

# Медицинская

4 октября 2017 г.  
среда  
№ 74 (7792)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

Работают мастера

## Две патологии — одна операция

У алтайских кардиохирургов такие вмешательства проходят успешно



На базе Алтайского краевого кардиологического диспансера состоялся мастер-класс «Хирургическое лечение мультифокального атеросклероза у больных с поражением сонных и коронарных артерий». В рамках мероприятия проведена уникальная операция одномоментной каротидной эндартерэктомии и аортокоронарного шунтирования на работающем сердце.

— Поскольку пациент имел патологию сосудов головного мозга и сосудов сердца, было принято решение провести одномоментное восстановление двух сосудистых бассейнов. Сначала восстановился кровоток по сонной артерии,

За операцией наблюдают доктора всего Алтайского края

а потом — по сосудам сердца. Подобные операции в сердечно-сосудистой хирургии стали применяться ещё в конце прошлого века, но из-за своей сложности они выполняются нечасто. Особенность этого вмешательства состоит ещё и в том, что операция проводится в условиях работающего сердца, за счёт чего исключаются негативные влияния искусственного кровообращения.

Руководил операцией член-корреспондент РАН Яков Шойхет, а у операционного стола работала бригада из 10 человек. За их действиями на экране наблюдали кардиологи, неврологи и хирурги всего края.

— Мероприятия, подобные сегодняшнему, станут циклическими и постоянными. Трансляция будет записана, и её смогут посмотреть специалисты на местах, чтобы они могли адекватно проводить отбор пациентов на данные методики, — подчеркнул заместитель министра здравоохранения Алтайского края Сергей Насонов.

Отметим, что на сегодняшний день в Алтайском крае успешно выполнено порядка 50 одновременных операций на сердце и сонной артерии.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Барнаул.



Константин ЦАРАНОВ,  
директор Центра развития  
здравоохранения Московского  
городского университета управления:

Работа с кадровым резервом — это важнейший показатель управления эффективностью любого учреждения.

Стр. 4



Вероника СКВОРЦОВА,  
министр здравоохранения РФ:

Борьба с неинфекционными заболеваниями является одним из приоритетов как во внутренней политике, так и на глобальном уровне.

Стр. 5



Татьяна КУСАЙКО,  
член Комитета Совета Федерации  
по социальной политике:

Надо законодательно закрепить основы межведомственного взаимодействия образовательных и медицинских организаций.

Стр. 6

Демография

## Больше, чем годом ранее

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова прокомментировала данные Росстата о демографической ситуации за 8 месяцев нынешнего года.

— Смертность населения по сравнению с аналогичным периодом прошлого года снизилась на 2,5% и составила 12,7 случаев на 1000 населения (8 месяцев 2016 г. — 13), — сказала она. — Это означает, что за 8 месяцев 2017 г. удалось сохранить на 31,2 тыс. человеческих жизней больше, чем годом ранее.

По словам министра, установлено снижение смертности от всех основных причин. Особенно заметно смертность снизилась от туберкулеза — на 17,7% (6,5 на 100 тыс. населения), болезней органов дыхания — на 10% (43,4), в том числе от пневмонии — на 19,5% (17,7), бо-

лезней органов пищеварения — на 4,5% (63), болезней системы кровообращения — на 3,7% (596,4).

Особо В.Скворцова отметила снижение смертности от новообразований — на 3% (196,9), причём впервые уровень смертности от злокачественных новообразований достиг 194,3 на 100 тыс. населения, то есть целевого показателя.

Между тем снизилась смертность и от внешних причин на 10,6% (95,7): от ДТП — на 8%, случайных отравлений алкоголем — на 20,3%. На протяжении текущего года удерживается исторический минимум показателя младенческой смертности, которая за 8 месяцев снизилась на 12%, составив 5,3 на 1000 родившихся живыми (8 месяцев 2016 г. — 6).

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

События

## Ориентируясь на «ликвидаторов»

У 10-тысячной армии проживающих в Санкт-Петербурге «ликвидаторов» техногенных аварий и бойцов подразделений особого риска праздник: в городе на Неве, в Клиническом госпитале для ветеранов войн открылось первое на Северо-Западе специализированное отделение радиационной профпатологии.

На новую организационную структуру возлагаются задачи по координации

оказания комплексной медицинской помощи лицам, подвергшимся радиоактивному облучению в результате устранения последствий трагедии на Чернобыльской АЭС, а также приравненным к ним участникам «зачистки» катастрофы на комбинате «Маяк», обслуживающему персоналу Семипалатинского ядерного полигона и других контингентов.

На площадях нового отделения начали вести приём узкие специалисты, в том числе кардиолог. Врачи отде-

ления радиационной профпатологии будут разрабатывать для своих особых пациентов и воплощать в жизнь индивидуальные программы медицинской реабилитации.

— Люди в белых халатах — больше чем друзья для тех специалистов и ликвидаторов, которые работали в особых условиях. Если бы не было вас, не было бы тех героев и героических поступков, — сказал, обращаясь к врачам, заместитель председателя Санкт-Петербургского регионального отделения общественного объединения «Чернобыль» Евгений Фролов. — Мы тогда прекрасно понимали, что облучение скажется на нашем здоровье в будущем, но за нашими спинами всегда стояли вы.

Владимир КЛЬШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

**DIXION** | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА  
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ** | **Фетальные мониторы**



- Точное измерение ЧСС плода «от удара к удару»
- Автоматический анализ КТГ
- Прямая ЭКГ плода, ВМД
- Данные на ПК в реальном времени, центральная станция

**3 года гарантии!**

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ  
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; [www.dixon.ru](http://www.dixon.ru)

## Новости

## Сразу пятеро малышей!

Матвей, Максим, Игнат, Савелий и Раиса Меркуловы появились на свет в краевом перинатальном центре во Владивостоке. По словам докторов, мама и новорождённые чувствуют себя хорошо.

– Как это бывает при многоплодной беременности, вес у новорождённых был небольшой. Наши специалисты помогали им подрасти и окрепнуть. Для этого у нас есть всё необходимое оборудование и профессиональные врачи, – отметила Татьяна Курлеева, главный врач Приморского краевого перинатального центра.

Поздравить семью со столь знаменательным событием пришли представители краевого отдела здравоохранения, председатель регионального отделения Всероссийского общественного движения «Матери России» Татьяна Заболотная, сотрудники Департамента труда и социального развития администрации Приморья, которые передали родителям пакет с информацией обо всех мерах соцподдержки, которая полагается большой семье.

– Материнский капитал – как федеральный, так и региональный – ежемесячная денежная выплата в случае рождения третьего или последующего ребёнка, пособие на ребёнка семьям со среднедушевым доходом ниже величины прожиточного минимума, несколько компенсационных выплат многодетным семьям с низким достатком. Мы подготовили полную информацию о размерах выплат, необходимых для их получения документах, дали телефоны специалистов, которые готовы помочь, – отметила руководитель территориального отдела ведомства Анастасия Бондарева.

Самая весомая мера поддержки, которая работает в отношении Меркуловых, – это социальная выплата на улучшение жилищных условий семье, в которой одновременно родились трое и более детей.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

«Хрупкий» возраст —  
под защитой

В Кемеровском областном клиническом госпитале для ветеранов войн введено в эксплуатацию новое оборудование для диагностики остеопороза – рентгеновский костный денситометр производства США. По словам руководства медучреждения, других аппаратов такого высокого технологического уровня в Сибирском федеральном округе на сегодня нет.

Популяция людей, страдающих остеопорозом, растёт во всём мире. Это связывают с несколькими факторами: малоподвижным образом жизни, использованием различных диет, курением, недостатком кальция и преобладанием белков, жиров и клетчатки в пищевом рационе, злоупотреблением алкоголем и кофе, недостаточным пребыванием на солнце... К факторам риска относят и увеличение продолжительности жизни. В Кузбассе, к слову сказать, она за последние 12 лет выросла более чем на 7 лет и достигла отметки 68,72.

Самым достоверным методом диагностики заболевания является специфическое рентгенологическое обследование: остеоденситометрия. Новое оборудование, запущенное в эксплуатацию в госпитале, обеспечивает возможность исследований с углублённой оценкой состояния костной системы пациента и оценку риска развития переломов на ближайшие 10 лет. Кроме того, здесь установлена программа обследования детей и подростков и фитнес-программа (для оценки соотношения жировой и мышечной ткани человека), а также предусмотрено обследование пациентов с весом до 150 кг.

Врачи-рентгенологи и ревматологи госпиталя занимаются проблемой диагностики, лечения и динамического наблюдения за пациентами с данной патологией свыше 10 лет. За эти годы обследованы тысячи пациентов, накоплен огромный клинический опыт.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

## Начало

Первую девочку  
назвали Анной

Хакасские женщины будут рожать в отличных условиях

Событие огромной важности произошло в здравоохранении Хакасии: здесь начал работать вновь построенный Республиканский перинатальный центр на 150 коек. «Пробивал» идею строительства центра сам глава Республики Хакасия Виктор Зимин. В итоге поддержку региону оказали и Минздрав России, и Правительство РФ.

Строительство центра началось в 2014 г. и завершилось в необычайно короткие сроки, правда, при стабильной финансовой поддержке федерального бюджета. В региональном Министерстве здравоохранения уточняют, что в общей сложности проект обошёлся в 3,6 млрд руб., в том числе софинансирование из бюджета Хакасии составило 1,3 млрд руб.

Всего за 3 года в Абакане был возведён и полностью оснащён новый медицинский комплекс общей площадью более 43 тыс. м<sup>2</sup>. В его структуре 7-этажный главный корпус, пищеблок, тёплая автостоянка, хозяйственный корпус, соединённые подземными переходами.

На торжественной церемонии открытия министр здравоохранения Хакасии Владимир Костюш подчеркнул: «Учреждение готово полностью, коллектив готов полностью. Здесь сконцентрированы все современные медицинские технологии, которые есть в нашей стране. Центр будет постепенно занимать новые площади, открывать и раз-



Открытие перинатального центра – это большой праздник для всех

вивать новые структуры, чтобы не повторить ошибки других регионов».

Помимо акушерских отделений и отделения патологии беременности в составе центра предусмотрены операционные для новорождённых, отделение реанимации, педиатрический стационар для лечения малышей с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта, патологией зрения. Кроме того, запланировано, что на базе перинатального центра будет создано отделение вспомогательных репродуктивных технологий, а значит, ЭКО станет доступной жителям Хакасии. Ещё одно подразделение центра – консультативно-диагностическое отделение с кабинетом амбулаторного наблюдения за недоношенными детьми. В штате

крупнейшего учреждения родовспоможения региона 600 сотрудников, в том числе 200 врачей разных специальностей.

Уже через сутки после начала работы перинатального центра здесь начали звучать голоса родившихся детей. Первой в этих стенах появилась на свет девочка, которую назвали Анной. Поздравить родителей малышки и её саму в день выписки приехал глава региона В.Зимин, благодаря усилиям которого хакасские женщины теперь имеют возможность рожать, а врачи – работать в современных условиях.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Абакан.

## Профилактика

## Что показывает диспансеризация

Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов головного мозга, сахарный диабет и глаукома – самые распространённые заболевания, которые выявляют омские медики у тех, кто приходит в поликлиники на диспансеризацию.

В настоящее время в Омской области прошли обследование свыше 254 тыс. человек. На второй

этап диспансеризации – для дообследования – направлено почти 91 тыс., то есть каждый третий.

На территории Прииртышья, по данным регионального Минздрава, пройти обследование можно в 60 бюджетных учреждениях здравоохранения: 32 ЦРБ и 28 учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Омска. В Тарском, самом северном районе области, для удобства населения, проживающего в отдалённых населённых

пунктах, работает передвижной мобильный комплекс. В регионе организована и выездная работа 101 бригады для маломобильных категорий граждан и работающего населения.

Всего в этом году в рамках диспансеризации планируется осмотреть более 365 тыс. жителей Омска и сельских районов области.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Конкурсы

В Учебном центре инновационных медицинских технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова прошла VI Всероссийская олимпиада по эндхирургии. В ней приняли участие студенты и молодые специалисты со всех уголков страны.

После жеребьёвки команды молодых хирургов ждали лапароскопический и эндоскопический конкурсы, где они должны были продемонстрировать не только практические навыки, но и теоретические знания.

Олимпийцы из РНИМУ достойно проявили себя. Аспирант Максим Бордилов и студентка 6-го курса Мария Шумихина (кафедра госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета) заняли 2-е место в эндоскопическом конкурсе, а ординатор Татьяна Орехова и аспирант Максим Акимов (кафедра хирургии и эндоскопии) – 3-е.

## Юные хирурги были на высоте

Они продемонстрировали своё мастерство

В лапароскопическом конкурсе 3-е место завоевали студенты 4-го курса лечебного факультета Данила Матвейчук, Геннадий Иванов (кафедра общей хирургии и лучевой диагностики), аспирант Арсен Сукиасян и студент 3-го курса международного факультета Артём Копяев (кафедра хирургии и эндоскопии).

Кроме того, в рамках олимпиады состоялось ещё одно знаменательное мероприятие – конференция памяти профессора Владимира Владимировича на тему: «80 лет со дня рождения корифея медицинского образования». О его профессиональном пути рассказал заместитель директора учебного центра Александр Гушин.

В.Владимиров окончил лечебный факультет 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова в 1968 г., параллельно работая фельдшером на станции скорой помощи. Получив диплом, поступил в аспирантуру на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии, где успешно защитил кандидатскую диссертацию. Он прошёл путь от ассистента до профессора кафедры, а с 1991 г. стал заведовать кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии. Труд на кафедре всегда сочетал с обширной организационной работой в университете: с 1975 г. – заместитель декана, с 1979 г. – декан отдела клинической ординатуры и аспирантуры, в 1988-2012 гг.

– проректор по учебной работе. Научные интересы Владимира Гавриловича помимо панкреатологии были связаны с биологической тканевой несовместимостью, малоинвазивными вмешательствами с использованием эндовидеохирургии, проблемами урологии, челюстно-лицевой, пластической реконструктивной и эстетической хирургии, разработкой гемо- и иммуносорбентов и многими другими актуальными для развития медицины вопросами. Он автор свыше 200 научных работ, 7 монографий, 6 свидетельств на изобретения.

Своими воспоминаниями о Владимире Гавриловиче поделились его дочь Светлана Владимировна и

внук Владимир Ованесян, коллеги и ученики, в числе которых декан педиатрического факультета профессор Лидия Ильенко и профессор кафедры оперативной хирургии и клинической (топографической) анатомии педиатрического факультета Николай Желтиков.

Также участники конференции смогли увидеть памятные фотографии Владимира Гавриловича и видеозапись его интервью о своём учителе Георгии Островерхове, возглавлявшем кафедру оперативной хирургии и клинической (топографической) анатомии педиатрического факультета с 1957 по 1976 г.

Ирина ОБУХОВА.

Официально

# Центр поддержки добровольчества

**Минздравом России создан Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья.**

По поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой он организован на базе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Целью его станет выработка общих подходов к формированию и работе волонтерских движений, развитие методической поддержки и продвижение добровольческих инициатив, а также объединение ресурсов для решения проблем в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации.

«Создание подобного центра, несомненно, позволит консолидировать усилия всех заинтересованных структур по развитию медицинского направления добровольчества. Министерство здравоохранения

стало первым ведомством, принявшим такой шаг. Уверен, что работа центра позволит обобщить лучшие практики, разработать необходимые методические рекомендации, а также вовлечь большее количество граждан и организаций в добровольческую деятельность. Хочу отметить, что со стороны агентства мы готовы оказать всю необходимую поддержку для успешной реализации данного проекта», – сказал руководитель Федерального агентства по делам молодежи Александр Бугаев.

Волонтерство стало популярным в последние годы среди студентов-медиков. Их привлекают для работы в лечебных учреждениях, они помогают бригадам скорой медицинской помощи, несут дежурства вместе с медицинским работникам во время массовых мероприятий. Можно также вспомнить акции, направленные на информирование населения о

заболеваниях и факторах риска, привлекая внимание к социально значимым проблемам в сфере охраны здоровья.

Сегодня в подведомственных Министерству здравоохранения РФ образовательных организациях высшего образования насчитывается более 12,5 тыс. волонтеров, охватывающих около 1,2 млн человек. Количество обучающихся в волонтерских проектах различного уровня в 2016 г., увеличилось по сравнению с 2015 г. примерно на 30%.

Создание подобного волонтерского центра стало возможно благодаря тесному сотрудничеству ведомства со всероссийским общественным движением «Волонтеры-медики» и Ассоциацией волонтерских центров.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

Акции

## Пока не поздно...

**В Алтайском краевом онкологическом диспансере прошла неделя ранней диагностики рака головы и шеи.**

«Для организации профилактического осмотра мы уплотнили внутренний график, чтобы все желающие смогли пройти обследование. Подобные акции в нашем диспансере уже проводили по меланоме и маммологии, и мы убедились в их эффективности. В дальнейшем мы продолжим работать в направлении профилактики и ежемесячно будем проводить обследование на предмет онкозаболеваний тех или иных органов и систем», – говорит главный врач диспансера Александр Лазарев.

По его сведениям, среди всех онкологических заболеваний головы и шеи занимают порядка 25%, и очень важно выявить патологию на ранних стадиях, пока

ещё есть возможность вылечить пациента.

Отделение онкологии головы и шеи на базе онкодиспансера существует более 20 лет. Всё это время онкологи работают в тесном сотрудничестве с другими специалистами – эндокринологами, стоматологами, оториноларингологами.

В первый же день акции в онкологическом диспансере на предмет опухолей головы и шеи был обследован 201 пациент.

«Население очень активно отреагировало на объявленное нами приглашение и, несмотря на то что подобные мероприятия – дополнительная нагрузка для нас, мы постарались принять всех желающих», – подчеркнул заместитель главного врача по лечебной работе Владимир Нечунаев.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сити!

Барнаул.

Ситуация

**Как сообщают в Минздраве Краснодарского края, медики Кубани провели 13 операций пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии под Горячим Ключом.**

## ДТП под Горячим Ключом

В настоящий момент в больницах продолжают оставаться 19 человек, из них 10 в Научно-исследовательском институте – Краевой клинической больнице № 1 им. С.В.Очаповского Министерства здравоохранения края. В ближайшее время в НИИ – ККБ № 1 будет переведено ещё 2 пациента, 7 человек продолжат лечение в ЦРБ.

Все пострадавшие в ДТП находятся под наблюдением краевых специалистов. Психолого-психиатрическая служба Минздрава края оказывает всю необходимую помощь пострадавшим и их родственникам.

Ольга ЛЫЖНИК.

Краснодар.

Подписка-2018

## Старт подписной кампании

**Уважаемые читатели!**

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

**Подписные индексы:**

**42797** – на год;

**32289** – на полугодие;

**50075** – на месяц.



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

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

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)

Утра



Редакция «Медицинской газеты» с прискорбием сообщает, что ушёл из жизни один из самых активных авторов нашего издания, добрый друг журналистов, известный учёный-клиницист, профессор Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук Михаил Гуревич.

За долгое время общения с Михаилом Александровичем мы узнали его как глубоко образованного, широко мыслящего специалиста в области кардиологии, терапии, по-настоящему преданного искусству врачевания.

Это было видно по его статьям, которые он регулярно предлагал в наш постоянный раздел «Конспект врача», в рубриках «В клиниках и лабораториях», «Врач и пациент» и др. Эти материалы всегда с интересом воспринимались нашими читателями.

Более шести десятилетий он проработал в системе здравоохранения Подмосковья, начиная с участкового доктора маленького города Шатура. Именно он продолжил дело пионеров специализации в таком неоднородном мире внутренних болезней.

Огромное внимание Михаил Александрович уделял воспитанию врачебных кадров, будучи профессором факультета усовершенствования врачей МОНИКИ. Во многих лечебных учреждениях не только Московской области, но и страны работают его ученики.

Михаил Александрович был доброжелательным и отзывчивым человеком, жизнелюбом и оптимистом.

Нет сомнения, что память о Михаиле Гуревиче навсегда останется в сердцах его коллег и последователей, друзей и близких.

Проекты

## Чтобы лекарства не создавали проблем

**Государственная Дума РФ рассмотрит законопроект, предложенный депутатом Алексеем Журавлёвым, который позволит Правительству РФ устанавливать допустимый уровень концентрации наркотических или психотропных веществ в организме водителей. Документ размещён в Системе обеспечения законодательной деятельности.**

конопроекта обращает внимание на обезболивающие препараты, содержащие в своём составе кодеин, который можно обнаружить в крови через 4 суток после приёма.

В категории риска оказываются водители, принимающие обезболивающие, сердечные, антигистаминные и иные препараты. «Лицо, не имеющее специальных познаний в области биохимии или фармакологии, не может определить период выведения запрещённых веществ из своего организма и, следовательно, рискует быть подвергнутому наказанию за управление транспортным средством в состоянии опьянения даже спустя несколько дней после приёма препарата», – считает депутат А.Журавлёв.

В пояснительной записке к законопроекту отмечается, что до 5% фактов выявления запрещённых веществ в организме водителей связано с употреблением лекарств. При этом большинство случаев обусловлено не сознательным нарушением закона, а длительным сроком выведения препаратов из организма.

К примеру, корвалол или валокордин содержат фенобарбитал, период выведения которого из организма человека может достигать 3 суток. Также автор за-

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Криминал

## Буйный пациент

**Одна из скандальных историй нападения на медицинских работников завершилась вынесением судебного приговора новгородцу Алексею Головину. Ему назначено наказание в виде 5 лет лишения свободы в колонии общего режима.**

административного протокола о нарушении правопорядка он высказывал нецензурные оскорбления в адрес полицейских и ударил одного из них.

Эта история вызвала общественный резонанс. В результате председатель Следственного комитета Российской Федерации поручил следственным органам СК РФ по Новгородской области провести полное и объективное расследование этого уголовного дела, ход которого находился на контроле в центральном аппарате Следственного комитета. Собранные следственными органами доказательства признаны судом достаточными для вынесения строгого приговора. При этом подсудимый мотивов нападения на медиков вспомнить не смог и прокомментировал видеозапись с камеры наблюдения словами: «Боже мой, как мог я это сделать?!»

«МГ» уже писала, что 23 февраля в Новгородскую областную больницу обратился за медицинской помощью пациент в состоянии алкогольного опьянения. На видео, попавшем позже в интернет, видно, как он наносит серьёзные телесные повреждения санитарке Ларисе Жвибуль, получившей переломы скуловой кости и верхней челюсти, и медсестре Ольге Матезиус, госпитализированной с сотрясением мозга. Позже буйный пациент напал и на сотрудников правоохранительных органов, приехавших на место происшествия для его задержания. Даже в отделе полиции при составлении

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

В августе этого года стартовал проект по созданию резерва управленческих кадров для московского здравоохранения. Проект «Лидермед» был разработан по инициативе столичного Департамента здравоохранения и утверждён правительством Москвы. Документ ориентирован на создание условий для постоянного повышения квалификации управленцев московского здравоохранения и раскрытие их организаторских и лидерских качеств. Помимо врачей, принять в нём участие и войти в кадровый резерв на замещение руководящих должностей могут медицинские сёстры с высшим образованием, а также юристы и экономисты, работающие в медицинских организациях. При этом география места работы для соискателей не ограничена только столицей: попробовать свои силы могут специалисты из других регионов России.

О ходе реализации первого этапа проекта обозреватель «МГ» Алексей ПАПЫРИН беседует с директором Центра развития здравоохранения Московского городского университета управления правительства Москвы Константином ЦАРАНОВЫМ.

– Константин Николаевич, давайте начнём с того, в каком качестве выступает ваш центр в этом проекте.

– Дело в том, что инициатива по формированию резерва управленческих кадров для столичного здравоохранения возникла не спонтанно. Определённая организационная работа в этом направлении проводилась достаточно давно, что позволило при создании проекта «Лидермед» максимально учесть все нюансы, позволяющие обеспечить объективность и прозрачность процедуры оценки кандидатов. За несколько месяцев до того, как проект был рассмотрен на президиуме правительства Москвы, в Департаменте здравоохранения была сформирована рабочая группа, в состав которой вошли и эксперты нашего университета.

В настоящее время университет является оператором проекта «Лидермед». То есть мы предоставляем независимых от Департамента здравоохранения квалифицированных экспертов из центра кадровой диагностики, которые и будут оценивать уровень управленческого потенциала участников проекта, и организуем собственно весь процесс рассмотрения кандидатов от анкетирования и тестирования до окончательной оценки.

Сразу уточню: мы не рассматриваем уровень владения профессиональными навыками или знаниями. Что вполне естественно – ведь наши эксперты не являются ни врачами, ни медицинскими сёстрами, ни, скажем, экономистами. Никто не будет оценивать, насколько хорошо хирург умеет оперировать, а педиатр – лечить детей. Для этого существуют другие программы (например, «Московский врач»).

## Наши интервью

# Здесь собираются перспективные управленцы и формируется элита российского здравоохранения

Наша задача заключается в том, чтобы выявить стабильные во времени формы управленческого поведения, компетенции, которые характерны для участников в большинстве рабочих ситуаций. Это делается с помощью различных упражнений, мозговых штурмов по управленческим вопросам, интервью, деловых игр и т.д. При этом конкретные задания и длительность проведения варьируются в зависимости от уровня кадрового резерва, на который претендует участник.

– Иными словами, подход в стиле «почитать что-то перед экзаменом» не подходит?

– Совершенно верно. В модель лидерских компетенций входят такие, как пациентоориентированность, системность мышления, лидерство и др.

Если человек теряется в стрессовой ситуации или, к примеру, в принципе не умеет выделять приоритеты в своей работе, организовать своё рабочее время, то научиться этому однозначно нельзя. Со временем и с жизненным опытом – можно, но никак не за ночь и не за неделю. При этом он может быть прекрасным специалистом (врачом, юристом и

т.д.) и пользоваться уважением в коллективе, однако по объективным показателям не подходит на роль руководителя...

– Как вы оцениваете активность участников проекта?

– Проект стартовал 22 августа и с каждым днём набирает обороты. Надо сказать, что поначалу, пока информация о нём ещё не распространилась, активность была не очень высокой. В первые дни регистрировались в среднем 15-20 человек в день. Однако затем темпы увеличились на порядок, и теперь количество ежедневных регистраций исчисляется уже сотнями.

претендовали на должность заместителя главного врача либо главной медицинской сестры, 29% – на должность главного врача, 26% – на должность заведующего структурным подразделением либо заведующего отделением.

Около 3% соискателей хотели бы работать в качестве начальника отдела и по 2% – директором либо заместителем директора медицинской организации. В последнем случае речь идёт о специалистах с юридическим, экономическим, управленческим опытом работы.

– Насколько широка география участников проекта?

Средний медицинский стаж работы – 17 лет. Владеть двумя и более иностранными языками 12,5% участников проекта.

Без лишнего пафоса можно сказать, что это будущая элита, которая реально может внести ощутимый вклад в развитие столичной медицины и вывести её на передовой уровень.

– Насколько, по-вашему, уникален этот проект именно для сферы здравоохранения?

– Проекты отбора в кадровый резерв с помощью различных технологичных оценки персонала для различных государственных организаций про-



К.Царанов

– По какому профессиональному признаку распределяются кандидаты и на какие позиции они претендуют?

– По понятным причинам наибольшую активность проявляют именно врачи: на должности, где требуется медицинское образование, претендуют 93% участников. Если говорить более детально, то на сегодня 38% участников

– Опять же по объективным причинам абсолютное большинство кандидатов живут и работают в столице. Однако есть несколько десятков заявок из регионов РФ и даже из-за границы (один из претендентов в настоящее время работает в Австрии). В целом территориальный охват достаточно широкий – Ставрополье, Орёл, Тольятти, Югра, Иваново, Московская область и т.д.

Если говорить о том, кто эти люди, то анализ показывает, что большинство участников – 43% – на данный момент работают врачами, 34% это заведующие отделением, 7,5% – заместители главного врача, 10,5% – медсёстры, старшие медсёстры.

– Можно ли как-то оценить мотивацию этих людей?

– Я очень надеюсь, что абсолютное большинство участников искренне хотят сделать как можно больше для того, чтобы повысить качество лечения и обслуживания населения, обладают высокой степенью пациентоориентированности. Больше половины участников уже имеют опыт руководства. Средний опыт руководящей работы 6 лет. Каждый пятый из подавших заявку на участие в проекте имеет степень доктора или кандидата

ходят с начала 2000-х годов. Однако «Лидермед» – самый масштабный из всех известных мне проектов в сфере здравоохранения в России.

– Как вы лично оцениваете перспективы этого замысла?

– «Лидермед» – это органичная часть деятельности Департамента здравоохранения Москвы по созданию в медицинских организациях пациентоориентированной корпоративной культуры. Для решения этой задачи необходимы руководители, обладающие компетенциями, по которым мы осуществляем отбор кандидатов в кадровый резерв. Участники кадрового резерва с первых дней будут вовлекаться в проектную деятельность Департамента здравоохранения.

Работа с кадровым резервом – это важнейший показатель управления эффективностью любого учреждения – коммерческого или государственного. То, что данные технологии приходят в государственные структуры, позволяет существенно повысить качество работы с кадровым потенциалом медицинских организаций столичного Департамента здравоохранения.

Москва.

## Деловые встречи

В Челябинске прошла международная научно-практическая конференция «Эндосонография панкреатобилиарной зоны», организованная коллективами Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины и Челябинской областной клинической больницы под эгидой Российской ассоциации специалистов эндосульрасонографии.

На конференцию приехали ведущие специалисты из Японии, сотрудники отделения гастроэнтерологии онкологического центра города Нагоя. Помимо южноуральцев в мастер-классе приняли участие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Оренбурга, Иркутска, Перми.

В Челябинском областном клиническом центре онкологии и ядерной медицины состоялся мастер-класс по освоению эндосульрасонографии, в основе которой лежат те же технологии, что и у всем известной «трубки» ФГС – фиброгастроскопа. Японские специалисты продемонстрировали возможности новинки на южноуральцах, которым было показано такое исследование.

Задача онкологов – найти даже мельчайшее новообразование и в самом недоступном как для человеческого глаза, так и для техники месте. Это так называемая панкреатобилиарная зона – там, где расположены печень, желудок, двенадцатиперстная кишка, пищевод и другие органы и системы желудочно-кишечного тракта.

# Сочетая ультразвук и эндоскопию

## Онкологи собрались на Южном Урале

– Эндосонография позволяет сочетать ультразвук и эндоскопию, – рассказывает заместитель главного врача центра профессор Алексей Привалов. – На рабочей части эндоскопа есть УЗ-датчик, который помогает в ряде случаев поставить диагноз даже более точный, чем это возможно сделать при компьютерной и магнитно-резонансной томографии, считающихся эталоном диагностики.

Вместе с тем УЗ-датчик позволяет сквозь стенку полого органа, например двенадцатиперстной кишки, увидеть опухоль и сделать её пункцию для того, чтобы минимально травматично и с большой достоверностью получить материал для исследования, установить диагноз и подобрать правильное противопухолевое лечение.

– Наиболее сложное – это обучение процессу выполнения манипуляции, – уверен профессор Казуо Хара, ведущий японский специалист. – Сама процедура несложная, когда ты знаешь, что делать. В Японии много возможностей как пройти обучение, так и само исследование эндосонографии, имеющие массу преимуществ для пациентов. В первых, это выявление опухолей

очень маленького размера – до 3-5 мм. Во-вторых, во время проведения процедуры можно взять биопсию, чтобы поставить окончательную точку в диагнозе пациента.

Провести конференцию на базе челябинского онкоцентра было решено потому, что дорогое современное оборудование, необходимое для эндосонографии, там уже активно используются.

Первые эндоскопические ультразвуковые аппараты появились на Южном Урале ещё в 2009 г. в областной больнице. Тогда специалисты главной клиники региона не только сами осваивали новые технологии, но и обучали своих коллег. Затем в рамках Федеральной программы «Онкология» парк аппаратов получил и онкоцентр. С тех пор подобные манипуляции активно используются в диагностике и лечении как онкологической, так и не онкологической патологии.

– С одной стороны, эндосонография – очень узкая и уточняющая технология, которая выполняется только в крупных клиниках, как правило, хирургического профиля, – отмечает исполняющая обязанности руководителя диагностичес-

кого центра областной больницы главный специалист по эндоскопии Минздрава Челябинской области Елена Олевская. – С другой, она необходима тем пациентам, которым нужно уточнить диагноз, насколько распространён процесс в брюшной полости, забрюшинном пространстве.

По её словам, преимущество эндосонографии также и в том, что пациента сразу можно прооперировать. Можно наложить анастомозы, то есть перекинуть своеобразный мостик между двумя органами и соединить их, тем самым обойти какое-то препятствие, ту же самую опухоль, например. При этом ничего не нарушается снаружи.

– Ещё одна уникальная возможность эндосонографии – обезболивание тех пациентов, у которых есть такая форма заболевания, – добавляет Елена Рафаиловна. – Препарат вводится непосредственно в нервные окончания под контролем эндосонографии изнутри.

Опыт двух ведущих клиник Челябинской области послужил причиной выбора Южного Урала в качестве площадки для проведения конференции.

«Конференция стала своеобразным признанием заслуг ведущих клиник региона, – отметила Е.Олевская. – Налажен диалог между японскими коллегами, специалистами онкодиспансера и областной больницы. Совместно выполнен ряд высокотехнологичных вмешательств у пациентов с патологией двенадцатиперстной кишки, печени и поджелудочной железы. Такое тесное взаимодействие, когда в одной операционной совместно работают японские и российские врачи, происходит впервые в Челябинской области».

Японцы всегда были и есть «законодателями моды» в оптических исследованиях внутренних органов на протяжении многих десятилетий. Весь мир работает на их оборудовании. И сегодня они показывают самые топовые возможности этой техники и делятся наработанными навыками с коллегами из России. Теперь челябинские онкологи смогут выйти на новый уровень мастерства.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Успехи правительств стран мира ограничены, поэтому нужны дополнительные меры для прогресса в борьбе с главной эпидемией XXI века – неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и их основными факторами риска, а также достижения глобальных показателей сокращения преждевременной смертности. Это констатирует новый доклад, выпущенный Всемирной организацией здравоохранения.

### Снова вредят табак и алкоголь

Правительства должны активизировать свои усилия по борьбе с НИЗ, чтобы достичь согласованных на глобальном уровне показателей в этой области, в частности, уберечь миллионы людей от преждевременной смерти, говорится в докладе ВОЗ.

В нём всё же отмечается, что странам удалось добиться небольшого прогресса в борьбе с этими патологиями – в первую очередь сердечно-сосудистыми, хроническими респираторными, онкологическими заболеваниями и диабетом, которые являются ведущей причиной смертности в мире и ежегодно уносят жизни 15 млн человек в возрасте от 30 до 70 лет.

Однако достигнутые успехи распределены неравномерно и являются недостаточными, как следует из доклада. Монитор ВОЗ по отслеживанию прогресса в области неинфекционных заболеваний регистрирует действия стран по установлению целевых показателей, выполнению стратегий сокращения основных общих и поддающихся изменению факторов риска НИЗ (табакокурение, нездоровый режим питания, недостаточный уровень физической активности и вредное употребление алкоголя) и наращиванию потенциала в области уменьшения распространённости и лечения этих заболеваний.

В своём предисловии к данному докладу Генеральный директор ВОЗ доктор Тедрос Адханом Гебрейесус особо отметил успехи в реагировании на НИЗ. Вместе с тем он призвал к дальнейшим действиям, подчеркнув, что «для устранения препятствий на пути борьбы с НИЗ требуются более смелые политические меры, в том числе мобилизация национальных и внешних ресурсов и меры по защите местных сообществ от вмешательства влиятельных экономических субъектов».

В мониторе ВОЗ приведены данные по 19 показателям во всех 194 государствах-членах ВОЗ. Эти показатели включают в себя установление целевых ориентиров уменьшения смертности от НИЗ и сроков их достижения; разработку общегосударственных стратегий борьбы с НИЗ. А также внедрение основных мер по уменьшению спроса на табак, по сокращению вредного употребления алкоголя и нездорового питания и стимули-

### Итоги и прогнозы

# ВОЗ: приблизить победу над главной эпидемией века

## Новый доклад о борьбе с неинфекционными заболеваниями



В.Скворцова на Европейском совещании ВОЗ

рованию физической активности; укрепление систем здравоохранения за счёт первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В докладе 2017 г. делаются, в частности, следующие выводы:

- в 93 странах установлены национальные целевые показатели борьбы с НИЗ, что является увеличением по сравнению с 59 странами в 2015 г.;

- в 94 странах внедрены оперативные многосекторальные стратегии борьбы с НИЗ по сравнению с 64 странами в 2015 г.;

- в 90 странах разработаны руководящие принципы по противодействию 4 основным группам НИЗ, в 2015 г. таких стран было только 50;

- в 100 странах проведены кампании по пропаганде физической активности;

- 6 стран не достигли ни одного из показателей прогресса по сравнению с 14 странами в 2015 г., 5 из этих 6 стран находятся в Африке;

- Коста-Рика и Иран возглавляют список из 10 стран с наилучшими результатами; и та, и другая страна достигли 15 из 19 показателей. За ними следуют Бразилия, Болгария, Турция и Соединённое Королевство (по 13 показателям); Финляндия, Норвегия, Саудовская Аравия и Таиланд (по 12 показателям).

- ни одна страна Африканского региона ВОЗ не достигла более чем 8 показателей прогресса.

Доктор Дуглас Беттчер, директор Департамента ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний, констатирует, что мир не продвигается должными темпами к выполнению задачи по сокращению преждевременной смертности от НИЗ на треть к 2030 г., которая предусмотрена целями в области устойчивого развития.

### Молодёжь в опасности

«Нам необходимо срочно ускорить прогресс в борьбе за победу над НИЗ, – заявляет доктор Беттчер. – Окно возможностей для спасения жизней закрывается. Мы своими глазами видим многочисленные подтверждения этому: в частности, рост числа людей, страдающих ожирением, избыточным весом и диабетом, особенно среди детей и подростков. Если мы не примем меры по защите людей от НИЗ, то сегодняшняя и завтрашняя молодёжь будут обречены нами на плохое здоровье и ограниченные экономические возможности».

Выводы, сделанные в Мониторе по отслеживанию прогресса, лягут в основу доклада ВОЗ, который будет представлен в конце этого года Генеральному секретарю Организации Объединённых Наций в преддверии третьего совещания высокого уровня ООН по НИЗ в 2018 г.

А пока в опубликованном докладе ВОЗ прослеживаются усилия стран по внедрению наиболее эффективных методов (так называемых наиболее выгодных покупок), а также других мер, которые в большинстве случаев позволяют предотвратить или задержать случаи преждевременной смерти от НИЗ и которые были одобрены Всемирной ассамблеей здравоохранения в этом году.

К числу таких эффективных по затратам и готовых к применению мер относятся: повышение налогов на табачную продукцию и продажа такой продукции в простой упаковке; снижение содержания натрия в пище; предоставление лекарственных терапий и консультативных услуг людям с диабетом и гипертонией; скрининг и вакцинация девочек и женщин для защиты от рака шейки матки.

### Наш приоритет

«Для Российской Федерации борьба с неинфекционными заболеваниями является одним из приоритетов как во внутренней политике, так и на глобальном уровне», – заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на недавнем Европейском совещании ВОЗ для национальных руководителей и менеджеров программ по НИЗ в Москве. Она напомнила, что сегодня сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания лёгких и диабет убивают 3 из 5 человек в мире.

«Бремя этих болезней сказывается не только на здоровье: из-за неинфекционных заболеваний многие семьи в мире оказываются в нищете. Это особенно трагично, учитывая, что 80% случаев смерти от неинфекционных заболеваний происходит в странах с низким и средним уровнем дохода», – подчеркнула глава Минздрава России. Она напомнила, что в 2011 г. в Москве под эгидой ВОЗ состоялась Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Итогом дискуссий стала Московская декларация, которая закрепила основные принципы борьбы с НИЗ и затем составила основу Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН, принятой мировыми лидерами в Нью-Йорке в сентябре 2011 г.

В соответствии с Политической декларацией, государствами-членами ООН совместно с ВОЗ была разработана архитектура профилактики неинфекционных заболеваний, которая включает 9 добровольных глобальных целей, 25 показателей глобальной рамочной программы, а также глобальный механизм координации.

«Эти цели амбициозны и предполагают снижение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на 25%, распространённости повышенного артериального давления – на 25%, прекращение увеличения числа случаев диабета и ожирения, 80%-й охват основными лекарственными средствами и технологиями, необходимыми для лечения неинфекционных заболеваний, 50%-й охват лекарственной терапией и консультированием, – подчеркнула В.Скворцова. – На 10% должна быть снижена распростра-

нённость вредного употребления алкоголя и недостаточной физической активности, сокращены табакокурение и повышенное употребление соли на 30%».

Глава Минздрава пояснила, что основой действий по борьбе с НИЗ в нашей стране является Государственная программа «Развитие здравоохранения». Аналогичные программы созданы и работают во всех 85 субъектах РФ. Реализуется также комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни, начиная с детей.

«Системная работа на данном направлении позволила за период с 2012 по 2016 г., по предварительным данным, существенно снизить общее потребление в литрах в этиловом эквиваленте на душу населения (все возрасты) на 13,5%, а число лиц, систематически занимающихся физкультурой и спортом, увеличить на 18%, также снижено табакокурение», – сообщила В.Скворцова. Согласно результатам Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, распространённости потребления табака среди взрослого населения снизилась с 39,4% в 2009 г. до 30,9% в 2016 г. Благодаря принятым мерам снизилось и пассивное курение с 35 до 21,9%.

Для дальнейшего позитивного развития министерством в тесном взаимодействии с профессиональным сообществом разработаны Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г., а также Концепция мер по борьбе против табака. Поэтапно выстроена система, направленная на своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях, поддающихся эффективному лечению, и купирование развития их тяжёлых форм. С 2013 г. в России восстановлены отсутствующие в течение предшествующих 20 лет массовые профилактические скрининги здоровья.

«Это пока не самые лучшие показатели, мы это понимаем, тем не менее мы видим положительную динамику и добьёмся, что после следующего шага показатели будут ещё лучше», – заявила В.Скворцова.

Иван САВРАНСКИЙ.

МИА Сити!

### Ориентиры

Государственная Дума РФ приняла в первом чтении законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам персонального учёта в сфере обязательного медицинского страхования».

Выступая с докладом, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко подчеркнула, что данный документ разработан в целях совершенствования персонального учёта в сфере ОМС.

«В целом законопроект направлен на исключение страхования граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, повышение качества планирования бюджета Феде-

# Совершенствуя учёт в ОМС

рального фонда ОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования», – сообщила глава ФОМС.

Говоря о новеллах законопроекта, Н.Стадченко отметила, что в документе предусматривается конкретизация категорий военнослужащих и приравненных к ним лиц в организации оказания медицинской помощи лицам, не подлежащим ОМС, а также механизмы приостановления и прекращения ОМС в их отношении. Кроме того, в проекте содержится регламентация информационного взаимодействия федеральных го-

сударственных органов и ФОМС при ведении персонального учёта сведений о застрахованных, включая регламентацию порядков и сроков предоставления сведений о застрахованных лицах и лицах, не подлежащих ОМС.

Также в документе прописано наделение территориальных фондов ОМС полномочием по проведению проверки достоверности сведений персонального учёта о застрахованных лицах в части их соответствия документам, удостоверяющим личность гражданина РФ. В законопроекте заложено и полномочие Правительства РФ по утверждению

порядка и методики определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, для целей формирования бюджета ФОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов ОМС, а также предусмотрено совершенствование механизма контроля за наличием у граждан права на ОМС.

«Законопроект не приводит к увеличению расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным в ОМС лицам, осуществляется в пределах субвенций, утверждаемых в бюджете ФОМС на очередной

финансовый год и на плановый период, – сказала Н.Стадченко. – Оказание медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицам обеспечивается в пределах утверждаемых объёмов бюджетных ассигнований федерального бюджета на очередной финансовый год и на плановый период».

Глава ФОМС обратила внимание парламентариев, что законопроект соответствует положениям договора о Евразийском экономическом союзе, а также положениям иных международных договоров Российской Федерации, и призвала поддержать документ.

Ксения САПОЖНИКОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Москва.

**Законопроекты по внедрению новой системы школьной медицины, работа над которыми не останавливалась и в парламентские каникулы, будут внесены на рассмотрение Госдумы РФ в уже открывшуюся осеннюю сессию, сообщили в Комитете палаты по охране здоровья. Подход к школьному здравоохранению надо изменить, усовершенствовать его законодательную базу, считают и эксперты Общероссийского народного фронта.**

### Выполняя поручение Президента

«Мы проводили встречи с людьми, посещали школы, обсуждали систему оценки здоровья, контроль качества питания и многое другое. Тогда и зародилась мысль создать новую систему школьной медицины, при которой доктор имел бы возможность профессионального роста и занимался бы делом. Предложение было поддержано партией «Единая Россия», её председателем Дмитрием Медведевым, а потом и Президентом РФ Владимиром Путиным», – заявил Дмитрий Морозов, председатель Комитета Госдумы по охране здоровья, разрабатывающего законодательные инициативы по внедрению новой системы школьной медицины.

Поручение Правительству проанализировать ситуацию в области охраны здоровья школьников и принять необходимые меры по его охране, включая оказание первичной медико-санитарной помощи, глава государства В. Путин дал в декабре 2016 г. «Надеюсь, что в течение года мы полностью обеспечим нормативно-правовую базу для внедрения новой системы школьной медицины», – сказал тогда Д. Морозов.

Руководитель профильного комитета Госдумы отметил, что пилотный проект такой медицины апробирован в 5 субъектах Федерации и обсуждался на парламентских слушаниях в нижней палате Федерального Собрания РФ. «Мы исходили из того, что дети практически живут в школах. Выработанные после слушаний рекомендации легли в основу нашей работы», – резюмировал Д. Морозов. Возглавляя думский комитет, он является и федеральным координатором партийного проекта «Единой России» «Здоровье – детям», реализация задач которого рассчитана на 2017–2022 гг. Важное звено в этом проекте отводится развитию школьной медицины. Активисты партии выступают, например, за то, чтобы в каждой школе работал специально подготовленный школьный врач, за создание доступной среды для детей-инвалидов, разработку на федеральном уровне стандарта оснащения школьного медицинского кабинета и т.д.

### Как здоровее?

Необходимость целенаправленного развития системы школьной медицины подтверждают и последние данные Роспотребнадзора, согласно которым количество абсолютно здоровых детей в нашей стране не превышает 10–12%, а хронические заболевания есть более чем у половины школьников 7–9 лет и 60% старшеклассников. Частота функциональных нарушений у школьников увеличилась за последние 10 лет в 1,5 раза, хронических болезней – в 2.

Как отметили в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, большая часть этих проблем связана с нерациональным питанием детей, избыточным потреблением соли, сахара, мучных продуктов, недостаточным потреблением овощей и фруктов. Ранее министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила, что Минздрав совместно с Минсельхозом активно работают над реализацией программы по продвижению здорового питания. Она

подчеркнула, что возглавляемое ею министерство строго отслеживает питание детей в школах и дошкольных образовательных учреждениях.

Данные Роспотребнадзора хорошо согласуются с результатами исследования, проведённого НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Национального научно-практического центра здоровья детей Минздрава России. Специалисты института в течение 11 лет вели наблюдения за здоровьем школьников из 4 учебных заведений Москвы – начиная с года, когда дети пришли в первый класс, и заканчивая 11-м классом. Всего в исследовании участвовало 426

торые в первую очередь должны заботиться о формировании здорового образа жизни своих детей, в том числе на собственном примере», – полагает Т. Кусайко. Она подчеркнула, что основа защиты детского организма от многих болезней – вакцинопрофилактика, поэтому отказ родителей от прививок также приводит к росту заболеваемости детей.

«Школьная медицина, организованная должным образом, гигиена детей – необходимые составляющие в сохранении здоровья несовершеннолетних, основные направления которых – диагностика здоровья обучающихся, оценка распространённости факторов

Так, кстати, считают и в Минздраве России. Но факт остаётся, фактом: до 40% выпускников школ, как отмечалось на парламентских слушаниях в Госдуме, не способны выполнить минимальные нормативы физической подготовки. Значит, нужны единая система мониторинга учащихся для контроля за их здоровьем и новый подход к организации школьного здравоохранения.

### Рано снимать с контроля...

А всё новое, как известно, – это хорошо забытое старое. Значит, надо вернуть в школы медицин-

детского хирурга не хотел бы купировать такой приступ, не имея медикаментов. А ведь учитель не имеет права давать детям лекарства!»

Но у Минздрава свои соображения. Диагнозы школьников в электронных медицинских картах не должны быть доступны учителям или медработникам школы, сказала журналистам В. Скворцова. «Когда мы говорим о том, что школьные учителя должны быть о чём-то информированы, они должны быть информированы о группе здоровья, так бы я сказала. И о тех рисках, которые сопровождают ребёнка: возможности, как он переносит нагрузки

### Проблемы и решения

# Школьная медицина на пороге перемен

Вернутся ли в образовательные учреждения врачи и медицинские сёстры?

детей, каждого из которых раз в год обследовали несколько врачей.

Главный вывод специалистов: за время обучения в школе здоровье детей существенно ухудшается. Так, обследование первоклассников показало, что абсолютно здоровыми могут считаться 4,3% из них – эти дети попали в I группу здоровья. Ко II группе – «практически здоровых» – были причислены 44,4% первоклашек. К 11-му классу в I группе здоровья не осталось ни одного человека, численность учащихся со II группой сократилась на четверть – до 34%. Остальные дети попали в III и IV группы здоровья, то есть в категорию лиц, имеющих отклонения здоровья или страдающих хроническими заболеваниями.

### Необходимая составляющая

Проблема ухудшения состояния здоровья детей в России действительно существует и тревожит общество, считает член Комитета Совета Федерации по социальной политике Татьяна Кусайко. До парламента, в 2011–2016 гг., она работала главным врачом детской поликлиники № 1 Мурманска.

«Это вызывает беспокойство у государства, у педиатрического сообщества в том числе. К снижению числа здоровых детей приводит совокупность различных факторов, таких как ухудшение экологической обстановки, генетические нарушения, физические, психоэмоциональные и психосоматические нагрузки», – сказала член Центрального штаба ОНФ. По мнению Т. Кусайко, главным в недопущении ухудшения состояния здоровья детей является профилактика. «Например, существующая гиподинамичность современных детей, неправильное питание ведут к ожирению, сахарному диабету, болезням сердца. На этом фоне невозможно переоценить важность формирования здорового образа жизни. В рамках его популяризации и профилактики заболеваний проводится много мероприятий при поддержке государства, общественных объединений, волонтеров», – отметила она. Сенатор добавила, что работы в этом направлении ещё очень много.

«Новые федеральные проекты и программы по защите и охране детства, формированию здорового образа жизни как раз показывают, что работа ведётся. Но ещё необходимо отметить и ответственность родителей, ко-



Кто позаботится о здоровье учащихся?

риска и санитарно-эпидемиологического благополучия, медицинский анализ готовности к новому учебному году, оздоровление детей в период отдыха», – отметила представитель Центрального штаба ОНФ. – Одним из важнейших факторов является состояние первичной медико-санитарной помощи. Дефицит кадров в этой сфере оказывает решающее значение в её снижении. Внесённые в этом году изменения в порядок проведения диспансеризации, возможно, в скором времени дадут положительные результаты. Ведь для полного выздоровления или предотвращения болезни важна вовремя выявленная патология. В условиях, когда в школах медперсонал зачастую представлен работающими на полставки, врачами-совместителями, а медсёстры приходят по расписанию, не находясь там постоянно, профилактическая работа и ранняя диагностика крайне затруднительны. Надо законодательно закрепить основы межведомственного взаимодействия образовательных и медицинских организаций, а также полномочия систем образования и здравоохранения при организации охраны здоровья детей и подростков».

Казалось бы, порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения в школе, а также рекомендуемые штатные нормативы медработников, которые окончательно должны определять региональные власти, уже прописаны в российском законодательстве. На то есть и закон об охране здоровья граждан, и закон об образовании, и соответствующие нормативные акты.

ские кабинеты, врачей и медсестёр, которые начали исчезать из них после того, как были приняты закон об охране здоровья граждан и новый закон об образовании.

«Тогда мы фактически доверили организацию оказания медпомощи только системе здравоохранения. После этого школы были вынуждены убрать медиков из своего штатного расписания, а чтобы медкабинеты у них всё же остались – передать для этого в систему здравоохранения полностью оборудованные помещения, либо получить лицензию на осуществление медицинской деятельности», – рассказывает заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по образованию и науке Любовь Духанина. – При этом Министерство здравоохранения РФ утвердило такой перечень оборудования, который должен быть в этих кабинетах, что во многих регионах просто не хватало средств, чтобы его закупить, – прежде школьные врачи и медсёстры обходились гораздо меньшим количеством инструментов».

В результате, по словам Д. Морозова, во многих школах заботиться о здоровье учеников сейчас, по сути, приходится учителям. «А как они могут с этой задачей справиться, если врачам мы готовим 6 лет? – задаётся вопросом депутат. – Почему мы вдруг взяли и, по сути, возложили на учителей всю ответственность за здоровье детей, не говоря уже об обязанности оказывать первую помощь? Что он может сделать, если у одного из 30 школьников на его уроке начались судороги? Или приступ астмы? Да в этом случае даже я со своей специальностью

физические, стрессовые и другие вопросы. Но при этом диагнозы не раскрываются», – цитирует её ТАСС. В. Скворцова отметила, что в рамках совместной работы с Министерством образования к сети будут подключены «те амбулаторные медицинские организации, где наблюдаются дети, и в том числе подключаем представителей школьной медицины, если они самостоятельно лицензированы, а не работают по договору с рядом находящейся поликлиникой».

А заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева провела, как уже сообщала «МГ», совещание по вопросу реализации проекта «Школьная медицина» в российских регионах. В его рамках будет организовано специальное обучение для школьных медработников, которым предстоит выполнять свою работу с упором на профилактику болезней учащихся, уделять больше внимания контролю, соблюдению санитарных норм, отслеживать уровень физической и учебной нагрузки. Результатом такой деятельности должно стать снижение числа школьников, страдающих близорукостью, нарушениями осанки и ожирением.

Минздрав и Минобрнауки России уже работают над созданием единой базы данных для профилактики заболеваемости у детей школьного возраста.

Отказавшись закреплять постоянное присутствие в школах медработников, Минздрав откликнулся пока лишь на предложение ОНФ разработать перечни посиндромной укладки медикаментов и перевязочных материалов для оказания детям неотложной медпомощи. Со следующего года, правда, в ряде медвузов начнётся подготовка специалистов по новой специальности «бакалавр-школьная медицина».

Такая вот ситуация. А ведь возврат медкабинетов в школы был предусмотрен ещё 4 года назад «Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012–2017 гг.», утверждённой Президентом РФ.

Так что поручение главы государства о разработке мер по охране здоровья школьников выполнено не в полной мере, и снимать его с контроля преждевременно, считают в Народном фронте. А пока школьная медицина – в ожидании перемен...

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 71 (2101)

Код по МКБ-10

Нозологические формы  
S00.0 Поверхностная травма волосистой части головы  
S00.7 Множественные поверхностные травмы головы  
S00.8 Поверхностная травма других частей головы  
S00.9 Поверхностная травма головы неуточнённой локализации  
S01.0 Открытая рана волосистой части головы  
S01.7 Множественные открытые раны головы  
S01.8 Открытая рана других областей головы  
S01.9 Открытая рана головы неуточнённой локализации  
S02.0 Перелом свода черепа  
S02.1 Перелом основания черепа  
S02.7 Множественные переломы черепа и лицевых костей  
S02.8 Переломы других лицевых костей и костей черепа  
S02.9 Перелом неуточнённой кости черепа и лицевой кости  
S06 Внутричерепная травма  
S09.7 Множественные травмы головы  
S09.8 Другие уточнённые травмы головы  
S09.9 Травма головы неуточнённая

## Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

В оказании скорой медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия приоритетное значение имеют мероприятия, направленные на восстановление и поддержание жизненно важных функций: дыхания (восстановление проходимости дыхательных путей, устранение гиповентиляционных нарушений – гипоксемии, гиперкапнии) и кровообращения (устранение гиповолемии, гипотонии).

Внимание! Почти каждый десятый пациент с тяжёлой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) одновременно имеет и повреждение шейного отдела позвоночника. Пока повреждение позвоночника не будет исключено (в стационаре), пациент должен вестись как больной, имеющий травму позвоночника – шейный воротник наложить обязательно.

### Обеспечение проходимости дыхательных путей

У пострадавшего с нарушениями сознания по шкале ком Глазго 8 баллов и менее (кома) должна быть произведена интубация трахеи с целью обеспечения нормальной оксигенации и ликвидации гиперкапнии. Целесообразным является выполнение этого медицинского вмешательства врачами скорой медицинской помощи, а также анестезиологами-реаниматологами специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации. Интубацию необходимо выполнять без разгибания шейного отдела позвоночника: назотрахеальным способом или оротрахеальным с сохранением оси позвоночника. Если состояние больного агональное или пациент находится в атонической коме, интубация трахеи производится без всяких медикаментозных средств. Фельдшерские и врачебные общепрофильные выездные бригады скорой медицинской помощи должны иметь возможность пользоваться альтернативными методиками указанного медицинского вмешательства: применение двухпросветной ларингеальной трубки или комбитьюба. При тяжёлой ЧМТ общепрофильным выездным бригадам скорой медицинской помощи целесообразно вызывать себе в помощь специализированную выездную бригаду скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

При угнетении сознания до сопора и комы проводят вспомогательную или контролирующую искусственную вентиляцию лёгких кислородо-воздушной смесью с содержанием кислорода не менее 40-50%. Как правило, все больные с тяжёлой ЧМТ должны быть релаксированы, так как неконтролируемые подъёмы внутригрудного давления (в сочетании с подъёмами ЦВД и ВЧД) должны быть предупреждены. Основными задачами ИВЛ при тяжёлой ЧМТ является поддержание нормокапнии (рСО<sub>2</sub> арт. – 36-40 мм рт.ст.) и достаточной церебральной оксигенации. Пульсоксиметрия обязательна.

### Седатация (анальгезия)

Адекватная седативная терапия позволяет уменьшить метаболические потребности мозга, снизить вероятность возникновения и прогрессирования внутричерепной гипертензии (ВЧГ), облегчить синхронизацию больного с аппаратом ИВЛ. Кроме этого, большинство препаратов, используемых для седативной терапии, обладают отчётливым противосудорожным действием.

Внимание! Практически все препараты, применяемые для проведения седативной терапии, могут снижать АД, особенно у

# Оказание скорой медицинской помощи при травмах головы

## Клинические рекомендации (протоколы)

больных с гиповолемией. Опиаты и бензодиазепины необходимо титровать. При глубокой коме и хорошей синхронизации больного с аппаратом ИВЛ седативные препараты могут совсем не вводиться или использоваться в минимальных дозировках. У больных с ВЧГ требуется более глубокая седатация, позволяющая избежать эпизодов десинхронизации пациентов при проведении ИВЛ, двигательной активности и возникновения судорог. Для достижения оптимальной седатации требуется индивидуальный подбор доз состава назначаемых препаратов. Для седатации у больных с тяжёлой ЧМТ наиболее часто используются наркотические анальгетики (морфин, фентанил) в сочетании с бензодиазепинами, пропифоллом, барбитуратами.

Если у больного с тяжёлой ЧМТ имеется сильное психомоторное возбуждение, признаки ВЧГ, судорожный синдром, специализированные выездные бригады анестезиологии-реанимации могут использовать тиопентал натрия (только 1%-ный раствор) или пропифолл. Тиопентал натрия вызывает снижение периферического сосудистого сопротивления с последующей гипотензией, которую следует ожидать. Пропифолл также может использоваться для седатации, но с осторожностью, так как вызывает снижение сердечного выброса и с особой осторожностью при сердечной недостаточности. Используется с осторожностью из-за риска падения АД (аналогично тиопенталу). При значительном снижении АД необходимо применить осторожное лечение норадреналином.

При проведении ИВЛ следует предупреждать эпизоды несинхронности пациента с респиратором, вызывающие резкое повышение внутричерепного давления, введением короткодействующих миорелаксантов и седативных средств (насыщение кислородом гемоглобина в оттекающей от мозга крови не менее 60%).

### Восстановление системной гемодинамики

Снижение системного АД не характерно для больных с изолированной ЧМТ, так как организм пытается поддерживать перфузию поражённого мозга повышением АД. Низкое АД говорит о наличии у больного гиповолемии. В любом случае гипотензия негативно влияет на исходы лечения. И она должна быть быстро устранена. АД необходимо поддерживать несколько выше 90 мм рт.ст. путём проведения инфузионной терапии (изотонический раствор натрия хлорида, коллоиды). Раствор 5%-ной глюкозы в терапии пациентов с ЧМТ не используют. В том случае, когда АД не удаётся поддержать, используйте введение вазопрессора – норадреналина, ампулы по 4 мл (2 мг/мл) для инфузии необходимо развести 2 мг в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводить медленно внутривенно капельно со скоростью 0,02-0,3 мкг/кг/мин., под контролем АД. Допамин может увеличивать степень отёка мозга, поэтому его, по возможности, не следует применять для этих целей. Если у пациента АД повышено (> 160 мм рт.ст.), в

проведении гипотензивной терапии обычно нет необходимости – повышенное АД нормализуется после начала проведения седативной терапии.

### Лечение внутричерепной гипертензии

Общие компоненты интенсивной терапии, направленные на предупреждение и купирование внутричерепной гипертензии и применимые на догоспитальном этапе, включают в себя: положение с приподнятым головным концом на 15-30 градусов у пациентов со стабильным кровообращением, при гипотензии рекомендовано горизонтальное положение; устранение двигательного возбуждения, судорог с помощью седативных препаратов и/или миорелаксантов; поддержание адекватной оксигенации; устранение гиперкапнии.

### Показания для доставки в стационар

Обязательной доставке в стационар подлежат все пациенты, у которых повреждение головы сочетается с прогрессирующим ухудшением неврологического статуса, а

физиологических параметров и устранения патологических реакций являются актуальными, поскольку адекватная оценка неврологического статуса и осуществление первоочередных диагностических мероприятий без этого невозможны. В то же время артериальная гипотония, гипоксия, гиперкапния и т.д. относятся к вторичным повреждающим факторам, усугубляющим первичное, травматическое повреждение головного мозга.

### Неврологический осмотр

Неврологический осмотр – основная диагностическая методика для оценки состояния пациента и принятия решения о выполнении КТ, МРТ, ангиографии, ЭЭГ и других диагностических действий.

### Цель проведения неврологического осмотра

- Формулировка топического диагноза пациента
- Оценка динамики очаговой и общей мозговой симптоматики

также пострадавшие со стойким нарушением сознания, общемозговой неврологической симптоматикой или локальным неврологическим дефицитом, судорогами, проникающим ранением, открытым или вдавленным переломом черепа.

### Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Служба нейротравматологической помощи пострадавшим с ЧМТ в многопрофильном стационаре должна включать приёмное отделение, нейрохирургическое, неврологическое, травматологическое отделения, дежурного врача скорой медицинской помощи СтОСМП, дежурного невролога, хирурга, травматолога-ортопеда, дежурного нейрохирурга, постоянно готовую к работе операционную, укомплектованную оборудованием и персоналом, отделение реанимации и лабораторную службу и всё оборудование, необходимое для лечения пострадавших с нейротравмой. В любой момент должно быть обеспечено проведение компьютерного томографического исследования.

По тяжести ЧМТ делят на 3 степени: лёгкую, средней тяжести и тяжёлую. При соотношении этой рубрикации со шкалой комы Глазго лёгкая ЧМТ оценивается в 13-15 баллов, среднетяжёлая – в 8-12, тяжёлая ЧМТ – в 3-7 баллов. К лёгкой ЧМТ относят сотрясение и ушиб мозга лёгкой степени, к среднетяжёлой – ушиб мозга средней степени, подострое и хроническое сдавление мозга, к тяжёлой ЧМТ ушиб мозга тяжёлой степени, диффузное аксональное повреждение и острое сдавление мозга.

Выделяют следующие клинические формы ЧМТ:

1. Сотрясение мозга.
2. Ушиб мозга лёгкой степени.
3. Ушиб мозга средней степени.
4. Ушиб мозга тяжёлой степени.
5. Диффузное аксональное повреждение.
6. Сдавление мозга.
7. Сдавление головы.

При изолированной ЧМТ имеются морфологические, клинические особенности у детей, лиц пожилого возраста. Также отягощает травматическую болезнь головного мозга наличие сочетанной травмы или комбинированного поражения.

Лечебно-диагностические мероприятия при поступлении пострадавшего в стационар условно подразделяются на первоочередные и плановые.

Первоочередные проводятся с момента поступления в приёмное отделение и направлены на максимально полное и быстрое восстановление основных жизненно важных функций. Это прежде всего нормализация артериального давления и объёма циркулирующей крови, функции внешнего дыхания и газообмена. Важное значение имеют также устранение психомоторного возбуждения, судорожных проявлений, устранение и предупреждение ноцицептивных и болевых реакций. Темп и полноценность восстановления вышеуказанных

- Выбор инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, ЭЭГ, ангиография и т.д.).

### Частота осмотра в зависимости от тяжести состояния пациента

- Каждые 1-2 часа у пациентов с повреждениями мозга различного генеза в острой фазе заболевания
- 1-2 раза в сутки при стабилизации состояния больного.

### План клинического неврологического осмотра

Оценка положения больного в постели. Реакция на обращённую речь. Реакция на болевые раздражения. Проявления полушарной симптоматики. Проявления дизэнцефального синдрома. Оценка сегментарной стволовой симптоматики (подробно по всем уровням ствола). Наличие дислокационной и менингеальной симптоматики.

Заключение по осмотру с указанием топического диагноза, основных синдромов и динамики по сравнению с предыдущим осмотром.

### Оценка положения больного в постели (в форме описания)

- активное;
- пассивное;
- вынужденное;
- патологические позы.

### Менингеальная симптоматика

Ригидность затылочных мышц. Наличие симптомов Кернига. Реакция на обращённую речь. Нет реакции. Отдельные звуки. Невнятная речь. Односложные ответы. Чёткая артикуляция. Общается, но нарушена ориентация (пространство, время, личная ситуация). Полностью ориентирован.

### Реакция на боль (наиболее важна у больного в коме)

Дифференцированная. Недифференцированная. По типу позно-тонических реакций. Сгибательная – уровень повреждения выше среднего мозга. Разгибательная – уровень повреждения: средний мозг и ниже среднего мозга.

### Проявления полушарной симптоматики

Парез взора в сторону (взор направлен к очагу). Гемипарез на противоположной стороне. Судорожный синдром.

### Проявления дизэнцефального синдрома

Вегетативно-висцеральные нарушения. Нарушение моторики ЖКТ. Парез кишечника. Тахикардия. Гипергидроз. Гипо-/гипертермия. Водно-электролитные. Нарушения (например, несхарный диабет). Гормональные изменения.

(Окончание на стр. 8-9.)





4-6 мл/кг в/в в течение 5 минут. Следует отметить, что у пострадавших с проникающими ранениями это может привести к усилению внутреннего кровотечения.

Необходимо контролировать осмолярность и концентрацию натрия в плазме крови. Низкие значения осмолярности (< 280 мосм/л) и натрия (< 135 ммоль/л) нужно корректировать в сторону повышения. Гипоосмолярные растворы (например, 5%-ный раствор глюкозы и 20%-ный раствор альбумина) в терапии пациентов с ЧМТ не используют. При недостаточной эффективности инфузионной терапии для повышения ЦПД следует применять симпатомиметики (допамин, адреналин, норадреналин, мезатон). Средние дозы допамина, при которых удаётся получить необходимый гипертензивный эффект, составляют  $12 \pm 2,5$  мкг/кг/мин, адреналина –  $0,15 \pm 0,05$  мкг/кг/мин, норадреналина –  $0,3 \pm 0,1$  мкг/кг/мин. Мезатон (фенилэфрин), как правило, следует применять вместе с допамином в дозах 0,2-0,5 мкг/кг/мин. Все симпатомиметики могут индуцировать полиурию (при условии купирования гиповолемии). Темп диуреза может увеличиваться в 2-5 раз и достигать 200-400 мл/ч, что требует соответствующего увеличения скорости инфузионной терапии (количество вводимых кристаллоидных растворов у отдельных пациентов может достигать 12-15 мл/кг/сут).

Появление симптомов тенториального вклинения и нарастания неврологического дефицита, не связанных с экстракраниальной патологией, должно быть рассмотрено как повышение внутричерепного давления, требующее соответствующей коррекции. Пострадавший должен быть переведён на ИВЛ в режиме гипервентиляции. Желательно применение маннитола с адекватным возмещением дефицита ОЦК. Для создания оптимальных условий транспортировки пострадавшего, особенно при развитии психомоторного возбуждения или судорог, целесообразно использовать седативные препараты. В случаях, когда седация недостаточная, возможно применение миорелаксантов короткого действия.

**Показания к мониторингу внутричерепного давления**

Мониторинг внутричерепного давления показан у больных с тяжёлой ЧМТ (3-8 баллов по Шкале комы Глазго) и патологией на КТ (гематома, очаг ушиба, отёк, компрессия базальных цистерн). Мониторинг целесообразен у больных с тяжёлой ЧМТ и КТ – нормой при наличии хотя бы двух из следующих признаков: возраст старше 40 лет, наличие одно- или двусторонней децебрации, систолическое АД < 90 мм Hg.

(Окончание. Начало в № 73 от 27.09.2017.)

**Медикаментозное лечение**

Нормализация работоспособности цилиарной мышцы при ПИНА и спазме аккомодации проводят совместно с оптической коррекцией и функциональным лечением

**Склероукрепляющее лечение**

Склероукрепляющие вмешательства – патогенетически обоснованный и наиболее эффективный метод лечения прогрессирующей близорукости и профилактики её осложнений. При проведении склероукрепляющих вмешательств на поверхность склеры (под тенонову оболочку) помещают трансплантационные материалы, постепенно замещающие либо прорастающие новообразованной соединительной тканью. В результате формируется единый комплекс «склера-трансплантат», повышающий биомеханическую устойчивость оболочек глаза и обеспечивающий стабилизирующий эффект.

Используют различные модификации склероукрепляющих операций с применением донорских или синтетических материалов. В течение 1-2 лет после операции наблюдается стабилизация рефракции в 87-96% оперированных глаз и в течение одного года в 80% парных глаз.

**«Малая» склеропластика (малоинвазивные склероукрепляющие вмешательства)**

Малоинвазивные склероукрепляющие вмешательства отличаются простой техникой исполнения и минимальным объёмом. Их проводят в двух вариантах.

1. Через микроразрез конъюнктивы и теноновой капсулы посредством канюли в теноново пространство на поверхность склеры вводят жидкие субстанции: взвесь измельчённых биологических тканей, суспензии на основе различных биологических компонентов, полимерные композиции.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

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	Мнения экспертов

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

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, оценённых как 1+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2++, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих 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+

Мониторинг ВЧД, как правило, не показан у больных с ЧМТ лёгкой и средней степени тяжести. В настоящее время измерение вентрикулярного давления является наиболее точным, дешёвым и надёжным способом мониторинга ВЧД. Данная методика позволяет также дренировать ликвор в лечебных целях.

**Роль противосудорожной профилактической терапии**

Различают раннюю (первые 7 суток) и позднюю (свыше 1 недели) посттравматическую эпилепсию. В остром периоде ЧМТ рекомендуется назначать противосудорожные препараты (фенитоин и карбамазепин) у пострадавших с высоким риском

развития ранних судорожных припадков. К факторам риска относятся: наличие корковых контузионных очагов, вдавленных переломов черепа, внутримозговых гематом, проникающая ЧМТ, развитие судорожного припадка в первые 24 часа после травмы. Вместе с тем доказано (А, 1++), что профилактическое использование фенитоина, карбамазепина, фенобарбитала или вальпроатов неэффективно для предупреждения поздней посттравматической эпилепсии. Принципиальные положения:

- Миорелаксанты не относят к противосудорожным препаратам. Они купируют только мышечный компонент судорог и применяются временно при необходимости синхронизации большого с аппаратом ИВЛ

- Судороги должны быть обязательно купированы и чем раньше, тем лучше. Поэтому при неэффективности монотерапии необходимо использовать комбинацию антиконвульсантов

- Купирование судорог нужно начинать с препаратов для внутривенного введения. При отсутствии внутривенной формы препарата необходимо вводить его через желудочный зонд.

**Исследование цереброспинальной жидкости**

При подозрении на развивающиеся интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения, необходимо проводить динамическое исследование состава цереброспинальной жидкости. Поясничную пункцию проводят при отсутствии дислокационной симптоматики, сохранённой проходимости ликворопроводящих путей во избежание развития и нарастания процессов вклинения и дислокации головного мозга.

**Роль глюкокортикоидов в лечении тяжёлой ЧМТ (А, 1+)**

Использование глюкокортикоидов не рекомендуется для снижения ВЧД, поскольку они не улучшают исходы у больных с тяжёлой ЧМТ.

**Приложение**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

**Юрий МИХАЙЛОВ,**  
доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии поврежденных.

**Денис ГОРАНЧУК,**  
заведующий нейрохирургическим отделением.

**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова.**

# Диагностика и лечение близорукости у детей

## Федеральные клинические рекомендации

Действие	Препараты	Способ применения и дозы
М-холинолитики короткого действия – воздействие на цилиарную мышцу	Циклопентолат 1%-ный, Тропикамид 0,5-1%-ный	По 1-2 капле 1 раз в день на ночь, 2-4 недели, курсами 4 раза в год
α-адреномиметики – стимуляция радиальных волокон Иванова цилиарной мышцы	Фенилэфрин (ирифрин 2,5%-ный)	По 1-2 капле 1 раз в день на ночь, 2-4 недели, курсами 4 раза в год
<b>Трофическая терапия при осложнённой миопии</b>		
Метаболики Стимуляция обменных процессов, нормализация функций клеточных мембран	Эмоксипин 1%-ный	По 1-2 капле 3 раза в день, 2-4 недели, курсами 4 раза в год
Сосудорасширяющие препараты	Никотиновая кислота	Внутрь по 5 мг в день, курсами 3-4 недели
Активаторы синтеза коллагена	Актовегин	2 мл, 1 раз в день, в/м 10 дней
Лекарственные средства, витаминно-минеральные комплексы, содержащие:	антоцианы, лютеин и зеаксантин, гинкго билоба, витамины, микроэлементы: селен, цинк, железо, медь, кальций, витамины А, Е, D <sub>3</sub> , В <sub>1</sub> , В <sub>2</sub> , В <sub>6</sub> , В <sub>12</sub> (Стрикс, Витрум Вижн Форте)	По 1 таблетке 2 раза в день, 2-3 месяца, 2 раза в год
Ноотропы	Пикамилон	Внутрь по 2 мг, 2-3 раза в день, 1-2 месяца
Ретинопротекторы	Ретиналамин	5 мг парабульбарно или в/м, 1 раз в день, 10 дней, повторный курс через 3-6 месяцев

## Поэтапная схема склероукрепляющего лечения

I этап	«Малая» склеропластика на глазу с более сильной рефракцией, через 6-12 месяцев – «малая» склеропластика на парном глазу
II этап, через 1 год после I этапа	«Большая» склеропластика на глазу с более сильной рефракцией, через 12-18 месяцев – «большая» склеропластика на парном глазу

– возраст старше 10 лет;  
– величина переднезадней оси свыше 25,5 мм.

### Повторные вмешательства

Тактика и система склероукрепляющего лечения прогрессирующей близорукости у наиболее тяжёлого контингента больных предусматривает поэтапное повторное

плекса «мембрана Бруха – хориокапиллярис – пигментный эпителий» используют малотравматичную технологию склеро-реконструктивного лечения высокой осложнённой миопии, предусматривающую создание локального вдавления склеры заднего полюса с помощью пломбы из биологически активного полиэфирного полотна с полимерным покрытием, депонирующим препарат хитозан.

Для проведения операции используют аллосклеральный трансплантат, сформированный в виде полосы длиной 70 мм и шириной 10 мм (по Снайдер – Томпсону). Для локального вдавления оболочек глаза в области заднего полюса используют пломбу размером 10 x 15-20 мм, выкроенную из синтетического или донорского материала, которую фиксируют к средней части трансплантата.

После операции в отдалённом периоде наблюдения сохраняется стойкое уплощение стафиломы, восстановления формы глаза, улучшение трофики его оболочек, уменьшение степени миопии и стабилизация рефракции, укорочение и стабилизация длины ПЗО, увеличение акустической плотности склеры, повышение остроты зрения, стабилизация состояния глазного дна и зрительных функций.

## Профилактика возникновения, прогрессирования и осложнённого течения миопии

*Профилактика возникновения миопии*  
– выявление групп риска по возникновению близорукости;

– соблюдение режима зрительной нагрузки;

– плюсовые очки для постоянного ношения в группах риска (бинокулярный миопический дефокус);

– домашние упражнения для тренировки аккомодации;

– занятия физкультурой и спортом (бадминтон, плавание, теннис);

– антиоксиданты, антоцианы, активаторы синтеза коллагена, микроэлементы, витамины.

*Профилактика прогрессирования и осложнённого течения миопии*

Оптическая коррекция с поддержкой аккомодации: бифокальные и прогрессивные очки и контактные линзы, альтернирующая анизокоррекция (монолатеральный альтернирующий слабомиопический дефокус).

### Воздействие на аккомодацию:

– медикаментозное: симпатомиметики; средства, улучшающие тканевый обмен;

– функциональное лечение: домашние тренировки, аппаратное лечение.

Укрепление склеры: малая и большая склеропластика.

**Профилактика ретинальных осложнений:**

– антиоксиданты, антоцианы микроэлементы, витамины, ангиотропные препараты;

– при наличии показаний – лазеркоагуляция.

### Диспансерное наблюдение

При прогрессирующей близорукости наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

При стабильной близорукости наблюдение 1 раз в год.

**Алгоритм коррекции и лечения детей с близорукостью**

Оптическая коррекция при снижении бинокулярной остроты зрения до 0,7 и ниже, при низких значениях аккомодации более слабая коррекция для близи.

Домашние тренировки аккомодации – 4 раза в год.

Функциональное (аппаратное) лечение (тренировки по Аветисову – Мац, по А.Дашевскому, по В.Волкову, лазер-стимуляция цилиарной мышцы и др.) 2-3 раза в год.

### Медикаментозное лечение:

– симпатомиметики (ирифрин 2,5%-ный) эпibuльбарно 3-4 недели, 3-4 курса в год;

– ретинопротекторы, витамины, сосудорасширяющие препараты внутрь (1-2 месяца) или с помощью электро – или магнитофореза (10 дней), 1-2 курса в год.

Физиотерапия, рефлексотерапия, массаж, санаторно-курортное лечение.

Склероукрепляющие операции – по показаниям.

Под редакцией главного офтальмолога

Минздрава России,  
члена-корреспондента РАН

Владимира НЕРОЕВА.

## Алгоритм обследования детей с близорукостью\*

Основные методы	Дополнительные методы
<b>Опрос</b>	
Жалобы Анамнез заболевания Анамнез жизни Наследственность Аллергологический анамнез Общие заболевания	
<b>Визуальный осмотр</b>	
Визуальная оценка осанки, телосложения, роста	Исследование гипермобильности суставов Определение индекса Кердо Определение гипермобильности суставов Консультация ортопеда-вертебролога
<b>Исследование остроты зрения</b>	
Исследование остроты зрения по таблицам с коррекцией и без коррекции	Исследование остроты зрения на нистагм-аппарате
<b>Исследование рефракции</b>	
Исследование рефракции в естественных условиях и при циклоплегии: – скиаскопия и/или авторефрактометрия – субъективное исследование	Исследование рефракции на авторефрактометре «Plus-Optix» или «Retinomax» у детей младшего возраста Исследование периферической рефракции Видеокератография Аберрометрия
<b>Исследование аккомодации</b>	
Определение запаса относительной аккомодации Определение привычного тонуса аккомодации	Определение объёма абсолютной аккомодации Объективное исследование аккомодационного ответа Компьютерная аккомодография Определение тонуса покоя аккомодации
<b>Объективное исследование глаза</b>	
Исследование методом бокового освещения Биомикроскопия переднего отрезка глаза Исследование в проходящем свете Офтальмоскопия в обратном виде центральных и периферических отделов сетчатки Прямая офтальмоскопия Исследование периферии глазного дна с линзой Гольдмана	Офтальмохромоскопия Биомикроофтальмоскопия Исследование на фундус-камере или ретинальной камере ОКТ (оптическая когерентная томография) HRT (лазерная сканирующая томография)
<b>Исследование ВГД</b>	
Скрининговые методики (пальпаторное определение, пневмотонометрия при наличии аппаратуры)	Тонометрия по Маклакову Кератопахиметрия (при повышенных значениях ВГД)
<b>Периметрия</b>	
–	Измерение границ поля зрения Компьютерная периметрия
<b>УЗ-исследование</b>	
Измерение переднезадней оси глаза (ПЗО)	Измерение поперечного диаметра глаза (ПД) Исследование акустической плотности склеры (АПС) УЗ-доплерография
<b>Другие методы исследования</b>	
	Определение величины корнеального гистерезиса (КГ) Исследование слезы (АОА, ХЛ) Определение уровня кортизола в сыворотке крови

2. Через разрез конъюнктивы длиной в 2-4 мм в теноново пространство на поверхность склеры за экватор пинцетом укладывают биологические или синтетические трансплантаты.

«Малую» склеропластику проводят под местной эпibuльбарной анестезией.

**Показания для «малой» склеропластики:**

– близорукость, прогрессирующая не более чем на 1,0 дптр в год;

– возраст старше 8 лет;

– величина переднезадней оси не выше 27 мм.

«Малую» склеропластику проводят сначала на одном глазу, а через полгода (при наличии эффекта) – на другом. Если на любом этапе лечения ГПП увеличивается вновь до 1,0 дптр или более, производят «большую» склеропластику.

В Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца разработан и внедрён в клинику биологически активный материал – полиэфирное трикотажное полотно с полимерным покрытием и депонированным лекарственным германийсодержащим препаратом на

основе селективных штаммов женьшеня – панаксела, ускоряющим пролиферативно-репаративные процессы в тканях организма, и обуславливающим комплексную биологическую активность трансплантата.

### «Большая» склеропластика

«Большую» склеропластику проводят по модифицированной методике Снайдер – Томпсона. Методика малотравматична, позволяет эффективно стабилизировать миопический процесс, улучшает трофику оболочек глаза, повышает зрительные функции и предупреждает развитие инвазивных осложнений на глазном дне. Для проведения операции используют аллосклеральный или синтетический трансплантат, сформированный в виде полосы длиной 70 мм и шириной 10 мм.

Укрепление склеры можно проводить по одной из модификаций методики М.Зайковой, по Н.Пивоварову, по Аветисову – Тарутта.

**Показания для «большой» склеропластики:**

– близорукость, прогрессирующая более чем на 1,0 дптр в год;

укрепление склеры на обоих глазах.

Предлагаемая система склероукрепляющего лечения предназначена для детей с повышенным риском прогрессирования миопии и с неблагоприятным прогнозом эффективности однократной склеропластики.

Проведение повторных склероукрепляющих вмешательств у детей группы риска снижает темпы прогрессирования миопии в среднем в 4 раза и обеспечивает её стабилизацию в отдалённом периоде (до 10 лет) в 75%, снижает частоту развития хориоретинальных дистрофических изменений в 2,5 раза.

*Склероукрепляющее лечение высокой осложнённой и врождённой миопии со стафиломой склеры*

Для поддержания заднего полюса, ослабления напряжения в оболочках миопического глаза и витреомакулярной тракции целесообразно сочетание склеропластических операций с локальным давлением заднего полюса склеры. С целью предотвращения дальнейшего развития стафиломы и повреждения ком-

На одном из важнейших событий для онкологического сообщества – конгрессе Европейского общества медицинской онкологии (ESMO 2017) учёные, врачи и фармацевтические компании представили данные последних исследований и обсудили важнейшие медицинские открытия.

Особое внимание онкологов приковано к одному из самых перспективных направлений – иммуноонкологии. На конгрессе были представлены последние достижения в этой области за 2017 г.: общая выживаемость при меланоме и почечно-клеточном раке повысилась на 35%, найдены новые биомаркеры, исследуются возможности для преодоления резистентности к лечению.

Имуноонкология помогает рецепторам иммунной системы распознать молекулы (биомаркеры), расположенные на поверхности раковых клеток, чтобы уничтожить их. Иммуноонкологические препараты воздействуют на клетки иммунной системы, чтобы организм снова «увидел» опухоль и уничтожил её как чужеродную клетку.

«При этом опухолевые клетки уничтожаются не внешними агентами, которые наносят вред всему организму. Они атакуются собственными иммунными клетками, а иммунопрепарат выступает в качестве прицела для выстрела», – пояснил руководитель подразделения иммунотерапии рака Национального института онкологии «Fondazione G.Pascale» Паоло Ашерто (Италия).

Самым важным свойством иммуноонкологических препаратов является их универсальность действия: одна молекула подходит для борьбы с разными видами рака. Например, всего за 3 года один из препаратов был зарегистрирован в США для

## Современные технологии

# Надежд всё больше

## Их больному человеку даёт иммуноонкология

12 показаний к применению, в том числе для немелкоклеточного рака лёгкого, меланомы и рака почки.

«По всей видимости, наступает золотой век онкологии. Появляется всё больше возможностей для лечения. Иммуноонкология – это революция в парадигме ведения пациентов», – заявил американский учёный Фуад Намуни.

По его словам, сейчас основная задача – исследовать биомаркеры и подобрать к каждому из них подходящее антитело.

Например, в случае меланомы клетки опухоли имеют молекулы PD-L1 и PD-L2. Они связываются с рецептором PD-1 на иммунной клетке. В результате иммунная реакция блокируется, и иммунная система не может атаковать опухоль. Иммуноонкологический препарат – это антитело, которое блокирует рецептор PD-1 на поверхности иммунных клеток и не даёт ему связаться с PD-L1 и PD-L2 на клетке опухоли. Таким образом, иммунная клетка распознаёт опухоль и сама атакует её.

Биомаркеры появляются на разных стадиях и при различных опухолях. Каждый из них отвечает за определённые онкологические мутации. Чем больше у рака мутаций, тем менее заметной становится опухоль для организма. Соответственно, с каждым изученным биомаркером опухоль становится уязвимее и легче поддаётся лечению.

За последние несколько лет результаты данных исследова-

ний были опубликованы в 12 рецензируемых научных журналах по всему миру.

Имуноонкология развивается с каждым годом. Благодаря этому в современных исследованиях уже появилась возможность сравнивать иммунопрепараты и их комбинации не с плацебо, а между собой.

Последнее масштабное исследование позволило сравнить уровень безрецидивной выживаемости пациентов. В нём принимали участие люди, прошедшие хирургическое лечение меланомы с крайне высоким риском рецидивов. В течение 2 лет 453 пациента принимали один из препаратов, ещё 453 пациента – другой. Среди пациентов первой группы было зафиксировано 154 случая рецидива, второй группы – 206. Эти данные говорят о значительном снижении рецидивов в целом.

Также проводились исследования применения комбинации этих препаратов, что показало выдающиеся результаты: при почечно-клеточном раке у ранее не леченных пациентов это уменьшило риск смерти на 37%!

Как известно, большинство опухолей, даже если они обнаружены на ранней стадии, лечатся при помощи хирургического вмешательства и лучевой терапии. Но даже при успешном удалении основного очага опухоль может успеть распространиться, и возникают рецидивы.

По словам специалистов, применение иммуноонкологии в неoadьюванте (то есть до про-

ведения хирургического вмешательства) позволяет заранее уменьшить размеры опухоли и облегчить операцию для врача и пациента. А в адьюванте (после операции) – пресекает возможности для рецидива. Всё это значительно повышает выживаемость пациентов.

Самая большая сложность, с которой столкнулись исследователи, – это резистентность (невосприимчивость) некоторых пациентов к иммуноонкологическим препаратам. Сегодня медицинское сообщество ведёт активную работу для решения этой проблемы, и уже есть первые положительные результаты. Врачи разрабатывают специальные комбинации иммунопрепаратов, которые позволят преодолеть резистентность к монотерапии каким-либо отдельным лекарством.

Все эксперты сходятся во мнении, что иммуноонкология продолжает являться наиболее перспективным направлением для изучения. В ближайшие годы медицинское сообщество ожидает новых прорывов в этой области, таких как открытие ранее не изученных биомаркеров, персонализация терапии, преодоление резистентности, регистрация новых показаний, которые подарят надежду на выздоровление многим пациентам по всему миру.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

## Санитарная зона

В регионе Лацио, Центральная Италия (города Анцио и Рим), зарегистрировано 10 лабораторно подтверждённых случаев заболевания лихорадкой Чикунгунья в результате местной передачи вируса и 3 случая с подозрением на это заболевание.

# Чикунгунья пришла в Европу

## И может угрожать россиянам

Как сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ссылаясь на данные Министерства здравоохранения Италии, заболевание в течение 2 последних недель прожигало либо находилось в регионе, не выезжая за его пределы.

Роспотребнадзор обращает внимание на то, что в течение последних лет в мире продолжается эпидемиологическое неблагополучие по лихорадке Чикунгунья. Естественными районами её распространения считаются тропики Африки, Индии, Юго-Восточной Азии и островов Индийского океана, где сезонные вспышки инфекции фиксируются ежегодно, а также Мексика и Гватемала. В последние годы отмечаются случаи регистрации лихорадки Чикунгунья в Европейских странах – Италии и Франции.

Органами исполнительной власти и общественного здравоохранения региона Лацио, где зафиксирована вспышка инфекции, проводится активное выявление новых случаев заболевания.

Переносчиками болезни являются комары двух видов *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*, которые могут также передавать другие вирусы, включая лихорадку Денге. Основной риск проявлений лихорадки Чикунгунья в регионе Европы связан с высокой численностью комаров-переносчиков на отдельных территориях Южной Европы (Средиземноморский регион), где в случае появления больного возможна локальная передача вируса.

Роспотребнадзор обращает внимание медиков, всех российских граждан, собравшихся в поездку в Европу, на ухудшение эпидемиологической ситуации по лихорадке Чикунгунья и просит учитывать данную информацию при планировании поездок.

В начале сентября ведомство уже сообщало, ссылаясь на информацию государственного агентства социального здравоохранения Франции, что в конце лета были подтверждены 4 случая заболевания лихорадкой Чикунгунья в Ле-Канне-де-Мор. За лето на территории Франции было зафиксировано несколько случаев заболевания этой лихорадкой. Она всё чаще регистрируется в европейских странах.

Основными симптомами заболевания являются: повышение температуры до 40°, головные боли, боли в мышцах и суставах. В большинстве случаев болезнь не приводит к опасным для жизни осложнениям, однако она может представлять угрозу для пожилых людей и людей с ослабленным иммунитетом.

Специальных противовирусных препаратов для лечения лихорадки нет.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

## Сотрудничество

# Пророки есть в Отечестве своём!

Вопросы кардиоанестезиологии обсуждали участники научно-практической конференции, прошедшей в Новосибирске. Её организатором уже в четвёртый раз выступил Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина. По сути, это единственная площадка, на которой регулярно рассматриваются современные стандарты в мировой кардиоанестезиологии – от научной идеи до воплощения в клиническую практику. В этом году на форум собрались более 300 российских и зарубежных специалистов.

Безусловно, тема интраоперационных и послеоперационных осложнений в кардиохирургии сегодня уже не так остра, как ещё несколько десятилетий назад: современные медицинские технологии и новые лекарственные препараты позволили снизить в целом показатель летальности при операциях на сердце до 1-2%. В то же время частота серьёзных осложнений у пациентов, оперированных в условиях искусственного кровообращения, остаётся высокой, а значит, проблема не может считаться до



Любой новый аппарат в анестезиологии-реаниматологии – это событие

конца решённой. Поэтому новосибирцы и проводят регулярно по данной теме конференции, в программе которых – знакомство с новыми методами, новым оборудованием и опытом разных клиник России и мира по предупреждению кровопотери и послеоперационных осложнений в сердечно-сосудистой хирургии.

По словам заместителя директора НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина по научной работе члена-корреспондента РАН Владимира Ломиворотова, в странах Европы кардиоанестезиология выделена в отдельную специальность, в то время как в России такой специальности нет. Однако это не значит, что должны быть различия в уровне знаний и

навыков между зарубежными и российскими анестезиологами и реаниматологами, которые участвуют в обеспечении кардиохирургических вмешательств.

Словно в ответ на эти слова здесь же, на форуме, совершенно неожиданно прозвучал комплимент в адрес российских медиков от их зарубежных коллег.

– Опыт НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина представляет немалый интерес: объём выполняемых специалистами клиники кардиохирургических операций не может не впечатлять. В нашем госпитале поток пациентов значительно ниже. Система работы специалистов центра, позволяющая грамотно распределять ресурсы и при этом выполнять высокотехнологичные операции, может служить примером. В США много медицинских центров, которые делают небольшой объём операций, к сожалению, не всегда квалифицированно, поэтому опыт специализированного центра, куда поступают пациенты с сердечно-сосудистой патологией из учреждений здравоохранения со всей страны, для нас ценен, – признался профессор Дэн Берковиц (Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, США).

Выходит, к нам едут не только учиться, но и учиться.

Елена БУШ,  
корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото предоставлено  
НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина.

### Взгляд в историю

История изучения БА насчитывает более полутора веков. На протяжении этого времени изучались различные гипотезы развития заболевания. Так, Г.Сокольский в 1838 г. предполагал неврогенный механизм развития БА, Г.Куршманн в 1883 г. и Э.Лейден в 1886 г. изучали воспалительный механизм. Е.Манойлов, Н.Голубов, А.Адо и П.Булатова доказали влияние аллергических реакций у пациентов с БА. В 1944 г. была предложена классификация, выделяющая экзогенную и эндогенную формы. А в 1982 г. имеющиеся данные позволили сформировать клинико-патогенетические варианты, предложенные Г.Федосеевым. Была разработана классификация, в которой выделяются этапы развития болезни, формы БА, патогенетические механизмы, тяжесть фазы течения, осложнения.

Теория, предложенная в 1968 г., продемонстрировала, что снижение функционирования β-адренергической системы могло быть причиной развития БА. Хотя данная гипотеза была опровергнута, рядом исследователей отмечалось уменьшение количества (плотности) β-адренорецепторов (β-АР) на циркулирующих лейкоцитах. Правда, эти результаты основывались на данных, полученных у пациентов, находившихся на терапии β-агонистами, что способствовало выводу о снижении плотности β-АР (десенситизации) на фоне применения лекарственной терапии.

Известно, что само течение и обострения БА изменяют рецепторные характеристики. Показано, что плотность β-адренорецепторного аппарата уменьшается параллельно усилению степени тяжести и выраженности обострения болезни, и снижение адренергической реактивности у больных является следствием обострения заболевания, а не его причиной. Также в процессе исследования отмечено, что причинами изменения количества (экспрессии) и сродства (аффинности) рецепторов могут быть не только лекарственные вещества и эндогенные катехоламины, но и различные цитокины, которые влияют на рецепторную активность.

Было выявлено, что изменение характеристик β-АР происходит постоянно, и имеются данные, что этот процесс начинается в период эмбрионального развития, переструктурируется с возрастом под влиянием различных факторов, к которым можно отнести и физическую нагрузку, и наличие патологий, и, конечно, применение лекарственных препаратов. У новорожденных число β-АР составляет 30% и менее по отношению к среднему возрасту (33 ± 2,4 года). Причём отмечается снижение количества рецепторов у более старшего поколения.

Адренорецепторы по своей структуре относятся к группе рецепторов, соединённых с гуаниннуклеотид-связывающими белками (G-белок). Применение агонистов (лиганды, усиливающие активность рецепторов) приводит к увеличению внутриклеточного содержания циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) и через ряд посредников – к уменьшению частоты и эффективности проведения импульса, силы сокращения, обеспечивая отрицательные хроно-, дромо-, батмо- и инотропные эффекты.

Хорошо известно, что симпатический и парасимпатический отделы нервной системы оказывают разнонаправленное влияние на органы и ткани и в то же время тесно взаимодействуют друг с другом. При БА постоянно происходят изменения рецепторного звена не только со стороны сим-

патической, но и парасимпатической системы. Различное воздействие этих отделов на одни и те же клетки связано со спецификой выделяемых ими нейромедиаторов и рецепторов. Парасимпатическая система поддерживает гладкую мускулатуру бронхов в определённом физиологическом тоне и регулирует активность бронхиальных желёз, продуцирующих слизь, воздействуя на М- и Н-холинорецепторы.

М-холинорецепторы (М-ХР) также относятся к группе рецепторов, соединённых с G-белком. Установлена их гетерогенность, различающаяся по локализации. Через М1- и М3-ХР реализуется бронхоконстрикторный эффект парасимпатической нервной системы. М2-ХР являются ауторецепторами, и их активация по механизму обратной связи приводит к подавлению высвобождения ацетилхолина из холинергических волокон, ограничивая бронхоконстрикторный эффект.

М-ХР преимущественно располагаются в крупных и средних бронхах, тогда как β-АР – в мелких, при этом данные типы рецепторов располагаются в одних и тех же синапсах. Взаимодействуя между собой, рецепторы влияют на активность друг друга. У пациентов, страдающих БА, отмечается дисфункция М2-ХР, что связывают с возможным влиянием вирусных инфекций, эозинофильных белков и оксидантов. С другой стороны, при БА повышается активность симпатической нервной системы, играющей меньшую роль в норме. Стимуляция медиаторами воспаления приводит к высвобождению нейротрипептидов, которые вызывают сужение бронхов, отёк слизистой и увеличение секреции слизи.

## Бронхиальная астма: рецепторные взаимодействия и не только...

### О поиске новых подходов в тактике лечения и проводимых исследованиях

патической, но и парасимпатической системы. Различное воздействие этих отделов на одни и те же клетки связано со спецификой выделяемых ими нейромедиаторов и рецепторов. Парасимпатическая система поддерживает гладкую мускулатуру бронхов в определённом физиологическом тоне и регулирует активность бронхиальных желёз, продуцирующих слизь, воздействуя на М- и Н-холинорецепторы.

М-холинорецепторы (М-ХР) также относятся к группе рецепторов, соединённых с G-белком. Установлена их гетерогенность, различающаяся по локализации. Через М1- и М3-ХР реализуется бронхоконстрикторный эффект парасимпатической нервной системы. М2-ХР являются ауторецепторами, и их активация по механизму обратной связи приводит к подавлению высвобождения ацетилхолина из холинергических волокон, ограничивая бронхоконстрикторный эффект.

М-ХР преимущественно располагаются в крупных и средних бронхах, тогда как β-АР – в мелких, при этом данные типы рецепторов располагаются в одних и тех же синапсах. Взаимодействуя между собой, рецепторы влияют на активность друг друга. У пациентов, страдающих БА, отмечается дисфункция М2-ХР, что связывают с возможным влиянием вирусных инфекций, эозинофильных белков и оксидантов. С другой стороны, при БА повышается активность симпатической нервной системы, играющей меньшую роль в норме. Стимуляция медиаторами воспаления приводит к высвобождению нейротрипептидов, которые вызывают сужение бронхов, отёк слизистой и увеличение секреции слизи.

#### Быть начеку при сочетанной патологии

В настоящее время в мире растёт число пациентов с наличием не одного, а как минимум двух заболеваний, и отмечается тенденция к увеличению коморбидной патологии. Это касается и больных с обструктивными болезнями лёгких и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Сами ССЗ – это большая группа патологий сердца и кровеносных сосудов. Она представлена такими за-

болеваниями, как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушение ритма сердца, болезни сосудов головного мозга, болезни периферических артерий и т.д. Среди всех ССЗ наиболее часто встречаются АГ (77,6%) и ИБС (70%), при этом сама АГ является главным фактором риска основных сердечно-сосудистых событий – инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения. Распространённость АГ очень высока и в 2009 г. составила 40,8% (у мужчин 36,6%, у женщин 42,9%). При этом только в год от ССЗ в России умирают 1,3 млн человек.

Наличие бронхообструктивной патологии у пациентов с АГ и ИБС выявляется в 15-30%, причём до 30% пациентов с БА имеют АГ. При этом распространённость АГ на 36% выше у пациентов с БА, чем у пациентов без бронхообструктивной патологии. Также отмечается и рост числа больных с сочетанием БА и ИБС, что может быть обусловлено как повышением заболеваемости, так и увеличением гериатрической популяции больных. И эта цифра только повышается.

Как известно, ухудшение функции лёгких является сильным предиктором сердечно-сосудистой летальности. Продемонстрировано, что уменьшение объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) на 10% увеличивало общую смертность на 14%, сердечно-сосудистую – на 28%, а риск развития ИБС – на 20%. Однако в настоящее время отмечается недостаточная диагностика бронхообструктивных заболеваний, особенно у пациентов с ССЗ, что может негативно влиять на течение обоих заболеваний, приводить к неадекватному лечению и ухудшению прогноза для пациента. Проведение компьютерной спирометрии поможет обеспечить дополнительную информацию, точнее стратифицировать риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них у пациентов с ССЗ или бронхообструктивными заболеваниями. Особенно это важно учитывать в первичном звене здравоохранения с целью диагностики, так как жалобы пациентов с бронхообструктивной и сердечно-сосудистой патологией могут не отличаться на первый взгляд. Результаты компьютерной

спирометрии могут дать важную информацию для адекватного подбора терапии и дальнейшего динамического наблюдения пациентов. Частое сочетание бронхообструктивной патологии и АГ в значительной степени объясняется наличием общих факторов риска и патогенетических механизмов (системное воспаление, оксидативный стресс, эндотелиальная дисфункция, гипоксия). Сочетание данных патологий можно рассматривать с двух точек зрения: как состояния, существующие одновременно, но независимо друг от друга у одного пациента, либо как заболевания, имеющие общие факторы риска, патогенетические особенности, появления или прогрессирования которых находится во взаимосвязи между собой. И всё чаще специалисты склоняются ко второму подходу.

К общим этиологическим факторам развития бронхообструктивной патологии и ССЗ относят такие общеизвестные факторы, как курение, ожирение, профессиональные факторы, загрязнения. С ними связывают снижение эффективности антигипертензивной и бронхолитической терапии, приводящее, в том числе, к плохому контролю БА, развитие обострений заболевания. Влияние этиологических факторов приводит к возникновению системной воспалительной реакции, нарушению эндотелиальной функции, усилению оксидативного стресса, активации симпатической нервной системы и повышению коагуляционного потенциала плазмы крови, что ведёт к прогрессированию ССЗ и бронхообструктивных заболеваний. Важную роль в патогенезе как бронхообструктивных заболеваний, так и ССЗ занимает воспаление. БА характеризуется преимущественно эозинофильным воспалением, в то время как у пациентов с АГ была выявлена более высокая концентрация провоспалительных цитокинов в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц. И было показано, что повышение уровня провоспалительных цитокинов коррелирует со степенью повышения АД, выраженностью эндотелиальной дисфункции, способствует процессам перестройки сосудистого русла,

которые, в свою очередь, являются пусковыми механизмами формирования и прогрессирования АГ. Однако в литературе имеется недостаточно данных о системном воспалении при сочетанной патологии, особенно о влиянии на данные патогенетические звенья применяемой терапии.

#### Повышая эффективность лечения

Терапия как бронхообструктивных, так и сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сочетанной патологией сопровождается определёнными трудностями. Препараты, применяемые в лечении данных заболеваний, могут вызывать развитие нежелательных реакций со стороны коморбидной патологии.

Известно, что ведущим механизмом в развитии БА является воспаление, поэтому основа терапии – противовоспалительные препараты. В качестве базисного лечения используют ингаляционные глюкокортикостероидные препараты (иГКС), антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кромоны и теофиллины. Бронхолитические препараты различной длительности действия присоединяют от ступени к ступени лечения к иГКС. Целью терапии БА является достижение и поддержание клинического контроля над заболеванием, снижение риска будущих обострений. Выбор медикаментозного лечения зависит от тяжести заболевания, текущих показателей контроля БА и применяемой на данный момент терапии пациента.

Учитывая, что в большинстве случаев ведущим механизмом патогенеза БА является процесс эозинофильного воспаления в бронхиальном дереве, наибольшим противовоспалительным потенциалом обладают ГКС. В терапевтической практике в основном используются данные препараты ингаляционно в связи с тем, что применение системных ГКС может приводить к развитию большего количества нежелательных явлений, в том числе и на сердечно-сосудистую систему. Показано, что воздействие иГКС приводит к увеличению экспрессии β2-адренорецепторов на поверхности клеток, что даёт основания говорить о потенцировании дей-

ствия β-адреномиметиков при их совместном применении с иГКС и более быстрому восстановлению активности β-АР при развившейся десенситизации. Необходимо учитывать, что пероральные формы ГКС могут назначаться только на 5-й ступени контроля БА. Несмотря на то, что в основном применяются ингаляционные формы препаратов, необходимо учитывать возможность негативного влияния на сердечно-сосудистую систему, особенно у пациентов с сочетанной патологией, и более тщательно подбирать и контролировать назначенную терапию препаратов.

Группа бронходилататоров представлена β<sub>2</sub>-адреномиметиками, М-холинолитиками и теофиллинами. Препараты применяются для купирования бронхоспазма как препараты «спасатели» (ингаляционные короткодействующие β<sub>2</sub>-агонисты, М-холинолитики) и для длительного контроля над симптомами БА, профилактики приступов удушья, а также ночных приступов (ингаляционные пролонгированные β<sub>2</sub>-агонисты, М-холинолитики и теофиллины длительного действия).

Основными симптоматическими препаратами, используемыми при обструктивных заболеваниях лёгких, являются β-адреномиметики. Доказано, что при персистирующей БА данная группа препаратов применяется только в дополнение к терапии иГКС в связи с возможным увеличением количества тяжёлых и жизнеугрожающих обострений при монотерапии агонистами. Причём связывают данный эффект с изменениями на рецепторном уровне – развитием длительного эффекта десенситизации. С учётом эффекта потенцирования проводилась оценка возможного гибкого применения комбинации препаратов длительного действия и иГКС, в том числе и по потребности в течение дня, что привело к контролю до 55-60% в условиях клинического исследования. В качестве бронходилатационной терапии у больных БА возможно использование как ингаляционных, так и пероральных β-адреномиметиков. Однако последнее всё реже применяются в связи с известным высоким риском развития побочных эффектов.

Эффект десенситизации клинически проявляется в снижении эффективности назначаемой терапии. В настоящий момент интернализация рецептора (десенситизация), происходящая под влиянием агониста, наиболее хорошо изучена с позиции формирования эндосомы. Данный процесс проходит несколько стадий, включающих перемещение рецептора, связанного с агонистом; саму интернализацию рецепторов с образованием ранней эндосомы; внутриклеточную сортировку рецепторов эндосом для последующего рецикла или их деградации (разрушения).

Для лечения бронхообструктивных заболеваний применяют ингаляционные β-адреномиметики различной длительности действия. В зависимости от длительности бронходилатационного эффекта выделяют препараты: короткого действия (КДБА) – сальбутамол, фенотерол (действие от 4 до 6 часов); длительного действия (ДДБА) – сальметерол, формотерол (12-часовое действие) и сверхдлительного действия (СДДБА) – индакатерол (до 24 часов).

Применение КДБА у пациентов с БА в основном осуществляется по необходимости. Препараты длительного и сверхдлительного действия используются только в сочетании с базисной терапией иГКС. Они обладают различными характеристиками, определяющими скорость наступления эффекта, длительность действия и т.д. Например, полные агонисты,

такие как формотерол, вызывают увеличение концентрации цАМФ в клетках более чем в 4 раза по сравнению с КДБА, тогда как частичные агонисты, к которым относятся сальбутамол, сальметерол, – только в 2-2,5 раза. Итоговая реакция организма на применение препарата зависит от характеристик самого лекарственного вещества (агонистическая активность, липофильность и/или гидрофильность, внутренняя активность, аффинность, изоформа, селективность), так и от состояния рецепторного звена (количество, аффинность самого рецептора, активность вторичных мессенджеров и т.д.).

### Современные возможности

Влияние базисной терапии на параметры воспаления у пациентов с БА доказано многочисленными исследованиями. Однако в настоящее время имеются данные о влиянии препаратов из группы β-агонистов на параметры воспалительного процесса. Обсуждается как про-, так и противовоспалительное действие. Проведённое исследование описывает влияние ДДБА на параметры эозинофильного и нейтрофильного воспаления. У пациентов с БА и хронической обструктивной болезнью лёгких с сочетанной сердечно-сосудистой патологией применение β-адреномиметиков различной длительности действия давало разнонаправленный эффект. Однако клиническое значение данного влияния в настоящее время требует дальнейших исследований.

Применяющиеся ингаляционные препараты этой группы обладают высокой селективностью в отношении β<sub>2</sub>-подвида адренорецепторов. Однако они в той или иной степени способны взаимодействовать с β<sub>1</sub>-АР в связи с их высокой гомологической структурой адренергических рецепторов (примерно 50%) и расположением самих β-АР. Отметим, что эта характеристика сильно зависит от дозы применяемого препарата, и при увеличении дозы селективность снижается. Этот факт особенно важно учитывать у пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой патологией. Полученные результаты показали, что у пациентов с БА и АГ на фоне проводимого в течение 3 месяцев лечения β-адреномиметиками разной длительности действия отрицательной динамики состояния не отмечалось. Ухудшения не отмечалось как по данным клинического измерения АД и ЧСС, так и по результатам ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, показателям уровня калия в крови. При этом по данным суточного мониторирования артериального давления у пациентов с АГ и БА было отмечено увеличение уровня среднесуточного и ночного систолического артериального давления. При этом назначение β-адреномиметиков длительного действия дало более выраженный бронходилатационный ответ по сравнению с использованием КДБА. Также отмечены более высокие показатели при применении СДДБА. Таким образом, регулярная бронхолитическая терапия у пациентов позволила добиться статистически значимого увеличения показателей компьютерной спирометрии при отсутствии нежелательного влияния на параметры сердечно-сосудистой системы. Однако необходимо учитывать, что данные результаты были получены в условиях клинического исследования.

Представителями антихолинергической группы являются ипратропия бромид (короткодействующий препарат); тиотропия бромид, аклидиния бромид, гликопиррония бромид (пролонгированные вещества). Эти

препараты блокируют эффекты, опосредованные влиянием парасимпатической нервной системы. В зависимости от структуры препараты данной группы влияют на разные типы М-ХР. Атропин и ипратропии обладают примерно одинаковой селективностью в отношении к М<sub>2</sub> и М<sub>3</sub>-ХР. Тиотропия и аклидиния бромиды имеют функциональную селективность к М<sub>3</sub>-ХР. Антагонисты, блокирующие М<sub>3</sub>-ХР, могут приводить к дополнительной бронходилатации, обеспечиваемой β<sub>2</sub>-агонистами у пациентов с БА. Была показана клиническая эффективность назначения антихолинергических препаратов, таких как тиотропия бромид, у пациентов с БА в случаях, когда не был достигнут контроль на максимальных дозах иГКС (в том числе и в комбинации с β-агонистами). Комбинированная терапия привела к снижению сопротивления дыхательных путей, позволяла увеличить контроль над БА, повышался ОФВ<sub>1</sub> на 21% снижалось число обострений заболевания.

Представители другой группы – препараты, способные ингибировать III и IV типы фосфодиэстеразы (ФДЭ), оказывают бронхолитический и противовоспалительный эффект соответственно. К неселективным ингибиторам относят теофиллин, который вызывает бронходилатацию, торможение агрегации тромбоцитов и вазодилатацию (снижение давления в системе лёгочной артерии). Однако использование теофиллина сопровождается значительными трудностями в связи с малым терапевтическим окном данных средств и высокой вероятностью развития побочных эффектов при повышении их концентрации в крови выше 25 мг/л. При этом в клинической практике применение теофиллина с замедленным высвобождением возможно уже со 2-й ступени контроля БА.

Также известны эффективные сочетания как короткодействующих, так и длительнодействующих (например, фенотерол и ипратропия бромид, тиопропия бромид и олодатерол) бронходилатационных препаратов. При этом следует отметить, что у комбинированной пролонгированной бронхолитической терапии отсутствуют показания к применению при БА. Клинически было показано, что совместное применение увеличивает эффективность лекарственных препаратов по сравнению с монотерапией теми же лекарственными средствами. Этот факт вполне может быть объяснён с позиции рецепторных изменений. Как уже было сказано, существует перекрёстная связь между холинорецепторами и адренорецепторами. Ацетилхолин стимулирует постсинаптические М<sub>3</sub>-ХР на гладкой мускулатуре бронхов, вызывая бронхоспазм. Одновременно он активирует и ауторецепторы М<sub>2</sub>-ХР, находящиеся на пресинаптической мембране, что предотвращает дальнейшее выделение ацетилхолина. Однако у пациентов с БА этот механизм нарушен, и активация постсинаптических β<sub>2</sub>-АР вызывает бронходилатацию, а пресинаптических – уменьшение выделения ацетилхолина. При этом М<sub>2</sub>-ХР ингибируют активацию β<sub>2</sub>-АР, и наоборот. Назначение М-холинолитика при БА приводит к блокированию активности М<sub>1</sub>-М<sub>3</sub> ХР (в зависимости от конкретного препарата преимущественно могут блокироваться только М<sub>3</sub>), что вызывает снижение уровня кальция в крови и препятствует развитию бронхоконстрикции. Назначенный при этом β-агонист приводит к активации β-АР, повышению внутриклеточных посредников и развитию бронходилатации. Комбинация антихолинергических препаратов с β-агонистами рекомендована

**В ГБУЗ КО «ЦРБ Сухиничского района»** требуются врачи по следующим специальностям:  
УЧАСТКОВЫЙ, АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, РЕНТГЕНОЛОГ, НЕВРОЛОГ, ФТИЗИАТР, АНЕСТЕЗИОЛОГ.  
Выделяется 1 млн руб. по программе «Земский доктор».

А также средний медицинский персонал – МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ И ФЕЛЬДШЕРА.

Предоставляется служебное жильё.  
Молодым специалистам производится дополнительная ежемесячная выплата в течение 3 лет с даты приёма на работу.  
Гарантируем достойную заработную плату, социальный пакет.

Обращаться по адресу: **249275 Калужская область, город Сухиничи, ул. Ленина, 94.**  
Тел.: **8-905-643-63-36; 8-484-515-16-36.**  
E-mail: **zrb\_suh@kaluga.ru**

в случае сочетания БА с хронической обструктивной болезнью лёгких, при астме физического усилия, психогенном бронхоспазме, вирусных обострениях БА и т.д.

### Взвешивать соотношение: риск – польза

В процессе подбора терапии пациентам с сочетанной сердечно-сосудистой и бронхообструктивной патологией возникают сложности не только при назначении бронхорасширяющей терапии, но и лекарственных препараты, назначаемые при ССЗ, могут вызывать ухудшение со стороны респираторной системы. Особые трудности вызывает проблема назначения β-адреноблокаторов пациентам данной группы из-за опасности ухудшения лёгочной функции.

β-адреноблокаторы относятся к одному из основных классов лекарственных средств, применяемых в терапии пациентов с сердечно-сосудистой патологией (ИБС, АГ, нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью). С одной стороны, даже однократное назначение селективного β-блокатора может привести к развитию бронхообструкции, с другой, демонстрируется возможность длительного приёма селективного β-блокатора без ухудшения респираторной функции. И в клинической практике боязнь развития нежелательных реакций резко ограничивает применение этой группы препаратов. И только около 33% пациентов с ХОБЛ, которым необходимо назначение препаратов из группы β-блокаторов, получают их в реальной клинической практике.

Известно, что неселективные β-адреноблокаторы не рекомендуются назначать пациентам с обструктивной патологией лёгких, а при БА это вообще недопустимо. Применение же высокоселективных β-адреноблокаторов (бисопролол, небиволол, метопролола сукцинат замедленного высвобождения) возможно у пациентов с ХОБЛ при наличии показаний. У пациентов с БА использования β-блокаторов необходимо избегать, а решение об их назначении возможно только узким специалистом на индивидуальной основе под строгим медицинским контролем и у пациентов с лёгкой и среднетяжёлой степенью БА. И в таких ситуациях, как острый коронарный синдром, при котором β-блокаторы достоверно снижают смертность, необходимо взвешивать соотношение риск – польза при их назначении.

С целью выявления возможности развития бронхообструкции у пациентов с бронхообструктивной патологией на фоне применения β-адреноблокаторов проводилась оценка показателей функции внешнего дыхания различными методами (спирометрия, бодиплетизмография, осциллометрия). Эти исследования проводились через разные временные промежутки после приёма первой дозы β-блокатора. Имеются данные об оценке показателей

компьютерной спирометрии на фоне как селективных, так и неселективных β-блокаторов через разные периоды времени (максимально до 2 часов) и с разной дозой препарата.

В настоящее время описан метод выявления пациентов с высоким риском снижения функции внешнего дыхания на фоне приёма β-блокаторов – применение 4-часовой бронхопровокационной пробы с данными препаратами. Применение этой пробы с минимальной дозой β-блокатора (1,25 мг бисопролола) у пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой и бронхообструктивной патологией (АГ и БА/ХОБЛ) не показало ухудшения показателей спирометрии при оценке в целом по группе. Но у части пациентов всё-таки отмечалось снижение показателей компьютерной спирометрии при назначении минимальной однократной дозы бисопролола (1,25 мг). Стартовой дозой для проведения пробы была выбрана доза бисопролола – 1,25 мг. Это связано с тем, что именно эта дозировка была стартовой при дальнейшем титровании препарата, и отмечено, что у ряда пациентов уже такая доза оказалась достаточной с точки зрения клинической эффективности. У пациентов, имеющих снижение параметров спирометрии при применении селективного β-блокатора, максимальное снижение ОФВ<sub>1</sub> было выявлено через 240 минут (4 часа), что свидетельствует о важном преимуществе данной пробы по сравнению с другими предложенными пробами, оценивающими данные спирометрии максимально через 2 часа. Это явление может быть связано с тем, что бронхоконстрикторный эффект является результатом не только блокады бисопрололом β<sub>2</sub>-адренорецепторов на гладких мышцах бронхиального дерева. Развитие бронхоспазма может быть опосредованным за счёт активации М-холинорецепторов, что и приводит к снижению спирометрических показателей.

Описанные знания и имеющиеся методы не дают решения всех проблем. И в настоящее время остаётся актуальным поиск новых подходов в тактике ведения и лечения больных как с БА, так и с сочетанной кардиореспираторной патологией, а также более глубокие исследования влияния имеющейся терапии на коморбидную патологию и происходящие при этом патофизиологические изменения.

**Ольга АГАПОВА,**  
лаборант-исследователь.

**Анна РВАЧЁВА,**  
старший научный сотрудник,  
кандидат медицинских наук.

**Кирилл ЗЫКОВ,**  
заведующий лабораторией,  
доктор медицинских наук.

Лаборатория пульмонологии  
отдела клинической медицины  
Научно-исследовательского  
медико-стоматологического  
института.

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

Каких только акций, флеш-мобов, квестов и прочих мероприятий (в том числе сомнительных) не расплодилось в последнее время по всему земному шару! Не миновала чаша сия и области научных изысканий. Особенно «грешат» этим англичане. То и дело приходится читать, дескать, «британские учёные установили»... И дальше констатируются результаты, напрочь опровергающие широко известные факты. Но ещё интереснее, когда те же самые авторитетные английские светила спустя какое-то время на основании научных исследований приходят к умозаключениям, доказывающим явно противоположное своим прежним выводам. Обывателю остаётся лишь удивиться этому. Поистине права народная мудрость, гласящая, дескать, от великого до смешного – один шаг.

Думается, неспроста люди с чувством юмора троллят великих учёных мужей. Оттого и появилась в 1991 г. Шнобелевская премия (Ig Nobel Prize), по сути, ставшая пародией на престижную Нобелевскую. Эта награда устанавливается за остроумные, нелепые, абсурдные и смешные научные исследования в ряде областей: медицине, биологии, физике, химии и т.д.

Организаторы премии, прежде всего её отец-основатель Марк Абрахамс, редактор «Журнала невозпроизводимых результатов» (издание, содержащее анекдоты, карикатуры и смешные истории на тему науки), позиционируют «шнобель» как награду за «достижения, которые сначала заставляют людей смеяться, а потом – задуматься». Неслучайно, например, выходец из России Андрей Гейм, обладатель шутильной награды за эксперимент с «левитирующей лягушкой», несколькими годами позднее получил Нобелевскую премию в области физики.

Недавно в Гарварде прошла очередная, 27-я церемония на-

Иген

# Получить по «шнобелю»...

## Оглашены имена лауреатов псевдопрестижной премии

граждения победителей. На ней всегда очень весело. Как и Нобелевская, она имеет свою медаль и даже статуэтку в виде человеческой головы в чёрных очках и с вопросительным знаком на макушке. В предыдущие годы учёным вручали горшки с цветами из проволоки, аварийные молотки, пластмассовых куриц и другие интересные сувениры. Несмотря на то что церемония чествования проводится в шутилой манере, учёных, большинство из которых занимаются серьёзными исследованиями и пользуются авторитетом в научном сообществе, награждают всемирно признанные коллеги. Так, в 2017 г. награды вручали почётные лауреаты Нобелевской премии Эрик Маскин (экономика), Оливер Харт (экономика) и Рой Глаубер (физика). Да и в качестве приза победители получили по 10 трлн зимбабвийских долл.

Номинации здесь примерно такие же, как и в премии Нобеля. Кто же они, 10 учёных-победителей?

Начнём с наиболее актуальной сегодня темы. Итак – премии мира удостоена международная группа исследователей (Швейцария, Канада, Голландия, США). Совместно учёные искали (и, кажется, нашли) альтернативный способ лечения храпа и обструктивного апноэ сна. Достигается это благодаря игре на музыкальном инструменте австралийских аборигенов, который называется диджериду. В 2005 г. инструмент опробовали 25 добровольцев, которые жаловались на апноэ. Как оказалось, за 4 месяца регулярных занятий на этом духовом

инструменте (5-6 раз в неделю по 25 минут) можно избавиться от храпа. Как достигался такой эффект? Вероятно, люди учатся правильно дышать, кроме того, в процессе упражнений укрепляются мышцы горла. Результат оказался сравним с лечением при помощи искусственной вентиляции лёгких постоянным положительным давлением.

«Шнобеля» по физике получил французский учёный Марк-Антуан Фардин. В его исследовании «О реологии кошек», проведённом с применением гидродинамики, говорится, что эти животные могут считаться и твёрдым телом, и жидкостью благодаря способности принимать форму сосуда, в котором они лежат, причём взрослые коты способны «растекаться» быстрее котят...

Награда в области гидродинамики досталась корейцу Хан Джи Вону, попытавшемуся выяснить, как лучше нести кофе, чтобы напиток не расплескался. Оказалось, это зависит от того, в какой ёмкости находится напиток и с какой скоростью передвигается испытатель.

Лауреатами «шнобеля» в сфере питания стали учёные из бразильского Пернамбуку, изучившие фекалии мохноногого вампира – летучей мыши, обитающей в Центральной и Южной Америке. Исследователи обнаружили в экскрементах ДНК человека и сделали вывод, что эти животные в случае нехватки пищи (а питаются они птицами и зверями) не брезгают кровью людей.

Приз за достижения в сфере экономики вручили двум учёным из Австралии, доказавшим, что после объятий с живым крокоди-

лом люди делают более высокие ставки в азартных играх.

Итальянец Маттео Мартини и его команда получили статуэтку за вклад в когнитивные науки. Учёные выяснили, что большинство идентичных (монозиготных) близнецов не могут различить себя и своего брата или сестру на фотографиях.

Британский учёный Джеймс Хиткоут получил премию по анатомии за труд «Почему у старых людей большие уши». В ходе исследования удалось определить, что каждый год уши взрослого человека по достижении 30 лет увеличиваются в размерах примерно на 2 мм, однако данный вопрос пока остаётся открытым.

Премия по биологии получили учёные из Японии, Бразилии и Швейцарии, которые объяснили, зачем самкам пещерных насекомых понадобились пенисы, а самцам – вагины. По мнению учёных, благодаря подобному «обмену ролями» при спаривании, которое длится до 70 часов, самкам доставалось большее количество эякулята, и, соответственно, их шансы обзавестись потомством значительно увеличивались. Это единственный известный на сегодня род, в котором так сильно изменились анатомия и половые роли.

В области медицины премия присуждена французским нейробиологам, выяснившим, какие участки человеческого мозга отвечают за нелюбовь к запаху и вкусу сыра. Для этого учёные провели МРТ мозга более 300 испытуемых, во время которого показывали им фотографии продуктов и предлагали понюхать растворы с соответствующими запахами.

Оказалось, что за чувство отвращения к сыру отвечают базальные ядра мозга. У людей, ранее сообщавших о том, что они на дух не переносят сыр, более активными на снимке оказались элементы базальных ганглиев – бледный шар и чёрная субстанция, то есть области мозга, задействованные в системе вознаграждения.

Видимо, оттого, что демографическая проблема актуальна для многих развитых стран мира, отдельно учреждена премия в области акушерства. Её обладателями стали испанские исследователи благодаря труду, продемонстрировавшему, что плод активнее реагирует на музыку, которая играет не снаружи живота, а внутри влагалища матери. Чтобы выяснить это, проведён эксперимент на 106 женщинах. Выражение лица плода при этом фиксировалось с помощью коммерчески ориентированного ультразвукового устройства, призванного «вокализовать детей до рождения». Да, вагина с динамиком – это необычно, но, может, вскоре и она станет реальностью, есть же у нас «профессора» из числа шоуменов типа Джигурды, которые неким чувством осознают это, а потому поют и играют на гитаре между ног своей рожавшей супруги...

Как бы порой ни казалось парадоксальным и смешным всё озвученное, в общем и целом учёные, которых приглашают на церемонию награждения, относятся ко всему этому с пониманием. Учёные-«шнобелевцы» получают известность, и она отнюдь не носит негативного характера.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

## Угроза

Многие люди не курят постоянно, но иногда в компании позволяют себе сигаретку. Американские учёные выяснили, что это не менее вредно для здоровья, чем постоянное курение. В частности, периодическое курение грозит таким же риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, как и привычка «дымить» на постоянной основе.

день, но употребляли табак в некоторых условиях, например в компании друзей.

Оказалось, что такое периодическое курение не менее вредно, чем постоянное – растёт риск заболеваний сердечно-сосудистой системы, рака, тромбоза и многих других. Поэтому специалисты призывают отказываться от сигарет полностью. Кроме того,

(США) было проведено интересное исследование, направленное на выяснение влияния пассивного курения на умственные и физические особенности детей. Особое внимание в исследовании уделялось взаимосвязи между пассивным курением и избыточным весом у детей в возрасте от 7 до 11 лет.

# Закурить? Не найдётся!



Медики проанализировали данные о состоянии здоровья примерно 40 тыс. человек, часть из которых курили постоянно, а другие были социальными курильщиками. То есть они не курили каждый

стоит избегать вдыхания табачного дыма – пассивное курение также приводит к развитию множества опасных болезней.

Примечательно, что в Медицинском колледже Джорджии

По данному направлению было проанализировано 220 детей с избыточным весом. Анализ проводился как на основании специальных опросников, которые выдавались детям и их родителям, так и на основании анализа уровня котинина, побочного вещества, образующегося при распаде никотина в организме.

Как оказалось, жировая прослойка у детей, являющихся по независимым от них причинам пассивными курильщиками, больше, причём взаимосвязь в данном случае очень чётко выражена. Кроме того, в исследованиях была выявлена одна значимая чёткая взаимосвязь между уровнем пассивного курения у детей и вероятностью развития астмы, а также между пассивным курением и уровнем когнитивных способностей ребёнка.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению CNN.

## Выводы

# Жизнь коротка?

Израильяне живут дольше американцев, но меньше японцев. Такой вывод был сделан учёными Института показателей и оценки здоровья при Университете Вашингтона на основе открытой статистики в рамках исследования продолжительности жизни в разных странах мира, причин и факторов риска смерти и плохого состояния здоровья.

Согласно данным исследования, в настоящее время средняя продолжительность жизни в мире составляет 72,5 года (75,3 для женщин и 69,8 для мужчин).

Для сравнения: в 1990 г. средняя продолжительность жизни в мире составляла 65,1 года, в 1970 г. – 58,4.

По данным за 2016 г., наибольшая продолжительность жизни в Японии, где люди в среднем доживают до 83,9 лет, а самая низкая – в Центральноафриканской Республике – 50,2 года.

В Израиле показатель средней продолжительности жизни составил 82,1 года, что на 4 года дольше жизни в США – 78,2 и более чем на 11 лет превышает среднюю продолжительность жизни россиянина – 70,9.

Среди болезней, убивших во всём мире 54,7 млн человек, почти три четверти (72,3%) были вызваны неинфекционными заболеваниями, включая сердечно-сосудистые, инсульт и рак.

Около 19% смертей в 2016 г. были связаны с инфекционными заболеваниями, болезнями, возникающими во время беременности и родов, заболеваниями новорождённых в первые месяцы жизни и проблемами желудочно-кишечного тракта, обусловленными, в частности, дефицитом питания. Около 8% смертей были вызваны травмами.

Особую тревогу у исследователей вызывает то, что с 2006 г. число смертей от вооружённых конфликтов и терроризма значительно возросло, достигнув 150,5 тыс. смертей в 2016 г. Это на 143% больше, чем в 2006 г. Эксперты объясняют такой скачок результатом конфликтов в Северной Африке и на Ближнем Востоке.

В исследовании также названы основные факторы, способствующие преждевременному уходу из жизни.

Учёные считают, что курение является ключевым фактором ранней смерти. Неверно подобранная диета и неправильное питание стоят на втором месте.

Другим значимым риском является высокий уровень сахара в крови, который может привести к диабету, повышенным показателям кровяного давления и индекса массы тела.

Олег КУЗЬМИН.

По сообщению The Lancet.

**Улица доктора Гааза, названная в честь знаменитого врача и благотворителя, появится в районе Тропарёво-Никулино в Москве.**

Решение мэрии об этом с открытием символического уличного знака оглашено во время Большого фестиваля доктора Гааза, который прошёл в немецкой школе при посольстве Германии на проспекте Вернадского в Москве при поддержке столичного правительства и в сотрудничестве с организациями-партнёрами из обеих стран.

«Великий российско-немецкий гуманист и врач доктор Фёдор Петрович Гааз, московский «святой доктор», был уникальным строителем мостов между мирами. Его девиз «Спешите делать добро!» – важный и актуальный призыв к каждодневной активной жизненной позиции», – говорят представители посольства.

Фёдор Гааз (1780-1853) – врач и благотворитель немецкого происхождения, родившийся недалеко от Кёльна в маленьком городке Бад-Мюнстерайфеле в небогатой семье аптекаря. В 1802 г. в Вене, куда он приехал изучать глазные болезни, Гааз спас от слепоты русского князя Репнина, который предложил ему отправиться в Россию. И доктор согласился.

Приехав в Россию, Гааз поселился в Москве, где очень быстро стал известным – хорошие офтальмологи были на вес золота. Слава доктора настолько распространилась, что в 1807 г. императрица Мария Фёдоровна издала приказ, в котором назначила Гааза главным доктором Павловской больницы. И с первого же дня работы доктор стал после окончания рабочего дня ездить в богадельни и приюты, где лечил больных абсолютно бесплатно. С этого времени к Фридриху Йозефу Гаазу навсегда прикрепились имя Фёдор Петрович.

Лечению малоимущих, ссыльных и заключённых доктор посвятил всю свою жизнь. Он раздавал деньги бедным и ссыльным, посылал медикаменты, помогал открывать больницы при тюрьмах и школы для детей арестантов. Нёсший столько любви к людям, доктор умер в нищете в доме при Полицейской больнице, где и жил. На благотворительность он потратил всё своё состояние. Недвижимость, фабрика, лошади

– всё было продано, а средства переведены на благотворительные нужды. Хоронили его за казённый счёт. За его гробом шли 20 тыс. человек разного сословия: от бывших каторжников до дворян, от купцов до генералов.

В 1909 г. в Малом Казённом переулке Москвы был установлен

бывшей Полицейской больницы, где теперь расположен НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков.

В программе фестиваля доктора Гааза, участие в котором было свободным, – уличный праздник и конференция по вопросам инклюзии, спорт и

праздник без границ для людей, в том числе с инвалидностью.

Фестиваль предложил неправительственным организациям и представителям Москвы платформу для открытого диалога о перспективах сотрудничества. Многогранная программа мероприятия – результат совместной

## Память

# Спешите делать добро!

## «Святой доктор» возвращается к нам



Таким доктора Гааза изобразил художник, его современник

бюст Ф.Гааза работы скульптора заслуженного деятеля искусств РСФСР Н.Андреева. Денег за свою работу Николай Андреевич не взял. На бюсте высекли слова апостола Павла, которые Гааз считал своим девизом: «Спешите делать добро!». Его и сейчас можно увидеть во дворе

развлекательная программа, блошинный рынок с детскими вещами, немецкая кухня и другие мероприятия. Крупнейшие некоммерческие организации и компании рассказали о своей деятельности и перспективах сотрудничества, провели мастер-классы и устроили настоящий

работы почти 50 организаций-партнёров: от официальных ведомств до театров, музыкальных коллективов и многочисленных неправительственных организаций, а также представителей бизнеса.

Анастасия ЩЕГЛОВА,  
внешт. корр. «МГ».

## Былое

# Чудодейственный осёл

## Кульбиты нетрадиционного лечения

**В первые годы XX века весьма опасным конкурентом приазовских врачей вдруг стал самый обыкновенный местный... ишак.**

Случилось так, что кто-то, в шутку ли, всерьёз, объявил некоторые удивительные свойства ежедневного поила одного осла по кличке N. Та кличка ныне забыта.

Этот первооткрыватель твёрдо уверял всех, что, если взять недопитую животным воду и принимать как лекарство, можно исцелиться от ряда человеческих недугов. Причём чудодейственное свойство в лечении принадлежало лишь одному ослу N. из солнечного Мариуполя.

Конечно, в то время в городе содержались самые разные скотинки и птицы. Но именно об осла-чудодее быстро распространилась слава по округе.

За «ослиной водой» стали приходить жители из соседних деревень и даже из тех, что отстояли на расстоянии 30-40 вёрст.

Осёл всегда находился в заметной глубокой задумчивости. Он стоял недвижимым, в подобие камню, мыслями обращённый внутрь себя. Болезненные пациенты весьма терпеливо ждали вблизи его жилища, пока копытный «врач» не возжаждет, сообразно своему природному расписанию. Тогда, по принципам «кто скорее, ловчее» и «не смей спугнуть», обыватели приближались к нему. Они аккуратно подносили к морде «лекаря» ведро с водой. Животное полилось в трепетном безмолвии. Тщательно отслеживали, чтобы осёл не опрокинул посуду и не выпил всё её содержимое до дна. К великому удивлению парнокопытного, неопорожнённое ведро у него забирали.

Спустя некоторое время оставшееся от глупого осла «надышанное» питьё употреблялось людьми как фармацевтическое средство. Немаловажное значение имели первые минуты в его свойствах. И следовало торопиться, пока жидкость была «свежей».

Исцеление происходило самыми разными способами. Кто-то втирал воду в кожу как наружное лекарство. Кто-то, смакуя, пил – как внутреннее. Каждый больной знал, что у него болело, и именно то место старательно лелеял водой.

У осла N. лечились не только простолудины Приазовья. Даже довольно известные в Мариуполе светские люди присылали прислугу за уникальным средством.

Ни хозяин животинки, ни сам осёл никому и никогда не отказывали. Наверное, они оба не были такими уж традиционно

упрямыми, как большинство из прочих их биологических родственников. Также осёл никогда не жаловался на недостаток «частной практики».

Жаль, что история не оставила нам записей о том, как долго прожил на свете целитель N. и сколько конкретно человек было вылечено «надышанной» водой. Хотя в будущем список пациентов, записи с суммами их денежных затрат и само уникальное водособирательное ведро, возможно, кто-то из историков-копателей сможет где-нибудь обнаружить. Всё это вполне можно было бы поместить на стеллажи местного краеведческого или исторического музея.

Татьяна БИРЮКОВА,  
историк, внешт. корр. «МГ».

По материалам  
газеты «Московский листок».

Москва.

## Далёкое-близкое

# Невзирая на личности и в интересах государства

**Весной 1902 г. газета «Московские ведомости» дала интересную информацию о мерах борьбы с весьма распространённым в XVIII столетии заболеванием.**

На протяжении долгого времени в научных центрах Франции и Германии шли горячие споры о заразительности способности туберкулёза. А вот в Испании и Италии этот вопрос задолго до того уже решался на практическом уровне.

Например, были известны случаи, когда в 1750-х годах при правителе Фердинанде VI сжигали мебель и абсолютно все вещи, которые принадлежали любому заболевшему этой опасной болезнью. Как крупные, так и мелкие, что использовались им в быту. Того, кто не исполнял этого строгого предписания, приговаривали к 4-летнему изгнанию из родной страны.

Весьма сурово поступил в 1780 г. испанский правитель Филипп IV с рядовым врачом, который вовремя не объявил властям об обнаруженных у больного признаках туберкулёза. Король повелел заключить провинившегося на 3 года в крепость.

Строгая традиция продолжалась и в более поздние века.

Стала любопытной ситуация, что сложилась у двух известных людей по приезду в Барселону. О ней своим современникам сообщила писательница Жорж Санд, сопровождавшая в гастрольных поездках Фредерика Шопена.

В барселонской гостинице, где этой паре пришлось переночевать, к оплате был предъявлен удививший её счёт. Больному чахоткой Шопену и его спутнице была расписана немалая сумма за пользование самим номером и... за стоимость кровати, на которой спал композитор. Тогда, по закону, спальное место заразного подлежало сожжению. Гастролёрам оспаривать требования было бессмысленно.

Весть о болезни Шопена очень быстро распространилась по всей стране. И везде, где бы Шопен и Санд ни останавливались, их встречали как зачумлённых. Принимались самые разные меры безопасности.

Надо сказать, что в отношении активного противостояния возможной широкой эпидемии Испания шла впереди всех европейских стран.

Елена ЗАХАРОВА.

На литературный конкурс

# Закулисная история, или Новый аттракцион

Евгений СЕЛЕЗНЁВ



За кулисы выскакивает взмохше-вздохмаченный, тяжело дышащий конферансье. Навстречу ему неторопливой походкой движется артист Спиридон Капусткин, держащий подмышкой аквариум.

— Да вы что, Спиридон Спиридонович?! Что вы делаете? — всплещивает руками конферансье. — Куда это вы запропастились? Куда исчезли? Я тут чуть ли не за пол-отделения отдуваюсь, за вас, а вы, а вы, извольте видеть, рыбками тут решили заняться?

— Не тут, я же ими ещё дома начал... — как бы оправдываясь, невозмутимо сообщает артист.

— Нашли чем заниматься! — не перестав бушевать конферансье. — Вы ведь уже вышли из этого возраста!

— Ну как же, выйдешь тут из него... — бурчит в ответ артист.

Конферансье окидывает его удивлённым и даже подозрительным взглядом, а потом, несколько успокоиваясь, иронически восклицает:

— Нет, это же надо! Другие кошек заводят или даже собак, а кое-кто так вообще медведей или, на худой конец, львов. А он, видите ли, рыбок...

— Да я хотел, только не достал, — говорит артист Капусткин.

— Это кого? — непонимающе вперяет в него свой взгляд конферансье.

— Так ведь льва.

— Льва? Это какого же?

— Это — морского, — разъясняет Капусткин. — Тем более они, львы эти, сейчас по цене неплохого катера, морского...

Конферансье делает неожиданную паузу, явно пытаясь понять — не разыгрывает ли его собеседник, а затем осведомляется:

— Ну почему, почему обязательно морского?

— Так ведь сухопутный в моей комнате жить не сможет, — опечалившись, сообщает артист. — В ней же даже в засуху потолки текут.

— Во как... Ну предположим... — несколько терется конферансье.

— Но почему... почему тогда вы этот свой аквариум не оставили дома? Сюда-то вы его зачем притащили?

Здесь у него даже горло перехватывает от возмущения, но тут же на выручку ему приходит профессиональный навык:

— Вы бы, вообще-то, лучше всего тогда бы птицу какую-нибудь себе завели.

— Птицу? Это какую?

— Это водоплавающую.

— Да вы что?! — ужасается артист Капусткин. — Мне и так даже рыбок этих жалко, вон какие дожди пошли, ливни да и только! И птицы эти ваши водоплавающие мне не нужны. Шумят они очень. Почти как верхние мои соседи или как вы, простите, на сцене.

Конферансье удивлённо хмыкает, а ласково обнимающий свой аквариум артист Капусткин продолжает разъяснять:

— Нет, с рыбками никакую птицу не сравнишь! Это же милейшие существа! Слова поперёк не скажут! Да что там, мы же друг друга теперь, если надо, уже понимаем без слов! Вот это — настоящие друзья! Не то что некоторые...

— Кого это вы сейчас имеете в виду? — вспыхивает конферансье.

— Да хотя бы тех, что обещали помочь улучшить мои жилищно-бытовые условия, — лаская аквариум, разъясняет артист Капусткин.

— А я что... я же не директор, — мямлит конферансье, начавший думать о том, как же всё-таки это сложно теперь быть не только членом этого циркового коллектива, но ещё и главным акционером всего этого цирка, а также о том, что при нынешнем кризисе уже как-то не до таких шуток, как одаривание артистов отдельными квартирами, тем более что сейчас всё-таки ему уже, пожалуй, нужно выходить на арену и заполнять собою перерыв...

Но тут артист Капусткин, оттолкнув конферансье, решительным шагом сам отправляется на встречу со зрителями — дарить им радость общения с удивительным миром искусства, жертвами которого не должны быть эти милые зрители, заплатившие свои немалые деньги, чтобы посмотреть премьеру нового удивительного, волшебного аттракциона «Говорящие золотые рыбки».

Московская область.

Умные мысли

Евгений ТАРАСОВ

# Извлечения из «небольшой медицинской энциклопедии»

Лысына — часть головы, вышедшая в свет.

Лор-врач — специалист, соображающий за троих.

Массаж — лечебное рукоприкладство.

Мозговые извилины — ловушки для мыслей.

Наркоз — отключатель от мира сего.

Насморк — начихательное отношение к простуде.

Наркоман — человек, накалявающий свою жизнь.

Ожирение — диагноз, о котором даже неспециалист может говорить с полной уверенностью.

Оптимизм — лучший вариант защиты от большинства заболеваний.

Параноик — сумасшедший, стремящийся вставлять дирижёрскую палочку в колесо истории.

Патологоанатом — врач, неспособный задеть за живое.

Пессимист — человек, который, даже будучи счастливым, не верит, что ему хорошо.

Психиатр — специалист, ставящий диагнозы с ног на голову.

Реаниматолог — специалист, пытающийся закрывать двери в «лучший из миров».

Ринит — болезнь, заставляющая нас чихать на всё.

Роддом — медучреждение, где мы выходим в люди.

Самоубийца — эгоист, стремящийся вне очереди попасть в «лучший из миров».

Симулянт — человек, стремящийся получить больничный «за здорово живёшь».

Старость — возрастное состояние, когда время уже не летит, а калечит.

Стенокардия — жаба, пригретая на груди.

Стоматолог — вооружённый до чужих зубов терапевт.

Терапевт — врач, лезущий в глубокие «земные» дела пациентов.

Страсть — результат победы гормонов над разумом.

Телепат — провидец, способный читать даже ещё не возникшие мысли другого человека.

Табак — средство для выкуривания из человека здоровья.

Трезвенник — человек, который если и поднимает бокалы, так только на недосыгаемую для себя высоту.

Холестериновая бляшка — трудовая мозоль кровеносного сосуда.

Экставерт — человек, всегда способный вывернуться наизнанку.

Энурез — патология мочевыводящих путей со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Москва.

## СКАНВОРД

Древнее ударное оружие	Япон. блюдо	Спорт. лодка	Римантин	Щелочной металл	Благотворительный	Скобка (муз.)	Живёт в Батуми	"Ноты и ...", Пикассо	Вишнева	Ускоряет рост мышц	Корабль (архит.)	Солдат при офицере	Портрет Ярошенко	Пещера	Отец Фенiksa
Остров, Эстония	Ткань, клетки														
				Тропич. плод, дерево	Кинем. вяз-кость	Мометазон	Итоприд					"Дочь мадам ...", Лекко			
Животное с хоботом	Округа, Русь	Нем. лютнист и композитор				Конструктор оружия	Утка			Важный этап в развитии			Волосы свиньи	Собака	
				Отец Тантала			Индийский писатель				Жена раджи	Футляр, пистолет			
Швейц. ботаник, анатом	Пруж. женные весы	Столица Доминики		"Обнажённая ...", Гойя			"... и Лоллий", Прокофьев								
				Н. Дурова, повесть			"Палата №6", перс.								
Автор Валерий Шаршуков	Физик ... Борн				Деньги, Бангладеш		Так как (стар.)								

**К** **З** **А** **У** **М** **Ь** **С** **К** **И** **Н** **О** **Р** **Е** **Н**  
**Е** **М** **В** **А** **А** **Я** **Б** **Н** **О** **Б** **Е** **Н** **А** **О** **Е** **А**  
**П** **Б** **Ю** **С** **Т** **З** **Е** **Р** **Н** **О** **О** **Г** **И** **Д** **Р** **А** **З** **Б**  
**П** **А** **М** **А** **Ч** **А** **С** **Ы** **Ю** **Р** **А** **Д** **А** **М** **Е** **С** **Д** **Л** **А** **П** **А**  
**Р** **В** **Р** **Е** **Д** **К** **И** **С** **Т** **А** **И** **Р** **Г** **А** **Л** **Е** **Н** **И** **Т**  
**А** **Р** **Ф** **А** **Т** **О** **Т** **М** **Ц** **С** **М** **О** **Ц** **И** **О** **Н** **М** **А** **К** **И**  
**О** **К** **Р** **Е** **П** **А** **А** **Р** **К** **Т** **У** **Р**  
**А** **Р** **М** **И** **Я** **И** **Г** **О** **Р** **И** **О** **П** **Е**  
**Т** **О** **Р** **О** **Н** **Г** **О** **А** **С** **Т** **Р** **А** **Л**

**Ответы на сканворд, опубликованный в № 72 от 27.09.2017.**