которые ежедневно заняты в практическом здравоохранении

ради сохранения здоровья граждан страны, но и наградив тех, кто помогает врачам в выполнении их миссии, – представителей медицинских общественных организаций, а также представителей СМИ, которые добросовестно и честно пишут о работе врачей и о задачах, стоящих перед отраслью. Порядок проведения конкурса в 2017 г. по традиции будет максимально демократичным. Предложить своего кандидата на роль соискателя могут территориальные и профессиональные объединения медицинских работников, сами медицинские работники и представители СМИ, словом, практически любой человек или организация. Рекомендация же от организаций, входящих в состав Национальной медицинской палаты, а сегодня их уже более 180, станет дополнительным конкурентным преимуществом для номинанта. Премия Национальной медицинской палаты вручается в номинациях: «Земский доктор», «Карьера», «Мой наставник», «Почему я хочу стать врачом», «Право на защиту», «Территория взаимодействия», «Наш маяк», «Врач под защитой», «Профессия – врач», «Диагноз». Выбирать самых достойных будут члены экспертных советов и жюри. Церемония вручения премии состоится в конце октября 2017 г. Приём заявок продлится до 1 октября 2017 г.

Валентина ДМИТРИЕВА.

На контроле

Количество процедур гемодиализа сократилось

За минувший год уменьшилось число пациентов с хронической почечной недостаточностью, получивших медицинскую помощь методом заместительной почечной терапии (гемодиализ), а также сократилось само количество проведённых соответствующих медицинских процедур. При этом число мест, оборудованных для проведения гемодиализа, сохранилось на прежнем уровне. Об этом рассказали эксперты Общероссийского народного фронта и Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» по итогам проведённого анализа данных Росстата.

«За прошлый год по стране было проведено на 2 млн гемодиализов меньше, чем в 2015 г., в том числе в условиях дневного стационара – на 1,1 млн. Сократилось и число пациентов, которым была проведена эта медицинская процедура. Общее снижение составило 58 тыс. человек, в том числе пациентов с хронической почечной недостаточностью – 49 тыс. Не думаю, что это говорит о том, что россияне перестали нуждаться в этом жизненно важном виде медпомощи. Напомним, что смертность от болезней

мочеполовой системы последние 4 года неуклонно растёт», – рассказал член центрального штаба ОНФ директор Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов. По его мнению, в этой ситуации особенное значение приобретает решение проблемы доступности гемодиализа для жителей регионов. «Пациенты обращались к нам с жалобами на то, что состояние здоровья не позволяет им трижды в неделю добираться до лечебного учреждения на общественном

транспорте, а денег на такси не хватает. Но пропускать процедуру смертельно опасно: буквально 2-3 пропуска подряд могут привести к летальному исходу», – сообщил эксперт ОНФ. Напомним, в июне 2017 г., по итогам прямой линии Президент России Владимир Путин поручил Правительству решить проблему транспортировки больных на гемодиализ. В начале июля председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал указание ряду министерств и ведомств до 5 октября найти источники финансирования транспортировки пациентов от места проживания до лечебного учреждения и обратно. «По-видимому, в ближайшее время задача транспортировки пациентов на гемодиализ за бюджетный счёт найдёт своё решение. Мы, представители общественных организаций, будем держать ситуацию под контролем», – заключил Э.Гаврилов. **Андрей ДЫМОВ.**
МИА Сити!
Москва.

Официально

Выше акцизы — меньше вреда от алкоголя

Минздрав России считает, что поэтапное повышение акцизов и установление минимальной цены на крепкую алкогольную продукцию является одной из наиболее эффективных мер по сокращению потребления алкоголя.

Совершенствование налогового регулирования в этой части и введение высокой минимальной цены на крепкий алкоголь отмечаются как наиболее эффективные меры целым рядом международных документов, среди которых Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя ВОЗ и Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

Москва.

Криминал

Семь лет до правильного диагноза

В Забайкальском крае родители 15-летней девочки подали иск на миллион рублей Борзинской центральной районной больнице, врачи которой в течение 7 лет не могли обнаружить рак у ребёнка.

Ольга и Сергей Машуковы просят взыскать с медицинского учреждения указанную сумму в качестве компенсации морального вреда. Борзинский районный суд принял к производству гражданский иск родителей этой девочки. С 2009 г. их ребёнок наблюдался у педиатра в связи с жалобами на сильные боли в голове в области шейных лимфоузлов и под мышками. Был поставлен диагноз: «ОРВИ. Подмышечный лимфаденит». При этом не было назначено дополнительных обследований у узкопрофильных

специалистов. Состояние девочки ухудшалось, и, когда на всей протяжённости шеи появились крупные лимфоузлы, пациентка получила направление в краевой онкологический диспансер. Таким образом, лишь в апреле 2016 г. был выявлен рак щитовидной железы. Через несколько месяцев девочке провели операцию в Москве, в ходе которой полностью удалили щитовидную железу и лимфоузлы, поражённые метастазами. Независимая медицинская экспертиза установила причинно-следственную связь между действиями специалистов и несвоевременным установлением правильного диагноза. **Василий СЕРЕБРЯКОВ.**
МИА Сити!
Забайкальский край.

Иген

С гипсом будет всё в порядке



В Амурской области травматолог Благовещенской городской клинической больницы Эшгин Рзаев разработал изделие «Аквашит» – специальный пакет из медицинского полиэтилена, который поможет людям с травмами и переломами не замочить гипс или повязку во время водных процедур.

В некоторых странах есть аналоги такого устройства, но российские пациенты до сих пор вынуждены были придумывать сами, как беречь гипс на покаточной руке или ноге. Своё изобретение молодой врач

запатентовал как устройство для защиты от негативного воздействия факторов окружающей среды более 4 лет назад. – Особенность этого изобретения в том, что оно может использоваться непосредственно больными, – пояснил заведующий отделением травматологии и ортопедии городской клинической больницы Александр Чепелев. – Все остальные приспособления мы применяем в операционных, перевязочных. Здесь же всё направлено на пациента. **Николай ИГНАТОВ.**
Благовещенск.

Каждое шестое здание медицинской организации в России требует капитального ремонта, реконструкции или замены, а половина фельдшерско-акушерских пунктов не соответствует санитарным требованиям, сообщают эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье».

Проанализировав данные Росстата, они выяснили, что из 116 тыс. зданий медорганизаций около 1,3 тыс. находились на конец 2016 г. в аварийном состоянии, 1,8 тыс. требуют реконструкции, а 17 тыс. – капремонта (в том числе 7 тыс. зданий центральных районных больниц). По мнению экспертов, ответственным министерствам и ведомствам необходимо в ближайшее время провести анализ всех зданий и сооружений, в которых располагаются медорганизации, и определить порядок устранения инфраструктурных проблем.

«Проблема технической не исправности зданий и несоответствия их санитарным требованиям в первую очередь касается медицинских организаций в сельской местности. Лишь половина (51,9%) почти из 34 тыс. ФАПов в стране имеют водопровод, менее половины (45,6%) – канализацию, менее трети (29%) – центральное отопление. Таким образом, они должны быть закрыты на реконструкцию. Однако эти ФАПы продолжают работать. Ведь они являются единственными медицинскими организациями в округе», – напоминает член центрального штаба ОНФ директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов. По его словам, техническая оснащённость центральных районных больниц, оказывающих медицинскую помощь в сельской местности, также оставляет желать лучшего.

Острая тема

Заккрыть... Но где лечиться?

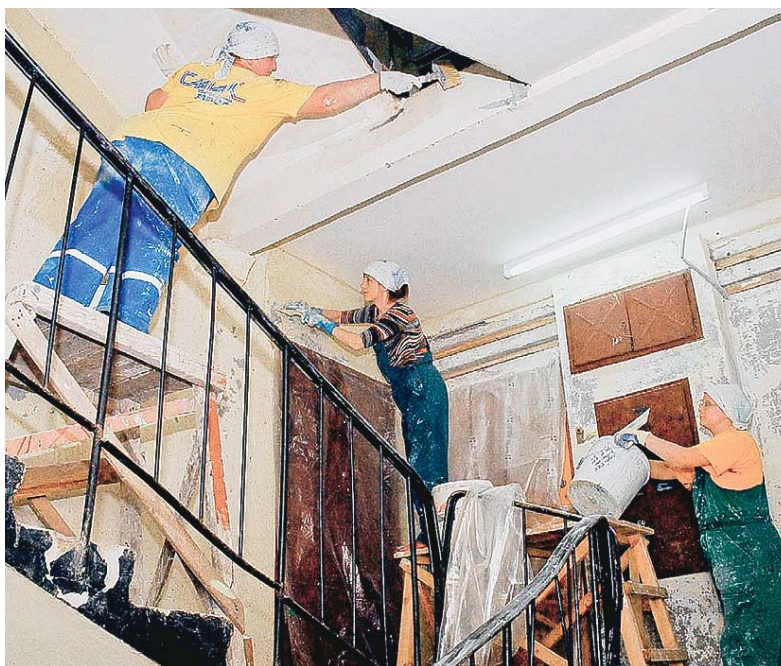
Перед такой дилеммой часто оказываются наши сограждане

«Только 12 ЦРБ имеют собственные отделения магнитно-резонансной томографии, а в 206 есть компьютерные томографы. У 60 центральных районных больниц собственная биохимическая лаборатория, у 100 – иммунологическая, у 222 – микробиологическая, у 19 – цитологическая. Остальные вынуждены направлять пациентов в другие медицинские организации, зачастую расположенные за несколько десятков и сотен километров», – сообщил Э.Гаврилов.

Говоря об информатизации здравоохранения, заместитель руководителя Неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ отметил, что проблема недостаточного подключения медицинских организаций к интернету сохраняет свою остроту.

По данным Росстата, на конец 2016 г. только 7,5 тыс. из более чем 60 тыс. медорганизаций и подразделений имели высокоскоростной доступ к интернету.

По мнению экспертов фонда «Здоровье», для комплексного решения инфраструктурных проблем здравоохранения ответственным министерствам необходимо в ближайшее время



Чтобы не довести до аварийного состояния...

провести анализ всех зданий и сооружений, в которых располагаются медицинские организации. «Надо определить, какие здания подлежат первоочередному сносу и замене на новые, а какие – реконструкции или капремонту, не забывая при этом о сохранении доступности медпомощи для сельского населения. Чтобы удешевить и ускорить строительство, нужно

разработать типовые проекты медицинских организаций. Также было бы важно восполнить нехватку оборудования в медицинских подразделениях и обеспечить постоянный доступ к интернету. Без решения инфраструктурных вопросов все реформы в отрасли будут заходить в тупик», – заключил директор фонда.

Между тем власти Москвы

выставили на днях на аукцион объект культурного наследия – детскую больницу святой Ольги XIX века, которая имеет, правда, свободное назначение при условии проведения ремонтно-реставрационных работ с последующим сохранением памятника.

Торги объявил Департамент Москвы по конкурентной политике. Хозяином субъектом актива выступает ГУП «Медицинский центр». Торги пройдут 27 сентября 2017 г. Начальная стоимость лота – 193,7 млн руб.

Комплекс зданий общей площадью 3,1 тыс. м² расположен вблизи станции метро «Проспект мира». Здания представляют собой двухэтажные и одноэтажные кирпичные строения, построенные в 1880-90-х годах архитекторами К.Быковским и В.Барковым по проекту педиатров К.Раухфуса, П.Вульфуса и Н.Покровского. До революции в них находилась детская больница святой Ольги, после 1917 г. она была закрыта, но в стенах комплекса в разное время располагались различные учреждения здравоохранения. Несмотря на то, что эти здания не раз переходили из рук в руки, на них до сих пор сохранились редкие мозаичные изображения святого целителя Пантелеимона и покровительницы больницы Святой Ольги.

К объектам подведены все инженерные коммуникации. Земельный участок площадью 19,5 тыс. м², на котором они расположены, находится в собственности Москвы, которой, видимо, финансы и нынешние санитарные меры не позволяют оставить за комплексом прежнее назначение.

Константин БЕЗНЕГ

МИА Сити!

Ситуация

Врачи Находкинской городской больницы в Приморье успешно прооперировали женщину, которой в сентябре исполнится 103 года. За всю историю медицинского учреждения это самая возрастная пациентка. Анастасия Бычкова поступила в отделение травматологии с диагнозом «чрезвертельный перелом левого бедра со смещением». На следующий день было принято решение провести женщине операцию по восстановлению целостности кости. Сегодня пациентка чувствует себя хорошо, уже самостоятельно передвигается с помощью медицинских опор, сообщили в ЛПУ.

По словам Валерия Коляды, заведующего отделением травматологии больницы, для своих лет эта женщина находится в отличной физической форме. При её поступлении в стационар было проведено предусмотренное стандартами обследование. Оно показало, что у пациентки практически нет сопутствующих хронических заболеваний. Имелись лишь незначительные нарушения по гипертонической болезни, что не является противопоказанием для проведения операции.

– Вместе с коллегами из отделения анестезиологии и реаниматологии мы сделали всё возможное, чтобы, учитывая особый статус пациентки, оказать

Уникальная пациентка поёт песни о любви

И благодарит медиков за доброе к ней отношение



ей необходимую медицинскую помощь, – отметил врач. – Конечно, мы проводили консультации перед операцией, однако возраст не является противопоказанием для качественной жизни. Важно состояние, в котором

человек пришёл к своим годам. Анастасия Борисовна вела активный образ жизни, полностью себя обслуживала. Абсолютно психологически адекватна. Но главное – у неё огромное желание жить, а также прекрасная

семья, которая обеспечивает ей достойный уход и окружает вниманием!

Этой женщиной восхищена вся больница. В свои 102 года она показывает всем, что значит физическая активность для сохранения здоровья. Поёт песни о любви, читает вслух стихи. Вспоминает, что она, будучи колхозницей, до Великой Отечественной войны жила на Рязанщине, работала кладовщиком на элеваторе, занималась поставкой зерна для фронта. Затем, переехав во Владимирскую область, Анастасия Борисовна была разнорабочей в местном объединении автотранспорта и шоссейных дорог, откуда и ушла на пенсию. За доблестный труд в тылу награждена медалью, имеет многочисленные почётные грамоты.

«Я всегда так много работала, что и к врачам почти не обращалась, – поясняет долгожительница. – Да и повода особого не

было. До травмы сама ходила в магазин, гуляла со знакомыми в парке. Я всегда занималась зарядкой. И надо же было так неудачно упасть!»

Анастасия Борисовна приехала в Находку в девяностолетнем возрасте, живёт в семье сына. В честь столетнего юбилея поздравление ей прислал Президент России Владимир Путин.

«Я очень благодарна врачам и медсёстрам, все со мной очень хорошо обходятся, работают, стараются», – говорит Анастасия Борисовна.

Этот случай – уникальный для всей Находки. Хотя для больницы возрастные пациенты – не редкость. Так, несколько дней назад в отделении травматологии провели остеосинтез современными конструкциями и также с хорошим результатом 97-летней женщине.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Грядущие 2018–2027 гг. в соответствии с Указом Президента РФ Владимира Путина объявлены Десятилетием детства. Какие грани государственной политики ждут своего совершенствования в интересах подрастающего поколения? Об этом по просьбе корреспондента «МГ» рассуждает научный руководитель Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека (Иркутск) академик РАН Любовь Колесникова.

– **Любовь Ильинична, здоровье взрослого населения закладывается в детском возрасте, это часто звучащая аксиома. Вот только на практике...**

– Если мы хотим видеть здоровую нацию, – а мы к этому стремимся, – то нам надо во многом пересмотреть свои подходы к давней проблеме. Демографы бьют тревогу. Как отмечают специалисты, в первом полугодии мы столкнулись с обвальным падением рождаемости. Число новорожденных в России будет сокращаться минимум до 2030 г.

В стране создано немало федеральных и местных центров, занятых здоровьем женщин. Это отлично. Плохо иное. Призывы к персонализации, о которой так много говорят в последнее время, не затрагивают ребёнка, юное поколение. А между тем тяжёлой ситуации здесь не изменить, если мы не обеспечим правильно выстроенное учебное пространство в каждом классе, если не добьёмся индивидуальной траектории обучения каждого мальчика и девочки. Если, наконец, серьёзно не займёмся утверждением не на словах, а на деле триады: семья – школа – ребёнок. Кстати сказать, речь идёт о простых условиях, не требующих особых денежных вливаний. Они предполагают организованность, ответственность гинекологов, педиатров, педагогов, психологов, биологов, генетиков, их тесное взаимодействие...

Нельзя мириться с тем, что только пятый российский первоклашка, переступающий школьный порог, относительно здоров. К концу обучения показатель сокращается почти в 10 раз – здоровых выпускников мы находим лишь 2,5%. Единицы!.. К 15–17 годам до 70% старшеклассников страдают хроническими заболеваниями. Это крайне тревожная тенденция. Лишь половина из подростков способны выполнить возрастные нормативы физической подготовки. У многих обнаруживаются хронические патологии: нарушения сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем, органов дыхания, нервной системы и психической сферы, расстройства зрения. Нередки случаи язвенной болезни, сколиоза. Сказываются постоянный рост учебной нагрузки, стрессовые ситуации в связи с подготовкой к ЕГЭ. Мальчики болеют чаще. Но к окончанию школы их подружки перегоняют одноклассников по распространённости функциональных отклонений и хронических болезней.

Авторитетное мнение

Академик Любовь КОЛЕСНИКОВА:

Каждый наш шаг должен быть подчинён интересам детства



– **Тридцать лет в Иркутске работает Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека. Какие практические рекомендации вы готовы предложить для включения в будущую программу действий Десятилетия детства?**

– Такие предложения есть. Они основаны на многолетних исследованиях, в орбиту которых были вовлечены десятки тысяч мальчиков и девочек – как дошколят, так и младших и старших учащихся школ. За 30 лет существования нашего центра возле Байкала возникла солидная научная школа. Она поддержана шестью правительственными грантами. Для Сибири и Дальнего Востока мы подготовили 50 докторов наук. К нам едут учиться из Благовещенска, Улан-Уде, Читы...

Говорю о необходимости тщательно пересмотреть каждое звено в цепочке: семья – школа – ребёнок. Мы не начинаем с чистого листа. И мировая, и отечественная педагогика накопила немалый опыт. Но сегодня другие условия, которые нельзя не учитывать. В условиях стремительного нарастания объёмов информации встаёт вопрос о динамичном обновлении теории и практики обучения и воспитания детей с тем, чтобы качественно обеспечить здоровье, образование и успешное развитие каждого – каждого! – нашего ребёнка. Задача многоплановая, затрагивающая грани учёбы, детского отдыха, постоянную работу с родителями. Мне кажется, что любой наш шаг должен быть подчинён интересам детства.

И здесь снова встаёт вопрос о нашем профессионализме. Приходится повторять. Педиатром может стать далеко не каждый. Умение сопереживать – это особый талант. Поэтому с юным абитуриентом медвуза должен побеседовать психолог: обладает ли он тем ресурсом доброты, предрасположенности к ребёнку, которые потребует его профессия? Иначе, отучившись 6 лет в институте, он запоздало поймёт, что учился зря. Ошибся в выборе будущего занятия... Ведь он

должен уметь общаться. И не только с ребёнком – с его мамой, бабушкой... А это непростая наука.

Педиатр – шутная профессия. Многие из тех, кто с гордостью надел белый халат, быстро выгорают. Не научены любить ребёнка. Назрела необходимость провести ревизию уровня детских поликлиник, больниц, их оснащение современной техникой. А главное – кадрами. Надо бы подумать о самочувствии самого врача, режиме его труда, о его разгрузке... Есть же на предприятиях комнаты отдыха. Но кто слышал о производственной гимнастике для врачей?..

Как и всякий доктор, педиатр занимается лечением больного. За профилактику ему не платят. Плата – по законному случаю. Мы по инерции трубим об успехах профилактики. Но не секрет, что за последние годы посещаемость центров здоровья сократилась в два раза...

Специального разговора требует ситуация с патронажными сёстрами: острейшая проблема, решать которую надо на государственном уровне.

Особая тема – правильно выстроенное обучающее пространство в классе. Убеждена: надо говорить об индивидуальной траектории обучения. Многие учителя, к сожалению, плохо представляют, что это такое. Учёт физиологических особенностей детей, обеспечение строго индивидуального подхода к каждому из них... А речь идёт всего-навсего о том, к примеру, как посадить школьника за парту, кого в каком ряду, в каком месте... Чтобы он лучше видел,

слышал, не отвлекался. А сколько проблем порой создаёт авторитарное поведение учителя!..

Предстоит критически оценить существующую подготовку школьных психологов, школьных врачей, нацелить их не столько на лечение, сколько на предупреждение возникающих недугов у ребят, тех же стрессов, связанных с трудностями адаптации первоклассников.

Грамотно сопровождать по жизни ребёнка можно лишь тесно взаимодействуя с его семьёй. Это своя, непростая наука. Многие определяет домашняя обстановка, как подготовлен ребёнок к особенностям учебной деятельности – принципиально новым для него по форме и содержанию отношениям с другими детьми и взрослыми. И здесь опять же необходима наша наступательная позиция.

Опыт, накопленный учёными Иркутска, позволил выстроить концепцию сберегающего здоровья информационного пространства, создать принципиально новые эффективные, проверенные практикой технологии охраны здоровья школьников: и слабо успевающих, с нарушениями поведения, и особо одарённых. Они нацелены на предупреждение переутомления детей, гиподинамии, гипокинеза, нарушений зрения и опорно-двигательной системы...

– **Как получилось, что девушка из Белоруссии стала научной звёздочкой Сибири?**

– Да, моя родина – тихий город Паричи в Белоруссии. Хотя детство прошло на знаменитой реке Березине, где, как известно, была разгромлена наполеоновская армия. Плавать я, к сожалению, так и не научилась. До сих пор жалею об этом. После школы, прослышав о Новосибирском наукограде, отправилась в Сибирь. Окончив с отличием Новосибирский государственный медицинский институт, по распределению попала в здешний Институт клинической и экспериментальной медицины. А дальше – «гранитные ступеньки» науки: защита докторской диссертации, звание профессора, а позднее – члена-корреспондента и академика РАН... Так была оценена моя верность выбранному делу. Практически вся жизнь посвящена изучению физиологии и патологии детского растущего организма, разработке прогноза развития ребёнка и методов возможного управления его здоровьем. Этой теме посвящено множество статей в отечественной и зарубежной прессе, научные монографии, учебные пособия, патенты.

Благодарю судьбу за встречу со своим наставником – академиком РАН Влаилем Казначеевым. Под его руководством были созданы Сибирское отделение Российской академии медицинских наук и Институт клинической и экспериментальной медицины. Этот институт стал моей альма-матер. Двадцать два года я была директором Научного центра медицинской экологии (позднее переименован в Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН) в Иркутске. Освободившись от административных забот директора, не расставаясь с любимым делом, продолжаю оставаться научным руководителем центра, воспитывать молодёжь.

– **Я могу сказать, что вы счастливый человек по жизни?**

– Да, это действительно так. Ведь это счастье – заниматься делом, которое ты любишь. У меня отличная семья. Это отец, прошедший Великую Отечественную войну на Западном и Японском фронтах. Уже полвека мы вместе с академиком С. Колесниковым, сыгравшим огромную роль в моём становлении как исследователя и организатора науки. Дочь Марина пошла по стопам родителей, она врач, кандидат медицинских наук.

– **Что цените в своём окружении?**

– Профессионализм. Стремление человека пополнять багаж знаний. В нашей клинике собрались влюблённые в свою профессию. Те, кто посвятил свою жизнь детству. Здесь нет хмурых. Здесь больше улыбающихся... Поэтому, обращаясь к читателям «МГ», к коллегам, хочу пожелать не потерять интереса к профессии, всегда быть в окружении молодёжи, которой хочется учиться.

– **Кто для вас пример жизненного поведения?**

– Януш Корчак – польский педагог, писатель, врач. Он отказался спасти свою жизнь, бросить обречённых на гибель детей, которых фашисты отправляли в концлагерь Трешлинка. Вместе с детьми вошёл в газовую камеру. Его 10 принципов воспитания детей стоит знать каждому. Напомню лишь первый: «Не жди, что твой ребёнок будет таким, как ты, или таким, как ты хочешь. Помоги ему стать не тобой, а собой».

– **Девиз по жизни?..**

– Готова повторять слова поэта: «Светить – и никаких гвоздей!..»

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Акция

Традиционный День донора в пятый раз прошёл в Общественной палате РФ. В добровольной акции приняли участие члены Общественной палаты нового состава, сотрудники аппарата и все желающие – всего более 100 человек. Но сдать кровь по медицинским показаниям смогли порядка 30 человек.

Акция проводилась в рамках II Московского донорского марафона «Достучаться до сердец». Организаторами мероприятия по традиции выступили Комиссия Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения, коорди-

Доноры стучатся в сердца

национный центр по донорству крови при Общественной палате и Национальный фонд развития здравоохранения (НФРЗ) при содействии Центра крови ФМБА России.

Это первое мероприятие в рамках деятельности нового состава палаты России, отметил член Общественной палаты РФ, председатель координационного центра по донорству крови Николай Дайхес. «Уверен, что наша совместная работа придаст

новый импульс развитию координационного центра по донорству крови при Общественной палате РФ, – сказал он. – Судя по количеству участников, донорство в нашей стране развивается. Это я могу сказать не только как член Общественной палаты, но и как действующий хирург. И очень важно, что развивается именно добровольное донорство, а среди волонтеров очень много студентов медицинских вузов. Именно благодаря этому проблема не-

хватки донорской крови в целом по стране решена».

Директор НФРЗ, заместитель руководителя координационного центра по донорству крови при Общественной палате РФ Елена Стефанюк вручила благодарственные письма координационного центра донорам, которые сдали кровь в стенах Общественной палаты более 3 раз.

«Донорская акция проводится в Общественной палате РФ с 2015 г. За это время прошло 5

акций, в рамках которых кровь сдали более 150 человек – это порядка 70 л. По статистике, одной сдачей крови донор спасает 3 человеческие жизни. К сожалению, не все могут быть донорами по медицинским показаниям, но каждый может стать волонтером донорского движения, а значит, спасти тысячи жизней», – сказала Е. Стефанюк.

Константин ШАРЬИН.
Москва.

Как нередко бывает в нашей стране, мы бросаемся из крайности в крайность. Ещё несколько десятилетий назад и представить было трудно, что женщину с ребёнком после нормальных физиологических родов могут выписать из роддома раньше, чем через неделю. Мать лежала отдельно от малыша, которого приносили только для кормления, причём строго по часам. Вручали ей туго запелёнатое чадо лишь на выходе из учреждения.

Потом объявили курс на гуманизацию медицинской помощи. Многие в системе родовспоможения изменилось, получило распространение совместное пребывание матери и малыша. Рутинной практикой стала выписка из роддома на 3-4-е сутки. Казалось бы, всё разумно и обоснованно.

Однако сейчас начала набирать обороты тенденция и более ранней выписки: на 2-е сутки и даже через несколько часов после родов. «Родила вечером в пятницу, выписалась в субботу», «Ушла из роддома на вторые сутки», «Медицина – услуга, причём добровольная. Когда захочешь – тогда и уйдёшь с ребёнком», – рассказывают мамочки.

Инициаторами выступают, как правило, сами женщины, но и роддома особенно не возражают. Одни говорят: «Раньше в поле рожали – и ничего». Другие кивают на Запад, дескать, там родильниц с младенцами не держат подолгу в клинике.

Всё чаще можно слышать от медработников наставления беременным: «Чем раньше уйдёте домой после родов, тем лучше – меньше риск подхватить внутрибольничную инфекцию». Вроде бы логично. С эпидемиологической точки зрения ориентир на раннюю выписку оправдан: это способствует снижению заболеваемости внутрибольничными инфекциями.

Но что в итоге происходит? Сориентированные таким образом женщины заявляют: «Хочу уйти в течение 6 часов после родов. Прививки делать не будем, к скринингу отношусь скептически». И уходят (!), не думая о последствиях.

Скрининг, вакцинация: стоит ли откладывать на потом?

Между тем в соответствии с существующими нормативными документами ребёнок в роддоме должен пройти полное обследование и вакцинацию против гепатита В и туберкулёза. С согласия родителей, конечно. Прививка от гепатита В делается обычно в течение первых 12 часов после рождения, БЦЖ – на 3-и сутки.

Кроме того, все новорождённые на 4-е сутки проходят скрининг на наличие тяжёлых врождённых заболеваний (гипотиреоз, фенилкетонурия, муковисцидоз, галактоземия, адреногенитальный синдром), а также аудиологический тест. Выписываясь рано, женщина лишает ребёнка всего этого в родовспомогательном учреждении, перекладывая данные манипуляции на поликлиническую педиатрическую службу. Вот достаточно типичная точка зрения:

«Прививки в роддоме мы точно делать не будем, поэтому торчать в ожидании БЦЖ не хочу. Анализ крови на генетические болячки можно, наверное, будет и потом сделать при необходимости».

В амбулаторном звене, конечно, могут взять кровь из пятачки младенца для неонатального скрининга, но возникают свои сложности, в частности в выходные и праздничные дни (особенно если они длинные), как правило, анализ не берётся, следовательно, сроки не выдерживаются, скрининг отодвигается. В случае же взятия крови в 1-2-е сутки после появления на свет возможны ложноположительные результаты.

На одной из недавних конференций президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин рассказал о 8-месячном ребёнке с выраженным проявлением гипотиреоза. Новорождённого выписали из родиль-

ного дома очень рано, позвонив в поликлинику с просьбой обратиться на него внимание. Там не обратили и спохватились уже в 8 месяцев, заметив явное отставание в развитии: малыш не держал голову, не сидел, был одутловат.

– Мы скрининг для чего осуществляем? – задал риторический вопрос Н.Володин. – Для того чтобы принять соответствующие меры по предупреждению развития тяжёлой патологии.

Но это лишь часть проблемы. Ещё сложнее, по словам участ-

вызванной резус-конфликтом. Мама на 6-е сутки принесла в стационар ребёнка с развёрнутой клиникой заболевания: показатель билирубина достигал 485, потребовалось срочное заменное переливание крови. В другом случае у ребёнка 16 дней от роду билирубин превышал цифру 560 (!). Думаю, подобные примеры найдутся во многих регионах страны.

Одним из критериев обычной выписки из роддома служит прекращение потери веса ребёнка и начавшаяся прибавка массы тела.

после кормления держу его «столбиком», как и рекомендует, – жалуется мама.

Ей и невдомёк, что срыгивания могут быть проявлением порока развития желудка. Будь ребёнок подольше в родовспомогательном учреждении, специалисты наверняка бы заподозрили неладное и тщательно обследовали младенца. А на участке педиатр, как правило, связывает это с неправильным прикладыванием к груди, дефектами вскармливания.

Выработать оптимальное решение

Хорошо известно, что первые часы и дни после появления на свет – самые трудные для ребёнка, поскольку он приспосабливается к жизни вне утробы. Адаптация не всегда проходит гладко, поэтому дети нуждаются в наблюдении врача. В роддоме за ними, кроме мамы, следят доктора и медицинские сёстры, ежедневно оценивая двигательную активность, работу всех систем, цвет кожных покровов, изменения в весе и т.д.

Проблемы и решения

Когда поспешность грозит бедой

Чем может обернуться для ребёнка ранняя выписка из роддома?



Если у малыша всё хорошо, счастливы не только родители, но и врачи

ковых педиатров, вакцинировать против туберкулёза: то нет вакцины БЦЖ-М, то не набирается нужное количество новорождённых, то возникают ещё какие-то причины. К тому же не всякая медицинская сестра может сделать эту прививку правильно, то есть внутривенно, требуется навык. (В роддоме у медперсонала он имеется, так как большой поток младенцев).

Возможные последствия

Ранняя выписка чревата инфицированием пупочной ранки: пуповинный остаток отпадает в среднем на 4-5-е сутки. Сейчас его не принято чем-то обрабатывать, нужно лишь содержать в чистоте. Но где гарантия, что молодая мама не промокнет ранку сухой ватой? Столь, казалось бы, безобидный жест может обернуться тем, что оставшиеся от ваты ворсинки вызовут инфекцию. Поэтому, безусловно, лучше, чтобы ребёнка в первые дни наблюдали профессионалы в стационарных условиях. Гнойные выделения из пупка у 2-недельного ребёнка либо ставят участкового педиатра в тупик, либо не вызывают у него никакого беспокойства (в зависимости от квалификации и имеющегося опыта).

Частое явление у детей 3-5 суток от роду – конъюнктивит.

Нередко, выписавшись из роддома в первые сутки, мамы спустя короткое время, обнаруживают у ребёнка желтуху. «Ничего страшного, это желтушка новорождённых, она скоро пройдёт», – обычно успокаивает участковый педиатр, посоветовав побольше гулять на улице. Однако, как рассказали специалисты на заседании секции неонатологии Московского общества детских врачей, им приходится сталкиваться со случаями мажорной гемолитической болезни,

выписываясь рано (в первые сутки), новорождённый, естественно, не успевает продемонстрировать набор веса. А оказавшись дома, наедине с ворохом забот, женщина (особенно первородящая) зачастую сталкивается с трудностями лактации. Она не умеет сцеживаться, правильно прикладывать ребёнка к груди, кормить его так, как положено. В результате малыш не прибавляет в весе должным образом, постоянно плачет.

По словам главного неонатолога Департамента здравоохранения Москвы Антонины Чубаровой, в отделения патологии новорождённых детских больниц стали поступать младенцы, которые так и не набрали вес после ранней выписки из родильного дома. Причиной является, конечно же, не только неадекватное вскармливание, но и врождённая патология желудочно-кишечного тракта.

– Ребёнок вяло сосёт. А то, что высасывает, срыгивает, хотя я

Ещё серьезнее, трагичнее положение дел с выявлением у новорождённого пороков сердца, которые, кстати, занимают ведущее место в структуре младенческой смертности. В России 26% детей с критическими аномалиями (подчёркиваю – с критическими) выписывается из родильного дома без диагноза, 80% малышей, появившихся на свет со стенозом лёгочной артерии, либо аорты, покидают родовспомогательные учреждения также без установления патологии. Специалисты утверждают, что 25% погибших на первой неделе новорождённых не имеют диагноза, в том числе и потому, что рутинные обследования далеко не всегда позволяют выявить отклонения.

– Ситуация усугубляется ещё и тем, что выписка из родильного дома происходит очень рано, порой на 2-е сутки или даже спустя несколько часов после родов. А критические пороки весьма часто проявляются, начиная с 3-х. Поэтому требуются определённые организационные меры, – отметила на конференции «Трудный диагноз» профессор факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов детский кардиолог Елена Дегтярева.

Такой же точки зрения придерживаются и другие детские кардиологи.

Выписавшись в первые часы после родов с ощущением, что всё прошло хорошо, женщина рискует потерять ребёнка, не говоря уж о рисках для его здоровья, впрочем, как и для своего собственного. Осложнения у женщин, безусловно, бывают. Наверное, каждый педиатр поликлиники припомнит случай, когда мама после ранней выписки попадала в стационар, например, с поздним кровотечением, а ребёнок оставался на руках у растерянного отца, получая взамен материнской груди бутылочку с искусственной смесью.

А теперь – внимание! Как свидетельствует статистика, здоровыми рождаются не более 30% детей. Следовательно, две трети новорождённых имеют ту или иную патологию. Рано выписывая их на участок, можно упустить отклонения, ведь педиатр поликлиники и в силу своей загруженности, и в силу недостатка знаний может не выявить, не направить, не проследить, не обратить внимание на какие-то мелочи (а мелочей в неонатологии, как известно, нет)...

Сторонники ранней выписки утверждают, что благодаря ей усиливается контакт между ребёнком и родителями, снижается вероятность подцепить госпитальную инфекцию.

Противники говорят об увеличении случаев желтухи, инфекционных осложнений, проблем с кормлением и т.д.

Но, как мне кажется, риски и преимущества ранней выписки полностью не просчитаны. Безусловно, при этом затраты на госпитализацию ниже (чем меньше дней женщина с новорождённым пробудет в родильном доме, тем меньше расходы). Но чем обернётся эта экономия, особенно в условиях дефицита кадров в амбулаторном звене? Не станет ли причиной более серьёзных потерь? Тем более что завтра придут работать в поликлиническую сеть молодые педиатры (по сути, вчерашние студенты), не имеющие за плечами даже интернатуры, а уж опыта и подавно.

На мой взгляд, необходим поиск оптимального решения, разумно сочетающего старые и новые подходы к выписке новорождённого из родовспомогательного учреждения, решения, куда бы легко укладывались и вакцинация, и скрининг, и профилактика внутрибольничных инфекций.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Кстати

Инфекция «подняла голову»

На последней конференции «Сложный случай» директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина отметила:

– Госпитальная инфекция есть во всём мире и в том нет однозначной вины врача. Другое дело – соблюдение чистоты, алгоритма обработки рук, следование принципам профилактики.

Руководитель департамента призвала медицинских работников обратить на это внимание. По её словам, младенческая смертность в стране снижается хорошими темпами. В ряде регионов она менее 4. Но настораживает, что в её структуре увеличивается доля смерти детей от инфекционных заболеваний.

– Мы вводим в строй новые перинатальные центры, научились выполнять новорождённым искусственную

вентиляцию лёгких, то есть дети рано не погибают. И тут подняла голову инфекция. Когда анализируем диагнозы новорождённых, то видим, что везде стоит ВУИ (внутриутробная инфекция), но мы понимаем: это не всегда соответствует действительности. К сожалению, за диагнозом «ВУИ» нередко скрывается госпитальная инфекция. Нужно работать над стандартами любых вмешательств (установка катетера, введение внутривенных инъекций, санация трахеобронхиального дерева), поскольку очень много деталей не прописано в СанПиНах. Сейчас стартует приоритетный национальный проект по выявлению, профилактике и лечению госпитальной инфекции, возглавляемый Роспотребнадзором. Будут применены критерии CDC для постановки диагноза, ужесточён контроль, – сказала руководитель департамента.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 62 (2092)

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов (СпА), обычно ассоциированное с псориазом.

Этиология и эпидемиология

ПсА выявляют у 6,25–42% больных псориазом (Пс). По данным популяционных исследований, в различных странах заболеваемость ПсА составляет 2–8 случаев на 100 тыс. населения, распространённость – 0,05–1,2%.

Ведение больных с псориатическим артритом

Клинические рекомендации Минздрава России

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 M07.0 (L40.5+), M07.2 (L40.5+), M07.3 (L40.5+)

В Российской Федерации, согласно данным Федерального статистического наблюдения, в 2014 г. заболеваемость псориатическим артритом составила 2,3 случаев на 100 тыс. населения, распространённость – 12,6 случаев на 100 тыс. населения. ПсА может развиваться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто. У большинства больных ПсА развивается постепенно, редко – остро. У 70% больных псориатическое поражение кожи появляется раньше поражения суставов, позвоночника или энтезисов, у 20% – одновременно, у 15–20% больных ПсА возникает до первых клинических проявлений псориаза. Корреляция между тяжестью псориатического поражения кожи и артрита может отсутствовать, однако в когортных наблюдениях отмечена высокая частота случаев ПсА у больных с распространённым псориазом.

Этиология ПсА неизвестна. Заболевание возникает в результате сложных взаимодействий между генетическими, иммунологическими факторами и факторами внешней среды. Имеются данные о наследственной предрасположенности к развитию как псориаза, так и ПсА: более 40% больных ПсА имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями. Псориаз

и ПсА считают Т-клеточно-опосредованными заболеваниями, при которых происходит активация клеточного иммунитета в коже и синовии с последующими гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов, таких как ФНО-α, интерлейкины (ИЛ)-12, ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-1, ИЛ-1β, ИЛ-6 и хемокинов (таблица 1).

Классификация

M07* Псориатические и энтеропатические артропатии
M07.0* Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (L40.5+)
M07.2* Псориатический спондилит (L40.5+)
M07.3* Другие псориатические артропатии (L40.5+).

Клиническая картина

Выделяют 5 клинических форм ПсА (таблица 2).
К основным клиническим проявлениям ПсА относят периферический артрит, дактилит, спондилит, энтезит.
Периферический артрит клинически проявляется болью, припухлостью, ограничением подвижности суставов. Характерные при-

знаки – артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп и «редискообразная» деформация, осевой артрит (одновременное поражение трёх суставов одного пальца), дактилит и «сосискообразная» деформация пальцев кистей и стоп.

Дактилит (син. – воспаление пальца) возникает в результате одновременного

медиальный мыщелок бедренной кости. Энтезиты пяточных областей часто являются причиной снижения функциональных возможностей больных.

Спондилит – преимущественное поражение позвоночника (псориатический спондилит), часто наблюдается в сочетании с периферическим артритом. Изолированный

Таблица 1

Факторы, влияющие на развитие ПсА у больных Пс	
Факторы	Описание
Внешние	1.Травма 2. Инфекция 3. Психоэмоциональное перенапряжение, стрессы
Внутренние	1. Генетическая предрасположенность к развитию Пс и ПсА 2. Нарушение нейроэндокринных и иммунных (цитокиновых, хемокиновых) механизмов регуляции 3. Ожирение 4. Табакокурение

В	Ожирение и табакокурение – факторы развития ПсА у больных псориазом, особенно в молодом возрасте
---	--

Таблица 2

Клинические варианты ПсА	
Клинические варианты ПсА	Основная характеристика
Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (ДМФС) и стоп (дистальная форма)	Классическое изолированное поражение ДМФС кистей и/или стоп наблюдается у 5% больных ПсА. Вовлечение ДМФС наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах ПсА
Асимметричный моноолигоартрит	Встречается у большинства больных с ПсА (до 70%). Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспалённых суставов не превышает 4
Симметричный полиартрит (ревматоидоподобная форма)	Наблюдается примерно у 15–20% пациентов с ПсА. Характеризуется вовлечением парных суставных областей как при ревматоидном артрите. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти или более суставов
Псориатический спондилит	Характеризуется воспалительным поражением позвоночника как при АС, часто (примерно у 50%) сочетается с периферическим артритом, редко (2–4%) наблюдают изолированный спондилит
Мутилирующий артрит	Редкая клиническая форма ПсА, наблюдается у 5% больных, характеризуется распространённой резорбцией суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической деформации», укорочения, разнонаправленных подвывихов пальцев конечностей. В то же время локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей может развиваться при всех клинических вариантах ПсА

поражения сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев и артрита межфаланговых суставов. Клинически проявляется болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отёком всего пальца, болевым ограничением сгибания, формируется характерная для ПсА «сосискообразная» деформация пальца.

В ряде случаев наблюдают теносиновит – воспаление сухожилий сгибателей и/или

спондилит встречается редко (до 4%). В целом поражение позвоночника при ПсА может наблюдаться при любой клинической форме заболевания и проявляется воспалительной болью в спине (ВБС) по критериям ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society, 2009 – Международное общество по изучению спондилоартритов) (см. раздел «Диагностика ПсА») в любом отделе позвоночника, главным образом в шейном и поясничном, скованностью, болью

С	Факторы неблагоприятного прогноза ПсА – полиартрит, эрозии суставов, потребность в активном лечении при первом обращении к врачам, предшествующий приём глюкокортикостероидных препаратов, увеличение СОЭ/СРБ
D	Дактилит – прогностически неблагоприятный фактор для развития эрозий суставов

разгибателей пальцев кистей и стоп. Клинически проявляется болью, припухлостью по ходу сухожилий, а также ограничением функции (сгибание пальцев).

Энтезит клинически проявляется болью, иногда припухлостью в точках энтезов. Локализация – верхний край надколенника, края (крылья) подвздошных костей, трохантеры, место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточной кости, латеральный надмыщелок плечевой кости,

в грудной клетке при дыхании, ограничением подвижности.

Диагностика

Общие рекомендации по диагностике ПсА

Псориаз является независимым фактором риска для развития одного или двух аутоим-

(Продолжение на стр. 8-9.)

(Продолжение. Начало на стр. 7)

мунных заболеваний, при этом дерматозе может развиваться любое ревматическое заболевание (РЗ).

Диагноз ПсА устанавливают в первую очередь на основании выявления характерных клинических признаков заболевания, специфические лабораторные тесты отсутствуют, у 40–60% больных биомаркёры воспаления (СОЭ, СРБ) остаются нормальными. У трети пациентов выявляют HLA B27 антиген. Анализ синовиальной жидкости не даёт специфических результатов, иногда выявляют высокий цитоз.

При ПсА в крови пациентов редко обнаруживают ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) (12 и 15% случаев соответственно), главным образом в низких титрах.

Инструментальная диагностика ПсА включает обязательное стандартное рентгенографическое исследование кистей, стоп, таза (в прямой проекции) и переходного отдела позвоночника (нижне-грудного с захватом поясничного в боковой проекции). По показаниям следует выполнять рентгенографические исследования других суставов и других отделов позвоночника, вовлечённых в патологический процесс. Данные исследования проводятся не чаще, чем один раз в год.

Характерные рентгенологические изменения при ПсА: сужение суставной щели; костная ремодуляция (резорбция концевых фаланг, крупные эксцентрические эрозии, остеолиз – деформация «карандаш в стакане») и пролиферации (краевые костные разрастания, периоститы, энтезофиты и костные анкилозы), асимметричный двусторонний/односторонний сакроилеит, паравертебральные оссификаты и краевые синдесмофиты.

Для ранней диагностики воспалительных изменений в позвоночнике (спондилит) и илеосакральных сочленениях (сакроилеит), сухожильно-связочного аппарата (энтезит, тендинит), периферического артрита (синовит) используют магнитно-резонансную томографию (МРТ), а также ультразвуковое исследование с энергетическим доплеровским картированием (ЭДК). В ряде случаев для ранней диагностики рекомендуется проведение сцинтиграфии скелета.

Диагностика периферического артрита

В	Диагноз ПсА устанавливается на основании критериев CASPAR
----------	---

Критерии ПсА CASPAR (CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006)

Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) и 3 или более баллов из следующих 5 категорий:

1. Псориаз: псориаз в момент осмотра псориаз в анамнезе семейный анамнез псориаза	Баллы 2 1 1
2. Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме метода латекс-теста)	1
4. Дактилит: – припухлость всего пальца в момент осмотра – дактилит в анамнезе	1 1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Диагноз спондилита при ПсА (син. – псориатический спондилит (ПсСП) устанавливают на основании наличия двух из трёх представленных ниже признаков:

- Наличие воспалительной боли в спине (ВБС) по критериям ASAS (2009), а также перемежающейся боли в ягодицах.
- Ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.
- Признаки одностороннего сакроилеита 2-й стадии и более (по Kelgren) на обзорной рентгенограмме таза, синдесмофиты в позвоночнике.
- Выявление МРТ-активного сакроилеита (остеит/отёк костной ткани в области илеосакральных сочленений в STIR–режиме или T1 с подавлением жира).

Критерии ASAS для воспалительной боли в спине (2009):

Боль в спине считается воспалительной, если у пациента с хронической болью, длительно

тельностью более 3 месяцев присутствуют 4 из 5 нижеследующих признаков:

- начало в возрасте до 40 лет;
- постепенное начало;
- улучшение после физических упражнений;
- отсутствие улучшения после отдыха;
- ночная боль (с улучшением после пробуждения).

Скрининг и ранняя диагностика ПсА у больных Пс

При отсутствии своевременной диагностики и терапии ПсА у больных Пс возрастает риск прогрессирования болезни и развития функциональных нарушений. В исследовании D.Kane и соавт. у 47% больных ПсА обнаружили эрозии суставов через 2 года от начала болезни.

В	Все пациенты с Пс при наличии суставных жалоб должны быть осмотрены врачом-ревматологом с целью ранней диагностики ПсА, предупреждения развития деструкций суставов и функциональных нарушений
Д	Врачи-специалисты, осуществляющие лечение и наблюдение за больными с Пс, должны помнить о возможности развития ПсА
В	Диагностика ПсА у больных Пс с признаками воспалительного заболевания суставов осуществляется на основе критериев CASPAR

Коморбидность при ПсА

С	У больных ПсА отмечается повышенный риск развития коморбидных заболеваний: артериальная гипертензия, метаболический синдром, гиперлипидемия, ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет 2-го типа, депрессия. При ПсА может выявляться остеопороз, однако его связь с активностью заболевания не доказана
Д	Специалисты, осуществляющие контроль за больными с ПсА, должны помнить о возможности развития у них коморбидных заболеваний, а при их возникновении своевременно направлять пациентов к профильным врачам-специалистам: кардиологу, эндокринологу, психоневрологу
Д	При назначении терапии больным ПсА необходимо учитывать коморбидность

Кардиоваскулярный риск

Псориаз, ПсА являются факторами развития серьёзных кардиоваскулярных нарушений. Выявлено повышение стандартного показателя смертности больных ПсА и псориазом по сравнению с популяцией, при этом основными причинами летальных исходов (36,2%) являлись сердечно-сосудистые заболевания. В исследованиях на крупных выборках больных ПсА (более 3 тыс. человек) показана повышенная по сравнению с популяцией распространённость атеросклероза – в 1,4 раза, ИБС – в 1,3 раза, заболеваний, связанных с нарушением периферического кровообращения – в 1,6 раза, сахарного диабета 2-го типа – в 1,5 раза, гиперлипидемии – в 1,2 раза, артериальной гипертензии – в 1,3 раза.

При ПсА и Пс у половины пациентов выявляют метаболический синдром, нарушения ритма сердца, субклинический атеросклероз в виде утолщения комплекса интима-медиа сонных артерий, повышение артериальной ригидности, дисфункцию эндотелия магистральных артерий, стеноз аортального клапана.

Д	Больным ПсА целесообразно проводить регулярный скрининг традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, ожирение, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, скрининг на наличие сахарного диабета. Коррекцию традиционных факторов кардиоваскулярного риска необходимо проводить согласно национальным рекомендациям для общей популяции
Д	Всем больным ПсА необходимо придерживаться здорового образа жизни, который включает регулярные физические упражнения в рамках комплекса лечебной физкультуры для больных с заболеванием опорно-двигательного аппарата не менее 30 минут 5 раз в неделю, контроль за индексом массы тела (в пределах 18,5–24,5), снижение потребления алкоголя и отказ от курения

Дифференциальная диагностика

В случае выявления РФ и/или АЦЦП в высоких титрах необходим дифференциаль-

но-диагностический поиск для исключения другого иммуноопосредованного заболевания у пациентов с псориазом (например, ревматоидный артрит (РА), смешанное заболевание соединительной ткани и т.п.). Определение АЦЦП является более чувствительным тестом для выявления РА. Данные тесты рекомендуется выполнять на этапе скрининга и диагностики ПсА у больных псориазом. Исследование на РФ следует проводить высокочувствительными методами, например методом иммуноферментного анализа. Не рекомендуется для исследования на РФ использовать метод «латекс-тест».

Также ПсА необходимо дифференцировать с подагрой, реактивным артритом (РеА), анкилозирующим спондилитом (АС), остеоартрозом (ОА), реже – с ревматической полимиалгией и системными заболеваниями соединительной ткани (например с системной склеродермией).

Оценка активности и ответа на терапию при ПсА

Оценка активности и влияния терапии на периферический артрит

Оценивают число болезненных суставов (ЧБС) из 68 и число припухших суставов (ЧПС) из 66, дистальные межфаланговые суставы стоп не учитывают.

Оценивают височно-нижнечелюстные, грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные суставы, 1–5-е пястно-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые, 2–5-е дистальные межфаланговые суставы кистей, тазобедренные (оценивают только боль при пассивных движениях), коленные, голеностопные, суставы предплюсны, 1–5-е плюснофаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые.

Для оценки активности ПсА пациентом и врачом, а также выраженности боли используют визуальную аналоговую шкалу (ВАШ, мм) или 5-балльную шкалу Likert, где:

«отлично» – 0,
«хорошо» – 1,
«удовлетворительно» – 2,
«плохо» – 3,
«очень плохо» – 4.

Ответ на терапию оценивают по специально разработанному для ПсА критерию PsARC (Psoriatic Arthritis Response Criteria), а также EULAR.

PsARC
Число болезненных суставов (ЧБС из 68).
Число припухших суставов (ЧПС из 66).

Общая оценка активности ПсА врачом по 5-балльной шкале Likert – «отлично» – 1, «хорошо» – 2, «удовлетворительно» – 3, «плохо» – 4, «очень плохо» – 5.

Общая оценка активности ПсА больным по 5-балльной шкале Likert – «отлично» – 1, «хорошо» – 2, «удовлетворительно» – 3, «плохо» – 4, «очень плохо» – 5.

Улучшение:
Уменьшение общей оценки активности ПсА пациент/врач на ≥ 1 пункт.
Уменьшение ЧБС/ЧПС на ≥ 30%.

Ухудшение:
Увеличение общей оценки активности ПсА пациент/врач на ≥ 1 пункт.
Увеличение ЧБС/ЧПС ≥ 30%.

Ответ на терапию:
Улучшение двух из четырёх указанных критериев, причём один из них – ЧБС или ЧПС. Не допускается ухудшение ни одного из показателей.

Оценка эффективности предпринятой терапии у больных ПсА осуществляется в сроки, предусмотренные индивидуально для каждого лекарственного препарата (см. раздел «лечение ПсА»).

Модифицированный суставной Индекс Ричи (МИР)

Используется для оценки степени выраженности пальпаторной болезненности в 68 суставах, которые указаны выше. В тазобедренных суставах боль определяется при пассивных движениях. Выраженность болезненности оценивается по 4-балльной системе: 0 – отсутствие болезненности, 1 – боль слабая, пациент констатирует боль, 2 – боль умеренная, пациент констатирует боль и морщится, 3 – боль выраженная, пациент отдёргивает конечность. Данный индекс не используется самостоятельно, но входит в состав комплексного показателя активности заболевания DAS.

Критерии ответа на терапию EULAR:

- Нет ответа – уменьшение DAS по сравнению с исходным на ≤ 0,6.
- Удовлетворительный ответ – изменение DAS между от > 0,6 до ≤ 1,2.
- Хороший ответ – уменьшение DAS на > 1,2.

Д	PsARC используется для мониторинга эффективности терапии у больных ПсА с преимущественным поражением периферических суставов
----------	--

Оценка активности и влияния терапии на дактилит

Для оценки эффективности терапии определяют изменение числа пальцев с дактилитом в процессе наблюдения.

Оценка влияния терапии на энтезит

Оценивают динамику энтезиального индекса LEI (Leeds Enthesitis Index). LEI вычисляют простым суммированием уровня пальпаторной болезненности в баллах в 6 парных точках прикрепления энтезисов: ахиллово сухожилие, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. Градации: 0 – «нет боли», 1 – «боль есть», максимум 6 баллов.

Оценка активности и влияния терапии на спондилит

Оценивают на основании изменения индекса активности анкилозирующего спондилита BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index – самоопросник из 6 вопросов, для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо»). BASDAI используют у больных ПсА как для оценки активности поражения позвоночника, так и для эффективности терапии – оценка влияния на спондилит.

BASDAI < 4 без нарушения функции соответствует низкой активности ПсСП;

BASDAI > 4 без нарушения функции и BASDAI < 4 в сочетании с нарушением функции – умеренной;

BASDAI > 4 в сочетании с нарушением функции соответствует высокой активности; Уменьшение BASDAI на 50% (BASDAI 50) свидетельствует о наличии ответа на терапию.

Д	BASDAI используется для мониторинга эффективности терапии у больных ПсА с активным поражением позвоночника
----------	--

Оценка функционального индекса качества жизни у больных ПсА проводится с помощью индекса HAQ.

Оценка активности псориаза и влияния терапии

Эффективность терапии при псориатическом поражении кожи определяют на основании динамики индекса тяжести и распространённости PASI (Psoriasis Area Severity Index) и общей площади поражения кожи псориазом – BSA (Body Surface Area, %). Терапию следует считать эффективной при уменьшении PASI по сравнению с исходным значением не менее чем на 50% (оптимально на 75 или 90%) – ответ PASI 50/75/90 или уменьшение BSA.

Индекс PASI до 10 баллов соответствует лёгкой степени заболевания, 10 и более баллов – средне-тяжёлой и тяжёлой степени псориаза.

Расчёт BSA – 1 ладонь пациента до средних фаланг пальцев соответствует 1% площади тела. При распространённом псориазе (BSA ≥ 10%) рассчитывают PASI.

Расчёт PASI – композитная оценка эритемы (Э), инфильтрации (И), шелушения (Ш) и площади (S) псориатической бляшки.

Для расчёта PASI тело условно разделяют на четыре области: голова (г), туловище (т), руки (р), ноги (н).

Для каждой из них оценивают:
1. Площадь псориатического поражения кожи – (S) (определяют сначала в % из расчёта – на голове 1 ладонь пациента соответствует 10%, на туловище – 3,3%, на руках – 5%, на ногах – 2,5%, а затем в баллах: 0 – нет псориаза, 1 – псориазом поражено меньше 10% площади любой из указанных частей тела, 2 – псориазом поражено от 10 до 29%, 3 – от 30 до 49%, 4 – от 50 до 69%, 5 – от 70 до 89%, 6 – от 90 до 100%).

2. Эритему, инфильтрацию и шелушение определяют в баллах: 0 – отсутствие псориаза, 1 – минимальная выраженность, 2 – умеренная, 3 – значительная, 4 – максимальная.

Для оценки тяжести псориаза и ответа на терапию используют дерматологический индекс качества жизни – DLQI (Dermatology Life Quality Index – Finlay, 1994) в форме самооценки пациентов из 10 вопросов (таблица 3).

Каждый вопрос оценивается по 3-балльной системе: очень сильно (очень часто) – 3 балла, сильно (часто) – 2 балла, несильно – 1 балл, совсем нет или затрудняюсь ответить – 0 баллов. На 7-й вопрос при ответе «да» – 3 балла, при ответе «нет» – 0. Если без ответа остаётся более двух вопросов, анкета не засчитывается. Подсчёт индекса осуществляется простым суммированием всех баллов: минимальное значение – 0 баллов, максимальное значение – 30 баллов.

Таблица 3

Вопросы анкеты дерматологического индекса качества жизни (DLQI)

1.	Насколько сильно вас беспокоят зуд, боль, жжение, болезненность кожи за последнюю неделю?
2.	Насколько неуверенно вы чувствовали себя из-за состояния своей кожи за последнюю неделю?
3.	Насколько сильно состояние вашей кожи мешало вам при совершении покупок, работе по хозяйству за последнюю неделю?
4.	Насколько сильно состояние вашей кожи влияло на выбор носимой вами одежды за последнюю неделю?
5.	Насколько сильно состояние вашей кожи помешало вашим контактам с окружающими, активному отдыху за последнюю неделю?
6.	Насколько сильно состояние вашей кожи помешало вам в занятиях физкультурой и спортом за последнюю неделю?
7.	Помешало ли вам состояние вашей кожи в работе или учёбе за последнюю неделю?
8.	Влияло ли состояние вашей кожи на отношения с друзьями, близкими, родственниками, партнёрами за последнюю неделю?
9.	Насколько сильно состояние вашей кожи затрудняло вам интимные отношения за последнюю неделю?
10.	Насколько сильно лечение вашего заболевания изменило порядок вашей жизни (например, вы потеряли много времени, денег, уделяли меньше внимания работе, семье)?

Чем больше показатель, тем более отрицательное воздействие оказывает заболевание на качество жизни.

D	PASI и DLQI используется как для оценки активности, так и мониторинга эффективности терапии у больных ПсА с активным псориазом
---	--

Ремиссия ПсА – это отсутствие любых клинических симптомов заболевания (артрит, дактилит, энтезит, теносиновит, спондилит, минимальная активность псориаза).

Минимальная активность ПсА признаётся при наличии любых 5 из 7 нижеследующих критериев: ЧБС ≤ 1; ЧПС ≤ 1; PASI ≤ 1 баллы или BSA ≤ 3%; ОБП ≤

Градации клинической активности ПсА

Клинические категории	Низкая	Умеренная	Высокая
Периферический артрит	ЧБС или ЧПС < 5 Отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения. Минимальные нарушения качества жизни	ЧБС или ЧПС ≥ 5 Единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения Умеренное нарушение качества жизни	ЧБС или ЧПС ≥ 5 Распространённые рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения Выраженное нарушение качества жизни Отсутствие ответа на стандартную терапию
Псориаз	BSA < 5, PASI < 5, отсутствие симптомов, DIQL< 10	Отсутствие ответа на наружную терапию DIQL< 10, PASI <10, BSA< 10	BSA > 10, DIQL > 10, PASI > 10
Поражение позвоночника	Слабая боль в позвоночнике Отсутствуют функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI > 4, функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI > 4 Отсутствие ответа на стандартную терапию
Энтезит	Вовлечены 1–2 точки энтезов Нет ухудшения функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию
Дактилит	Незначительная боль или отсутствие боли Нормальная функция	Эрозии суставов или ухудшение функции	Отсутствие ответа на стандартную терапию

Активный ПсА – это ≥ 1 ЧБС/ЧПС и/или болезненный энтезис и/или дактилит и/или воспалительная боль в спине (спондилит).

Лечение

Общие замечания по терапии

C	ПсА – гетерогенное, потенциально тяжёлое заболевание, которое сопровождается снижением продолжительности и качества жизни больных, высоким уровнем коморбидных заболеваний и нуждается в мультидисциплинарном подходе к диагностике и терапии
C	Лечение больных ПсА с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата осуществляется ревматологом при консультировании дерматовенеролога; при наличии у пациентов с ПсА клинически значимого активного (тяжёлого) псориаза диагностика и лечение осуществляется совместно ревматологом и дерматологом в соответствии с порядками оказания медицинской помощи
A, C	Цель фармакотерапии ПсА – достижение ремиссии или минимальной активности основных клинических проявлений заболевания, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов, а также снижение риска развития коморбидных заболеваний
C	Выбор лечения ПсА основывается на совместном решении врача и пациента

Медикаментозное лечение ПсА

A	Для лечения ПсА применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), внутрисуставные глюкокортикостероиды (в/с ГК), базисные противовоспалительные препараты (БПВП), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)
D	При ПсА эффективность лечения рекомендуется оценивать каждые 3–6 месяцев, решение об изменении или продолжении лечения принимается в зависимости от достижения ремиссии или минимальной активности ПсА

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

A	НПВП применяются у больных с активным ПсА для уменьшения симптомов артрита, энтезита, дактилита, спондилита. До начала терапии оценивают потенциальные риски от их применения со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. НПВП не задерживают образование эрозий суставов, обычно их используют совместно с БПВП и в/с ГК.
---	---

A, D	При ПсА не доказано преимущество какой-либо одной группы НПВП или связи случаев обострения псориаза с их приёмом, хотя отдельные наблюдения описаны
------	---

Глюкокортикостероидные препараты (ГК)

C	Доказательств эффективности системных ГК и в/с ГК, основанных на данных РКИ, нет. Системное лечение ГК не проводится в связи с высоким риском обострения (утяжеления) псориаза
D	При моноолигоартрите, контролируемом полиартрите, дактилите, теносиновите, энтезите (в пяточной, локтевой области) проводят локальное введение ГК в суставы, места прикрепления сухожилий к костям (главным образом пяточные области, локтевые и коленные суставы), а также по ходу сухожилий сгибателей пальцев кистей и стоп

Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) – метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид, циклоспорин

B	У больных с активным ПсА и факторами неблагоприятного прогноза БПВП – метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин или циклоспорин – следует назначать как можно на более ранней стадии (длительность ПсА от нескольких недель до 2 лет)
A	У больных с активным ПсА и Пс препаратом выбора является метотрексат

C	Перед назначением метотрексата следует оценить факторы риска нежелательных реакций (НР) (приём алкоголя), исследовать лабораторные параметры (АСТ, АЛТ, альбумин, креатинин, глюкоза, липиды, клинический анализ крови, тест на беременность), маркёры вирусных инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С) провести рентгенографическое исследование грудной клетки
C	В начале лечения метотрексатом и при увеличении его дозы необходимо проводить контроль уровня АЛТ и АСТ, гамма-ГТП, щелочной фосфатазы, креатинина, клинического анализа крови – каждые 2 недели в течение 2 месяцев, а затем – каждые 3 месяца; клиническую оценку нежелательных явлений и/или факторов риска следует проводить во время каждого визита пациентов. При появлении признаков инфекции очередной приём препарата следует пропустить до их полного исчезновения
B	Целесообразно назначение парентеральной (внутримышечной или подкожной) формы метотрексата в связи с большей биодоступностью и меньшим риском возникновения нежелательных явлений
A	На фоне лечения метотрексатом обязательен приём фолиевой кислоты в дозе не менее 5 мг, но не более 25 мг в неделю через 24 часа после приёма (введения) метотрексата
A, B	При наличии противопоказаний (или плохой переносимости) для лечения метотрексатом, следует назначить другие БПВП с учётом тяжести псориаза и артрита
D	При ПсА БПВП уменьшают симптомы периферического артрита. БПВП могут уменьшать выраженность дактилита в рамках влияния на периферический артрит. В РКИ не доказана способность БПВП влиять на энтезит и спондилит, а также задерживать образование эрозий в суставах. БПВП применяются совместно с НПВП, в/с ГК, ГИБП. Результаты терапии БПВП оценивают каждые 3–6 месяцев, в эти сроки определяется целесообразность их дальнейшего применения. При ПсА БПВП применяются длительно, при достижении ремиссии заболевания возможно снижение дозы или временная отмена
D	При ПсА минимальной или умеренной активности в сочетании с распространёнными формами псориаза, включая пустулёзный псориаз и эритродермию, препаратом выбора является циклоспорин в дозе 2,5–5 мг/кг
D	Комбинированное лечение метотрексатом и циклоспорином не рекомендуется в связи с высоким риском развития нежелательных явлений

Метотрексат. Лечение метотрексатом следует начинать с дозы 10–15 мг в неделю с увеличением по 5 мг каждые 2–4 недели (не более 25 мг/неделю) в зависимости от эффективности и переносимости (В).

Циклоспорин. Назначают из расчёта 2,5–5 мг на 1 кг массы тела в сутки. При достижении клинического результата дозу препарата постепенно снижают до полной отмены. В случае постоянно рецидивирующего течения псориаза и невозможности полной отмены препарата назначают минимально эффективную дозу на длительное время, но не более 2 лет в связи с возможными кардиоваскулярными рисками и возможностью развития нефросклероза. На фоне лечения рекомендуется оценка нежелательных явлений, контроль за функцией печени и почек, уровнем АД.

Лефлуномид. Начальная доза составляет 100 мг однократно в течение 3 дней, затем переходят на поддерживающее лечение – 10–20 мг 1 раз в день. На фоне лечения рекомендуется оценка нежелательных явлений, контроль за функцией печени и крови.

Сульфасалазин. Препарат применяют в нарастающей дозе. Лечение начинают с 500 мг в сутки, еженедельно прибавляя по 500 мг до лечебной дозы 2 г в сутки. Действие сульфасалазина оценивают через 6–8 недель, наибольший эффект наступает через 12–16 недель. При отсутствии эффекта целесообразно увеличить дозу препарата до 3 г в сутки.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

В настоящее время в Российской Федерации среди ГИБП для лечения ПсА зарегистрированы ингибиторы ФНО-α (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб и цертолизумаба пзгол) и моноклональные антитела к ИЛ-12/23 – устекинумаб.

Перед назначением всех перечисленных выше ГИБП обязательным является скрининг на туберкулёз (проба Манту, или Диаскинтест, или квантифероновый тест, рентгенография лёгких в двух проекциях или компьютерная томография грудной клетки), который повторяют через каждые 6 месяцев терапии (С). По результатам проведенного скрининга фтизиатр даёт заключение о возможности начала терапии ГИБП или в случае выявления туберкулёзной инфекции необходимости проведения специфической противотуберкулёзной терапии. Характер этой терапии и её сроки также определяет фтизиатр.

До начала лечения ГИБП больным проводится анализ крови на гепатит В, С и ВИЧ, а также клинический скрининг на наличие инфекционных заболеваний.

При ПсА все ингибиторы ФНО-α уменьшают активность артрита, энтезита, дактилита, спондилита и псориаза, а также задерживают рентгенологическое прогрессирование в суставах и улучшают функциональное состояние больных. Данные о влиянии ингибиторов ФНО-α на спондилит при ПсА экстраполированы из РКИ при анкилозирующем спондилите (АС) и аксиальном спондилоартрите (акс-СпА).

В международных РКИ с участием российских пациентов показано, что устекинумаб уменьшает активность основных клинических проявлений ПсА (артрит, дактилит, энтезит, спондилит), псориаза, а также задерживает деструкцию в суставах, улучшает качество жизни пациентов.

Больным ПсА с активным спондилитом в первую очередь назначают ингибиторы ФНО-α. Также в РКИ показано влияние устекинумаба на проявления спондилита при ПсА. Имеются данные наблюдательных исследований у больных с анкилозирующим спондилитом (АС), где продемонстрирована способность устекинумаба уменьшать клиническо-лабораторную активность спондилита, в том числе и по МРТ.

При неэффективности одного ингибитора ФНО-α пациента переводят на лечение другим ингибитором ФНО-α или биологическим препаратом иного механизма действия.

Эффективность устекинумаба не зависит от предшествующего приёма ингибиторов ФНО-α, препарат может быть назначен как больным, ранее не получавшим лечение биологическими препаратами, так и больным с предшествующим применением ингибиторов ФНО-α. Эффективность устекинумаба и оценку целесообразности его дальнейшего применения выполняют на 24-й неделе по критерию PsARC. Эффективность ингибиторов ФНО-α оценивают каждые 12 недель по критерию PsARC. Среди биологических препаратов различных механизмов действия при ПсА наиболее изучена долгосрочная эффективность ингибиторов ФНО-α.

(Окончание следует.)

Под редакцией главного
ревматолога Минздрава России,
академика РАН
Евгения НАСОНОВА.

(Окончание.
Начало в № 64 от 30.08.2017.)

Хроническая сердечная недостаточность

В рекомендациях Европейского общества кардиологов анемия рассматривается как независимый фактор риска смерти и других неблагоприятных исходов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Хотя коррекцию железодефицита, или ЖДА и не считают обязательным компонентом лечения ХСН, тем не менее опубликованы результаты исследований, подтверждающих пользу такого подхода. Автор указывает на то, что в исследование FAIR-HF были включены 459 больных с ХСН II-III функционального класса, сниженной фракцией выброса левого желудочка, ДЖ (уровень ФТ < 100 мкг/л или 100-299 мкг/л, при %НТФФе < 20%) и уровнем Hb от 95 до 135 г/л.

Пациентов рандомизировали на две группы (2 : 1) и в/в вводили КОМФе. Через 24 недели значительное или умеренное улучшение было отмечено у 50% получавших этот препарат и у 28% в группе плацебо. Доля пациентов с I-II функциональным классом к этому сроку составила 47% в основной группе и 30% в группе плацебо. В/в введение препарата Fe привело к улучшению толерантности к физической нагрузке (проба с 6-минутной ходьбой) и КЖ.

Представляет интерес то обстоятельство, что результаты лечения были сходными у пациентов, страдавших и не страдавших анемией.

Kaminsky и соавт. (2016) указывают, что ЖДА часто встречается у больных с острой сердечной недостаточностью (ОСН) и в/в лечение Fe оказывает благоприятный эффект. Авторы провели исследование когорты пациентов, страдающих ОСН и имеющих снижение запасов Fe. 44 пациента получали в/в Fe и 128 пациентов изучались как контрольная группа. Средняя доза в/в вводимого Fe составила 1057 (± 336) мг.

Выявлено, что такое лечение приводит к высокодостоверному, быстрому и значительно повышению Hb. У получавших Fe улучшение наступало у 30%, а в контрольной группе – у 22%.

Авторы делают вывод, что больные с ОСН хорошо переносят такое в/в лечение Fe, и оно приводит к значительному улучшению гемоглобинового здоровья и общего состояния организма.

ЖДА и синдром беспокойных ног

Данные ряда авторов свидетельствуют о том, что при ЖДА достаточно часто имеет место синдром беспокойных ног (СБН) и что лечение основной болезни в/в препаратами Fe нередко приводит к улучшению, сглаживанию признаков этого синдрома.

Например, Mehmood и соавт. (2014) считают, что ЖДА часто порождает СБН, также известной как болезнь Willis-Ekbom. Пациенты с СБН были обследованы ими до и через 7-12 месяцев после лечения в/в введением 1000 мг декстрана Fe с использованием проверенных вопросов и стандартизированного интервью по телефону. Удалось получить данные от 42 из 60 леченых пациентов. Симптомы СБН были ослаблены у 76% (у 32 из 42), а 47% (20 из 42) говорили о значительном эффекте, длившемся > 6 месяцев.

Не были выявлены возрастные и половые различия, хотя у афро-американцев эффективность была меньшей, чем у белых (40% (2/5) против 81% (30/37),

Диагностика и лечение железодефицитных анемий

$p = 0,078$). У 24% пациентов улучшения признаков СБН при в/в введении 1000 мг КОМФе не отмечено.

Авторы предполагают, что в данном случае речь идёт о недостаточной терапии. По-видимому, у пациентов с ЖДА и СБН минимальное насыщение запасов Fe недостаточно и требуется обеспечения более высокого насыщения, для того чтобы Fe проникло в мозг.

Выводы этих авторов подтвердились в другом исследовании, в котором применялись большие дозы препаратов дробными дозами. Так, Allen и соавт. (2011) провели 28-дневное многоцентровое, рандомизированное, плацебоконтролируемое исследование 46 пациентов с СБН. 24 пациента получили 500 мг КОМФе в двух дозах с промежутком в 5 дней. Тем, кто не реагировал на эту дозу, на 28-й день вводили третью дозу. 22 пациента получали плацебо, и на 28-й день им в/в вводили 1000 мг КОМФе. После этого пациенты наблюдались в течение 24 недель.

В результате было выявлено, что КОМФе значительно уменьшал первичные и вторичные признаки СБН по сравнению с плацебо. Очень выраженные или значительные улучшения выявлялись как по Международной шкале СБН, так и по клиническим признакам. КЖ получающих КОМФе также значительно улучшилось. Улучшение держалось весь период наблюдения (24 недели). При лечении не возникли никакие ПР.

Сделан вывод, что в/в введение Fe является безопасным и эффективным лечением СБН, как развившейся на фоне ЖДА, так и без неё.

Использование внутривенного способа у детей

Представляет несомненный интерес возможность применения в/в способа лечения препаратами Fe при ЖДА различного генеза у детей.

Plummer и соавт. (2013) изучали результаты в/в применения низкомолекулярного декстрана железа при ЖДА различной этиологии (плохое питание ($n = 11$), хроническая кровопотеря ($n = 13$) у детей. Железо вводилось 31 пациенту в возрасте от 11 месяцев и до 18 лет в/в однократно за 60 минут. Результат был оценён у 24 пациентов. Две трети из них получили полный гематологический ответ. У 9% имелись лёгкие ПР.

Grim и соавт. (2013) лечили в/в вливаниями сахарозы Fe 16 детей с СБН во сне, не переносящих ПО препараты или в тех случаях, когда имелась необходимость быстрого пополнения запасов Fe. Средний возраст испытуемых был 6,6 лет (диапазон от 2 до 16 лет мальчики и от 5 до 16 – девочки).

Среднюю дозу сахарозы Fe – 3,6 мг/кг массы тела – вводили в течение 2 часов. Исходный показатель ФТ в сыворотке крови составил $16,4 \pm 6,6$ нг/мл. После в/в инфузии он вырос до $45,7 \pm 22,4$ нг/мл ($n = 14$; (95% доверительный интервал, 17,2-41,3), $p < 0,001$).

Родительскую оценку ответа на такое лечение проводили во время последующих посещений клиники или с помощью теле-

фонных звонков. Улучшение сна наступило у 62,5% ($n = 10$) испытуемых. Без улучшения – 12,5% ($n = 2$) субъектов.

Небольшие ПР отмечены у 25% ($n = 4$), у двух – трудности с периферическим катетером, ещё у двух преходящие ЖК симптомы – анорексия, тошнота и рвота. Ни один из пациентов не выявил анафилаксию.

Заключение

Таким образом, из данной работы можно видеть, что старый, известный, испытанный, действенный способ перорального лечения железодефицита и ЖДА жив и продолжает жить. Он обладает рядом преимуществ: нет необходимости делать инъекции пациенту, при правильном проведении лёгко в выполнении, в большинстве случаев переносится хорошо и приводит к достаточному кратковременному или долгосрочному излечению этих состояний.

Но в каждой бочке мёда ложка дёгтя. ПО способ лечения ЖДА имеет ряд недостатков: очень многие пациенты не переносят препараты железа, у них возникает тошнота, рвота, расстройство стула, боли в животе или ЖК дискомфорт. При ряде первичных заболеваний (например, при ВЗК) возникает их обострение, могут развиваться кровотечения. Очень тягостен и утомителен сам курс лечения – хотя чаще всего нужно принимать 1 таблетку в день, но 5 и более без перерыва.

В этих условиях, если нет возможности врача ежедневно общаться с пациентом, резко ослабевает комплаенс, нередко лечение прекращается под разными предлогами. В результате неизлеченной может остаться сама анемия, ненасыщенным Fe – организм, с последующим рецидивом анемии и железодефицита. Длительная гипоксия, возникающая из-за этого, резко отрицательно влияет на весь организм – ведёт к ослаблению сопротивляемости к инфекциям, нарушению функции многих ферментных систем, дистрофическим поражениям сердца, печени и других органов, вторичным атрофическим процессам в слизистой оболочке ЖКТ и целому ряду других изменений в организме.

У новорождённых анемии приводят к задержке роста и развития; у подростков – к трудностям с обучением, поведенческим отклонениям и целому ряду других соматических нарушений и отклонений в работе различных систем организма.

У взрослых развивается ухудшение и рефрактерность ХСН, гипоксическая кардиомиопатия, прогрессирование ХБП, снижение КЖ, ухудшение состояния онкологических больных, синдром хронической усталости (даже при длительном ДЖ без анемии), СБН, нарушения вкусовых чувств (рвса chlorotica), обоняния, нервные и психотические реакции и т.д.

Немаловажным отрицательным фактором ПО приёма ряда препаратов Fe (особенно жидких) является почернение зубов, особенно у детей и подростков, что также является психотравмирующим фактором и для них и для их родителей.

Результатом таких явлений ста-

новится поиск учёных и создание новых путей и способов лечения, в данном случае ЖДА. Так появился в/м путь лечения этих форм малокровия. Однако он не показал особых преимуществ по сравнению с ПО способом, не говоря уже о том, что сам имеет целый ряд отрицательных качеств. Это такие явления, как малый выбор препаратов для этого способа лечения ДЖ или ЖДА, необходимость длительных в/м инъекций, вызывающих отрицательные эмоции у взрослых и эмоции «на весь» дом или больницу у малышей, покраснение кожи над местом уколов и т.д.

По этой и ряду других причин в/м способ также не получил особого распространения и наряду с ПО и в/м способом уже давно врачи пользовались в/в.

В/в способ имеет целый ряд преимуществ перед остальными двумя. Во-первых, уколы делались в гораздо меньшем количестве, чем внутримышечные. Во-вторых, облегчался комплаенс – подопечный врачу пациент в короткий срок в/в лечения всегда находился под его или медсестры оком. В-третьих, срок лечения и истинного излечения значительно сократился и т.д.

К сожалению, препараты Fe, применяемые в начальную эру в/в лечения имели целый ряд существенных недостатков – они вызывали у очень многих пациентов ПР (тошнота, рвота, аллергические реакции – крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок и т.д.). Кроме того, их введение было ограничено необходимостью выполнения ряда условий: проведения предварительной тест-дозы при первом введении препарата, повторного многократного его введения, недопустимости инъекции всей дозы за один раз и т.д.

Из-за этого в/в способ в нашей стране применялся очень редко. Однако научно-клинический поиск продолжался и в последние десятилетия он увенчался успехом – были разработаны препараты, лишённые всех этих недостатков.

В результате способ лечения ЖДА в/в введением препаратов железа в последние 2 десятилетия нашёл широкое применение во всех странах мира, кроме РФ. В нашей стране этот способ уже также получает распространение, но не в той мере, какую он заслуживает.

Многочисленные исследования, особенно зарубежных авторов, множество обзоров и метаанализов этих исследований свидетельствуют, что современные препараты Fe для в/в введения – высокоэффективные, безопасные, простые в применении средства. Они эффективны и могут вводиться не только при лечении «обычных» ЖДА, связанных с геморрагиями, погрешностями в питании, но и при ЖДА беременных и у беременных, при ЖДА на почве ВЗК, химиотерапии при опухолевых заболеваниях крови, у детей при ЖДА различного генеза, а также при анемии у пациентов с ХБП, АХЗ, ХСН и т.д., где нередко ПО и в/м способы малоэффективны.

ВОЗ считает, что каждый пациент имеет право на получение медицинской помощи самого лучшего на сегодня качества. В/в

ведение препаратов Fe – самый лучший на сегодняшний день метод лечения ЖДА. И каждый отечественный пациент заслуживает того, чтобы его лечили этим способом самыми эффективными препаратами.

И последнее. Разумеется, в/в препараты железа, имеющиеся ныне в практике врачей всего мира, – не панацея. Очевидно, что тактика «одного укола» будет иметь свои изъяны. Разумеется, что во многих случаях одного укола может не хватить и потребуются ещё ряд мер. Особенно это касается АХЗ или ЖДА при ХБП, полихимиотерапии при опухолевых заболеваниях крови.

Например, в двух последних случаях анемия не будет излечиваться, если не будут одновременно применяться эритропоэтины в действенных дозах (от 40 000 до 80 000 МЕ 1 раз в неделю). Будут свои трудности и при АХЗ, ЖДА при ХСН, ВЗК и т.д.

* * *

...Во все времена в лечении болезней нужен врач. Врач, который думал бы над каждым случаем, менял бы дозы по необходимости, добавлял или убавлял и количество суточных приёмов и дозы, оценивал бы успех и неуспех лечения и принимал соответствующие меры.

Тем не менее в подавляющем большинстве форм ЖДА в/в введение препаратов Fe явилось бы очень большим прогрессивным шагом вперёд, новой ступенью лечения этого самого распространённого заболевания на земле.

Внедрение этого способа в РФ, скорее всего, будет упираться в цену препаратов. Ныне доза на одну инъекцию (750 мг) стоит примерно 9-10 тыс. руб.

Многие могут не понять меня. 9-10 тыс. руб.? Разве это деньги? Да, деньги. Для большинства пенсионеров или даже работающих в федеральных госучреждениях, а также многих регионах РФ, в малых городах, посёлках и т.д. это месячный заработок или даже больше.

И тем не менее, как я уже говорил, если учесть всё: количество врачебных приёмов таких больных за 4-5-месячное ПО лечение, стоимость потребных препаратов Fe, труд врача, медсестёр, трудовые потери и хлопоты самого пациента – едва ли всё это будет стоить меньше. Скорее социально, индивидуально и фармакоэкономически ПО лечение будет дороже. Просто этого не видно, эти затраты никто не считает. А надо бы. Это прежде всего надо понять и усвоить лечащим и главным врачам отечественных стационаров и поликлиник. И это надо уметь разяснять нашим бедным пациентам.

И ещё. Следует активно привлекать к лечению самих пациентов, предлагая альтернативу. Уверен, что многие больные с желанием пойдут на «одноукольное» лечение. Ныне много людей, которым своё время и здоровье дороже этих денег.

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

Прочёл в одном из изданий популярного информгентства интервью президента Российского общества хирургов академика РАН Игоря Затевахины, и возникло желание высказаться.

Полностью разделяю боль президента Российского общества хирургов за свою страну, за судьбу отечественного здравоохранения, за падение престижа медицинской профессии. Вспоминаю образование, которое мы получали в эпоху СССР, в недавние 80-е годы. Тогда большинство студентов-медиков работали сначала санитарями, затем медсёстрами или медбратьями, фельдшерами. И свои первые операции мы делали на летней практике после 4-го курса.

Несколько дней назад захожу в свою ординаторскую и застаю студентов за ворохом – страниц примерно 100 – отчётной документации по практике. А им бы в это время лучше быть у постели больного... Спрашиваю: «Что будете делать после окончания вуза?» Отвечают: «Пойдём в ординатуру». Сколько стоит учёба в ординатуре? Оказывается, 300 тыс. руб. за 2 года, при этом мест около 100, а выпускников – 400. Куда же денутся те, кто не поступил в ординатуру?

Как следует из новых правил, после успешной сдачи выпускных экзаменов молодые специалисты могут идти работать терапевтами в поликлиниках либо продолжать учёбу в ординатуре. Так вот, за последний месяц я общался с главными врачами нескольких ЦРБ, и оказалось, что ни одному из них (!) не позвонил ни один (!) выпускник с вопросом о трудоустройстве по специальности «лечебное дело» («врач общей практики»)! И это при том, что высокая стоимость обучения в ординатуре и сокращение количества мест, как бюджетных, так и коммерческих, словно специально создают условия для того, чтобы молодые специалисты шли работать в первичное звено.

Но... Они туда не придут. Почему? Потому, например, что знают: в последнее время в Белгородской области врачи начали

Точка зрения

Ординатура как спасение от пациентов

Интерес молодых специалистов к первичному звену не заметен



Когда же они придут к постели больного?

увольняться и переходить на работу в лечебные учреждения других регионов в связи с началом реализации «нового социально значимого проекта «Управление здоровьем», который вызвал неоднозначную реакцию медиков. А в соседней Курской области врачи из числа работающих пенсионеров не могут осилить отчётную электронную документацию и вынуждены увольняться, уходить на пенсию. В этой связи интересно было бы получить достоверную официальную информацию о динамике трудоустройства выпускников российских медицинских вузов, начиная с нынешнего года.

Мне почему-то представляется, что около половины из них уйдёт из медицины, так и не начав работать. Первичное звено, участковая служба, больные старики и дети, кипы учётно-отчётной документации – это совсем не то, о чём мечтали мальчики и девочки, поступая в медицинский. Между тем принцип распределения выпускников государственных вузов, над возвращением которого бьётся Национальная медицинская палата, мог бы решить данную проблему, но, по всей видимости, шансов на успех нет.

Ещё к вопросу об образовании. В советские годы преподавате-

лем медицинского института или университета мог стать только высококвалифицированный врач с хорошим опытом клинической работы, прошедший поэтапно все ступени – практика, ординатура, аспирантура, кафедра. Зарплата ассистента кафедры в конце 1980-х годов составляла 280 руб., а рядового хирурга – 140. В настоящее время я с большим желанием вернулся бы на преподавательскую работу в медуниверситет, но не могу себе этого позволить: в должности заведующего хирургическим отделением мне гарантированы 40-50 тыс. руб. в месяц, тогда как профессор кафедры хирургии получает 25-30 тыс.

Кстати, согласно планам государства и органов управления здравоохранением, размер заработной платы младшего медицинского персонала в Белгородской области в ближайшем будущем должен подняться до 18 тыс. руб. Согласитесь, не очень существенная разница между оплатой труда санитарочки и профессора... К чему я это говорю? К тому, что ожидать существенного прогресса ни в качестве высшего медицинского образования, ни в качестве медицинской помощи, увы, не приходится.

Парадоксально, но и развивающиеся, и высокоразвитые страны перенимают у нас то лучшее, что мы сами уже не ценим и от чего отказываемся. Огромную профессиональную радость я получил в конце июля 2017 г., когда во время I Евразийского ортопедического форума на трибуну вышел президент Ассоциации ортопедов Китайской Народной республики

Чжан Инцзэ (Zhang Yingze) и поблагодарил Россию за метод Илизарова, которым в Китае сейчас владеют более 60 тыс. хирургов. После него выступали представители Бангладеш, Иордании и тоже говорили о том, чему они научились у нашей страны и в плане медицины, и в плане организации здравоохранения.

Мы же в это время нещадно «реформируем» систему здравоохранения, в частности, «оптимизируем» коечный фонд, в том числе сокращаем хирургические койки, что мне особенно близко и за что болит душа. Причём сокращение касается уже не только сельских больниц, но и столичных клиник. Стала ли стационарная хирургическая помощь от этого доступнее и своевременнее? Если кто-то полагает, что стала, то чем объяснить очереди на лечение в профильных отделениях? И почему доля экстренной хирургической помощи по-прежнему значительно превышает долю плановых оперативных вмешательств?

Попытки «оптимизировать» здравоохранение вообще и хирургическую службу в частности будут обречены на неудачу до тех пор, пока выработкой стратегических решений занимаются не профессиональные медицинские сообщества, в числе которых Российское общество хирургов, а «профессиональные управленцы», далёкие от практической медицины.

Вячеслав БИЛИЧЕНКО,
заведующий хирургическим
отделением Прохоровской ЦРБ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Белгородская область.

Санитарная зона

В Омской области стартует прививочная кампания против гриппа. В регион поступила первая партия вакцины «Совигрипп», в которую включены три штамма: «Мичиган», «Гонконг» и В.

В вакцине прошлого года вирусы В и «Гонконг» были, а вот «Мичиган» – новый компонент. По прогнозу специалистов российских центров гриппа, именно «Мичиган» будет преобладать в приближающийся эпидемический сезон. Другие два штамма, скорее всего, проявят себя слабее и в структуре общей гриппозной заболеваемости займут меньшие доли.

Как сообщила заместитель министра здравоохранения Омской области Ольга Богданова, в рамках Национального календаря профилактических прививок в регион поступила вакцина «Совигрипп» для взрослых в количестве 264,4 тыс. и 127,5 тыс. доз – для детей. Вакцина отвечает международным стандартам, вызывает формирование высокого уровня специфического иммунитета против гриппа и обеспечивает защитный эффект у 80-90% привитых лиц. Защитный эффект после вакцинации наступает через 14-18 дней и сохраняется до 9

В ожидании «Мичигана», «Гонконга» и других

Чтобы грипп не «накрыл» внезапно

месяцев. В настоящее время вакцина направлена в учреждения здравоохранения региона для проведения профилактических прививок.

В первую очередь накануне эпидсезона 2017–2018 гг. вакцинации против гриппа подлежат работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы, призывники, учащиеся вузов и колледжей, беременные женщины, пенсионеры, лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями лёгких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением. Вакцинация взрослых проводится в бюджетных учреждениях здравоохранения по месту проживания или регистрации. Всего в Прииртышье планируется привить против гриппа 796 тыс. человек, из них 255 тыс. детей.

Вместе они составляют 40% населения области.

Поскольку рост заболеваемости гриппом и ОРВИ, как правило, бывает в период с ноября по март, прививки необходимо получить не позднее ноября – до эпидемического подъёма заболеваемости гриппом и ОРВИ. Несмотря на жаркую погоду, второй год традиционную профилактическую кампанию начинают в августе. Это объясняется стремлением провести вакцинацию жителей региона в максимально короткие сроки.

Сейчас эпидемиологическая ситуация в регионе, заверяют в Управлении Роспотребнадзора по Омской области, находится на контроле. Говоря о пользе прививок, специалисты вспоминают прошлый эпидсезон, когда в Омской области было официально зарегистрировано 406 случаев заболевания гриппом. Из

них только в 31 случае заболели привитые против гриппа люди, все остальные были не привиты. Среди привитых заболеваемость составила 4,1 на 100 тыс. человек, среди непривитых – 29,5, то есть разница – в 7 раз. Это ли не веский аргумент в пользу прививок?!

В минувший эпидсезон грипп «накрыл» регион раньше обычного (с 02.01.2017) и продлился дольше, чем обычно – 5 недель. Гриппом и ОРВИ переболело 3,9% населения региона. Самым уязвимым контингентом оказались дети в возрасте от 7 до 14 лет (превышение эпидпорога составило 120%). Страшен не сам грипп, а связанные с ним осложнения, особенно у детей. В прошедшем сезоне 2016-2017 гг. в регионе от гриппа умерли 2 человека, намного больше омичей перенесли гриппозную пневмонию. К слову, за

6 месяцев текущего года заболеваемость внебольничными пневмониями составила 211,3 на 100 тыс. населения (показатель по России – 211,5 на 100 тыс.). Так что к приходу гриппа готовиться нужно по всем «фронтам».

Разумеется, прививочная кампания – ключевое звено в этой работе, однако необходимо заниматься и другими мероприятиями (они расписаны по пунктикам в постановлении главного государственного санитарного врача по Омской области Александра Круги «О мерах по профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в эпидсезон 2017-2018 гг. в Омской области»), среди которых, к примеру, обеспечение оптимального теплового режима в образовательных учреждениях, организация в них утреннего «фильтра» с целью своевременного выявления больных с признаками ОРВИ, обучение персонала детских садов и школ мерам профилактики гриппа, информирование населения о способах защиты от гриппа и ОРВИ и пр. Не зря говорят: предупрежден – значит, вооружен.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Европу захлёстывает волна эвтаназии. Врачи тех стран, где она разрешена и практикуется, уже не справляются с большим количеством запросов желающих уйти из жизни!.. Теперь среди них не только неизлечимо больные, но и просто «чувствующие тоску и утратившие смысл жизни». Ситуация выходит из-под контроля.

А в России ожидают появления нового направления турбизнеса: поездок в зарубежные страны с целью уйти в мир иной. Представители компаний утверждают, что подобные туры россияне уже могли совершать в частном порядке, теперь им, дескать, предложат новый уровень сервиса и избавят от бумажной волокиты. По мнению юристов, законных препятствий для этого нет.

«Каждый вправе распоряжаться собственной жизнью...»

«Сейчас вопрос ставится следующим образом: даже не те, кто страдает от неизлечимых болезней, а просто пожилые люди, которые чувствуют тоску и утрату смысла жизни, должны иметь право на эвтаназию», – заявил на XXIII международной конференции Фонда единства православных народов «Ценности и интересы в изменяющемся мире: христианский подход» в Германии представитель Европейского христианского политического движения (ЕХПД) Лео Ван Дусбург.

В подтверждение сказанного один видный бельгийский общественный деятель привёл пример: во время недавней избирательной кампании в Нидерландах в ходе общественной дискуссии на телевидении 56-летний мужчина прямо обратился с вопросом к обществу: «Мне не 75, когда разрешена эвтаназия (в 2002 г. Нидерланды стали первой страной, где эвтаназия была узаконена. – авт.), я, в общем-то, здоровый человек, но жить я не хочу и не вижу смысла – каким образом можно помочь мне умереть?». По словам Дусбурга, философская основа, которая подводится под разрешение эвтаназии, заключается в том, что «каждый вправе распоряжаться собственной жизнью и заканчивать её так, как он считает нужным».

«Автономия индивидуума становится идеологией, целью и своего рода религией. Это показывает нам банкротство общества. Люди на Западе никогда не были столь материально «озабоченными» и столь недовольными жизнью, злыми... Мы, христиане, имеем другое понимание свободы, чем люди секулярного мира: они понимают свободу как свободу «от». От всего, что может положить какие-то границы автономии индивидуума. Мы считаем, что свобода – это свобода «для». Для любви к ближнему, для служения Господу», – пояснил представитель ЕХПД.

По его оценке, к настоящему времени во многих странах Евросоюза «подверглись забвению такие социальные структуры, как семья и церковь», в то же время «на Западе возрос уровень тоски, тревоги, утраты смысла жизни», стало больше суицидов. «Количество запросов на эвтаназию в Нидерландах, например, где она поддерживается на государственном уровне, превышает физические возможности врачей к осуществлению этого деяния», – отметил Дусбург. Вместо того чтобы помогать разочаровавшимся людям уходить из жизни, полагает он, нужно способствовать им вновь обрести смысл существования, «найти им место среди живущих».

Кстати, Бельгия, где проживает Лео Ван Дусбург, легализовала добровольную смерть в том же, 2002 г., что и Нидерланды. Согласно открытым данным, в 2009 г. с помощью эвтаназии были убиты 12 пациентов с деменцией. В 2016 г. таких случаев в Бельгии было 141. Пациентов с психическими заболеваниями в 2009 г. не было совсем, а в 2016 стало 60.

Практика меняется, но распространяется

«Ситуация выходит из-под контроля», – констатировал на конференции Боудевийн Чабот,

Исследование данных по практике принятия решения врачей о прекращении жизни пациентов показало, что в 1990 г., до того как эвтаназия была легализована, 1,7% всех смертей были результатом эвтаназии или ассистированного врачом самоубийства. В 2015 г. этот показатель составил уже 4,5%. Подавляющее большинство – 92% пациентов – страдали

Германии, Японии и Канаде, в некоторых кантонах Швейцарии, а также в отдельных штатах США – Орегон, Вермонт, Вашингтон, Калифорния и Монтана.

Вот, например, как отчитался об итогах применения нового закона о возможности прекращения жизни Департамент здравоохранения американского штата Калифорния. Согласно этому нормативному

партии D66. – Вы же не просили, чтоб вас родили на этот свет».

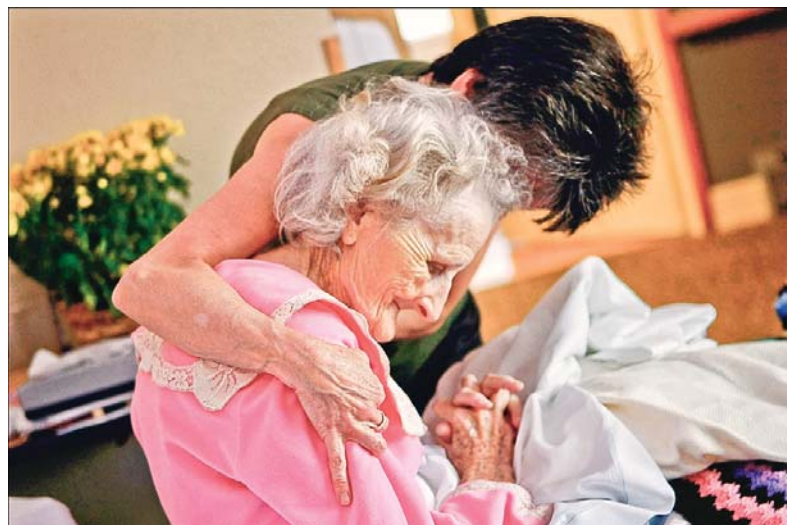
Сострадание или убийство?

Тем не менее в Нидерландах практика эвтаназии и отношение к ней медиков с начала её легализации серьёзно изменились. Вот объявление в одной из главных газет Нидерландов, данное более

Ситуация

Рядом со смертью...

Почему наши сограждане всё чаще говорят об эвтаназии?



Чем лучше у нас будет налажена паллиативная помощь, тем реже наших сограждан будут посещать мысли об эвтаназии

психогериатр и сторонник эвтаназии. «Посмотрите на это резкое увеличение... Сокращение финансирования медицинского сектора особенно сильно сказалось на качестве жизни таких пациентов. Логично предположить, что в таком случае количество эвтаназий стремительно возрастёт», – сказал он.

В Нидерландах, которые, как уже отмечалось, были первой страной, легализовавшей это деяние, эвтаназия и ассистированное врачом самоубийство для «облегчения невыносимых страданий неизлечимо больных пациентов» стали распространённой практикой. Результаты 25-летнего обзора её (с 1990 по 2015 г.) представил журнал New England Journal of Medicine.

серьёзным соматическим заболеванием, у 14% имелись проблемы со здоровьем, обусловленные возрастом, у 3% наблюдалась деменция или психиатрические заболевания. Более трети умерших – пациенты старше 80 лет.

Не зря в западных странах отмечается тенденция к легализации таких действий. По данным экспертов, пассивная эвтаназия (когда прекращается медицинская терапия неизлечимо больного) разрешена уже более чем в 40 странах, например в Австралии, Албании, Израиле и Франции. Активные действия, предполагающие умышленное причинение быстрой и лёгкой смерти неизлечимо больному человеку в целях избавления его от страданий, легализованы в Нидерландах, Бельгии, Люксембурге, Колумбии,

акту, смертельно больной человек имеет право попросить у своего врача препараты для самоубийства (эвтаназии). Причём такое желание он должен выразить дважды с перерывом не менее 15 дней – чтобы было время обдумать своё решение.

За первые полгода действия закона такие препараты были выписаны 191 человеку. Приняли их и скончались 111 человек, 21 человек скончался от своей болезни, об остальных 59 пациентах на момент составления отчёта информация ещё не поступила. Из 111 добровольно ушедших из жизни пациентов 14 человек были моложе 60 лет, 25 – в возрасте 60-69, 30 – в возрасте 70-79, 29 – в возрасте 80-89 и 13 человек старше 90 лет. Более трёх четвертей из них (76,6%) страдали тяжёлыми онкологическими или нейродегенеративными заболеваниями.

А законодатели в Нидерландах предложили «Законопроект о завершённой жизни», который позволит любому гражданину в возрасте старше 75 лет уйти из жизни не по медицинским показаниям – просто устал от неё и хочет умереть – и совершить ассистированное самоубийство даже при хорошем здоровье. Если законопроект, который намерены разработать к концу 2017 г. после консультаций с экспертным сообществом, будет принят, это станет ни с чем несравнимым шагом по направлению к конечной цели: сделать эвтаназию доступной для любого желающего взрослого гражданина.

«Моё личное мнение, что в нашей цивилизации смерть является личным выбором», – говорит Александр Пехтолд, лидер голландской

200 врачами, начинается со слов: «Ассистированные самоубийства людей, которые не могут подтвердить своё желание умереть? Нет, этого мы делать не будем. Наше моральное нежелание обрывать жизнь беззащитного человека слишком велико».

Врачи, многие из которых на данный момент представляют услуги по ассистированному самоубийству, возражают против неконтролируемого роста эвтаназии в своей стране, где к людям, страдающим от слабоумия, применяют эвтаназию.

«Разве у человека нет права поменять своё мнение?» – задаёт вопрос Алекс Шаденберг, исполнительный директор Коалиции по предотвращению эвтаназии. В интервью для LifeSiteNews он сказал: «Они выдают это за личный выбор и автономию, однако вот женщина говорит: «Нет, я не хочу», а они всё равно кладут ей отраву в кофе, насильно удерживают и делают смертельный укол».

«Это ложное сострадание, – продолжил Шаденберг. – Это убийство людей на основании ложной идеологии, которая выдаёт эвтаназию за благо, тогда как она полностью противоположна тому, чем её считают».

Естественно, против эвтаназии решительно выступает церковь, которая и самоубийство считает великим грехом: человеческой жизнью не может распоряжаться человек – только Бог. Но и в рамках светской этики противники эвтаназии аргументируют свою позицию абсолютной ценностью человеческой жизни.

Весомый аргумент против состоит в том, что нужно развивать альтернативу – хорошую паллиативную помощь, которая облегчит участь умирающих, позволит им дожить без страданий до смертного часа. Чаще всего противники говорят о неминуемых злоупотреблениях, которые повлечёт за собой разрешение эвтаназии. Так, считают они, можно «покатиться по наклонной плоскости» – сначала разрешить эвтаназию, потом поощрять самоубийство, потом оправдывать убийство.

Врачи забыли тревогу несколько лет назад, когда пожилую женщину, которая страдала от деменции, лишили жизни с помощью эвтаназии против её воли. Ранее она якобы просила сделать ей эвтаназию, когда «придёт нужное время», однако в последние дни жизни её мнение изменилось, и она захотела жить дальше. Несмотря на то, что женщина передумала делать эвтаназию, врач налил ей в кофе седативный препарат. Когда его действия оказались недостаточно, он обратился за помощью к членам семьи с просьбой поддержать протестующую и брыкающуюся пациентку, чтобы сделать ей смертельный укол.

Защитники эвтаназии подчёркивают, что это акт милосердия, избавление от страданий. Не отрицая ценность человеческой

Справка «МГ»

Эвтаназия – добровольная смерть неизлечимо больного, происходящая при помощи врача. В переводе с греческого это слово означает «хорошая смерть» (eu – хороший, tanatos – смерть). Впервые этот термин ввёл в XVI веке английский философ Френсис Бэкон для обозначения лёгкой безболезненной смерти. Как он писал, «долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями... даже и в том случае, когда уже нет никакой надежды на спасение и можно лишь сделать саму смерть более лёгкой и спокойной».

Но слово «эвтаназия» употреблялось и совсем в другом значении: массовое убийство психически больных и инвалидов проводилось в нацистской Германии (программа Т-4) – и это тоже называлось эвтаназией. 1 сентября 1939 г. Гитлер на своём личном бланке подписывает секретный приказ: «Рейхслейтеру Боулеру и доктору медицины Брандту поручается под их ответственность расширить полномочия назначенных для этого поимённо врачей в том направлении, чтобы из гуманных соображений неизлечимо больным в случае критической оценки их болезненного состояния обеспечивалась лёгкая смерть».

Программа Т-4 на достаточно продолжительное время дискредитировала эвтаназию.

Но в 1952 г. в адрес ООН было направлено обращение с более чем 2,5 тыс. подписей, среди которых были имена известных врачей, учёных, деятелей культуры из США и Великобритании.

В послании говорилось о необходимости дополнить Всеобщую декларацию о правах человека правом неизлечимо больного потребовать для себя лёгкой смерти. Обращение было отклонено как антигуманное.

В наше время под эвтаназией понимают именно ускорение смерти неизлечимо больного человека с его согласия с целью избавления от страданий. Это определение раскрыто в декларации по эвтаназии ВОЗ в 1987 г.: «Акт преднамеренного прерывания жизни пациента, даже выполненный по просьбе самого пациента или по просьбе его ближайших родственников, является неэтичным. Это не освобождает врача от учёта желания».

Следуя последнему определению, которое сформулировано в 2003 г. в докладе Европейской ассоциации паллиативной помощи и сегодня принято всеми международными организациями, эвтаназия может быть только активной (намеренное введение врачом лекарственных препаратов) и только добровольной (по просьбе самого больного). Прекращение жизнеобеспечения эвтаназией не считается – это другая проблема, которая также имеет массу этических и юридических сложностей. Если же введение смертельных лекарств не добровольно, то это убийство. По современному определению к эвтаназии не относят и ассистированное врачом самоубийство, когда врач по просьбе пациента предоставляет ему лекарственные препараты с целью самоубийства.

По разным данным, 40–70% европейских медиков поддерживают идею эвтаназии.

жизни, они подвергают сомнению, что жизнь – благо, когда она превратилась в сплошное страдание без всякой надежды на облегчение. Если последовательно отстаивать принцип автономии, то эвтаназия – крайнее проявление этого принципа: человек имеет право распоряжаться своей жизнью до конца. Эвтаназию можно считать и проявлением медицинской ответственности: если вы позволили человеку дожить со своей болезнью до терминальной стадии, так дайте ему и спокойно уйти. Но нельзя сбрасывать со счетов и право на автономию врача, а попросту говоря, то, что примерно половина врачей испытывает дискомфорт, когда им приходится осуществлять эвтаназию.

Россия: альтернатива – развитие паллиативной помощи

Эвтаназия в России полностью запрещена действующим законодательством (ст. 45 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Ст. 45 закона гласит: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение смерти пациента по его просьбе какими-то действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента».

Отношения медика и пациента при наличии у последнего неизлечимой патологии, как, впрочем, и в других ситуациях, регламентируются соответствующим этим же законом. Он не допускает удовлетворения просьбы пациента об ускорении его смерти любыми средствами либо действиями. И прекращением искусственных мер, поддерживающих жизнь, в том числе. За нарушение этого предписания установлена ответственность. Виновным может быть признан не только тот, кто использовал какие-либо средства для ускорения смерти больного. К ответственности будет привлечено лицо, которое сознательно побудило пациента к умерщвлению. Это основное предписание, которым не допускается эвтаназия в России. Закон, предусматривая ответственность, имеет в виду ст. 105 УК РФ, устанавливающую наказание за убийство.

Несмотря на это, есть определённые правовые проблемы эвтаназии. В нашем законе предусмотрена также ст. 33, которой регламентируется ситуация, когда граждане отказываются от врачебного вмешательства. Согласно положению, лицо либо его законный представитель может отказаться от медицинской помощи либо требовать её прекращения, кроме обстоятельств, установленных в ст. 34 Федерального закона № 323-ФЗ. В этом случае гражданам должны быть разъяснены вероятные последствия такого поведения. Отказ от врачебного вмешательства оформляется соответствующей записью в медицинских документах. Гражданин либо его представитель по закону, а также сам врач должны его подписать. В случае, если отказ будет исходить от родителей лица, которому нет 15 лет, или опекунов недееспособного человека, признанного таковым в судебном порядке, медучреждение вправе обратиться в судебную инстанцию для обеспечения защиты указанных лиц.

Постулат нашей медицины – надо лечить всех до конца. Но есть масса случаев не оказания медицинской помощи. Эвтаназия запрещена, но отсутствует контроль за оказанием медицинской помощи, указывают эксперты. Поэтому фактически врачи распоряжаются жизнями больных по своему усмотрению. И невозможно наказать врача за то, что действительно является преступлением. Такое вот противоречие.

В то же время врач, оказывающий паллиативную помощь, совершенно законодательно не защищён. Поэтому медики боятся ответственности, боятся вводить обезболивающие. В итоге либо умирающий человек останется вообще без помощи, либо, если он получит помощь, его будут реанимировать до конца.

Одним словом, развитие паллиативной помощи – первоочередная задача для России. Пока она не может нормально развиваться с нашими законами.

Законопроект об эвтаназии был уже в своё время внесён в Госдуму, но он так и не был рассмотрен. Пока идут споры между сторонниками и противниками процедуры, страдают в первую очередь неизлечимые больные, находясь под угрозой злоупотребления и разных неправомерных действий, и специалисты, которые ввиду своей профессии обязаны облегчать их жизнь.

Сейчас законодательство в части самоубийств предполагается модифицировать, и тогда к организаторам подобных турпоездки за рубеж, о которых говорилось выше, у правоохранительных структур могут возникнуть вопросы.

...А пока одна из наших компаний подала заявку в Роспатент по регистрации товарного знака «Эвтаназия-тур». Регистрация идёт по 39-му классу товаров и услуг – это авиаперевозки и туризм. Генеральный директор компании Анатолий Аронов рассказал журналистам, что базовая путёвка в этот необычный тур будет стоить в районе 5 тыс. евро. В него войдут оформление необходимых документов, билет в Швейцарию, несколько дней проживания и услуги врачей. По словам А.Аронова, компания планирует заключить партнёрский договор с одной из швейцарских клиник, проводящей процедуру эвтаназии, и взять в аренду дом с видом на Женевское озеро, где решившие уйти из жизни проведут последние дни.

«Сама идея подобных туров не нова. Известно, что многие европейцы, решившие уйти из жизни, едут в Швейцарию или Бельгию, где эвтаназия легальна. Вполне возможно, что и некоторые россияне уже прибегали к этому. Мы просто окажем помощь в оформлении документов и создадим наиболее комфортные условия», – рассказал глава компании.

«Запрет на эвтаназию полностью согласуется с моральными и нравственными установками современного российского общества, в котором по-прежнему сильны религиозные начала», – убеждена государственный советник юстиции 2-го класса, ректор Академии Генеральной прокуратуры РФ Оксана Капинус. По её мнению, невозможно не считаться с неприятием эвтаназии традиционными религиями, несмотря на то, что Россия является светским государством.

Трудно с этим не согласиться. А, значит, альтернатива эвтаназии у нас одна – развивать и совершенствовать паллиативную помощь. Здесь уместен принцип святости (неприкосновенности) человеческой жизни, который содержится в клятве Гиппократов: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

Да, сегодня легализация эвтаназии не стоит на первом месте среди законодательных вопросов, которые надо решить в России. Только когда будет сделано что-то весомое в развитии паллиативной помощи, можно вернуться к вопросу об эвтаназии. Сначала давайте научимся снимать страдания, а потом посмотрим, останется ли кто-то, кто захочет «хорошо умереть».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Дословно

О пользе микробов

Жизнь – это постоянная война: на ДНК «нападает» РНК, с помощью белков «измельчающая» вещество генов на мелкие кусочки, что сейчас используется при ген-редактировании. У микроорганизмов и клеток животных и растений имеются безжалостные враги вирусы и т.д. Но, с другой стороны, мы и животные не можем жить без кишечных и иных микробов, получающих от высшего организма защиту и питание. В «благодарность» за это они снабжают нас индолом, представляющим соединение двух колец – одного бензольного и другого с пятью углеродами, один из которых заменён на азот. Индол считается эволюционно консервативным мессенджером-«посланцем» биосигналов, стимулирующих рост растений и «разговоры» микробов друг с другом, а также с нашим организмом, в котором индол поддерживает гомеостаз иммунной системы, без которого невозможно представить себе жизнеспособность.



Микробы в полости толстого кишечника

Ведущий производитель машин для бизнеса, начинавший когда-то с механических арифмометров (IBM), объявил о планах прочтения миллионов бактериальных генов и их вариантов, мутантные формы которых способствуют развитию таких заболеваний, как язвенные поражения слизистой тонкого и толстого кишечника и диабет 1-го типа. Последний считается аутоиммунным расстройством, к которому может приводить микробное нарушение гомеостаза иммунной системы. В апреле о нечто подобном объявило и детище одного из советских выходцев, увезённый ребёнком за океан. Для сбора «больших данных» (Big Data) будут проанализированы образцы 10 тыс. человек, следствием чего, как ожидается, станет более глубокое понимание причин, вызывающих заболевания сердца и рак.

Экспертиза

У 5-летнего мальчика, до этого здорового, в течение последних 4 дней отмечалась тошнота, рвота и перемежающиеся боли в животе.

При физикальном обследовании каких-либо отклонений выявлено не было, за исключением периорбитального отёка. При лабораторном исследовании выявлена гипопроотеинемия с альбуминурией – протеины 2,0 г/дл (норма у японских детей старше 1 года 4,0-5,0), при этом отсутствовали протеинурия и дисфункция печени.

Рентгеноконтрастное исследование желудка (см. фото А фронтальная и В сагиттальная проекции) и гастроинтестинальная эндоскопия (см. фото С) обнаружили гигантские, напоминающие широкие складки дна и тела желудка, похожие на борозды головного мозга. Биопсия слизистой оболочки желудка показала гиперплазию фовеол и glandулярную атрофию. Сцинтиграфия с технецием 99, меченным альбумином сыворотки человека, продемонстрировала гастроинтестинальную потерю протеина. Наличие грубых складок

вызывающих заболевания сердца и рак.

На ещё один аспект наших взаимодействий с микромиром обратили внимание сотрудники Университета Эмори в городе Атланта, штат Джорджия, проводившие серию экспериментов с круглыми червячками *C.elegans*, «пасущимися» на газонах из кишечной палочки (*E.coli*). Обычно червячки, организм которых состоит из 1000 клеток с достаточно известными функциями, начинают терять подвижность и «желание» гоняться за бактериями примерно через пару недель. Однако производимый палочками из аминокислоты триптофан индол сохранял её и после 15 дней, а фертильность продлевал с 5 до 12 дней. Можно напомнить, что производным триптофана является серотонин, нехватка

которого вызывает депрессию. У очень старых мышей индол помогал восстановить подвижность и сохранить вес, а у молодых – увеличить выживаемость после смертельной дозы облучения.

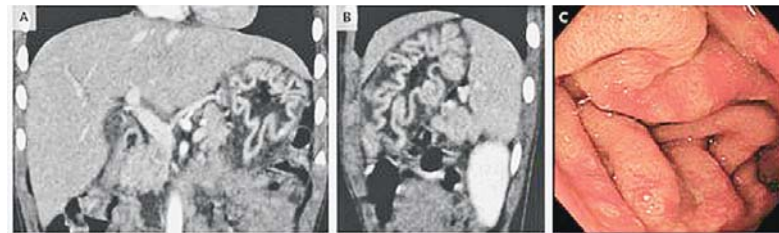
Авторы статьи в журнале PNAS подчёркивают, что индол, возможно, помогает сохранению слизи, защищающей клетки слизистой, служащей надёжным барьером. Речь не идёт о продлении жизни как таковой, просто индол немного увеличивает (по крайней мере в этих двух модельных системах) «безболезненный» срок, отдаляя наступление нейродегенеративных заболеваний. Возможно, Мечников был прав, когда ратовал за свою знаменитую болгарскую палочку. Не следует забывать, что в кишечнике имеется своя мощная иммунная система, к тому же он иннервируется многочисленными нервными окончаниями. В качестве примера можно привести нашумевшую некоторое время назад болезнь бешеных коров (губчатая энцефалопатия), вызываемая мутантными прионами. Последние представляют собой белки, не расщепляемые ферментами, которые попадают в мозг.

Сходный пример ранее привёл журнал PLOS, в статье которого говорилось о патологических формах кишечной палочки, вызывающих кишечные кровотечения вследствие нарушения защитного барьера. Интересно, что два индола, которые токсичны для червячков, подавляют образование микробных плёнок-фильмов и обменные процессы в микробных клетках. Индолы, в частности, подавляли активность бактериального гена, кодирующего синтез вирулентных – опасных для клеток – протеинов, нарушающих функцию подмембранных актинов, удерживающих форму клеток слизистой и их сохраняющих нормальную функцию. Индолы в пище мышей повышали выживаемость животных при смертельно опасной инфекции.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
New Scientist, PLOS.

Болезнь Менетрие, педиатрическая форма



слизистой оболочки желудка и признаки гастроинтестинальной потери белка предполагали диагноз болезни Менетрие.

Это редкая форма приобретённой гастропатии, сопровождающейся потерей протеина, характеризуется гигантскими складками слизистой оболочки желудка и эпителиальной гиперплазией, ассоциированная с гипоальбуминемией и отёками. Педиатрическая форма болезни Менетрие симптоматически похожа на тип болезни, свойственной

взрослым, но при этом может иметь доброкачественное самоограниченное течение со спонтанным разрешением.

Больная получила симптоматическое лечение, и симптомы болезни прошли через 4 месяца после начала болезни, сообщили Chisato Akita, Yutaka Saikawa из Медицинского университета Канадзавы, Япония.

Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам
New England Journal of Medicine.

В последние годы во всём мире снизился возраст детского суицида. Израиль не оказался исключением. И хотя по количеству самоубийств относительно численности населения еврейское государство занимает предпоследнее место в перечне из 28 европейских стран, официальная статистика регистрирует на Святой земле около 400 случаев, в которых в графе «причина смерти» значится «умышленные действия против самого себя».

Мольба о помощи

Самый высокий уровень самоубийств в стране приходится на возрастную группу от 15 до 24 лет. В 2011–2013 гг. в этой группе 13% всех смертей составили самоубийства. Юные и молодые представители мужского пола кончали с собой чаще по сравнению со своими сверстниками – 14 против 11%. Количество самоубийств среди мальчиков и парней на Святой земле постепенно, а иногда резко сокращается. Тем не менее председатель специальной комиссии по правам детей кнессета (парламент Израиля) доктор Йифат Шага-Битон не довольна темпами сокращения самоубийств среди малолетних граждан страны. Она связывает случаи детского и юношеского суицида с отрицательным влиянием социальных сетей на несформировавшуюся психику. Клинический психолог доктор Гади Лисак, многие годы исследующий психофизиологический механизм возникновения интернет-зависимости и пути борьбы с ней, считает, что многочасовое ежедневное пребывание юных израильтян у компьютера наносит огромный ущерб психическому здоровью и может послужить даже причиной самоубийства. Из-за фактического переутомления компьютерными играми-страшилками у одних детей могут развиться ночные страхи, другие станут легкой добычей «онлайн-хулиганов». Если родители и общество не обратят внимание на причину этих поведенческих аномалий, то кто-то из таких детей может попытаться решить свои проблемы методом суицида.

Российская исследовательница Гоар Галстян в диссертации на соискание учёной степени кандидата социологических наук «Суицид несовершеннолетних как крайняя форма девиантного поведения», защищённой в 2010 г. в Адыгейском государственном

А как у них?

Самоубийственная жатва

Способно ли общество полностью избавиться от суицидов?

университете, отмечает: «С точки зрения социологии, самоубийство – область социальной патологии наряду с наркоманией, проституцией, преступностью и алкоголизмом. Самоубийство и суицидальное поведение – граничащие явления. Только в 10% случаев суицидальное поведение подростка имеет цель покончить с собой, а в 90% – привлечение к себе внимания». По данным Галстян, количество самоубийств подростков в неполных семьях выше, чем в полных. Совершенно очевидно, что многие из жертв суицида – «проблемные подростки».

В любой культуре, не исключая подростковую, существует маргинальная ниша. В эту нишу и тянутся неблагополучные подростки. Иерусалимский психиатр Борис Полищук в беседе с корреспондентом «МГ» обратил внимание на то, что в среде подростков суицидальные примеры могут привести к серии самоубийств. Если такие суициды происходят в короткие промежутки времени, то можно говорить о «суицидальной лихорадке». Известны сообщества «компьютерных игроков-самоубийц», завлекающих неокрепших в духовном отношении подростков в свои сети. Поэтому вполне можно наблюдать «вспышки суицида», когда в компьютерные сети попадают новые смертельные игры.

Некоторое время назад детские самоубийства, связанные между собой, произошли в различных российских регионах. Как показало следствие, подростки состояли в группах смерти в соцсети «ВКонтакте», где их склоняли к суициду. Представители нынешнего юного поколения отличаются от предыдущих тем, что они более ранимы и уязвимы. Для них очень важно общение.

Профессор Гиль Зальцман, председатель Общественного совета по предупреждению самоубийств, детско-юношеский суицид объясняет унижением и запугиванием неокрепших духовно и физически представителей подрастающего

поколения в интернете. В своих выступлениях Зальцман неоднократно отмечал такой факт: каждый год в Израиле совершается не менее 200 попыток самоубийства на почве угроз и шантажа в интернет-пространстве. Но общественность получает сведения только об одной попытке суицида из десяти, так как в большинстве случаев сообщения о них в израильскую полицию не поступают.

Видный польский психиатр, психолог и философ Антон Кэмпинский считал, что «у молодых самоубийство – мольба о помощи, у стариков – мольба о смерти».

Мольба о смерти

Женщины в среднем совершают попытки самоубийства в 4 раза чаще мужчин, но мужчинам удаётся довести свой замысел до конца в 4 раза чаще, чем им. И, согласно такому раскладу, в возрастной группе между 45 и 54 годами 80% самоубийц принадлежит мужскому полу. Данные за последние 15 лет свидетельствуют о том, что это возрастное десятилетие очень опасно для мужчин. Согласно информации Министерства здравоохранения Израиля, частота самоубийств в возрасте 15–24 лет составляет 118 случаев на миллион, а в возрастных группах 45–54 лет 170.

Доктор Алан Аптер, заведующий отделением клинической психологии в Медицинском центре «Шнайдер», на конференциях по «осмыслению молодёжного суицида» к главным факторам попыток самоубийства молодых людей относит склонность к импульсивному поведению, потере родителями и издевательствам тех, от которых этот человек зависит. Частота самоубийств в том или ином обществе также зависит от степени успеха самолюбивого мечтательного индивида, поддающегося депрессии, не склонного противостоять неудачам.

Доктор Арнон Эдельштейн, криминолог и социолог, занимающийся проблемой подросткового суицида, считает, что главную роль

в противостоянии самоубийствам среди подростков играет семья. В 2005 г. сын известного инженера-изобретателя Эйтана Гольдберга покончил с собой в возрасте 19 лет. По мнению отца, его сын, с отличием окончивший школу, рекомендованный в университет с отсрочкой от призыва в армию, чувствовал себя одиноким не только среди сокурсников, но и дома. Эитан считает себя виноватым в том, что, занимаясь своими изобретениями, на сына обращал мало внимания. В память о сыне Гольдберг создал волонтерскую организацию «Дерех хаим» (путь жизни), призванную помочь родителям тех проблемных в психологическом плане детей, которые склонны к суициду.

Известный психолог, специалист по самоубийствам профессор Университета Бар-Илан Исраэль Орбах, считает «середину жизни одним из самых опасных периодов в аспекте суицида». Этот учёный даже нарисовал типовой портрет самоубийцы среднего возраста. По его мнению, «такой человек, как правило, упрямый, у которого произошёл кризис в семейной жизни или в материальной сфере».

В отдельную группу профессор Орбах выделил «самоубийц-перфекционистов, предъявляющих к себе самые высокие требования, полагающих, что шанс на успех упущен навсегда». Вполне можно согласиться с Исраэлем Орбахом и в том, что «в 50 лет не случается самоубийств из-за несчастной любви, ибо в таком возрасте претенденты на руку и сердце обоих полов знают, как любовь недолговечна, и неудачный роман не подтолкнёт их к петле». Пример, который он привел, хотя и достаточно давний, но не забытый не только психиатрами, но и политиками. В 1989 г. с собой покончил Яков Левинсон, генеральный директор банка «Апоалим». Партия «Авода» (труд) прочла его в министры финансов. Однако, когда Левинсона заподозрили в различного рода злоупотреблениях, началось полицейское расследование. Вероятно,

полиция вмешалась не просто так, но, посчитав подобное отношение к себе оскорблением, которое в буквальном смысле смывается кровью, Я.Левинсон пригласил к себе корреспондента самой популярной местной газеты, «слил» ему немало компромата на известных ему людей, а после того, как проводил журналиста, застрелился.

«Договор» с самоубийцей

Активную работу уже почти 20 лет проводит в еврейском государстве организация «Бишвил хаим» (ради жизни), призванная поддерживать семьи, в которых близкие совершили или пытались совершить суицид. Психологам и психиатрам известно, что каждый самоубийца порождает цепочку из 5–10 человек, которых начинают посещать суицидальные мысли. И в первую очередь в эту цепочку входят люди из окружения человека, совершившего самоубийство или только его попытку. Речь идёт о родственниках, друзьях, с которыми он делился самыми сокровенными мыслями.

В рамках национальной программы по предотвращению суицида каждый оказавшийся на пороге этого противоестественного для живой души шага может рассчитывать на квалифицированную психологическую помощь. Известно, что время в ряде случаев «лечит». Поэтому иногда психолог предлагает самоубийце «договор-обязательство», согласно которому подопечный пациент обязуется до их следующей встречи ничего с собой не сделать. Такие «договоры» считаются эффективными.

Полностью избавиться от суицидов не сможет ни одно общество. Но минимизировать такие случаи вполне возможно. В конце концов, прав знаменитый польский писатель и поэт Ежи Лец: «Бывает, что не хочется жить, но это вовсе не значит, что хочется не жить».

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Однако

В Германии рассматривают возможность официально разрешить продавать яйца свиных паразитов – власоглава (*Trichuris suis*), чтобы помочь людям уменьшить симптомы при аутоиммунных заболеваниях. В настоящее время Федеральное ведомство по защите прав потребителей и безопасности пищевой продукции Германии оценивает этот «продукт», представленный генеральным директором крупной фармкомпании Детлефом Гойем.

Паразитов — на продажу?

В случае одобрения он станет первым в Европе продуктом живых червей в качестве пищевого ингредиента. Гой считает, что, устранив проблему паразитов, упустили из виду возможные преимущества некоторых из них. А именно: есть паразиты, выделяющие вещества, способные успокоить нашу иммунную систему.

По его словам, в бедных странах, где эта проблема ещё актуальна, нет такого распространения аллергии, воспаления кишечника, сахарного диабета 1-го типа и рассеянного склероза. Проводив испытания при лечении болезни Крона, команда Гоя не обнаружила признаков размножения червей, и они были видны только в колоноскопии в течение нескольких дней после проглатывания яиц.

Вероятно, черви умирают от голода и перевариваются в течение

месяца, считают исследователи.

«На мой взгляд, терапия червями принадлежит к той же категории культовых методов псевдонауки, что и хелаторная терапия (удаление хелаторами тяжёлых металлов из организма) для аутизма», — считает профессор кафедры педиатрии и молекулярной вирусологии и микробиологии Медицинского колледжа Бэйлора (США) Питер Хотц. По его словам, это «глупая затея».

В отличие от медицинских препаратов для разрешения на новые пищевые добавки в странах Евросоюза необходимо доказать, что они безопасны. Поэтому вопрос о том, действительно ли такие черви могут лечить аутоиммунные расстройства, остаётся открытым.

Марк ВИНТЕР.
New Scientist.

Опрос

Качество, а не количество

Исследователи университетов Ноттингема, Бристоля и Суонси (все – Великобритания) выявили идеальное число сексуальных партнёров для мужчин и женщин. Это число оказалось намного меньше, чем принято думать.

Учёные провели опрос, в котором приняли участие 188 человек – 84 мужчины и 104 женщины, которые отвечали на вопрос о желательном сексуальном опыте своего партнёра до вступления в отношения с респондентом. Подавляющее большинство мужчин предпочли, чтобы их женщина спала до них не более чем с двумя мужчинами. Женщины, которые спали более чем с 6 мужчинами, намного меньше привлекали мужское внимание, а пределом дозволенности стали 11 бывших сексуальных партнёров. По мнению участников опроса, предполагаемый партнёр с чрезмерно богатым сексуальным прошлым не может стать верным и надёжным партнёром.

Несмотря на распространённое мнение, что мужчина, имеющий



большое количество связей, – это норма, а активная сексуальная жизнь женщины является распутством, респонденты обоих полов выразили желание не связываться с партнёрами, имеющими богатую сексуальную историю.

Впрочем, возрастной диапазон опрошенных колебался от 18 до 35 лет, составляя в среднем 21 год, так что резкое ограничение желательного сексуального опыта партнёра могло объясняться юношеским максимализмом.

Самое интересное, что желательное количество возможных прошлых сексуальных связей у

партнёров на краткосрочные и долгосрочные перспективы почти не отличаются. Партнёр для долгосрочных отношений должен был иметь не более двух связей в прошлом, партнёр для краткосрочного секса – не более трёх.

Примечательно, что среднее количество прошлых связей у опрошенных женщин составляло 5,81 партнёра, у опрошенных мужчин – 8,4 партнёра, так что сами участники опроса мало соответствовали собственным стандартам.

Алина КРАЗЕ.
По информации Daily Mail.

Церковь всегда рассматривается людьми как больница для души, а труд священника, отпускающего грехи, сравнивается с трудом врача с той лишь разницей, что священник врачует душу больного, а врач – его тело. Сегодня мы предлагаем читателям размышления протоиерея Сергия Адодина о том, что делает РПЦ в больнице и каково её место там.

Заглянуть в душу

Последние 11 лет я несу своё служение Христу у больничной койки и пришёл к выводу, что болезнь, каким бы прискорбным ни было это событие, следует воспринимать как некую остановку, передышку от рабочих и домашних обязанностей, временем подумать над всей жизнью, переоценить приоритеты, переосмыслить себя самого. Человек, оказавшийся на больничной койке, не только физически слаб, но чувствует себя слабым и духовно. Часто, не имея достаточного жизненного опыта, он бывает не в состоянии проанализировать причины, приведшие его к заболеванию, иногда обвиняя Бога. «За что мне цирроз печени?! – восклицает человек, постоянно употреблявший алкоголь. – Почему Господь так меня наказал?». «А откуда у меня гастрит, нервное истощение и сахарный диабет?» – спрашивает другой у священника, которого в данный момент рассматривает как адвоката Божия.

И тут при беседе выясняется, что не Христос первого уговаривал злоупотреблять вином, и не он настаивал на нарушении режима питания второго.

Всякий знает, что нарушение гигиены, пренебрежение профилактикой болезней, да и вообще нездоровый образ жизни как минимум не приносят ничего хорошего. Кого, скажите, мне обвинить в том, что я, не имея привычки смотреть под ноги, наступил на банановую кожуру, упал и сильно ушибся? Неужели Господа Иисуса?

Вот когда больному нужна особая благодатная помощь, ведь именно она может привести человека к примирению его с Богом. И дело священника и его помощниц – сестёр милосердия – оказать именно такую помощь.

Но невозможно помочь излечиться человеку физически без духовного оздоровления. Важнейшую задачу священнику и сёстрам милосердия в работе с больными и с врачами нужно видеть в том, чтобы изменить сознание медиков, по-другому расставить их приоритеты.

Медицина и религия

Больной ждёт благодатной помощи...

Священники и сёстры милосердия Русской православной церкви в больнице



Протоиерей Сергий Адодин в больнице

Всему своё время...

Переходя к практическим рекомендациям, я бы хотел заметить, что в больничном служении необходимо учитывать, чтобы совершение таинств по своему времени не совпадало с больничными обходами. Представьте: врачу пришло время лично побеседовать с больным, совершить какие-то медицинские манипуляции или обследование, а тут в палате священник с сестрой милосердия. В таких случаях могут возникнуть и конфликты, а этого следует всячески избегать ради пользы всего служения церкви в больнице.

Сестре и священнику также необходимо знать и особенности болезней. Научно-популярной литературы на эту тему полно.

Проведению теоретических и практических занятий для сестёр милосердия надо бы уделить особо пристальное внимание, так как без хорошо подготовленных кадров, владеющих навыками катехизаторской работы, имеющих необходимый уровень духовных знаний и знаний в области православной психологии, невозможно больничное служение. Ведь если ты станешь сеять пшеницу вместе с чертополохом, доброго урожая

к жатве не жди. Поэтому каждой сестре надо хорошо знать церковную историю, катехизис, догматику и литургику.

Где же брать столько сотрудников? Этот пробел в некоторой степени я бы посоветовал восполнять волонтерами, хотя они будут ходить нерегулярно и, как правило, имеют недостаточный уровень профессионализма. У них нет практики, работают они с наставником, которому приходится постоянно контролировать их, учить, а порой и отвечать за их неверные действия и слова. Чаще всего волонтеры помогают больным читать молитвенное правило к Причастию.

Однако волонтеры нередко не выдерживают работы в больнице, видя страдания умирающих. Их начинает пугать одна мысль идти в палаты, а также ложный стыд и страх. Поэтому зачастую большинство добровольцев начинают искать себя на ином поприще. Не все из них готовы остаться в больнице. Но и из этого многочисленного состава затем придётся многих отсеивать...

Ещё один путь пополнения кадров – сами пациенты больницы. Некоторые бывшие больные так прикрепляются к тому или иному священнику или сестре

милосердия, что со временем, когда утвердятся в вере, приходят трудиться на это поприще. Главное – не оттолкнуть каждого такого человека.

Приходится начинать с нуля...

Ещё одна проблема душепопечения – это требование к священству. Не всякий сможет идти в больницу. А если он ещё брезглив, или имеет боязнь крови, или нрав впечатлительный, то не следует ему идти через больничный порог!

А если серьёзно, то пациент больницы, желающий креститься, исповедаться, причаститься или пособороваться, может оказаться плохо пахнущим. Он может быть похожим на мумию, все в бинтах и ожогах, источающих сукровицу. В конце концов, у него, как правило, повышенная раздражительность из-за болезни и стресса. И тут главное – не ответить человеку в таком же тоне.

Я знал одного священника, который в ожоговое отделение без надушенной маски даже войти не мог. Ему было очень трудно совершать духовное окормление больных. Как можно скорее он добился перевода на обычный приход.

Само собой разумеется, что больничный священник должен быть чистоплотен. Его одежды, лицо, руки, да и всё тело всегда должны быть безукоризненно чистыми.

Служение священника в больничном храме отличается от служения обычного приходского батюшки. В таком храме всё ориентировано на больных и пациентов больницы, в них практически не бывает постоянных прихожан. Люди попадают сюда лишь на короткий промежуток времени, а потом уходят. Подавляющее большинство обратившихся к церкви за духовной помощью никогда раньше не исповедовались и не имеют никаких предствлений о духовной жизни. Всех их придётся учить с нуля. В храме всё совершается для них: их встре-

чает сестра-катехизатор, ради них служит Литургия, ради них совершается необычайно долгая исповедь.

Зависит от пастыря

И, наконец, последняя проблема связана с разным пониманием у медика и священника того, что делает церковь в больнице и каково её место там. Да, право пациента на «допуск к нему священнослужителя» прописано сегодня в законодательстве Российской Федерации. На основании этого даже составляются различные соглашения о сотрудничестве. Однако следует помнить: именно в этой конкретной больнице всё зависит от того, как поведёт себя сам пастырь и сёстры милосердия.

Доброе отношения с медиками всегда будут на пользу больному. Качественная пастырская работа среди врачей и медсестёр обязательно приведёт к тому, что медики не будут смотреть на церковное служение в больнице только как на допущение или снисхождение.

У врачей не всегда есть время уделить достаточно внимания своим пациентам, выяснить их внутренние страдания. Сестра милосердия должна быть готова выслушать больного, разобраться в его семейных и жизненных проблемах, ответить на животрепещущие вопросы, да и просто помолиться вместе с больным.

Смотришь – а больной уже обретает радость жизни, у него появляется желание жить. Он ощущает заботу и внимание, а это для него – самое главное. Родственники больных в такой момент тоже нуждаются в поддержке. Никак нельзя забыть и о них. Пусть сестра милосердия посоветует им исповедоваться...

Наш с вами долг, дорогие мои читатели, в том, чтобы не подвести ни людей, ни Христа.

Записал Константин ВЕТЛУГИН
МИА Сито!

По материалам pravoslavie.ru.

Далёкое – близкое

В 1852 г., 165 лет назад, вышел сборник рассказов И. Тургенева «Записки охотника». Один из рассказов этого цикла, «Уездный лекарь», знакомит нас с печальной историей, которую поведал рассказчику доктор Трифон Иванович. Однажды пожилая помещица попросила его приехать к своей умирающей дочери, Александре Андреевне. Выполняя свой долг, несмотря на плохую дорогу, снег и грязь, лекарь ночью преодолевает 20 вёрст.

Поначалу состояние девушки не показалось доктору опасным, он просит её родных не беспокоиться, пускает больной кровь, велит поставить ей горчичники и прописывает микстуру. Но утром пациентке не стало лучше, врачу пришлось задержаться в её доме на несколько дней.

Лекаро нравились небогатые, но образованные родственники Александры Андреевны, и вся её

Врачеватель душ Иван Тургенев

Добрые напутствия его «Уездного лекаря»

семья смотрела на него, в свою очередь, тоже с симпатией за его внимание и отзывчивость.

Доктор просиживает ночи у кровати Александры Андреевны, но лекарство, которое из-за ужасной погоды доставлялось из города по целым дням, не помогает, девушке становится хуже. Трифон Иванович так описывает своё отчаяние медика: «...вы понять не можете, что происходит в душе нашего брата, особенно на первых порах, когда он начинает догадываться, что болезнь-то его одолевает. Куда денется самоуверенность! Оробеешь вдруг так, что и сказать нельзя. Так тебе и кажется, что и позабыл-то ты всё, что знал, и что больной-то тебе больше не доверяет <...>» Но вся семья Александры Андреевны

верила в доктора, поэтому для него было мучительно видеть в их глазах доверие, которое он не может оправдать.

Между тем врач и пациентка полюбили друг друга. Хотя лекарь понимает, что девушка испытывает к нему не любовь, а скорее уважение и дружеское расположение: «...я могу вам сказать, что я благодарна вам от всей души, что вы добрый, хороший человек, что я вас люблю...» Для доктора оказывается служением не только врачевание Александры Андреевны, но и любовь, которую он к ней чувствует. Трифон Иванович постоянно успокаивает больную ласковыми словами, но она догадывается, что надежды на выздоровление нет. Вскоре девушка умирает,

неизлечимая болезнь помешала счастливой жизни героев. Возможно, что этот сюжет был подсказан Тургеневу реальными событиями. Так, за месяц до смерти Любовь Бакунина полюбила талантливого врача П.Клюшникову, который её лечил, но не смог спасти.

Прошло время, лекарь женился на богатой и злой купеческой дочери Акулине, но так и не забыл о драматической судьбе Александры Андреевны, своей возлюбленной. Возвышенный характер его чувства переключается с переживаниями лирического героя стихотворения Тургенева «В дороге» 1843 г.:

Вспомнишь обильные
страстные речи,
Взгляды, так жадно,
так робко ловимые,

Первые встречи,
последние встречи,
Тихого голоса звуки любимые.

Судьбы многих персонажей Тургенева трагичны. Но в некоторых жизненных ситуациях, когда лекарства бессильны, спасает чтение художественной литературы. Тургенев, словно врачеватель душ, помогает нам своим творчеством в трудную минуту. Недаром немецкий писатель Томас Манн утверждал, что, если бы его сослали на необитаемый остров, он взял бы с собой роман Тургенева «Отцы и дети». Вероятно, Манн полагал, что эта книга помогла бы ему выжить.

Павел ЧУЙКОВ.

Москва.

На литературный конкурс

Умные мысли

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

Эдуард ВОСАРТ

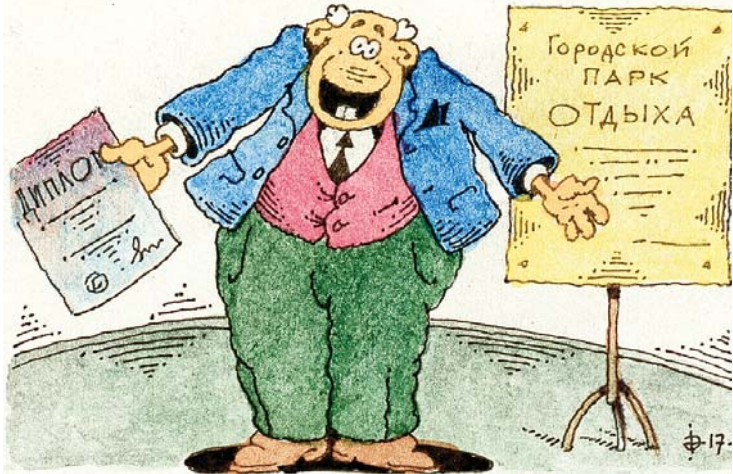
Терапия радостью

Потомственный бюджетник Фёдор Илларионович Кукуев давно знал, что то ли красота, то ли доброта спасёт мир, но ему ещё последнее время очень хотелось бы узнать, а что может спасти его самого, не говоря уже о его организме, от многочисленных болячек.

А всё дело было в том, что ещё с конца разгула перестройки все его внутренние органы начали объявлять категорический суверенитет, отчего организм Кукуева принялся терять не только жировые, но и социальные накопления. Кукуевский позвоночник принялся дребезжать и позванивать, словно неисправный допотопный трамвай, а лопатки настолько заострились, что стали всё больше напоминать сапёрные, причиняя неудобства в виде острых и тупых колото-резаных ран его многочисленным соседям по «пиковому» транспорту.

Но самое странное и страшное было то, что у Фёдора Илларионовича всё чаще начинало вдруг стрелять между коленками, да так громко, что Кукуева принялись частенько задерживать соответствующие компетентные органы, подозревая использование огнестрельного оружия без соответствующего на то разрешения в виде лицензии.

Вообще-то, у Фёдора Илларионовича «куры денег не клевали» по причине отсутствия у него и тех, и других. И потому страх за своё последнее здоровье всё-таки однажды заставил его обратиться за помощью не к каким-то там экстрасенсам, магам или про-



чим целителям, а к нашей почти бесплатной страховой медицине. Однако труженики её явно работали за страх, а не за совесть, и потому тут же стали в ужасе шарахаться от гремящего и стреляющего кукуевского организма.

Горе потомственного бюджетника было бы безгранично и бесконечно долгим и глубоким, если бы судьба не подбросила ему однажды статейку, рассказывающую о новейшем необычном методе исцеления – о терапии радостью.

От нахлынувших предчувствий возможности выздоровления сердце Фёдора Илларионовича почти закувало, сообщая о том, что ему ещё осталось немало лет и даже зим, а потом забило в глубине его грудной клетки, наподобие пойманной «птицы счастья».

Не откладывая своё тело в долгий ящик, Фёдор Илларионович тут же приступил к

поискам бесплатных радостей, предлагаемых в бесплатных рекламных изданиях. И одно из них вскоре привело его на стадион «Юный пионер», где ему была обещана радость общения с роковыми музыкантами, которая на поверку, увы, вылилась на его голову потоками дождя, неформальных выражений и частично опорожнённых от чего-то бутылок, вылетающих из рук разгорячённых и даже просто разъярённых чувствами зрителей-рокеров.

С трудом зализав свежие раны, Фёдор Илларионович рано утром отправился в зоопарк, где к радости жителей и гостей города был объявлен День открытых дверей. Но, как вскоре оказалось, двери эти открывались в тот день не столько для посетителей, сколько для зверей, возможно, потому что администрация зоопарка в запарке от выбивания средств для поддержания жизнедеятельности своих по-

допечных решила подкормить этих братьев наших меньших за счёт старших?..

Фёдора Илларионовича сумели спасти от радости тесного общения с обитателями клеток и вольеров лишь вовремя прогремевшие между его дрожащими коленками выстрелы.

Придя в себя из зоопарка, Кукуев обнаружил, что ноги как-то сами привели его в городской Парк отдыха имени Минкультуры, в котором на открытой всем ветрам и дождям эстраде как раз проходил открытый, почти международный конкурс на лучший анекдот.

Неожиданно для себя Фёдор Илларионович вскарабкался на эстраду и, подвывая и всхлипывая, глотая слёзы, а также непечатные идиоматические выражения, поведал собравшимся повеселиться зрителям и слушателям историю своей болезни и просто анекдотической жизни. Чем ещё более неожиданно для себя заслужил гомерический одобрительный хохот и... диплом лауреата конкурса!

Прилив положительных эмоций тут же окунул Кукуева в такое море радости, что в нём потонули все прежние подозрительные и болезненные симптомы!

Правда, появилось головокружение, как у неопытного моряка во время качки.

Но это уже было, скорее всего, головокружение от успеха...

Долгопрудный, Московская область.

Бегите от инфаркта! Но необязательно по врачам

- ✓ Одни тянутся к здоровью, другие – к лекарствам.
- ✓ Как всё-таки трудно отличить ОРЗ от ОРВИ!
- ✓ Оказывается, чтобы иметь вес в обществе, необязательно страдать ожирением.
- ✓ Соль жизни в том, что она откладывается в суставах и позвоночнике.
- ✓ И вегетарианцы могут подхватить свинку.
- ✓ Успехи косметологии не всегда налицо.
- ✓ Маразм – это когда и в мыслях всё пусто.
- ✓ При отсутствии аппетита и вода – обжорство.
- ✓ Атеросклеротические бляшки – это трудовые мозоли кровеносных сосудов.
- ✓ «Амурная болезнь» – это вовсе не обязательно болезнь, подхваченная на Амуре.
- ✓ Лучше журавль в небе, чем кость в нёбе!
- ✓ Диабет – это горькое воспоминание о сладкой жизни.
- ✓ Больному обществу – здоровую пищу!
- ✓ Хирург отличается от патологоанатома тем, что не боится задеть за живое.
- ✓ У невезучего даже зубы, положенные на полку, поражает кариес.
- ✓ Если уж и бегать от инфаркта, то не только по врачам-кардиологам.
- ✓ Как всё-таки рассеянный склероз отличается от рассеянности!
- ✓ Трудно чувствовать себя в своей тарелке, когда сидишь на голодной диете.
- ✓ Не переходите на строгую диету в неподходящем месте!
- ✓ Хорошие врачи избавляют не только от болезней, но и от страха перед ними.
- ✓ Если больной ни жив, ни мёртв, значит, – в коме.
- ✓ Не каждая «зелень» полезна для здоровья.
- ✓ Не превращайте систему кровообращения в нервную.
- ✓ Линии жизни не должны вести только к врачам.

Мелоксикам	А. Белый, роман	Комедия Аристо	Долгопят	СКАНВОРД																		Город, Арханг. обл.																			Аромат. смола																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

Ответы на сканворд, опубликованный в № 64 от 30.08.2017.