

Работают мастера

Первая бескровная

Смертельно опасное заболевание ушло в прошлое



В Челябинской областной клинической больнице впервые проведена операция по эндоваскулярному протезированию грудной аорты. До недавних пор пациент Анатолий Алексеенко в свои 64 года даже не подозревал о страшной опасности, которая поселилась в его организме. Проблему обнаружили случайно, когда мужчина попал в больницу с воспалением лёгких.

Суть операции заключалась в том, чтобы изолировать участок, повреждённый аневризмой, исключить его из кровотока с помощью стент-графта – устройства, состоящего из саморасширяющегося металлического каркаса и тканого материала, нашитого на звенья каркаса. Этот эндопротез установлен на специальной системе доставки, которая позволяет имплантировать его через минимальный надрез в области паховой складки в место локализации аневризмы.

Здесь стараются делать всё во благо пациента

Малоинвазивные технологии активно внедряются в работу всех хирургических центров и отделений больницы. Эндоваскулярными методами лечения пользуются нейро-, рентгено- и абдоминальные хирурги. В отделении сосудистой хирургии эндоваскулярное протезирование брюшного отдела аорты давно стало привычной процедурой. Сейчас впервые такая бескровная операция проведена на грудном отделе.

«В нашей больнице всё делается во благо пациента, и его интересы ставятся на первое место, – говорит руководитель центра сердечно-сосудистой хирургии областной больницы Владимир Владимировский. – Благодаря активной поддержке со стороны больницы администрации у нас постоянно появляются новые возможности. Эта технология хороша тем, что подходит даже пациентам из группы риска – возрастным или отягощённым сопутствующими патологиями».

Эндопротезирование аорты является наиболее современным, эффективным и безопасным методом лечения смертельно опасного заболевания. К тому же эндоваскулярная операция по внедрению стента проходит быстрее традиционной в разы. Вместо 1,5-2 часов пациент проводит на операционном столе от 20 до 60 минут. А через 2-3 дня уже готовится к выписке и уходит из больницы здоровым человеком.

Специалисты признаются, что сегодня около 200 жителей Южного Урала носят в себе такую проблему, вот только выявить их чрезвычайно сложно – многие относятся к своему здоровью несерьёзно и пройти элементарное обследование не торопятся. Поэтому 80% аневризм выявляются случайно.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.



Александр ГРИЦКЕВИЧ,
старший научный сотрудник
Института хирургии
им. А.В.Вишневского,
кандидат медицинских наук:

Мы накопили большой успешный опыт таких хирургических вмешательств, но даже для нас это оказался один из самых тяжёлых в практике случаев.

Стр. 10



Григорий АРУТЮНОВ,
главный терапевт Департамента
здравоохранения Москвы,
член-корреспондент РАН:

Формальное отношение к пациентам – бич нашей медицины.

Стр. 11



Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук:

Исследование здоровьесберегающего и рискованного поведения требует междисциплинарного подхода и особенно тщательного изучения ценностно-смысловых аспектов.

Стр. 12

Профилактика

Прежде всего — предупредить

Всемирный день памяти жертв СПИДа в столице Республики Дагестан, отметили масштабным мероприятием. В этот день работали площадки здо-

В рамках акции медики приглашали горожан сдать кровь, чтобы определить свой ВИЧ-статус. Для этого на территории парка установили выездную лабораторию. Процедура была анонимной и занимала не более 15 минут.

Затем в знак скорби и памяти о миллионах пострадавших от этого недуга студенты, волонтеры и все желающие запустили в небо воздушные шары красного и белого цвета.

Важно напомнить, что Дагестан – один из первых регионов, который присоединился к Всероссийской акции «СТОП ВИЧ/СПИД».

В её рамках специалисты Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом провели целый комплекс мероприятий: флешмобы, информационно-просветительскую работу с населением, в особенности с молодёжью, лекции на тему профилактики ВИЧ-инфекции.

Мероприятия проходили при поддержке Минздрава республики. По словам главного врача центра Абдуллы Абдуллаева, подобные акции должны помочь решить широкий круг задач в области профилактики ВИЧ-инфекции в образовательной среде, дать необходимую информацию детям и молодёжи о том, как противостоять распространению ВИЧ-инфекции.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Инициатива

Обучили таксистов

Обучающий семинар по оказанию первой медицинской помощи прошёл в конференц-зале амбулаторно-поликлинического отделения многопрофильного клинического медицинского центра Тюмени. На нём собралось около 100 водителей одной из компаний тюменских такси.

«Тема оказания первой помощи не совсем наша, но всё-таки мы – врачи и можем помочь, если к нам обра-

щаются. Этот семинар провели с удовольствием и рады, что вопросы безопасности и сохранения здоровья пассажиров стоят у таксистов на первом месте. Мы рады за то, чтобы среди населения повышался уровень компетенции в вопросах медицины», – рассказал Владимир Елишев, заместитель главного врача центра, главный радиотерапевт Тюменской области.

Сначала водителям показали обучающий видеоролик, подробно

объясняющий основные правила поведения во время чрезвычайной ситуации. После этого реаниматологи показали, как правильно выполнять сердечно-лёгочную реанимацию. У водителей была возможность попробовать сделать это самим с помощью специального манекена. Семинар прошёл активно, участники задавали много вопросов.

Елена ЛЕУШИНА,
внешт. корр. «МГ».

Тюмень.

Аренда УЗИ-сканера экспертного класса
Voluson 730 Expert
производитель General Electric


МЕДИЦИНСКАЯ
МЕТРОЛОГИЯ

Стоимость аренды
на 1 месяц
60 000 руб

В комплекте 3 датчика: линейный, конвексный, внутриматочный 4Д

+7 495 609 66 89
info@medmetr.ru

Новости

Оделись в красное

В Барнауле при поддержке Алтайского краевого кардиологического диспансера открылась фотовыставка «Оденься в красное!», приуроченная к проведению кардиологической конференции «Молодой пациент. Риски развития сердечно-сосудистой патологии».

Фотовыставка, инициированная Российским кардиологическим обществом, ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, является частью социально-образовательной программы по профилактике рисков сердечно-сосудистых заболеваний «Пульс жизни».

Выставка уже побывала в Архангельске, Краснодаре, Новосибирске, Москве, Ростове-на-Дону, Самаре, Санкт-Петербурге и Сыктывкаре.

На краевой кардиологической конференции, в которой приняли участие кардиологи, кардиохирурги, терапевты, неврологи медицинских учреждений Алтайского края, специалисты регионального Минздрава, шла речь о том, что сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться самой актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира и России.

Доклады о новых методиках профилактики, лечения и диагностики сделали ведущие специалисты края и их коллеги из Новосибирска и Томска.

В этот день в крае прошла необычная акция «Красное платье». Те женщины, которые считают нужным заботиться о здоровье сердца, оделись в красное, чтобы привлечь внимание окружающих на данную проблему.

Елена ОСТАПОВА.

Барнаул.

Пища должна быть здоровой

Глава комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова предложила ввести специальный налог для производителей фастфуда. Об этом она заявила в ходе очередного заседания столичного парламента.

«Одними запретами проблему, с моей точки зрения, не решить. Другое дело – введение налогов на фастфуд. На мой взгляд, данную проблему надо решать на федеральном уровне, и мы хотим подать пример остальным регионам, а также обратиться с нашей инициативой в Минздрав России», – сказала Л.Стебенкова.

По мнению депутата, вопрос введения налога для производителей фастфуда должен быть всесторонне изучен. «Поспешных решений принимать не стоит. Ситуацию необходимо проанализировать, обратиться к профильным экспертам. Конечно, в условиях экономического кризиса это может быть воспринято как атака на малый бизнес. Необходимо минимизировать все негативные последствия. Вопрос весьма дискуссионный», – добавила Л.Стебенкова.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

Избежали ампутации

Пострадавшему при взрыве газа 5-летнему ребёнку врачи Калининградской детской областной больницы провели сложнейшую операцию.

Как рассказал лечащий врач ребёнка травматолог отделения ревматологии и ортопедии больницы Андрей Скульбин, ребёнок поступил в тяжёлом состоянии, с множественными травмами, серьёзными переломами, большой кровопотерей: «В экстренном порядке его направили в операционную. Бригада врачей в составе нескольких хирургов-травматологов, анестезиологов-реаниматологов трудилась в течение 3 часов. В результате сложнейшей операции им удалось сохранить мальчику ножку, хотя изначально вопрос стоял об ампутации».

После операции с малышом и его мамой работали психологи. По словам А.Скульбина, ребёнок чувствует себя хорошо, очень общителен. В настоящее время все усилия врачей направлены на полное восстановление и реабилитацию мальчика.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

На любой просвет

В Кемеровскую областную детскую клиническую больницу поступил новый универсальный гастроскоп.

Аппарат, приобретённый за счёт собственных средств больницы, универсален, так как оснащён насадками различного диаметра. Это позволяет обследовать и лечить детей всех возрастов, от периода новорожденности до 18-летия. К другим несомненным плюсам нового оборудования относится его эргономичность, большой угол обзора, чёткость изображения и возможность многократного увеличения исследуемой зоны.

Заведующая эндоскопическим отделением больницы Надежда Лубкова уточнила, что ежегодно в учреждении проводится около тысячи обследований и манипуляций с использованием эндоскопической техники.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

События

Укрепить слабые места
сильного пола

Оренбуржье станет пилотной площадкой для реализации программы «Мужское репродуктивное здоровье и активное социальное долголетие»

Одно из ключевых направлений государственной политики – улучшение демографической ситуации – неразрывно связано с вопросами охраны репродуктивного здоровья. Такая тема актуальна не только для женщин. Вопросы мужского здоровья волнуют специалистов не меньше. Это сказывается на рождаемости, здоровье потомства, семейном благополучии, качестве и продолжительности жизни мужского населения.

В Оренбурге побывали представители головного урологического учреждения – директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина Минздрава России, главный специалист Министерства здравоохранения РФ по репродуктивному здоровью член-корреспондент РАН Олег Аполихин и заведующий отделом развития региональной урологии с группой телемедицины Игорь Шадеркин.

Южноуральский регион выбран в качестве «пробной» территории для реализации социально значимого проекта не случайно.

– Оренбургская область большая, её специфика даёт возможность формирования модели, которую потом можно будет интегрировать в другие субъекты, – отметил О.Аполихин. – Важно, что региональная власть делом доказывает заботу о людях. В Оренбуржье многое в этом направлении уже сделано, так что начинать предстоит не на пустом месте.

Актуальность темы мужского здоровья подтверждают и результаты диспансеризации взрослого населения. Например, в 2016 г. в области выявлено 1230 случаев доброкачественных новообразований и 480 случаев рака мужской репродуктивной сферы.

Вопросы охраны мужского репродуктивного здоровья решают специалисты областного центра охраны здоровья семьи и репро-



Во время подписания меморандума о сотрудничестве (слева направо) О.Аполихин, Ю.Берг и Г.Зольникова

дукции, а также его филиалов на востоке и западе области. Урологическая помощь оказывается в 9 медицинских организациях области. В прошлом году оренбургскими специалистами выполнено более 5 тыс. урологических операций, из них около 90% – малотравматичными эндоскопическими методами.

– Проводимая работа вносит свой вклад в улучшение репродуктивного здоровья оренбуржцев, – комментирует министр здравоохранения Оренбургской области Галина Зольникова. – Однако устойчивое развитие невозможно без изучения и внедрения передового опыта российских коллег, освоения современных технологий, новых подходов в лечении и профилактике. Сотрудничество с ведущей урологической клиникой России позволит поднять работу на качественно новый уровень.

Подписан меморандум о сотрудничестве в сфере охраны мужского репродуктивного здоровья и активного социального долголетия между органом исполнительной власти в сфере здравоохранения

Оренбургской области и НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина. Этому предшествовало обсуждение концепции репродуктивного здоровья с участием представителей региональной власти, заинтересованных ведомств, общественных организаций.

Губернатор Оренбургской области Юрий Берг поручил региональному Минздраву организовать опорные центры по сохранению репродуктивного здоровья в 3 городах – Оренбурге, Орске и Бузулуке. Кроме того, в рамках социального партнёрства с ведущими предприятиями области будут приобретены 3 передвижных комплекса для оценки состояния мужского здоровья. Главам муниципальных образований и главным врачам учреждений здравоохранения Ю.Берг рекомендовал как можно активнее подключиться к предстоящей работе.

Наталья ЧЕПУРГИНА,
внешт. корр. «МГ».
Фото автора.

Оренбург.

Акции

Пора бросить курить

Получить индивидуальные консультации и задать вопросы ведущим столичным психиатрам-наркологам смогли во Всемирный день без табака, 31 мая, москвичи и гости столицы – посетители ВДНХ. Здесь прошла акция «Время бросить курить».

У павильона № 76 все желающие получили рекомендации по отказу от курения и прошли скрининг-диагностику содержания оксида углерода в организме. Кроме того, на выставке работал фотокиоск «Машина времени курильщика», где посетители могли сфотографироваться и получить фото, на котором образ курильщика отражает последствия 10- или даже 20-летней табачной привязанности.

В течение 3 дней специалисты кабинетов по отказу от курения принимали пациентов в центрах здоровья городских поликлиник и диагностических центров. Во

время акции «Запишитесь в кабинет по отказу от курения» все желающие смогли проконсультироваться, как избавиться от вредной привычки.

При поддержке Департамента здравоохранения Москвы прошла XVII Московская городская научно-практическая конференция, посвящённая профилактике табакокурения.

В день открытых дверей, проведённый в центрах здоровья, жители столицы смогли проконсультироваться у терапевтов и пульмонологов, проверить уровень сахара и холестерина, показатели лёгких, определить концентрацию оксида углерода в выдохе и количество кислорода в крови.

Как сообщили «МГ» в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в I квартале этого года по итогам проверок должностными лицами Роспотребнадзора за нарушения требований законодательства в

области охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака было привлечено к административной ответственности 2052 правонарушителя. В их числе – 212 юридических лиц.

Общая сумма назначенных административных штрафов превысила 15,4 млн руб.

Всего с 15 ноября 2013 г. (за период действия норм об ответственности за нарушения требований законодательства в области охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака) Роспотребнадзор привлёк к ответственности 54 тыс. правонарушителей, включая более 6,2 тыс. юридических лиц.

Тема дня – «Табак – угроза для развития».

Анастасия ЩЕГЛОВА.
МИА Cito!

Ситуация

Повысить эффективность вакцинации

Россия занимает лишь 90-е место в мире по финансированию здравоохранения, в то время как по уровню экономического развития наша страна находится на 43-м, а по реальным доходам – на 50-м месте.

Эти цифры озвучил на «круглом столе» «Российская программа иммунизации: вызовы, возможности, перспективы» заведующий кафедрой экономической теории и практики Российской академии народного хозяйства и государственной службы академик РАН Абел Аганбегян. «Мы не бедная страна. Очень важно понять, что средства, которые выделяются здравоохранению, это никакая не благотворительность, – заметил он. – Это производительное дело,

потому что государство реально теряет экономический потенциал, если люди умирают. Мы до сих пор не понимаем, что есть цена жизни, и везде её знают, кроме России».

На заседании был анонсирован исследовательский проект, нацеленный на повышение эффективности национальной системы вакцинации населения, инициированный Российской академией народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, итоговые результаты которого будут представлены в начале 2018 г.

Необходимо совершенствовать, в частности, принципы регулирования цен на вакцины, поскольку это особая категория лекарственных средств, дающая долгосрочный эффект, полагает начальник Управления контроля социальной сферы

и торговли Федеральной антимонопольной службы России Тимофей Нижегородцев. По его словам, беспокойство вызывает ситуация, когда отечественным заводам коммерчески невыгодно производить вакцины.

Участники дискуссии единодушно поддержали необходимость проведения комплексного исследования по оценке эффекта вакцинации. Национальную программу вакцинации нужно развивать и совершенствовать, и государству в ближайшие годы следует уделить этому вопросу повышенное внимание, – к такому выводу пришли эксперты-участники «круглого стола», который прошёл в рамках дискуссионной площадки «Эффективное здравоохранение».

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

Ориентир

Наступление на болезни: этап за этапом

В Республике Тыва за минувший год смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 2%, что превысило ожидаемый результат. Но, по мнению главного сердечно-сосудистого хирурга Минздрава Тувы, руководителя Республиканского сосудистого центра России Кужугета, достигнутые успехи не являются поводом для самоуспокоения медицинских работников.

На конференции с участием специалистов городского и сельского здравоохранения руководитель РСЦ призвал коллег усилить взаимодействие с кабинетом дистанционного ЭКГ-консультирования, который работает на базе регионального сосудистого центра. Причём это взаимодействие не только количественное, но и качественное. Так, в течение прошлого года было принято более 12 тыс. ЭКГ из региональных больниц,

из них с подозрением на острый коронарный синдром у пациента – 230. Благодаря своевременной консультативной помощи кардиологов РСЦ все больные с высоким риском сердечной катастрофы были своевременно госпитализированы в стационары.

Следующим этапом, считает главный сердечно-сосудистый хирург Тувы, необходимо оснастить аппаратами для дистанционной передачи ЭКГ-записей все фельдшерско-акушерские пункты региона. Это позволит определить дальнейшую тактику в отношении больного с острым коронарным синдромом, в частности проведение тромболитической терапии, что обеспечит возможность больному дожить до госпитализации в региональный сосудистый центр, где ему будет выполнена диагностическая коронарография и операция стентирования коронарных артерий.

Следует отметить, что помимо системы дистанционного ЭКГ-

консультирования в Республиканском сосудистом центре с недавнего времени организован телемост, соединяющий центр с лечебными учреждениями регионов. Р.Кужугет призвал руководителей больниц и медицинских центров активнее использовать возможности, представленные телемедицинскими технологиями, для консультирования по поводу тактики ведения больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

А в ближайшем времени в регионе ожидают начала работы санитарной авиации. В Минздраве Тувы сообщают, что вопрос о медицинском вертолёте для экстренной доставки пациентов из сельских районов в Кызыл и оказания им специализированной помощи уже решён.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Статистика

Разные мысли вокруг профессии врача

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение врачей в 40 регионах России о популярности их профессии.

Только 17% врачей видят рост интереса к своей профессии, 63% не замечают никаких изменений и 20% считают, что интерес падает. При этом в зависимости от специализации это соотношение заметно меняется: среди урологов рост интереса к профессии отметили 28% опрошенных, среди остальных специальностей – не более 10-15%. В то же время среди урологов выше и доля тех, кто считает, что интерес падает, – 26% против 12-19% среди других специальностей.

Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT, поясняет: «Распределение ответов о росте интереса к профессии, на наш взгляд, представляет текущее состояние

системы. Оптимистичные и пессимистичные настроения – полярные группы. Их размер демонстрирует степень расслоения в медицинском сообществе. Чем стабильнее ситуация, тем больше нейтрально настроенная группа и тем меньше процент полярных групп.

Есть и региональные различия: в Москве доля полярно настроенных докторов (отметили повышение или снижение интереса) ниже, чем в других городах. Большинство (76%) считает, что ситуация стабильная. В регионах – лишь 56%.

«Условия, в которых оказались разные доктора, сильно различаются. В Москве ситуация лучше – процент полярных групп низкий (24%). В регионах процент полярных групп в два раза выше – 44%», – комментирует К.Медведева.

Никаких различий во мнении в зависимости от типа клиники, в которой доктора работают (муници-

пальная, ведомственная, частная, федеральная), не отмечено.

Врачи, которые считают, что интерес растёт, объясняют это ростом зарплат – 19%, престижем профессии – 18%, желанием помогать людям – 11%, популяризацией профессии в СМИ – 8%, стабильностью – 7%, развитием медицины и технологий – 3% и другими причинами.

Те, кто отметил снижение интереса к профессии, объясняют это противоположными фактами: маленькими зарплатами – 51%, большой нагрузкой – 16%, тем, что врачей стали считать обслуживающим персоналом, – 10%.

В опросе приняли участие 415 докторов (урологи, хирурги-ортопеды, эндокринологи, ревматологи) в 40 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Назначение

Директор стал президентом

Директор НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы – главный столичный трансплантолог академик РАН Могели Хубутия – освобождён от своей должности и назначен на пост президента ранее возглавляемого им медучреждения.

Об этом сообщил руководитель высшего отраслевого столичного ведомства Алексей Хрипун на встрече с трудовым коллективом «Склифа». Исполняющим обязанности директора института им.

Н.В.Склифосовского назначен Сергей Петриков – профессор-нейрореаниматолог, заместитель директора института по научной работе и руководитель регионального сосудистого центра.

Академик М.Хубутия возглавлял НИИ им. Н.В.Склифосовского на протяжении 11 лет. Стоит отметить, что сегодня «президентский статус» имеют несколько заслуженных руководителей медучреждений Москвы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Из медицины – в политику и обратно

В Республике Хакасия новый министр здравоохранения. Им назначен Владимир Костюш – заслуженный врач РФ, опытный организатор здравоохранения и не менее опытный политик.

В.Костюшу 59 лет. С 1997 по 2013 г. он руководил Республиканской клинической больницей им. Г.Я.Ремишевской, совмещая эту работу с активной общественной и политической деятельностью: пять раз он избирался депутатом Верховного Совета Республики Хакасия. В сентябре 2013 г. Владимир Фёдорович был избран председателем комитета Верховного Совета Республики Хакасия по здравоохранению и социальной политике, вслед за чем оставил работу в больнице, сосредоточившись на законотворчестве.

Однако прошло совсем немного времени, и Виктор Зимин предложил В.Костюшу вернуться в больницу на прежнюю должность. После череды неудачных назначений новых главных врачей Республиканской больницы оказалось, что заменить В.Костюша некем. Это произошло в конце марта 2017 г. И вдруг – новое решение главы региона.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Санитарная зона

Клещи не дают расслабиться



На территории Прииртышья с начала эпидсезона за медицинской помощью с жалобами на присасывание клещей обратились 830 человек.

Однако больные инфекциями, передающимися клещами, сообщили в Управлении Роспотребнадзора по Омской области, среди пострадавших не зарегистрированы. Кроме того, заявляют в ведомстве, количество нападений «ползающих кровопийц» в этом году ниже, чем за аналогичный период прошлого года.

Сравнительно низкую активность клещей эпидемиологи объясняют неустойчивой погодой: временное потепление тут же сменяется похолоданием. А иксодовые клещи комфортно чувствуют себя при температуре +15-20°C. По состоянию на середину мая, в лабораториях исследовано 648 клещей. Удельный вес заражённых вирусом клещевого энцефалита составил 1,2%, боррелиями – 6,5%, эрлихиями – 0,25%.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В Москве закончил работу II Всероссийский конгресс по геронтологии и гериатрии. Это ежегодное, только недавно начавшее свою жизнь мероприятие, знаковое для здравоохранения России. Конгресс был посвящён вопросам изучения старения, профилактики и лечения возраст-ассоциированных заболеваний. Не только в нашей стране, но и во всём мире растёт сегодня число пожилых людей, и охрана их здоровья требует к себе особого внимания. Правительство Российской Федерации в условиях растущей продолжительности жизни граждан всё серьёзней относится к жизни старшего поколения, о чём свидетельствуют изменения, произошедшие в последние годы при решении вопросов о месте пожилых в обществе, их медицинском обслуживании.

Отличительная черта конгресса – широкое международное участие. Научная программа его была разработана при поддержке Общества гериатрической медицины Евросоюза, активном участии Международного общества сосудистого здоровья и старения. Обсуждался широкий круг вопросов – опыт организации гериатрической службы, профилактики, диагностики и лечения людей пожилого возраста, научные и клинические проблемы, роль сестринской помощи в гериатрии, деятельности общественных организаций и др. В работе конгресса приняли участие ведущие специалисты из Франции, Великобритании, Японии, Израиля, Нидерландов, представители фундаментальной академической и вузовской науки, главные специалисты-гериатры регионов России, практические врачи, медицинские сёстры, социальные работники.

Старение создаёт наше будущее

Забота о пожилых – это требование времени. Так, открывая конгресс, начала своё выступление заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Елизавета Сафронова.

– Один из важных вопросов сегодняшнего дня – увеличение продолжительности жизни, повышение её уровня и качества среди людей старшего возраста, – отметила она. – На вызовы нашего общества следует ответить развитием гериатрической службы. Для этого необходимо сотрудничество всех заинтересованных органов разных уровней, представителей профессиональных медицинских кругов, общественных организаций. Важно создание единой службы гериатрии, объединяющей всех медиков. Нам предстоит усилить подготовку кадров по гериатрии, её основами должны владеть врачи всех основных специальностей, все медицинские работники. Особое внимание следует уделить подготовке врачей первичного звена, медицинских сестёр. Очень важен для нас международный опыт. В 2016 г. Россия одна из первых по предложению ООН приняла Стратегию по здоровому образу жизни, которая касается и людей старшего поколения.

Выступающая выразила уверенность в том, что в ходе конгресса будут приняты необходимые документы, способствующие дальнейшему совершенствованию службы, включающие достижения отечественного здравоохранения.

В настоящее время мировое сообщество встревожено последствиями «демографического постарения», волной прокатившейся в XX столетии по всем странам. Однако эти тревоги основаны на ошибочном понимании роли старения в эволюции человека и живой материи в целом, так считает один из наших ведущих геронтологов академик РАН Владимир Шабалин.

– Объективно произошло и происходит не демографическое старение, а совершенно противоположный процесс – демографическое омоложение, – утверждает академик. – Действительно, средняя продолжительность жизни человека увеличилась, но при этом он биологически помолодел. Так, если в XVII–XVIII веках 40-летний человек был уже глубоким стариком (перелистайте сонеты Шекспира и другие литературные шедевры), то в настоящее время 45 лет – это верхняя граница молодого возраста. Так как же мы можем называть такое положение демографическим постарением? Эволюция нам сделала великий подарок, она не просто продлила срок нашей жизни,

Деловые встречи

Племя пожилое и малознакомое

Международное сообщество обсудило подходы к лечению старшего поколения

а продлила его за счёт наиболее активного её периода. Вместе с тем старение всегда огорчает нас и воспринимается нами только как отрицательный фактор. Дело в том, что жизнь не может протекать без старения, это наиболее фундаментальный биологический процесс, который определяет все остальные категории онтогенетической трансформации живого существа. Глобальность проблемы состоит в том, что стареет не только индивид и не только биологический вид, а вся биосфера в целом. Ныне эволюция работает только над качественным преобразованием структуры живой материи. Но создание структур более высокого уровня невозможно без ликвидации менее совершенных форм. Такое преобразование может происходить только с помощью механизмов старения и смерти. Биосфера является единой живой системой, огромным «плавающим» котлом. Смерть есть момент слияния человека с праосновой бытия, где ни один элемент человеческого тела не исчезает, эволюция рождает из них новые, более совершенные организмы. Вот почему к старению надо относиться с большим почтением, именно оно создаёт наше будущее, – заключил В.Шабалин.

С особым вниманием были заслушаны мнения зарубежных участников, опыт которых не только интересен, но и оказался полезен для всех. Сопредседатель организационного комитета конгресса, президент Международного общества сосудистого здоровья и старения, академический директор Общества гериатрической медицины Евросоюза Атанас Бенетос, поделился своим опытом, дал реальную оценку того, что увидел и с чем познакомился в России.

– Все говорят, что постарение населения – проблема. Это неверно, наоборот, продление жизни людей наш общий успех, успех всей цивилизации и общества, это то, к чему мы все сами стремимся для себя, наших родственников, детей, друзей, – сказал он. – Встаёт вопрос, а как общество реагирует на это, как можно извлечь пользу от того, что у нас всё больше пожилых живут и сохраняют свою активность, несмотря на возраст. В этом мы видим серьёзную задачу, которую должны решать. Врачи обязаны ответить на вопрос, как люди стареют, как мы можем улучшить с медицинской точки зрения их состояние и помочь бороться с потерей их самостоятельности, с зависимостью от посторонних, как можно способствовать сохранению их функций, несмотря на годы. На меня произвело большое впечатление выступление (имеется в виду выступление академика В.Шабалина. – В.З.), в котором говорится, что старение – это не заболевание, а этап эволюции, и надо это понимать. Основной критерий оценки цивилизации в том, как общество относится к пожилым. Я убежден, что у вас хорошее отношение к этому вопросу, и вы хотите и дальше развивать геронтологию и гериатрическую помощь.

Вместе мы сделаем ещё больше

Одним из признаков того, что отношение к здоровью старшего

поколения в нашей стране стало меняться, является появление в Министерстве здравоохранения РФ должности главного гериатра. Это важнейшее решение уже показало свою целесообразность, служба в последнее время совершенствуется. Вот что отметила в своём выступлении главный гериатр Минздрава России, руководитель Научно-клинического центра геронтологии и гериатрии профессор Ольга Ткачёва:

должны наблюдать. Но что ещё пациенту нужно? Человек падает, у него недержание мочи, за ним плохой уход и мы, врачи, поняли, что ему не хватает сочувствия, и перешли на иной этап: предложили такое лечебное средство, как сочувствие, дружелюбие. Как работать с такими пациентами – у нас их 5 млн человек, какую систему разработать, которая сможет помочь? Мы создали специ-

верженец второго утверждения, но, признаюсь, на самом деле никто не знает, где правда, а она, видимо, посередине.

Запрограммированность этапа нашей жизни – факт довольно грустный, это постепенное ослабление жизненных функций, ведущее с возрастом к росту смертности. Но бессмертие в природе существует. Доказать это можно на примере голого землекопа,



– Тема нашего конгресса – изучение старения, профилактика и лечение возрастных заболеваний. Гериатрия ещё очень молода, но она развивается, нам в этом помогает международное сотрудничество – это хорошая школа. В работе конгресса участвуют не только врачи, но и медицинские сёстры, социальные работники. На сегодня у нас уже есть 20 кафедр, где готовят гериатров и геронтологов, но гериатрами работают не более 300 докторов. Мы постепенно движемся вперёд, уже сформирована «дорожная карта». К 2020 г. планируем укомплектовать гериатрическую службу, разработан документ, который определяет круг обязанностей сотрудников. Надо понимать, что финансирование лечения пожилого пациента гораздо сложнее и затратнее, чем молодого, вот почему так важна профилактика, а также координация действий, междисциплинарное взаимодействие как внутри здравоохранения, так и между разными ведомствами. В течение последнего года выпущено много необходимых документов и клинических рекомендаций по лечению возрастных пациентов, многие документы ещё предстоит разработать. Наш конгресс – очередной шаг вперёд, в нём принимают участие эксперты мирового уровня. Всем нам необходимо помнить, что «Активное долголетие» – программа, которую надо исполнять. Присоединяйтесь, вместе мы сделаем ещё больше.

Своё выступление о гериатрической помощи в Великобритании Ч.Раджжумар начал с вопроса к аудитории, а если у пожилого человека не одно заболевание, например, гипертония или диабет, а одновременно три? Ведь нередко врачи в таком случае говорят «это не наш пациент» и посылают его из одной службы в другую, и так продолжается до тех пор, пока человек отказывается вообще от всех услуг. Однажды мне женщина, которая уже не знала, что ей делать, сказала: «Верните мне мою жизнь». Надо помнить, продолжил геронтолог, что и с памятью у этих людей тоже плохо. Поскольку мы Королевская клиника, у нас коек намного меньше, и больной пребывает в клинике 8 дней, но на деле 7–8 дней – это ничто, если у пациента старческое слабоумие, и слабость, и хрупкость костей, помочь ему за это время сложно, за пожилыми людьми гериатры

альную «скорую помощь», которая доставляет пациентов в нужный стационар, где есть все службы. Гериатры вроде бы немного могут сделать, но новая модель ухода за пожилыми, при которой есть связь между всеми этапами помощи, когда своевременно проводится профилактика, есть индивидуальный план терапии, холистический подход, внимание, есть и результаты. Приведу такой пример: столетний поезд прекрасно движется по рельсам, почему бы и нам, людям, не следовать этому примеру.

Опыт организации гериатрической помощи во Франции поделился А.Бенетос.

– Цель гериатрической медицины – лечить пожилых людей, у них множество заболеваний, и важна правильная диагностика, определение, какая терапия принесёт больше пользы, а главное – профилактика, – подчеркнул он. – Мы должны знать и помнить о пациенте всё «до и после», включая уход, лечение, первичный приём, индивидуальный уход. Важно наличие хорошо обученного персонала и квалифицированных диетологов, терапевтов, геронтологов. Наша задача – обеспечить качество жизни, а для этого следует устанавливать приоритеты.

Кто они – эволюционные чемпионы?

Имя заведующего кафедрой Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова академика РАН Владимира Скулачёва известно всем, кто занимается проблемами старения и не только. Его разработки давно привлекли внимание зарубежных исследователей, и сегодня он активно работает с ними.

Интересный доклад представил биолог М.Скулачёв, работающий совместно с учёным. Коллектив уже более 10 лет ведёт интересные разработки.

– Мне легко говорить о проблемах старения, точнее о двух взглядах на него – классическом, которого придерживается большинство геронтологов, это «накопление ошибок» в процессе старения, и оппозиционном – что старение это заключительная стадия онтогенеза, что стареет и умирает не просто так, а потому что это финальный этап нашего развития, и мы на это просто запрограммированы, – сказал Максим Скулачёв. – Я при-

приоткрывающего нам секреты долголетия. Эти животные, как и муравьи, пчёлы, живут колониями, что позволяет им выработать колоссальную способность приспособляемости в среде, этот единственный вид в одиночку выжить не может. Самка не может ухаживать за малышами, у неё должны быть солдаты-рабочие. Как ни странно, это даёт огромные эволюционные преимущества. Землекопы – не стареющий вид, они бессмертны и как им это удаётся, – одна из загадок биологии, они являются эволюционными чемпионами. Старение ускоряет эволюцию. Люди тоже эволюционные чемпионы, мы изобрели такое чудо, которое голому землекопу даже не снилось, – технический прогресс, он позволил нам приспособляться к любым условиям среды. Эволюция замедлилась, и нам стареть уже не нужно, это значит, что очень скоро на последней стадии онтогенеза мы исчезнем, просто мы ещё очень молоды – нам всего 40 тыс. лет, а землекопу – 10 млн. Стареть неприятно, но нам уже подарено плюс 25–30 лет жизни.

В заключение выступающий сообщил, что академик В.Скулачёв предложил новый препарат, замедляющий старение (пищевая добавка), – это приоритетное изобретение, которое испытывается сейчас совместно с американскими учёными.

Немало интересных выступлений прозвучало на конгрессе. Доктор Л.Царева из Первوماйского дома-интерната для престарелых и инвалидов Тульской области отметила, что прошло время заняться вопросами возрастных пациентов, хотя надо было сделать это раньше. В зарубежных странах, как мы слышали, хорошая система организации, но у нас тоже есть что почерпнуть, накоплен интересный опыт. За прошедший год психологи оказали 17 тыс. услуг пожилым пациентам, и эти цифры растут, сообщила руководитель московской службы психологической помощи Нина Петроченко. Здесь проводят индивидуальное консультирование, круглосуточно работает анонимный бесплатный телефон доверия.

Многочисленные симпозиумы по гериатрии для врачей разных специальностей, среднего медицинского персонала, специалистов по социальной работе, амбулаторной и паллиативной помощи, реабилитации и долгосрочному уходу, госпитализации на дому – всё это вызвало большой интерес участников. Обсуждались вопросы образования, проходили мастер-классы клиники памяти, состоялась демонстрация симуляционного гериатрического центра, модулей гериатрического кабинета. Тысяча двести участников конгресса, десятки пленарных заседаний, на которых было заслушано более 120 докладов, дискуссии – таков итог этого значимого для специалистов мероприятия. Что ж, надо признать, что пришло время, когда забота о здоровье старшего поколения станет приоритетом для нашего общества.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ».
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Наши коллеги

Высший пилотаж

Его демонстрируют брянские нейрохирурги

В Брянской городской больнице № 1 недавно открыт отвечающий всем требованиям современной медицинской науки перинатальный центр, который после приёма первых пациентов посетили Президент РФ Владимир Путин и министр здравоохранения страны Вероника Скворцова. Своим визитом наши высокие руководители остались довольны. Чем же славится первая больница в Брянске? Прежде всего кадрами. Такими, как в нейрохирургическом отделении. О которых сейчас нельзя не рассказать...

Это отделение создано ещё в середине прошлого века. Насчитывало оно тогда всего 30 коек и было единственным в области. Нынче же здесь 57 коек. Заведует отделением Николай Ершов. Именно Николай Иванович первым в области выполнил шунтирующую операцию при прогрессирующей гидроцефалии, которая, по его словам, стала теперь рутинной. Ему же довелось осваивать и внедрять в практику одним из первых в Центральном федеральном округе такие методы стабилизации позвоночника, которые значительно улучшают качество лечения и резко сокращают сроки пребывания пациентов в стационаре. Не даром же Указом Президента РФ доктор был удостоен звания заслуженного врача РФ. Проявив себя в новой должности толковым и знающим руководителем, Николай Ершов сумел подобрать такой коллектив единомышленников, в котором работает половина докторов с солидным опытом и половина начинающих. Так что есть у кого перенимать опыт и есть кому его передавать. Здесь буквально все специалисты – оперирующие хирурги.

«Кто всерьёз «заболел» нейрохирургией, из неё уже не уходит, – сказал мне при встрече заведующий отделением. – Тем более что современное медицинское оборудование позволяет спасать и очень тяжёлых больных. А ведь оперировать приходится порой и под микроскопом...»



Н. Ершов

В отделении сейчас работают и неизменно показывают высокий класс мастерства 12 нейрохирургов. Буквально на днях, например, молодые специалисты братья Алексей и Александр Христофор провели сложную операцию пожилому пациенту при сосудистой патологии. Они удалили атеросклеротические бляшки в сонных артериях, предупредив таким образом повторный ишемический инсульт. К слову, братья обучались в своё время в Российской медицинской академии последипломного образования. Придя на работу в это нейрохирургическое отделение, занялись операциями на сонных артериях, которые считаются нынче перспективным направлением в нейрохирургии. Прежде подобные оперативные вмешательства проводили сосудистые хирурги, теперь же в связи с увеличением количества таких пациентов включаются и нейрохирурги.

Получив в своё время соответствующую лицензию, первую операцию проводили под руководством заведующего отделением Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского профессора Геннадия Антонова. А потом и сами освоили такие высокотехнологичные вмешательства.

Настоящим виртуозом стал единственный на Брянщине в области нейрохирургии врач высшей категории кандидат медицинских наук Владимир Куфтов.

Уже больше 20 лет он оперирует больных в основном со спинальной патологией и воспалительными заболеваниями позвоночника, травмами головного мозга.

– Недавно, например, прооперировал жительницу Володарского района города по поводу патологического нестабильного перелома третьего поясничного позвонка на фоне остеопороза, – говорит доктор. – При этом основной задачей была надлежащая фиксация позвоночника...

Голос у врача негромкий, говорит вроде бы про обыденные для него вещи, но ведь эта непростая операция длилась несколько часов, потребовав высокого мастерства и немалого напряжения сил. Добавим, что больная вскоре встала на ноги и уже выписалась из стационара.

За год в этом отделении пролечивают больше 2 тыс. пациентов, выполняют около 600 экстренных и плановых оперативных вмешательств. И самых добрых слов заслуживает работа, кроме уже названных, нейрохирургов Николая Корнеевко, Павла Лихваря, Андрея Сибеккина, Павла Пугачевского, Александра Киселёва, Евгения Шейкина, Николая Козырева. Все они успешно применяют в каждодневной работе самые новые технологии, неустанно совершенствуя своё мастерство. Выполняют, например, с помощью «костного цемента» вертебропластику при укреплении повреждённого тела позвончика. И сколько больных, перенёсших серьёзные переломы позвоночника и прочие недуги, до конца дней своих остаются благодарными врачам из отделения нейрохирургии Брянской городской больницы № 1!

...Что ни говори, а работа у докторов «тоньше тонкого». Здесь научились удачно исправлять различные посттравматические дефекты черепа, проводить краниопластику. Порой и самим приходится потом удивляться результатам оперативных вмешательств.

Поступила в отделение, находясь в коме, беременная женщина с сосудистым поражением головного мозга. И хотя в ходе операции пришлось провести родоразрешение, пациентку удалось спасти. Специалисты

говорят, что при такой тяжёлой патологии больные обычно погибают, а тут... Ну, не чудо ли?! Впрочем, работающие в городской больнице № 1 нейрохирурги неизменно стараются поставить на ноги даже практически неоперабельных пациентов.

– Планируем освоить в будущем и оперативные вмешательства при фораминальных стенозах позвоночного канала, – говорят доктора. – Это тоже новинка, однако к освоению её мы готовы...

...Корреспонденту «МГ» показали книгу годовых отчётов. Неуклонно увеличивается перечень показаний, по которым пациентов госпитализируют в отделение. Надо ли особо подчёркивать, что больные уверены в благоприятном исходе лечения?!

Докладывая о своём опыте работы на ежегодных чтениях в Российском научно-исследовательском нейрохирургическом институте им. А.Л.Поленова и различных конференциях, публикуясь в центральных научных медицинских журналах, врачи провели на базе отделения и свою научно-практическую конференцию, пригласив на неё профессора Санкт-Петербургского института травматологии и ортопедии Владимира Усикова. Сделав квалифицированный анализ работы отделения, Владимир Дмитриевич по достоинству оценил вклад брянских специалистов в развитие отечественной нейрохирургии. А постоянные контакты с коллегами из Орла, Калуги, Курска и Смоленска значительно расширяют диапазон познаний, позволяя успешно осваивать новые направления в нейрохирургической практике.

Хирургическая активность здесь достигает 30%. Назвав эту цифру, заведующий отделением тут же отметил слаженную работу специалистов отделения с анестезиологами, без которых, разумеется, никакие оперативные вмешательства стали бы невозможными. Например, Анастасию Левкович приглашают на самые серьёзные операции. Успешно справляются с возложенными на них задачами и другие специалисты отделения анестезиологии и реанимации.

...«Поиск врача бывает так интимен, как поиск мужа-жены, – написал Александр Солженицын в одном из своих произведений. – Но даже жену хорошую легче найти, чем такого же врача».

Такие доктора, поверьте мне, в Брянске есть.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Решения

Московская городская дума приняла закон об изменениях в Единой медицинской информационно-аналитической системе столицы.

В целях
эффективного
взаимодействия

«Данный закон является очень важным. Особенно он актуален для московского региона, поскольку информатизация столичного сегмента отрасли развивается достаточно большими темпами, – отметила председатель комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова. – В целом же закон ориентирован на создание Единой информационной системы на территории РФ. Для нас очень важно взаимодействие с другими субъектами нашей страны. На данный момент, к сожалению, оно отсутствует», – подчеркнула она.

Согласно закону, Правительством РФ утверждается положение о единой системе, в котором определяется её структура, в том числе её федерального и регионального сегментов, порядок взаимодействия единой системы с иными информационными системами, в том числе порядок и сроки предоставления информации в неё (состав которой определён законом) и доступа к ней, а также источники и состав сведений, формирование, обработка, ведение и доступ к которым осуществляется с использованием единой системы.

Закон вводит возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий путём проведения консультаций и консилиумов, обеспечивающих дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента или его законного представителя, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента.

Документом также предусматривается возможность выдачи рецептов на лекарственные препараты, включая рецепты на ЛС, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, справок и рецептов на медицинские изделия в форме электронного документа, что позволит существенно оптимизировать процедуру оформления указанных документов и упростить процедуру получения необходимых лекарственных препаратов.

При этом право выбора пациента формы рецепта не ограничивается. Рецепты, создаваемые в форме электронного документа, будут направляться непосредственно в аптечные организации.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Москва.

Пресс-конференции

Первый, пятилетний, юбилей отметила социальная программа «Больше, чем образование», в рамках которой свыше тысячи российских студентов получили передовые практические знания в области разработки, создания, производства лекарственных препаратов на предприятиях «большой фармы». Они прошли обучение в США, Великобритании, Ирландии, Турции и других странах.

По мнению авторов программы, это весомый вклад в создание нового поколения фармацевтических работников, способных трудиться в современных условиях на существующих российских производствах и создавать новые.

Само название программы подчёркивает главную задачу: важно не только дать человеку образование, но и познакомить с лучшими

Больше, чем образование

Как обучать новое поколение фармацевтических работников

технологиями и организацией работы в компаниях мирового уровня, расширить знания и кругозор.

Юбилейная пресс-конференция, состоявшаяся в Москве, стала местом не только подведения итогов, но и обсуждения сегодняшнего и будущего состояния отечественного высшего фармацевтического образования. Об этом говорили в своих выступлениях ректор Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии, доктор фармацевтических наук, профессор Игорь Наркевич, а также студенты, выпускники,

преподаватели и организаторы программы «Больше, чем образование».

«Программа «Фарма-2020» дала новую жизнь отрасли, – отметил И.Наркевич. – Если 5 лет назад была проблема с базами для учебной практики и трудоустройства выпускников, то сейчас студенты факультета промышленных технологий проходят практику на 36 предприятиях. И, в отличие от сравнительно недавних времён, 95% выпускников работают по специальности».

На мероприятии речь также шла

о том, как международный опыт помогает развивать фарминдустрию в России, зачем компании вкладываются в формирование будущего поколения профессионалов.

Специально для этой встречи одним из создателей программы Галиной Вид была подготовлена обзорная лекция «Как создаются лекарства: от идеи до пациента». Это дало уникальную возможность за 40 минут получить полное представление о процессе создания современных лекарственных препаратов.

Самое главное: на вопрос журналистов «Не грозит ли нам в данном случае «утечка умов?» И.Наркевич ответил: «Мы нацелены на то, чтоб выпускники работали в России».

Его слова подтвердили и те студенты, которые прошли практику за рубежом и продолжают получать образование в академии, и те, кто уже пополнил ряды отечественных специалистов.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Как ни странно, всё ещё продолжает жить миф, что новорождённый, особенно недоношенный, не чувствует боли в силу незрелости нервной системы. А потому порой такие процедуры, как забор крови, катетеризация вен и артерий, смена повязок, проводятся без адекватного обезболивания. Медперсонал не придаёт большого значения профилактике боли у новорождённых. Между тем у недоношенного ребёнка, находящегося в отделении интенсивной терапии, до 30% суточного времени приходится на манипуляции и процедуры.

Ещё сложнее обстоят дела с диагностикой боли у новорождённых, ведь они в отличие от взрослых не могут пожаловаться, рассказать, где и как болит. А поведенческие реакции, вызванные болью, трудно дифференцировать от тех, что обусловлены другими причинами, например температурным дискомфортом. Поэтому боль нередко остаётся невыявленной. Так ли это безобидно и какие способы обезболивания оптимальны для новорождённых, находящихся в отделении интенсивной терапии, — об этом наш разговор с детским анестезиологом-реаниматологом, главным научным сотрудником Национального научного центра здоровья детей, профессором Юлией ЖИРКОВОЙ.



Хочу обратить внимание, что искусственная вентиляция лёгких относится к процедурам, которые сопровождаются болью, и требует обезболивания.

— На одной из конференций прозвучала информация, заинтересовавшая меня, что новорождённому ежедневно проводится огромное количество агрессивных процедур. Дескать, их количество к концу госпитализации достигает чуть ли не 700.

— Подсчитано, что в первый день поступления в отделение интенсивной терапии ребёнок переносит в среднем 20 манипуляций. А в последующие дни — около 10.

— Как минимум сутки. Максимальная боль в первые 24 часа, потом она потихоньку снижается.

При этом нужен индивидуальный подход в подборе анальгетиков. После операции следует оценивать боль каждые 3 часа по выбранной шкале. Потребность в препаратах у всех разная: кому-то они требуются несколько дней, кому-то неделю, а кому-то и полторы.

Американцы проанализировали, какое обезболивание новорождённые, находящиеся в 10 отделениях интенсивной терапии, получают в первые несколько дней после операции. Выяснилось, что 7% детей после боль-

Острая тема

Когда новорождённому больно?..

Интенсивная терапия и шлейф воспоминаний



— Юлия Викторовна, признаться, я в своё время была потрясена, узнав, что долгие годы не только агрессивные манипуляции, но и хирургические операции у новорождённых проводились без анальгезии.

— И это было общемировой практикой. До конца 80-х годов медицинская общественность к вопросам боли у новорождённых относилась достаточно поверхностно, считая, что из-за незрелости нервной системы новорождённые боли не чувствуют или менее чувствительны к ней, чем взрослые. Но исследования показали, что ноцицептивная система начинает закладываться на 6-7-й неделе внутриутробного развития, и к 23-25-й неделе гестации плод способен полноценно ощущать болевую стимуляцию.

Изучение анатомии и физиологии позволило сделать вывод, что ноцицептивная система новорождённого в отличие от взрослого человека имеет свои особенности. Порог боли у новорождённого, особенно у недоношенного, более низкий, более длительная реакция на боль с перехлестом рецепторных полей. Это можно видеть при уколе пятачки для забора крови на анализ. Ребёнок отдёргивает не только одну ногу, но и другую, двигает руками, туловищем и головой, что не характерно для взрослого человека.

У новорождённого, к сожалению, не работает система нисходящего контроля боли, в связи с чем он более чувствителен к боли, чем взрослый, у которого она функционирует.

— Существует мнение, что, даже если новорождённый ребёнок чувствует боль, он её не запомнит, и она не имеет никаких неблагоприятных последствий.

— Действительно, явных воспоминаний у ребёнка нет, но сохраняются воспоминания на уровне нарушений синаптической передачи (то есть не явная память). Сейчас появилось много работ, показывающих, что повторяющаяся, длительная или тяжёлая боль, которую ребёнок испытал в первые недели жизни, чревата неблагоприятными последствиями, как ближайшими, так и отдалёнными.

Боль — это стресс, который вызывает физиологические реакции: повышается частота сердечных сокращений, нарушается вентиляция, изменяется внутригрудное и артериальное давление, может возникнуть спазм сосудов жизненно важных органов, увеличивается риск внутрижелудочковых кровоизлияний, ишемии мозга. Однократная тяжёлая боль, например выполнение операции обрезания крайней плоти, влияет на поведение новорождённого как минимум на ближайшие сутки (у него нарушаются периоды сна, бодрствования, ритм кормления).

Дети, перенёвшие повторные повреждения кожных покровов при заборе анализов крови в первые несколько дней жизни,

к концу недели уже на не болевые раздражители реагируют болевым поведением, то есть на обычную обработку кожи дают и поведенческую, и физиологическую реакцию, аналогичную ощущению, как будто им колют палец.

Доказано, что повторяющаяся и постоянная боль у детей периода новорождённости приводит к снижению болевого порога. Они на вакцинацию (через несколько месяцев после болевых эпизодов в неонатальном периоде) реагируют более выраженным болевым поведением, у них более длительно и серьёзно изменяются физиологические показатели (ЧСС, дыхание, артериальное давление). Такие изменения откладывают отпечаток на всю жизнь ребёнка. Психологические тесты подростков свидетельствуют, что восприятие боли у перенёвших серьёзный болевой стресс в неонатальном периоде другое. Оно нарушено, в частности медицинскую боль эти дети воспринимают как наиболее сильную, агрессивную.

Отдалённые последствия проявляются и в виде нарушения исполнительских функций, дефицита внимания, гиперактивности, беспокойств и фобий, трудностей адаптации в коллективе, изменения способности к обучению. Конечно, нельзя утверждать, что у ребёнка, прошедшего первые недели жизни в отделении интенсивной терапии, только боль

служит причиной нарушений неврологического, психического развития, но она в этом играет достаточно большую роль. В исследованиях было показано, что неврозы, психосоматические заболевания взрослых имеют корни в болезненных «воспоминаниях» периода новорождённости.

— А я где-то читала, что боль, перенесённая в первый месяц после рождения, может стать в дальнейшем причиной пристрастия к спиртному.

— Мне такие данные не встречались.

— Каков механизм неврологических и когнитивных повреждений?

— Боль изменяет и повреждает нормальное формирование синапсов, нарушает развитие глии, приводит к апоптозу клеток. В частности, в результате хирургических операций без адекватного обезболивания клетки мозга гибнут, изменяются процессы модуляции и перцепции. Уменьшается скорость созревания белого и серого вещества головного мозга.

— Как часто новорождённый ребёнок, находящийся в отделении интенсивной терапии, испытывает боль и в связи с чем, помимо, конечно, хирургических операций?

— Боль вызывает большинство диагностических и лечебных манипуляций, используемых в стационаре (уколы, пункции, введение катетеров и т.д.).

За всё время нахождения в стационаре — 100 и более манипуляций.

— Почему так много?

— Причины разные. Одна из них — не всегда за один укол пятачки медперсоналу удаётся набрать необходимое количество крови для анализов. Не всегда пункция вены получается с первого раза. Словом, при каждой пятой процедуре выполняется какое-то дополнительное болевое воздействие, потому что первое оказалось неэффективным, то есть интенсивность и агрессивность процедур на одну пятачку увеличивается. Приведу ставший уже классическим пример из зарубежных исследований. В 1998 г. недоношенный новорождённый 25 недель гестации за время госпитализации испытал 766 инвазивных манипуляций.

Понятно, что большинство манипуляций сопровождается лёгкой болью, вызывающей дискомфорт. Но всё равно — нагрузка колоссальная.

Мы подсчитали количество манипуляций у хирургических новорождённых. За 3 недели пребывания в стационаре им минимум 40-50 раз колют палец или пятачку, чтобы взять кровь на анализ. Это, честно говоря, сверх моего понимания.

— Коль речь зашла о хирургических новорождённых, то как долго нужно их обезболивать после оперативного вмешательства?

ших, травматичных абдоминальных и торакальных операций и 12% после малых хирургических вмешательств вообще не получали обезболивающие препараты. И это в США, где, казалось бы, протокол должен быть разработан!

И самое важное — вопрос об анальгезии в послеоперационном периоде, её усилении, уменьшении или вообще назначении зависел только от одного фактора: от лечащего врача. Ни тяжесть операции, ни степень доношенности-недоношенности, ни оценка по шкалам боли не влияли на обезболивающую терапию.

Думаю, у нас в стране ситуация не лучше.

— Мы говорим сейчас об острой боли, когда ребёнок подвергается операции или агрессивной манипуляции. Но ведь боль может быть вызвана и заболеванием с хроническим течением.

— Боль в связи с заболеванием — большое белое пятно. Исследований, показывающих её длительность, практически нет. Можно только брать опыт взрослых перенести на новорождённых. Наверное, ребёнку больно, когда имеется энтероколит.

Классическое определение хронической боли подразумевает ту, которая ощущается более чем 3 месяца. Вроде бы новорождённый не попадает в данную группу (период новорождённости ограничивается месяцем), хотя нельзя исключить, что внутриутробно ребёнок тоже может страдать по различным причинам (например, какой-то порок развития, скажем, атрезия кишки). В отношении новорождённых чаще упоминается термин персистирующая боль (это боль, связанная с проведением искусственной вентиляции лёгких, боль при некротизирующем энтероколите, при остеомиелите.) Она, конечно, не совсем хроническая, но и не такая острая, как при манипуляциях.

— Новорождённый не может описать, какую боль он испытывает: тяжёлую, лёгкую, длительную, в связи с чем диагностика затруднена. В помощь докторам созданы шкалы боли. Насколько они информативны?

— Разработано большое количество шкал. Наиболее апробированы 5 из них. Чаще всего они оценивают поведение, гримасу, крик, движение конечностей, ЧСС, артериальное давление. Есть шкалы, которые учитывают гестационный возраст, делая поправку

на него, чтобы не была стёрта картина острой боли. К сожалению, у глубоко недоношенных детей, у детей в критическом состоянии, находящихся на искусственной вентиляции лёгких, получающих какие-то дополнительные седативные препараты, поведенческие реакции часто отсутствуют. И это – одна из самых больших проблем диагностики боли именно в данной группе новорождённых.

Есть шкалы, разработанные для послеоперационного периода, для оценки острой манипуляционной боли. Желательно использовать ту из них, которая отвечает конкретной ситуации. Метод шкальной оценки доступен на любом уровне, в любом стационаре. Большинство случаев не требуют дополнительного оборудования к тому, что уже есть в отделении реанимации новорождённых (скажем, мониторы жизненно важных функций). Однако на оценку боли по шкалам влияют особенности самого медицинского персонала, его возраст, образование, собственный болевой опыт. Кроме того, оценка боли проводится раз в несколько часов (или в зависимости от показаний), поэтому присутствует некий субъективизм.

– Есть ли какие-то специальные приборы, способные рассказать о боли у новорождённых?

– К сожалению, такого своего рода градусника, который бы со 100-процентной чувствительностью определял: больно или не больно ребёнку, сегодня нет. Но есть несколько приборов, косвенно говорящих об этом, например монитор кожной проводимости. По его показаниям можно оценивать уровень стресса.

– Понятно, что если новорождённый подвергается болезненным процедурам, испытывает боль в связи с заболеванием, то, конечно же, нужно облегчить его состояние. Но ведь препараты, используемые для анальгезии, обладают достаточно большим количеством побочных эффектов и могут нанести больше вреда, чем дать пользы.

– Совершенно верно. Поэтому подход должен быть взвешенным. Отнюдь не обязательно сразу же прибегать к фармакологическим анальгетикам. Существует немало других способов обезболивания.

Но прежде всего надо стараться снизить количество манипуляций и их инвазивность. А для этого следует чётко планировать действия, обосновывать необходимость каждой манипуляции в данную минуту и по возможности за одну пункцию вены, за один укол пальца брать кровь на 2 анализа, использовать те методики, где из небольшого количества крови можно получить максимальное количество информации. Если требуется более 3 заборов крови в сутки, лучше установить постоянный венозный или артериальный катетер.

У новорождённых необходимо исключить внутримышечные и подкожные инъекции. Все манипуляции должен проводить только высококвалифицированный медицинский персонал, что уменьшит инвазивность и повторяемость болезненных процедур. И, естественно, по возможности следует использовать неинвазивные методики для определения уровня O_2 , CO_2 , билирубина в крови, что снизит манипуляционную нагрузку.

Высказывается мнение о том, что даже количество осмотров надо уменьшить.

Что касается анальгезии, то на практике довольно широко используются так называемые нефармакологические методы профилактики боли, в частности сладкие растворы и кормление грудью. Самый распространён-

ный – это обезболивание сахарозой. Пероральное использование растворов глюкозы или сахарозы действительно эффективно при однократной манипуляционной боли (чаще всего укол пятки). Если сладкий раствор вводить через соску за 2 минуты до начала манипуляции, то эффект будет длиться в течение 4 минут.

Наиболее оптимальная концентрация сахарозы – 24%. У недоношенных детей можно использовать меньшую концентрацию. Этот метод не эффективен после 3 месяцев жизни ребёнка (а некоторые исследователи считают, что даже после месяца жизни). Его следует расценивать именно как введение лекарственного препарата, а не как питание. Потому что возможно побочное действие. Было показано, что если в первые несколько дней жизни раствор глюкозы используется более 10 раз в сутки, то неврологические и физиологические нарушения у глубоко недоношенных детей встречаются чаще.

Хорошей альтернативой сладким растворам глюкозы и сахарозы при однократной манипуляции у новорождённых, включая недоношенных, является кормление грудью или использование грудного молока.

Нефармакологические методы целесообразны тогда, когда манипуляции сопровождаются лёгкой болью. Можно их применять и при среднетяжёлой боли, но в комбинации с другими методами или с фармакологической анальгезией.

При тяжёлой боли в интраоперационный и послеоперационный периоды применяется фармакологическая анальгезия, чаще всего наркотические анальгетики, в основном морфин и фентанил. Однако морфин вызывает гемодинамическую нестабильность у глубоко недоношенных детей, а посему противопоказан при сроке гестации менее 26 недель и при гипотензии. Он повышает внутричерепное давление, что увеличивает риск кровоизлияний. Фентанил динамически более стабилен, но быстрее возникает толерантность.

В последние годы для того, чтобы нивелировать отрицательные свойства опиоидных анальгетиков, разрабатываются пути оптимизации способов их введения.

К сожалению, сейчас большое количество обезболивающих препаратов с хорошими свойствами не разрешены в период новорождённости.

– А какова точка зрения на применение у новорождённых местных, хорошо знакомых анестетиков, таких как новокаин, лидокаин?

– Их используют в виде кремов и гелей интраоперационно, а также при проведении пункций артерий и вен, внутримышечных инъекций, установке плеврального дренажа, катетеризации вен и артерий. Популярен крем лидокаина и прилокаина, разрешённый у доношенных новорождённых. Однако нет смысла его использовать в экстренных ситуациях, поскольку, чтобы он начал действовать, требуется время, как минимум 30 минут. Не эффективен крем и при уколе пальца из-за толщины кожи.

Из ненаркотических анальгетиков для новорождённых разрешено всего 2 препарата ввиду высокого риска осложнений (лёгочной гипертензии, тромбоцитопатии и т.д.). Наиболее широкое распространение получил парацетамол. Он используется в послеоперационном периоде и при манипуляциях (внутримышечные инъекции, пункция артерий и вен, перевязки, смена лейкопластыря, укол пальца и пятки). Главное – не превышать максимальную суточную дозировку. Потому что передозировка ведёт к таким трагическим поражениям печени,

когда единственным выходом остаётся только её пересадка.

– Если ребёнок находится на ИВЛ 3 недели, нужно ли обезболивать?

– Этот вопрос активно обсуждается во всём мире, оставаясь открытым. Рекомендации на сегодняшний день следующие: не стоит рутинно использовать наркотические анальгетики при проведении ИВЛ. К ним стоит прибегать, если применяется жёсткий режим искусственной вентиляции лёгких, если ребёнок дезадаптирован к аппарату ИВЛ, сопротивляется или демонстрирует болевое поведение. Хотя существуют разные точки зрения на проблему: кто-то однозначно за наркотики, кто-то против, объясняя позицию тем, что неизвестно, как препараты действуют на незрелый головной мозг и какие последствия анальгезии будут во взрослом возрасте.

– Интересно, а сами роды для ребёнка – это больно или нет?

– Сложно сказать. Нет доказательной базы.

– Уточним: нужно ли обезболивать новорождённого после травматичных родов, скажем, с применением вакуум-экстракции и т.п.?

– Спорный вопрос. Исследования не проводились. Если ребёнок демонстрирует болевое поведение, то нужно его оценить по баллам и тем самым обосновать назначение обезболивающих препаратов, любых: фармакологических и нефармакологических.

– На чём бы вы акцентировали внимание докторов, занимающихся лечением детей в отделении интенсивной терапии?

– Прежде всего на том, что анальгезия должна быть превентивной, то есть до того, как будет причиняться боль новорождённому. Можно использовать комбинацию нескольких методов и средств, которые действуют на разные пути анальгезии, на разные этапы ноцицептивной системы. Тем самым анальгетический эффект будет усилен при минимальных дозировках. Естественно, нужно стремиться максимально облегчить участь новорождённого. Если боль персистирует, желательно, чтобы обезболивание было непрерывным. Следует выбирать методы и средства с минимальными побочными эффектами и всё время взвешивать: принесём мы больше пользы или получим осложнения. Желательно учитывать индивидуальные особенности ребёнка (особенно если он недоношенный), тяжесть боли и обязательно проводить оценку болевого синдрома, чтобы не ввести анальгетик в избыточном количестве, или наоборот, увеличить дозировку при необходимости.

Очень важно внедрение политики предотвращения, снижения боли в каждом стационаре, каждом отделении интенсивной терапии. Понимание того, что новорождённый чувствует боль, нужно донести до всего медперсонала, но и сестринского. Потому что медсёстры, лаборанты выполняют большую часть болезненных манипуляций. В каждом учреждении следует разработать письменные рекомендации по диагностике и контролю боли с выбором той шкалы, тех фармакологических и нефармакологических методов обезболивания, которые оптимальны на данном этапе для данного стационара. Необходимо непрерывное обучение медицинского персонала – только так мы можем повысить уровень контроля боли.

Новорождённый, как и каждый гражданин страны, имеет право на облегчение страданий, и мы должны ему это право предоставить.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

Санитарная зона

О прививках — по горячей линии

Как сокращаются опасные для жизни заболевания



Горячая линия не знает отдыха

Сотрудниками управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ, а также экспертами консультационных пунктов для потребителей проведено 4,3 тыс. консультаций в ходе Всероссийской горячей линии по вопросам вакцинопрофилактики.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека организовала такую линию в преддверии Европейской недели иммунизации. Специалисты проконсультировали всех обратившихся по вопросам вакцинации, Национального календаря прививок и иммунизации по эпидемиологическим показаниям.

Основными темами, по которым консультировались граждане, как сообщили в ведомстве, были:

- перечень и свойства вакцин, используемых в рамках Национального календаря профилактических прививок;
- права граждан Российской Федерации при осуществлении иммунопрофилактики;
- ограничения при отказе от профилактических прививок; прививки, необходимые при поездке в эндемичные по тем или иным инфекциям страны;
- контингенты, подлежащие обязательной иммунизации против кори и гриппа;
- обязательные требования к условиям и порядку проведения процедуры вакцинации.

В рамках Всероссийской горячей линии состоялась презентация ролика «Я привит», подготовленного фондом Ростроповича – Вишневской «Во имя здоровья и будущего детей».

Актуализированы и распространены специальные памятки и листовки в лечебно-профилактических учреждениях, при проведении конференций, выступлений в образовательных и других организованных коллективах, на транспорте. Большое внимание уделялось деятельности, направленной на просвещение населения по вопросам вакцинопрофилактики, организованы семинары-совещания, научно-популярные лекции.

Инфекционные болезни остаются самыми распространёнными, особенно в детском возрасте: на их долю приходится не менее 70% регистрируемой патологии и более половины всех случаев неблагоприятных исходов. Решающего успеха в борьбе с этими заболеваниями можно добиться только путём массовой вакцинопрофилактики. Ликвидация натуральной оспы, полиомиелита на территории нашей страны ещё раз подтверждает неограниченные возможности метода. На очереди – ликвидация кори, врождённой краснухи. Открываются перспективы элиминации эпидемического паротита, дифтерии, вирусного гепатита В, коклюша и других инфекций. С введением массовой профилактики резко сократилась заболеваемость опасными для жизни инфекциями.

В России ещё в 1998 г. принят федеральный закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней. Сейчас он действует в редакции от 29 декабря 2004 г. Вакцинопрофилактика детского населения осуществляется согласно Национальному календарю профилактических прививок, который является законом для врача.

Достигнуть эпидемического благополучия в обществе возможно, как считают эксперты, только при 95% охвата населения профилактическими прививками.

В последнее время, казалось бы, специальные проблемы вакцинопрофилактики стали предметом общественного интереса – эта деятельность органов здравоохранения затрагивает права и интересы практически всех граждан России. Причин для этого, как полагают эксперты, по меньшей мере две: активизировавшаяся в связи с ростом заболеваемости рядом инфекционных болезней массовая вакцинация населения и появление в средствах массовой информации весьма тревожных материалов о неправильности и даже вредности такого подхода.

Валерий СУВОРИН.
МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (2068)

Герпес-ассоциированные заболевания входят в число наиболее распространённых и плохо контролируемых инфекций человека. Герпес-вирусы могут длительно бессимптомно циркулировать в организме человека с нормальной иммунной системой, а при иммуносупрессии способствовать развитию тяжёлых заболеваний, вплоть до угрожающих жизни генерализованных инфекций.

Смертность от герпетической инфекции составляет по данным ВОЗ около 16% и находится на втором месте после гепатита среди вирусных заболеваний.

Герпесвирусы (от греч. herpein – ползать) – ДНК-содержащие вирусы, объединены в семейство Herpesviridae, которое включает в себя 8 классифицируемых видов вирусов человека: вирусы простого герпеса – вирус простого герпеса тип 1 (ВПГ-1) и вирус простого герпеса тип 2 (ВПГ-2), или возбудитель генитального герпеса, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая (варицелла-зостер), вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус герпеса человека 6-го, 7-го, 8-го типов, а также ещё около 80 неклассифицируемых вирусов герпеса человека и животных. Герпесвирусы делятся на 3 подсемейства: α, β и γ. Альфа-герпесвирусы включают ВПГ-1, ВПГ-2, вирус варицелла-зостер и обладают эпителио- и нейротропностью, характеризуются быстрой репликацией в клетках с цитопатическим эффектом. Бета-герпесвирусы (ЦМВ, вирусы герпеса 6-го и 7-го типов) поражают различные виды клеток, приводя к развитию иммуносупрессии, а ЦМВ способствуют увеличению их размеров (цитомегалии). К гамма-герпесвирусам относят ВЭБ и вирус герпеса 8-го типа – вирус, ассоциированный с саркомой Капоши. Их характеризует тропность к лимфоидным клеткам (Т- и В-лимфоцитам), в которых они способны длительно персистировать (см. табл. 1).

Уникальность герпесвирусов заключается в том, что они способны непрерывно или циклично размножаться в инфицированных клетках тропных тканей (персистенция), а также пожизненно сохраняться в морфологически и иммунохимически видоизменённой форме в нервных клетках регионарных нервных ганглиев (латенция) и реактивироваться под влиянием различных экзо- и эндогенных провоцирующих факторов, приводящих к иммуносупрессии. Последние свойства особенно характерны для герпесвирусов альфа-подсемейства.

Клинически герпес-инфекция у детей может протекать в виде ветряной оспы, инфекционного мононуклеоза, внезапной экзантемы, афтозного стоматита, мононуклеозоподобного синдрома и др. У подростков и взрослых инфекция часто протекает бессимптомно.

При снижении иммунореактивности организма герпесвирусы выступают в качестве вирусов-оппортунистов, приводя к более тяжёлому течению основного заболевания, развитию осложнений. Иммуносупрессивная активность ЦМВ и ВЭБ обуславливает развитие вторичного иммунодефицита.

Основная масса клинических проявлений герпетических инфекций сопряжена с клинической картиной ОРВИ, характерны

различные варианты микст-инфекций с респираторными вирусами (грипп А и В, аденовирусы, парагрипп, энтеровирусы), или герпес-ассоциированная ОРВИ, что особенно типично для ВГЧ-5 и ВГЧ-6. Поэтому в диагностике герпесвирусных инфекций должны учитываться анамнестические, клинические и лабораторные данные.

Наибольшую угрозу для жизни и здоровья детей представляют герпетические нейроинфекции – летальность при них достигает 20%, а инвалидизация – до 50%. Тяжело протекают офтальмогерпес (возможно развитие катаракты или глаукомы), генитальный герпес,

генерализованная форма Эпштейна – Барр вирусной инфекции (инфекционного мононуклеоза). Клинико-лабораторная практика требует учёта стадии инфекций, ассоциированных с вирусами герпетической группы, включая ВГЧ-6 (см. табл. 2). Для лабораторной диагностики герпесвирусных инфекций используется комплексный подход: обнаружение ДНК герпесвирусов методом ПЦР в 3 средах (кровь, слюна, моча) и обнаружение антител к антигенам герпесвирусов (IgM, IgG) серологическими методами диагностики. Обнаружение высоких титров G-антител, на 3-4 порядка превышающих норму, не только подтверждает диагноз текущей инфекции, но и косвенно указывает на высокую репликативность вируса.

Известный полиморфизм клинических проявлений герпесвирусных инфекций у детей, выраженная тенденция этих болезней протекать в стёртой, субклинической формах определяют трудности своевременной диагностики, а, следовательно, и своевременного лечения (А.Боковой и соавт., 2013).

Одной из распространённых клинических форм герпесвирусной инфекции считается длительный субфебрилитет, причём в этиологической структуре активной герпесвирусной инфекции при длительных субфебрилитетах у детей преобладают смешанные формы (Т.Лебедева и соавт., 2013).

Герпесвирусные инфекции относятся к трудноконтролируемым заболеваниям. В настоящее время для лечения герпесвирусных заболеваний и профилактики рецидивов предложено много препаратов из различных групп (см. табл. 3). Но, несмотря на их разнообразие, средств, обеспечивающих полное излечение, не существует. Это обусловлено генотипическими особенностями возбудителя, формированием лекарственной резистентности у герпесвирусов и молекулярной мимикрией.

Определённую сложность терапии в детском возрасте вызывают возрастные ограничения для ряда лекарственных средств, наличие нежелательных лекарственных реакций и противопоказаний.

Доказанным лечебным действием при первых 3 типах герпесов обладает ацикловир, при Эпштейна – Барр вирусной инфекции помогают ганцикловир и фоскарнет, при ЦМВ-инфекции – ганцикловир, при герпес-вирусных инфекциях 6–8-го типов до настоящего времени рекомендуются в основном принципы симптоматической терапии, но в случаях возникновения осложнений препаратами выбора являются ганцикловир и фоскарнет. Оба препарата разрешены к применению у детей с 12 лет.

При хронических персистентных вирусных инфекциях невозможно добиться эффекта без использования в терапии иммуномодулирующих препаратов. Наиболее изученным и разрешённым для применения, в том числе у новорождённых и беременных, является виферон – комплексный препарат рекомбинантного интерферона альфа с антиокси-

первых 3 месяцев жизни невосприимчивы к инфекции вследствие пассивного иммунитета, полученного от матери. Детей до 3 лет, бывших в контакте и не болевших ранее, изолируют из коллектива с 11-го по 21-й день (инкубационный период) с момента контакта.

Заболевание начинается с кратковременного prodromального периода. Характерны сыпь, симптомы интоксикации. Обычно отмечаются субфебрильная температура тела, недомогание, снижение аппетита, нарушения сна. Сыпь при ветряной оспе появляется одновременно с повышением температуры тела или несколькими часами позже. Высыпания происходят «толчками» в течение 3-4 дней. Первичный элемент сыпи – мелкое пятно или возвышающаяся над поверхностью кожи папула, которая через несколько часов превращается в пузырь (везикулу). Везикулы имеют овальную или округлую форму с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым, располагаются поверхностно, отдельные элементы могут иметь пупковидное вдавление. Пузырьки на 2-3-й день вскрываются, подсыхают, на

Герпесвирусная инфекция у детей

Таблица 2
Диагностика герпесвирусных инфекций с учётом стадии и длительности заболевания (Н.Каражас и соавт., 2012)

ПЦР		IgG		IgM	Диагноз
Кровь	Слюна	Низкоавидные	Высокоавидные		
+	+	+	–	+	Острая первичная врождённая и приобретённая
–	+	–	+	–	Хроническая персистирующая
+	+	–	+	+	Реактивация хронической
–	–	–	+	–	Латентная

Таблица 3
Средства лечения и профилактики герпесвирусных инфекций (Т.Бокова, 2015)

Аналоги нуклеозидов, пирофосфатов	Ацикловир (зовиракс, виролекс), валацикловир (валтрекс), фамцикловир (фамвир), пенцикловир (вектавир), ганцикловир (цимевен), валганцикловир (вальцит), видарабин, цитарабин, рибавирин, цидофовир* (вистид*), лобукавир*
Препараты интерферонов и их индукторы	Человеческий лейкоцитарный интерферон, изопринозин, амиксин, ликолипид, виферон, кипферон, кагоцел, лейкинферон, неовир, анаферон, циклоферон, реаферон, реаферон-ЕС-липинт, аллоферон, реальдирон, интрон А, роферон А, аллокин-альфа, панавир
Специфические гамма- и иммуноглобулины	Человеческий иммуноглобулин, цитотект, интраглобин, пентаглобин, иммуновенин, габриглобин
Другие противовирусные и иммунотропные препараты	имунофан, полиоксидоний, ликолипид, ридостин, алпизарин, бонафтон, оксолин, риодоксол*, флореналь*, теброфен*, флакозид*, хелепин-Д, тромантадин, дезоксирибонуклеаза, эпиген интим, алпизарин

* препарат не зарегистрирован в РФ

дантным комплексом токоферола ацетата и аскорбиновой кислотой.

В конечном счёте назначение комплексной терапии определяется стадией диагностированной герпесвирусной инфекции, что укладывается в выполнение определённого лечебного алгоритма (см. схема 1).

В амбулаторной практике педиатра наибольшее значение имеют ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз и внезапная экзантема, остановимся на этих формах более подробно.

Ветряная оспа. Высококонтагиозное вирусное заболевание, характеризующееся появлением на коже и слизистых оболочках везикулёзных элементов. Возбудитель – вирус герпеса человека 3-го типа. Заболевание чаще регистрируется у непривитых детей дошкольного и младшего школьного возраста преимущественно в холодное время года. В группе воздушно-капельных инфекций занимает 2-е место после ОРЗ.

Источник инфекции – больной ветряной оспой ребёнок (взрослый) с конца инкубационного периода и в течение 3-4 дней после появления последних пузырьков + большие опоясывающим лишаём (Herpes Zoster). Дети

их месте образуются корочки, отпадающие через 1-2 недели.

Высыпания располагаются на лице, волосистой части головы, на туловище и конечностях. Ладони и подошвы остаются чистыми. Высыпания на слизистых оболочках сопровождаются болезненностью и образованием эрозий и даже язв. Стоматит – типичное проявление инфекции.

При типичной форме болезнь протекает от лёгкой до тяжёлой степени тяжести. Атипичные формы: рудиментарная, генерализованная, геморрагическая, буллезная, гангренозная.

Врождённая ветряная оспа – заболевание, возникшее у новорождённого до 11-го дня жизни.

Осложнения. Стрептодермия, абсцесс, флегмона, рожа, отит, пневмония, сепсис, гломерулонефрит, миокардит, энцефаломиелит, иммунная тромбоцитопения. Везикулы на слизистой оболочке гортани провоцируют ларингит, иногда с явлениями стеноза. По данным Е.Скрипченко и соавт. (2016), при ветряной оспе у 27,5% детей развиваются неврологические осложнения, среди которых 2,3% связаны с поражением

Таблица 1
Варианты герпетических инфекций

Возбудитель	Синоним	Клинические формы
Герпесвирус человека типа 1	Вирус простого герпеса типа 1	Герпес лица и полости рта, энцефалит, кератит, конъюнктивит и др.
Герпесвирус человека типа 2	Вирус простого герпеса типа 2	Герпес половых органов, герпес новорождённых, серозный менингит
Герпесвирус человека типа 3	Вирус <i>Varicella-Zoster</i>	Ветряная оспа, опоясывающий лишай
Герпесвирус человека типа 4	ВЭБ	Инфекционный мононуклеоз, лимфо-пролиферативный синдром у лиц с нарушениями иммунитета
Герпесвирус человека типа 5	ЦМВ	Мононуклеозоподобный синдром, пневмония, гепатит у лиц с нарушениями иммунитета
Герпесвирус человека типа 6	–	Внезапная экзантема, лихорадочное заболевание, фебрильные судороги
Герпесвирус человека типа 7	–	Внезапная экзантема
Герпесвирус человека типа 8	–	Саркома Капоши

периферической, а 97,7% – центральной нервной системы с преобладанием до 70,5% энцефалитов. Постзостерная (постгерпетическая) невралгия – это ганглионеврит и ганглиорадикулоневрит. Повышает прогноз развития неврологических осложнений микст-герпетическая инфекция (ВПГ 1-го типа, ВЭБ, ЦМВ, ВГ 6-го типа), преморбидный фон (гипоксически-ишемические поражения ЦНС в перинатальном периоде).

После первичной инфекции при снижении иммунитета вирус может сохраняться в нервных ганглиях и реактивироваться с клиническими проявлениями опоясывающего лишая.

Лечение. Больной ребёнок находится дома. Показания к госпитализации – эпидемиологические либо наличие осложнений. Ежедневная смена белья. Показаны общие гигиенические ванны со слабым раствором перманганата калия, обязательное полоскание рта антисептическими растворами после еды. Симптоматическая терапия – местная, гипосенсибилизирующие препараты. Антипиретики (парацетамол, ибупрофен).

При ветряной оспе нельзя назначать салицилаты!

При тяжёлых формах ветряной оспы и развитии осложнений показана комплексная этиотропная терапия, включающая ацикловир в сочетании с рекомбинантным интерфероном альфа-2b вифероном. Другие противовирусные препараты: валацикловир, виворакс, гервиракс, зовиракс.

● Ацикловир. Выпускают в таблетках по 0,2 г. Назначают детям до 2 лет внутрь по 0,2 г (10-15 мг/кг/сут), детям 2-6 лет по 0,4 г, детям старше 6 лет по 0,8 г на 4 приёма, курс 5-7 дней; валацикловир внутрь или мазь/крем тонким слоем на поражённые участки; глицирризиновая кислота (крем) до 5 раз в сутки с интервалом 4 ч, 5-10 дней. При неврологических осложнениях ацикловир вводят внутривенно в дозе 30-45 мг/кг/сут капельно в 3 приёма в течение 10-14 дней.

Инозин пренобекс (изопринозин). Выпускают в виде таблеток по 500 мг. Рекомендован детям с 3 лет (масса тела более 15 кг). Назначается по 50-100 мг/кг/сут внутрь в 3-4 приёма в течение всего острого периода болезни (5-10 дней в зависимости от длительности вирусемии и выраженности синдрома интоксикации). В качестве поддерживающей терапии для восстановления иммунологических показателей возможно назначение препарата по иммуномодулирующей схеме 50 мг/кг/сут в 3-4 приёма внутрь, 3 курса лечения по 10 дней с интервалом 10 дней (Э.Симованьян и соавт., 2011).

● Генферон лайт ректально по 1 суппозиторию детям до 7 лет в дозе 125 000 МЕ, от 7 лет и старше по 250 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Виферон в свечах. При неосложнённом течении рекомендуемые дозы по 2 раза в день: от 1 месяца до 1 года – 150 000 МЕ; от 1 года до 4 лет – 250 000 МЕ; от 5 до 11 лет – 500 000 МЕ; старше 12 лет – 1 000 000 МЕ. Курс лечения составляет 7 дней. При осложнённом варианте дозы повышаются в 2-3 раза. При появлении элементов с вторичным инфицированием одновременно с применением виферона в свечах назначается гель виферон местно 3-4 раза в день до образования корочек. При вторичном инфицировании предполагается назначение ЛС с антибактериальным эффектом.

● Везикулы смазывают 1%-ным раствором бриллиантового зелёного, фукорцином, 5%-ной мазью ацикловир, 5%-ным линиментом циклоферона, или 1-2%-ным раствором перманганата калия, лосьоном каламина, гелем алломедин и др.

По показаниям назначают антибиотики (цефотаксим, цефтриаксон), дезинтоксикационную терапию.

При ветряночном энцефалите применяют иммунотерапию, ГКС.

Профилактика. Ветряная оспа в нашей стране остаётся неуправляемой инфекцией, так как программа обязательной вакцинации против данного заболевания введена только в региональные календари Москвы, Свердловской области и Красноярского края. В ряде областей (Оренбургская и др.) проводится выборочная вакцинация против ветряной оспы детей «групп риска», в основном из закрытых детских учреждений (дома ребёнка, детские дома). Используется вакцина варилрикс, одна доза (от 12 месяцев до 13 лет) вводится по 0,5 мл подкожно или внутримышечно. Показана для однократной постэкспозиционной профилактики в период до 96 ч после контакта с вирусом (лучше в течение 72 ч). Зарегистрированы вакцины и других фирм: окавакс и варивакс.

Мононуклеоз инфекционный. Острая герпесвирусная инфекция с типичной клинической картиной: лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, воспалительные изменения в глотке, гепатолиенальный синдром, появление атипичных мононуклеаров крови. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – болезнь иммунной системы, при которой имеет место лимфопролиферативный процесс.

Заболевание полиэтиологичное. В возникновении ИМ, помимо ВЭБ, традиционно



Схема 1. Основные этапы терапии и профилактики герпесвирусной инфекции

считавшегося возбудителем этой инфекции, принимают участие другие герпесвирусы: ЦМВ, вирусы герпеса человека 6-го типа, а также их ассоциации. На основании различий вирусных цепочек и способности трансформировать В-лимфоциты определены 2 штамма ВЭБ, неразличимые серологически: тип 1 (А) и тип 2 (В). Существует возможность заражения двумя штаммами одновременно.

Источник инфекции – больные и вирусосенситивные. Вирус попадает в организм через слизистую оболочку ротоглотки и верхних дыхательных путей, вызывает поражение нёбных и носоглоточных миндалин, в которых идёт массивная репликация возбудителя, способен к длительной персистенции в В-лимфоцитах.

Современный взгляд на патогенез ИМ не подтверждает роли гематогенной диссеминации возбудителя. Проникая в лимфатические узлы, печень и селезёнку, вирус вызывает гиперпластические процессы в этих органах. Поражённые клетки обретают «бессмертие» (становятся иммортализованными), и вирус находится в них в интегрированном состоянии. После трансформации клетка реплицирует, а новое поколение клеток содержит несколько генокопий ВЭБ в латентной форме.

Чаще болеют дети от 2 до 8 лет, в возрасте до года ИМ встречается редко. У детей первого года жизни в начале заболевания отмечается насморк, иногда кашель, высыпания на коже встречаются чаще, рано появляется ангина с налётами. С другой стороны, не встречаются пакеты лимфатических узлов, а продолжительность гепатолиенального синдрома обычно не превышает 1 неделю. У детей с года до 4 лет жизни инфицирование часто не сопровождается клиническими проявлениями и происходит бессимптомно либо проявляется как респираторная вирусная инфекция.

Заболевание у детей более старшего возраста обычно начинается остро, возможна гипертермия: перепады температуры тела в течение суток в пределах 1-2°C и заключительное литическое падение. Ранние симптомы болезни: затруднённое носовое дыхание, полиадения с обязательным увеличением заднешейных лимфатических узлов. Катаральное поражение миндалин наблюдается редко, обычно на миндалинах видны налёты бело-жёлтого цвета рыхло-творожистой консистенции. Висцеральные формы протекают тяжело, атипичные имеют лёгкое течение.

Увеличение печени и селезёнки развивается к концу 1-й недели, а самый характерный признак – атипичные мононуклеары – обнаруживаются с первых дней и особенно в разгаре заболевания, реже через 1-1,5 недели. Их число колеблется от 5-7 до 50% и выше. У половины больных они обнаруживаются в крови в течение месяца и больше.

ОАК: лейкоцитоз (15-20 × 10⁹/л и выше), увеличение одноклеточных элементов крови, повышенная СОЭ до 20-30 мм/ч. Новые методы исследования: определение ДНК возбудителя и иммуноглобулинов различных классов, авидности антител, что позволяет судить о времени инфицирования и активности инфекционного процесса.

Острая первичная инфекция подтверждается обнаружением в крови ДНК вируса (ПЦР+), VCA IgM и/или EA (early antigen) IgG, низкоавидных VCA (virus capsid antigen) IgG. Антитела класса IgM фиксируются у 60% больных с 2-4-й неделей заболевания. При реактивации хронической персистирующей инфекции в крови, кроме ДНК вируса, IgM VCA и/или IgG к EA, выявляются высокоавидные VCA IgG и/или EBNA (Epstein – Barr Virus Nuclear Antigen) IgG. О формировании латентной ЭБВИ, которая является нормальным завершением иммунологического процесса у иммунокомпетентных лиц, говорит наличие только высокоавидных VCA IgG и EBNA IgG. Чувствительность ПЦР к ДНК ВЭБ – 92-100%.

Продолжительность заболевания – 3-4 недели.

Осложнения ИМ обычно связаны с активацией микрофлоры (бронхитом, пневмонией, отитом). Поражение нервной системы обусловлено ретикулоглистиоцитарной инфильтрацией оболочек и вещества мозга, нервных стволов и корешков. Протекает по варианту полирадикулоневрита или мононейропатии. Описаны менингиты, энцефалиты.

Клинические проявления ИМ у детей разнообразны, что создаёт определённые затруднения в своевременной и правильной диагностике заболевания, а также при дифференциально-диагностическом разграничении его от заболеваний, сопровождаемых мононуклеозоподобным синдромом.

Лечение. На период лихорадки – постельный режим, щадящее питание. Лечение амбулаторное, при наличии показаний больных госпитализируют в обсервационные отделения. Назначают комплексную терапию: жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен), гипосенсибилизирующие средства, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию.

Противовирусное лечение:

● Изопринозин (инозин пранобекс). Выпускается в таблетках по 500 мг. В России рекомендован в виде таблеток детям с 3 лет (масса тела более 15 кг). Дозы: 1 таблетка на 10 кг массы тела или 50 мг/кг/сут, разделённые на 3-4 приёма внутрь, курс 7-10 дней. В качестве поддерживающей терапии для восстановления иммунологических показателей возможно назначение препарата по иммуномодулирующей схеме (500 мг 2 раза в сутки в течение 14-28 дней).

● Ацикловир (виорекс, виворакс, зовиракс, гервиракс, ювиракс), интерфероны α2 (инферон, генферон лайт, виферон, полиоксидоний в свечах), антитела к интерферону-γ (эргиферон) и индукторы интерферона (циклоферон, арбидол, анаферон) снижают количество затяжных форм, побочных эффектов, особенно связанных с антибиотикотерапией.

● Виферон в свечах в возрастной дозе в течение 10 дней при острой первичной ВЭБ-инфекции в виде монотерапии; при ИМ, вызванном реактивацией хронической ВЭБ-инфекции, в сочетании с изопринозином.

Ганцикловир в десятки раз мощнее по действию, чем ацикловир, назначается перорально в виде капсул или парентерально при лечении ЦМВ-инфекции, рецидивирующих форм простого герпеса с поражением кожи и слизистых оболочек; фоскарнет, представляющий собой конкурентный ингибитор пиррофосфата и обладающий широким спектром противовирусной активности, показан при лечении резистентной к ганцикловиру герпесвирусной инфекции. Как фосфорсодержащий препарат обладает токсичностью, что ограничивает его применение у детей.

Ослабленным детям при тяжёлых формах ИМ, сопровождающемся ангиной, назначают антибиотики коротким курсом: цефалоспорины 2-го поколения до 10 дней, макролиды до 5 дней. Нельзя назначать ампициллин из-за возможного развития токсико-аллергической реакции! В тяжёлых случаях при длительной гипертермии, развитии токсико-аллергической реакции назначают преднизолон из расчёта 2-2,5 мг/кг/сут в течение 5-7 дней.

Местно: ирригация слизистых ротоглотки, полости носа и носоглоточной миндалины натуральной гипертонической морской водой, обработка миндалин раствором хлорофиллипта, полоскание горла отварами трав (экстракты алоэ, ромашки).

В комплексную терапию включают иммуномодуляторы Кипферон в дозе 1 млн ЕД ректально 2 раза в сутки в течение 7 дней; виферон, амиксин, сочетающие этиотропный и иммуномодулирующий эффекты; рекомендации профессора А.Боканова – бифидумбактерин форте в суточной дозе

9-18 пакетиков в зависимости от возраста, курсом на 5 дней. Больным ИМ противопоказана иммуностимулирующая терапия с применением тималина, Т-активина.

Профилактика. Специфическая профилактика не разработана. Специальные мероприятия в очаге не проводятся, карантин не устанавливается.

Внезапная экзантема. Внезапная экзантема (розеола, псевдокраснуха, шестая болезнь, 3-дневная лихорадка) – острая вирусная детская инфекция, вызванная вирусами герпеса 6-го и 7-го типов. Проявляется как 3-дневная лихорадка без каких-либо катаральных явлений, а после нормализации температуры тела возникает сыпь, похожая на краснушную. Болеют преимущественно дети в возрасте от полугода до 2-3 лет. У детей старше 5 лет розеола практически не встречается.

Особенностью лихорадки при розеоле является её длительность – она, почти не снижаясь, держится 3 суток, мало реагируя на жаропонижающие средства. Других симптомов нет. К 4-м суткам болезни температура тела резко снижается до нормальных значений, и почти одновременно (иногда непосредственно перед этим или через несколько часов после её нормализации) происходит проявление высыпаний на коже.

Высыпания бледно-розовые, с размерами пятен до 3-5 мм, некоторые пятна окружены бледной каёмкой. Сыпь распространяется со спины на живот и грудь. Руки, ноги и лицо свободны от высыпаний. Сыпь без зуда. Держится высыпания не более 2 суток, исчезают без следов, редко может оставаться шелушение. Редко бывает только лихорадка без сыпи с вирусными изменениями в картине крови – лимфоцитоз без сдвига формулы. При проявлениях лихорадки и сыпи дети могут жаловаться на сонливость, капризничать, отказываются от еды.

Розеола часто не верифицируется, её принимают за другие детские инфекции (краснуха), или расценивают как аллергическую сыпь на ЛС, или связывают с прорезыванием зубов.

Заболевание протекает благоприятно и практически не даёт осложнений. Отиты, бронхиты и пневмония наблюдаются редко – на фоне снижения иммунитета. Переносится однократно, вырабатывается стойкий иммунитет.

Лечение. Обычно на дому, госпитализации в большинстве случаев не требуется, соблюдаются принципы лечения ОРВИ. Увеличивают потребление жидкости – чай с лимоном, отвар липового цвета, чай с ромашкой. При высокой лихорадке показаны жаропонижающие (парацетамол или нурофен), физические методы охлаждения.

Противовирусная терапия: свечи виферон, интерферон в каплях в нос, вибурол в свечах. При появлении сыпи никаких дополнительных препаратов не требуется. При возникновении на фоне высокой температуры фебрильных судорог (возникают у 5-35% детей с внезапной экзантемой) необходим вызов скорой помощи и адекватные методы лечения.

После исчезновения лихорадки и сыпи ребёнок может вернуться к обычной жизни. На улицу можно выйти через 2-3 дня. В восстановительный период показаны витаминные препараты, лечение прибором «Биоптрон».

Константин ГРИГОРЬЕВ,
профессор,

Светлана БОРЗАКОВА,
кандидат медицинских наук.

Кафедра педиатрии с инфекционными заболеваниями факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Сам по себе клинический случай, с которым недавно столкнулись специалисты Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России, относится к категории эксклюзивных. В то же время его можно назвать показательным. Парадоксально? Нет. Речь идёт о том, как в сложнейшей ситуации с редкой патологией врачи разных медицинских учреждений страны действовали в интересах больного, приняв единственно верное решение – направить пациента из региона в столичную клинику.

Мужчина 36 лет, житель Ростова-на-Дону, поступил в Институт хирургии им. А.В.Вишневского с диагнозом «адренокортикальный рак левого надпочечника». Заболевание нечастое – несколько случаев на миллион человек. Но ещё более редко при данной патологии встречается интралюминальная опухолевая инвазия, когда новообразование достигает больших размеров, после чего опухолевые массы распространяются по просвету магистральных вен в виде опухолевого тромба.

Опухоль не прорастает в кровеносные сосуды, а свободно находится внутри них по типу флотирующего «волчьего хвоста», постепенно увеличиваясь в размерах. В данном случае она распространилась в просвет левой почечной вены, а затем нижней полой вены, вплотную подобралась к предсердию. Это создало серьёзные проблемы в системе кровообращения: возник массивный сосудистый тромбоз от почечных вен до вен нижних конечностей, из-под опухолевого тромба оторвалось несколько сосудистых тромбов, и произошла тромбоэмболия лёгочной артерии.

Коварство данной разновидности рака в том, что заболевание развивается

Особый случай

От почки до сердца

Двенадцать часов понадобилось хирургам, чтобы извлечь огромный тромб

и протекает в течение нескольких лет абсолютно бессимптомно. Именно тромбоэмболия лёгочной артерии стала первым симптомом опухолевого заболевания у данного пациента. По месту жительства мужчина получил своевременную медицинскую помощь по поводу тромбоэмболии, и уже затем, во время обследования, у него была обнаружена опухоль надпочечника с огромным «внутрисосудистым хвостом». Ростовские врачи, верно оценив тяжесть клинической ситуации и собственный опыт выполнения подобных операций, направили больного в Институт хирургии им. А.В.Вишневского.

– В нашем институте ежегодно проводится несколько десятков операций по поводу удаления внутрисосудистых опухолевых тромбов больших размеров, мы накопили большой успешный опыт таких хирургических вмешательств, но даже для нас это оказался один из самых тяжёлых в практике случаев. Общая длина тромба была около 30 см. К тому же весь нижележащий отдел нижней полой вены до бедренных вен был заполнен сосудистыми тромбами. Помимо удаления опухолевого тромба важной задачей для нас было сохранить левую почку, для чего пришлось выполнить удаление всей левой почечной вены с опухолью и наложить микрососудистый венозный анастомоз культы почечной вены с восходящей поясничной веной, – поясняет онкохирург, старший научный сотрудник отделения урологии института, кандидат

медицинских наук Александр Грицкевич.

Двадцать лет назад каждый десятый пациент с такой формой рака погибал на операционном столе. Причин неудач было две. Первая – фрагментация тромба и тромбоэмболия лёгочной артерии. Вторая – массивное кровотечение из-за ненадлежащей сосудистой изоляции.

– Потребовалось много сил и времени, чтобы отработать правильный «сценарный план» таких операций, объединив технологии онко-, гепато-, кардио-, сосудистой хирургии, трансплантологии, трансфузиологии. Техническая оснащённость операционных даёт нам возможность в любой момент подключить аппарат искусственного кровообращения, чтобы предотвратить гибель пациента от кровотечения. А многопрофильность института обеспечивает возможность экстренно привлечь всех необходимых специалистов. Так, например, в этот раз в операционной поочерёдно работали 6 хирургов разных профилей. Операция длилась непрерывно 12 часов, – продолжает А.Грицкевич.

Перед хирургами стояла задача полностью извлечь тромб на всём протяжении сосудов, которые он занял. У каждого специалиста – свой участок работы. Этап по извлечению опухолевого тромба из предсердия выполняют кардиохирурги, сосудистую изоляцию печени и удаление опухоли из нижней полой вены – гепатохирурги. Как подчёркивают специалисты

института хирургии, эти вмешательства не укладываются ни в какие шаблоны. Подготовительный этап – во время него с помощью специальных зажимов проводится сосудистая изоляция тех органов, которые могут внести вклад в большую кровопотерю, а также профилактика тромбоэмболии – занимает практически всё время операции, тогда как собственно резекционный этап по извлечению тромба длится максимум 10-15 минут. Чтобы минимизировать время сосудистого ареста, хирурги должны успеть в течение этих нескольких минут рассечь вену, выполнить экстракцию тромба, полностью удалить интралюминальные опухолевые массы, восстановить целостность вены и «запустить» кровоток.

Поскольку адренокортикальный рак надпочечника не метастатический, а местно-распространённый, хирургическое вмешательство даёт шанс на полное излечение больного и восстановление его трудоспособности. Причём операция является не просто необходимой – единственно возможной тактикой лечения.

– В ситуациях максимально высокого риска, как с данным пациентом, важно принять правильное решение не только о целесообразности самой операции, но и о том, где оперировать больного – по месту жительства или в федеральном учреждении. Мы готовы, используя телемедицинские технологии, помогать коллегам: посмотреть снимки, обсудить клиническую картину и выработать рекомендации, какой именно вариант лечения

предпочтителен в каждом конкретном случае, – говорит заместитель директора института хирургии доктор медицинских наук Алексей Чжао.

В свою очередь, директор Института хирургии им. А.В.Вишневского, главный хирург Минздрава России, академик РАН Амиран Ревишвили настаивает: «Лечение больных с обширными тромбозами – одна из самых сложных задач. Желательно, чтобы при массивных эмболиях лёгочной артерии удаление тромба происходило в условиях искусственного кровообращения, что позволяет хирургам полностью подстраховаться от возможных осложнений и радикально удалить все тромбы из сосудов. Данная задача может быть успешно решена только в крупных специализированных либо многопрофильных лечебных учреждениях. В то же время хочу подчеркнуть: в ситуациях с тромбозами, в частности с тромбоэмболией лёгочной артерии, всё необходимо делать в первые часы, включая тромболитическую терапию и тромбоэкстракцию – таково главное условие хорошего результата, однако по объективным причинам это не всегда возможно. Поэтому я снова и снова подчёркиваю важность регулярной, системной диспансеризации населения, чтобы не пропускать онкологические заболевания на ранних стадиях, а также вовремя проводить оценку венозного русла нижних конечностей для выявления риска тромбоза».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

В научно-образовательной конференции «Школа коморбидного пациента» в Москве приняли участие более 60 врачей – кардиологов, иммунологов, терапевтов, геронтологов. Они обсудили вопросы антикоагулянтной терапии и риски развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных, имеющих одновременно ряд хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, то есть – коморбидных.

Учёные и врачи размышляли, как объединить различные факторы и получить общую картину заболевания каждого пациента; как вовремя выявить риски у коморбидного больного, принять профилактические меры по предотвращению тромбоэмболий и рационально назначить антикоагулянтную терапию.

Они подчёркивали: существует ряд правил формулировки клинического диагноза комор-

С единым подходом

Такой непростой коморбидный пациент...

бидному больному, которые следует соблюдать практикующему врачу. Ключевым является выделение в структуре диагноза основного и фоновых заболеваний, а также их осложнений и сопутствующей патологии.

С докладами на мероприятии выступили такие известные специалисты, как ведущий научный сотрудник отдела изучения проблем старения и профилактики возраст-ассоциированных заболеваний Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России кандидат медицинских наук Дарига Акашева, профессор кафедры факультетской терапии № 1 Первого Москов-

ского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктор медицинских наук Дмитрий Напалков, член Московского отделения Межрегионального общества специалистов доказательной медицины, Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Национального общества по изучению атеросклероза (НОА) и European Society of Cardiology (ESC) Антон Родионов и аллерголог-иммунолог, вакцинолог лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова РАН Дмитрий Пахомов.

В 1970 г. Альван Фейнштейн предложил понятие «комор-

бидность» (лат. со – «вместе» и morbus – «болезнь»). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно помимо текущего заболевания и всегда отличается от него. Явление коморбидности профессор продемонстрировал на примере соматических больных с острой ревматической лихорадкой, обнаружив худший прогноз для пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями.

После открытия коморбидности она была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления.

Однако зачастую врачи профилируют, диагностируют и лечат возникшее у пациента заболевание изолированно, уделяя недостаточно внимания перенесённым этим человеком болезням и его сопутствующей патологии.

Собравшиеся отметили: было бы правильнее рассматривать текущее заболевание и искать подходы к нему в совокупности с анализом перенесённых болезней, факторов риска и предикторов, имеющих у больного, а также с расчётом вероятности потенциально возможных осложнений.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Онкология – не только бич, но и один из главных трендов клинической медицины на современном этапе. В экономически развитых странах именно злокачественные новообразования лидируют в структуре общей смертности населения, обогнав на «крутом вираже» сердечно-сосудистые катастрофы. Более того, в этих государствах образовательная программа на предмет той или иной патологии включает в себя онкологический раздел. Иными словами, с раком в экономически развитых странах, так или иначе, сражаются клиницисты практически всех специальностей.

Об одной из наиболее злобных онкологических патологий – раке молочной железы – шла речь на очередной московской городской клинико-анатомической конференции, собравшей руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) и прошедшей по традиции под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.

в крестце, костях таза, головках обоих бедренных костей, в телах позвонков поясничного отдела. Диагноз: «Метастатическое поражение без выявленного первичного очага». Рекомендована повторная консультация онколога в ГКБ № 40 ДЗМ.

При пальпации правой молочной железы онколог выявил уплотнения небольшого размера. Рекомендовано гистологическое исследование для определения генеза опухоли, а также УЗИ молочных желёз. По данным иммуногистохимического исследования

– «Чехарда» с медицинской документацией, несмотря на смену пациенткой поликлиник, – недопустимое явление. Маршрутизация не только пациентов, но и их документов – неотъемлемая часть эффективного оказания медпомощи на современном этапе. Копии амбулаторной карты должны сохраняться. Ввиду их отсутствия сделать более или менее справедливое заключение по моему профилю не представляется возможным.

Григорий АРУТЮНОВ, главный терапевт ДЗМ:

развития. Раннее выявление злокачественных новообразований – болевая точка отечественной отрасли.

Марина ЖУРАВЛЁВА, главный клинический фармаколог ДЗМ:

– То, что гормонозаместительная терапия у пациентки проходила без контроля гинеколога – безобразие. Не исключая, что эти препараты могли запустить малигнизирующий процесс. Во всяком случае – ускорить его. Хочется верить, что данный случай послужит нам уроком.

Амбулаторная неразбериха

2 ноября 2015 г. к терапевту московской городской поликлиники № 107 обратилась 28-летняя столичная жительница с жалобами на боли в области шейного и грудного отделов позвоночного столба, усиливающиеся при движении. Девушка считала себя больной в течение недели. При пальпации паравerteбральных точек в грудном отделе позвоночника была выявлена умеренная болезненность. По остальным органам и системам – без патологии. Выставлен диагноз «Дорсопатия грудного отдела позвоночника». Назначена терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВС) и наблюдение в поликлинике по месту жительства.

Примечательно, что за период 2013-2015 гг. пациентка «прикреплялась» к разным амбулаториям (каждый столичный житель вправе на годовое прикрепление к любой городской поликлинике, работающей в рамках ОМС, сохраняя за собой право на замену медучреждения по истечении указанного срока – **Д.В.**), вследствие чего была утеряна часть медицинской документации. Со слов больной, в 2010 г. в Институте хирургии им. А.В.Вишневского ей была проведена двусторонняя аднексэктомия по поводу кистозных новообразований. С тех пор молодая женщина находилась на заместительной гормональной терапии и, что характерно, не наблюдалась у гинеколога.

Очередное посещение терапевта в поликлинике № 107 зафиксировано 3 февраля 2016 г. Пациентка жаловалась на появление новообразования в области верхнего края грудины, не вызывающего болезненности при пальпации. Жалобы на боли и дискомфорт в спине сохранялись. При осмотре: в лёгких хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Молочные железы без патологических изменений при пальпации. Подмышечные, шейные, над- и подключичные лимфоузлы не увеличены. В области правого грудинно-ключичного сочленения выявлено плотное, безболезненное, округлое, несмещающееся образование размером около 4 см в диаметре.

Диагноз: «Образование в области правого грудинно-ключичного сочленения. Дорсопатия». Назначена рентгенография органов грудной клетки, общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, консультации хирурга и гинеколога. Рекомендован приём НПВС.

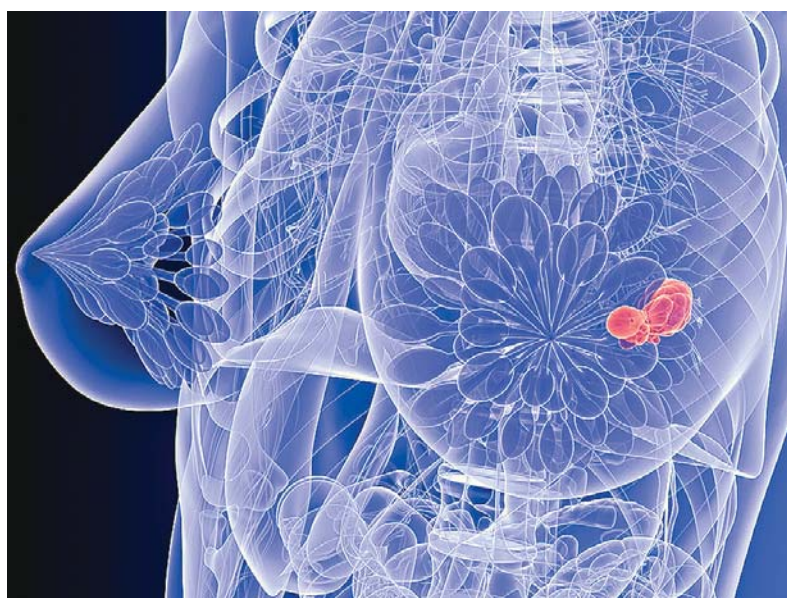
В крови обращали на себя внимание лейкоцитоз и тромбоцитоз, а также повышение АСТ, АЛТ, ГГТ, ЛДГ и С-реактивного белка. На рентгенограмме органов грудной клетки справа в области грудинно-ключичного сочленения отмечалась дополнительная тень с чёткими контурами. Диагноз: «Очаговое поражение лёгких? Новообразование мягких тканей?». Назначены: КТ органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также гастроскопия.

Хирург со своей стороны исключил острую патологию. Выполненная на следующий день

Клинический разбор

Страсти по молочной железе

Коварные происки малигнизирующих процессов



Вот она – опухоль

КТ показала следующее: картина воздушного полостного образования верхней доли левого лёгкого с наличием множественных очагов уплотнения обоих лёгких. Умеренная интраторакальная лимфаденопатия. Признаки множественных вторичных метастазов в печени, левом надпочечнике и хвосте поджелудочной железы.

Терапевт рекомендовал провести дифференциальную диагностику между туберкулёзной и онкологической природой выявленной при КТ картины и назначил консультацию онколога и фтизиатра. Два дня спустя больная была осмотрена гинекологом. Патологии не выявлено. Молочные железы симметричные. Пальпируемых образований нет. Также осмотрена онкологом. Проведена пункция пальпируемого новообразования для цитологического исследования. Ввиду неэффективности НПВС при купировании болевого синдрома назначены наркотические анальгетики в соответствующем порядке.

На УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – эхо-признаки гепатомегалии, очаговых образований печени. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. При гастроскопии – поверхностный гастрит. Заключение по цитологии – цитогамма злокачественного новообразования.

Три дня спустя на приёме у терапевта больная отмечала ухудшение состояния: нарастала слабость, появилась одышка при минимальной физической нагрузке, болевой синдром персистировал, несмотря на анальгетическую терапию. При пальпации живота – болезненность в нижних его отделах. Терапевт назначил МРТ органов малого таза. Заключение: состояние после удаления яичников в 2010 г., очаговые образования (вероятно – метастазы)

выявлен инвазивный неспецифический рак II стадии. На УЗИ – в правой молочной железе нечёткая структура 16 x 6 мм.

Диагноз: «Инвазивный неспецифический рак правой молочной железы. Метастазы из невыявленного первичного очага IV стадии. Болевой синдром». Рекомендована госпитализация в ГКБ № 40 для химиотерапевтического лечения.

По тропе обречённости

9 марта 2016 г. пациентка была госпитализирована в химиотерапевтическое отделение ГКБ № 40. В связи с неоперабельностью выявленной патологии онкологический консилиум стационара пришёл к заключению о необходимости химиотерапевтического лечения больной по витальным показаниям. Выставлен диагноз: «Рак правой молочной железы Т3N x M1. Множественные метастазы в лёгкие, печень, кости. Дыхательная недостаточность 2-й степени. Болевой синдром. Эндогенная интоксикация».

Несмотря на проводимое лечение и реанимационные мероприятия, 3 дня спустя дежурная бригада стационарного отделения реанимации и интенсивной терапии констатировала биологическую смерть молодой женщины. Посмертный клинический диагноз «Рак правой молочной железы Т3N x M1. Множественные метастазы в лёгкие, печень, кости. Дыхательная недостаточность 2-й степени. Болевой синдром. Эндогенная интоксикация» целиком и полностью совпал с патологоанатомическим заключением.

Рецензии экспертов

Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ, главный специалист ДЗМ по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению:

– Изучая терапевтическую составляющую оказания медпомощи обсуждаемой пациентки, я негодовал: формальное отношение к пациентам – бич нашей медицины. У меня сложилось ощущение, что терапевты как в поликлинике, так и на дому просто напросто не смотрели больную. Отпуска – не более. Это никуда не годится. Никто не описал швы после операции 2010 г. на передней брюшной стенке. Полагаю, что и многие другие записи из дневников наблюдений были взяты, что называется, «с потолка». Кроме того, совокупность результатов данных дополнительных методов обследования пациентки должна была расцениваться как неопластический синдром, чего нигде указано не было. Данные не подвергались анализу. Анамнез собран безобразно. Это даже не фельдшеризм.

Сергей МОРОЗОВ, главный рентгенолог ДЗМ:

– В общем и целом концепция рентгенологического обследования данной больной была выстроена верно. От рентгенографии – к более высоким технологиям. Конечно, не без недочётов: так, описания результатов исследования, с моей точки зрения, сделаны недостаточно подробно, хотя в целом – удовлетворительно. Пожалуй, это единственное замечание к коллегам. Также, на мой взгляд, нам необходимо развивать и активно внедрять систему раннего выявления рака молочной железы. Эта общемировая практика при должном применении, вне всякого сомнения, поможет нам в борьбе с вездесущей злобной онкологической патологией.

Александр КОНОПЛЯНИКОВ, главный акушер-гинеколог ДЗМ:

– Возвращаясь к 2010 г., хочу заметить, что, несмотря на свой федеральный масштаб, Институт хирургии им. А.В.Вишневского – отнюдь не профильное медучреждение в данном случае ввиду отсутствия отделения гинекологии. Также хочется напомнить коллегам, что пальпация молочных желёз – их прямая обязанность. Не онколог, а гинеколог должен был первым «нащупать» опухоль в молочной железе у обсуждаемой пациентки.

Наталья ДОБРОВОЛЬСКАЯ, заведующая отделением химиотерапии Московского клинического научного центра ДЗМ:

– С онкологической точки зрения, всё было сделано правильно. К сожалению, медицина на нынешнем этапе своего развития не в состоянии сколько-либо качественно помочь этой больной. Патология развивалась классически: исподволь и проявилась уже в терминальной стадии своего

Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом ДЗМ:

– По моему мнению, и цитология, и гистология должны были проводиться в одном учреждении – онкологическом. На уровне амбулаторной сети – цитологические исследования должны быть лишь в качестве динамического наблюдения ранее верифицированной патологии. Всё остальное, по моему убеждению, должно проводиться комплексно в медучреждениях онкологического профиля с последующим обсуждением в виде консилиума морфологов и клиницистов, как это происходит в экономически развитых странах.

Резюме председателя

– К сожалению, мы не можем радоваться нашим успехам в области онкологии. Связано это с тем, что уровень профессиональной подготовки отечественных онкологов, мягко говоря, не дотягивает до западных коллег. Вынужден констатировать, что наша онкологическая служба существует лишь формально. Мы не располагаем онкологами, способными выстроить диагностическую и лечебную концепцию по ведению пациентов в каждом отдельно взятом случае. Подготовка специалистов такого уровня – одна из наших первоочередных задач.

Также хочу заметить, что во всём цивилизованном мире становится всё меньше хирургической составляющей в лечении онкологических пациентов. «Первыми скрипками» в данном случае выступают лучевая и химиотерапия. Это необходимо учитывать. Онкологи в нашем сознании должны перестать ассоциироваться исключительно с хирургической деятельностью.

Ну а что касается алгоритма обследования больных раком молочной железы, то последовательность должна быть такой: пальпация, маммография, ультразвук и только потом, если необходимо, МРТ. Также следует понимать, что онкология стремительно развивается, в особенности терапевтическая её составляющая. В ряде случаев рак перестал быть приговором.

В заключение хочу подчеркнуть: раннее выявление онкологических заболеваний – одна из главных задач врача любой специальности. Мэрией Москвы будут выделены специальные средства для премирования докторов, обнаруживающих злокачественные новообразования I-II стадий на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи населению, – завершил конференцию Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

«МГ» справедливо уделяет большое внимание проблемам распространения и профилактики ИПП, ВИЧ/СПИДа и заболеваний, вызванных зависимостями от психоактивных веществ и состояний. Все эти темы смежные, тесно переплетены друг с другом, и поэтому рассматривать их надо в единой связи. Исследование здоровьесберегающего и рискованного поведения требует междисциплинарного подхода и особенно тщательного изучения ценностно-смысловых аспектов.

Работать сообща

В ноябре 2016 г. в Сочи состоялась III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания». В рамках этого представительного форума под председательством президента Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова академика РАН Николая Ющука проводилось выездное заседание учебно-методической комиссии по инфекционным болезням Координационного совета в области образования «Здравоохранение и медицинские науки».

Программа оказалась чрезвычайно содержательной и интересной. Автору этих строк было поручено выступить с докладом, посвященным нравственно-просветительской миссии врача-инфекциониста в современном мире. Вот некоторые тезисы, получившие поддержку весьма профессиональной аудитории.

Высокие требования к своим личным качествам неотъемлемы от стремления сохранить здоровье и неразрывно связаны с требованиями гигиены. Поэтому нравственный уровень человека в определённой степени служит мерилом здоровья. Так, моральная неустойчивость ведёт к нездоровому и даже асоциальному образу жизни. Студентам-медикам обязательно надо знать, что нарушение нравственных норм – это мощный фактор риска возникновения зависимого поведения (например, наркомании, алкоголизма) и различных инфекционных заболеваний (венерических, гепатита С, ВИЧ/СПИДа и др.). А соблюдение нравственных норм – основа подлинно здорового образа жизни и развития зрелой гармоничной личности.

Вот почему профессиональная подготовка, лечебно-диагностическая и нравственно-просветительская работа врачей разных специальностей стали бы эффективнее при тесном взаимодействии с Русской православной церковью (РПЦ) и профильными организациями других традиционных религий России.

Приведу пример плодотворного сотрудничества. При поддержке РПЦ разработаны программы профилактики рискованного поведения и ВИЧ/СПИДа для детей и молодёжи: «Ладья» (для детей 13-17 лет), «Живая вода» (младшие школьники) и «Дорога к дому» (студенты). Обучение прошли более 10 тыс. человек в 10 регионах нашей страны. Программы созданы коллективом церковных и светских специалистов: педагогов, психологов, психиатров, наркологов. В этой работе активное

участие принимали Владимир Ялтонский, Татьяна Воробьёва и другие сотрудники факультета клинической психологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова во главе с доктором медицинских наук, доктором психологических наук, профессором Натальей Сиротой.

Особо отметим: указанные программы профилактики ри-

избежно касаемся ценностно-смысловой сферы человека. А духовно-нравственная проблематика вызывает наиболее острые дискуссии в обществе.

Дискуссии продолжаются...

Исполняя поручение проректора по учебной работе МГМСУ им. А.И.Евдокимова академика

Алексея Мазуса. Он считает, что ключевое направление стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции – укрепление традиционных семейных и морально-нравственных ценностей. Для успешной борьбы с зависимым поведением, ИПП и ВИЧ/СПИДом требуется не пропаганда так называемого безопасного секса, а формирование

Коллектив кафедры ЮНЕСКО в соавторстве с коллегами иных кафедр МГМСУ выпустил целый ряд учебников, пособий и научных статей. Их цель – формирование ответственной позиции по отношению к здоровью. Базовый учебник – «Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний», изданный под редакцией академиков РАН

Профилактика

Фундамент здорового образа жизни

Из опыта преподавания студентам-медикам



скованного поведения, ИПП и ВИЧ/СПИДа можно адаптировать для использования в среде, где христианское мировоззрение не является доминирующим. Это объясняется тем, что базовые нравственные ориентиры и ценности традиционных религий России совпадают.

Опираясь на научные исследования

Аспирант кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии МГМСУ Валерий Огарёв приходит к конкретному выводу, что зрелость личности пациента влияет на его готовность к действиям по преодолению болезни. А как созревает личность? Что делает её устойчивой к стрессам? Что помогает преодолеть упорное нежелание обращаться за помощью в специализированные учреждения и внутреннее сопротивление врачебным рекомендациям? И, наконец, что формирует позитивную мотивацию к лечению и ответственный подход к здоровью?

Отвечая на эти вопросы, особенно остро возникающие при ИПП, ВИЧ/СПИДе и различных зависимостях от психоактивных веществ и состояний, мы не-

РАН Игоря Маева, я принимал участие в работе «круглого стола» «Здоровье молодёжи: медицинские и социальные аспекты», проходившего в стенах Государственной Думы РФ.

Один из выступавших высказался в пользу легализации однополых браков и соответствующей пропаганды среди несовершеннолетних, а также за программы «снижения вреда», предполагающие бесплатную раздачу «чистых шприцев и презервативов». После этого развернулась нешуточная дискуссия. Заведующая центром профилактики зависимого поведения Московского научно-практического центра наркологии доктор медицинских наук Елена Демченко и другие справедливо возразили, что такие действия имеют множество нежелательных побочных эффектов. Об этом свидетельствуют не только отечественные, но и зарубежные авторы.

В своём выступлении я сослался на многолетний опыт главного специалиста по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения Москвы, руководителя Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, профессора

здоровой модели сексуального и репродуктивного поведения.

Каковы же основные цели профилактических и просветительских образовательных программ, пропагандирующих позитивное мышление и здоровьесберегающее поведение? На мой взгляд, это грамотное воспитание, опирающееся на семейные ценности. Юношам и девушкам необходимо доходчиво разъяснять простые истины: если много половых партнёров, то и много риска, независимо от средств защиты. А при моногамных супружеских отношениях риск заражения минимален.

Наша лепта в общее дело

Результаты новых научных исследований и ход современных общественных дискуссий, естественно, следует учитывать в учебном процессе медицинского вуза. Положительный опыт такого взаимодействия имеется и в МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Так, сотрудники кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» во главе с доктором медицинских наук профессором РАН Константином Гуревичем доходчиво объясняют студентам правила формирования ЗОЖ.

Н.Ющука, И.Маева и профессора РАН К.Гуревича. Несомненными достоинствами данной книги является то, что она написана доступным языком и обобщает обширную информацию, изложенную российскими и зарубежными учёными.

Приоритет гуманистических ценностей и внимание к психолого-педагогическим условиям, необходимым для развития лучших свойств личности, требуют поиска новых методов учебной работы. К таким новациям мы относим, в частности, проблемную лекцию, лекцию-визуализацию и лекцию с заранее запланированными ошибками. Эти формы лекций и были использованы нами с целью формирования у студентов потребности в творческой профессиональной деятельности и ведении здорового образа жизни.

Для проблемной лекции (равно как и семинара) характерны создание и актуализация дискуссионной ситуации. Силами лектора и/или с помощью слушателей новый материал предлагается в виде проблемной задачи, а размышления лектора и слушателей являются поиском средств её решения.

Лекция с заранее запланированными ошибками выполняет мотивационную, диагностическую и контрольную функции в обучении. Преподаватель не скрывает своего замысла и просит студентов фиксировать замечаемые врачебные ошибки (диагностические, поведенческие, этические и пр.). А в конце отводится время для совместного обсуждения. Такая форма лекции мотивирует слушать внимательно и позволяет оценить степень понимания учебного материала.

Почти 20-летний опыт преподавательской работы со студентами-медиками убеждает меня также в необходимости разработки и внедрения особого спецкурса, посвящённого нравственным и психологическим основам здоровья. Всё это и станет нашей лептой в общее дело – вырастить из студента-медика настоящего врача-профессионала.

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА,

Игеи

Держать давление под контролем

В возрасте 75 лет приблизительно у половины людей развивается облачное зрение, вызванное катарактой. Эти данные были приведены Национальным институтом глаза (США).

Наиболее частым осложнением, возникающим после удаления катаракты, является повышенное внутриглазное давление, которое может вызвать отёк сетчатки, дистрофию роговицы. Исходом болезни является слепота. Исследователи из школы медицины Университета штата Миссури (США) рекомендуют новый тест проверки глазного давления,

чтобы предотвратить возможную потерю зрения.

Электронное устройство, контролирующее глазное давление, называемое тонометром, часто используется в клинической практике для определения глазного давления, но устройство редко используется при хирургических вмешательствах глаза.

Учёные обследовали 170 пациентов, у которых глазное давление регулировалось тонометром после операции по удалению катаракты. Они обнаружили, что у пациентов в 2,5-4 раза снижалась вероятность развития кистозного отёка макулы.

Нормальное давление глаз долж-

но составлять от 16 до 21 мм рт.ст. В большинстве случаев высокое внутриглазное давление может пройти в течение нескольких дней без проблем, но в тех случаях, когда давление значительно повышается, человек может испытывать симптомы тошноты и боли над бровью. Именно в эти моменты так важно регулировать внутриглазное давление, тем самым предотвратить необратимые повреждения глаз.

Исследователи рекомендуют глазным хирургам ввести в свою хирургическую практику использование тонометра.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению Reuters.

Гипотезы

Онкологический «график»

Биологические часы организма оказывают прямое влияние на развитие раковых клеток и рост опухолей. Об этом сообщили исследователи отделения психиатрии Университета Макгилла (Канада).

Как известно, большинство клеток человеческого тела имеют внутренние часы, которые задают ритм деятельности органов в зависимости от времени суток. Часы раковых клеток, как правило, либо «неисправны», либо вообще не работают.

Учёные предположили, что именно неисправные часы способствуют быстрому росту опухоли. Используя химическую и термическую обработку раковых клеток, исследователи сумели запустить их тактовый сигнал, восстановив его нормальное функционирование. Таким образом, им удалось отрегулировать механизм внутренних часов двух типов раковых клеток – рака кожи и прямой кишки.

Примерно через неделю выяснилось, что опухоли с работающими биочасами выросли на две трети

меньше, чем контрольные образцы, а в среднем рост опухоли замедляется почти на 50%.

Активация биологических часов не сможет полностью остановить опухоль, отмечают исследователи, но она замедлит их рост, дав пациентам больше времени для традиционных методов лечения, таких как хирургия или химиотерапия.

Пока трудно сказать, какие виды рака поддаются такому «ремонту», однако, по словам учёных, в дальнейшем эта методика может стать эффективным инструментом лечения раковых опухолей самых разных нозологий.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Reuters.

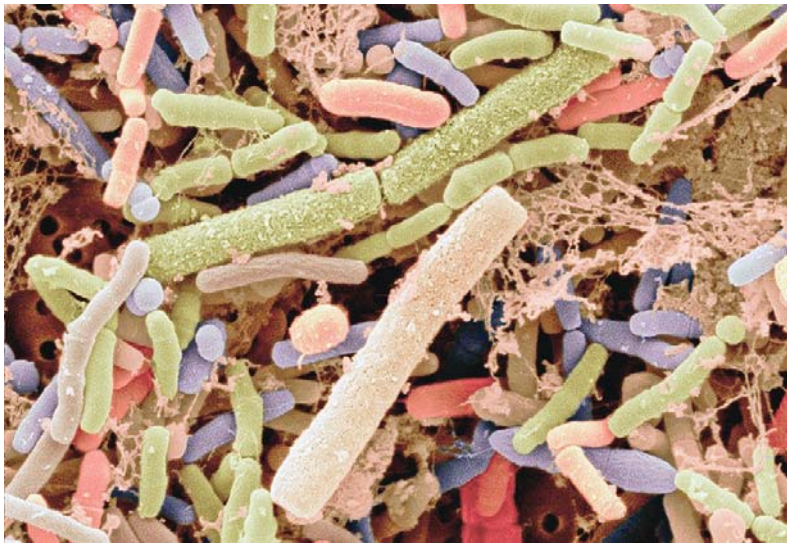
Почему бы и нет?

Немцы называют микробиологию бактериологией, подчёркивая первенство бактерий-палочек, ярким представителем которых служит кишечная E.coli, являющаяся рабочей лошадкой биотехнологии. В Каролинском институте Стокгольма её использовали, чтобы наработать «товарные» количества белка, выполняющего роль лёгочного сурфактанта, или поверхностно-активного вещества (ПАВ), «расправляющего альвеолы легких у преждевременно родившихся младенцев.

Действие таких веществ часто показывают в рекламе стиральных чудо-порошков, активно удаляющих что-то с загрязнённых поверхностей. У детишек в силу незрелости их лёгких мембраны клеток альвеол, через которые кислород проникает в кровь, имеют излишне жёсткий белковый цитоскелет. Это мешает альвеолам расправиться, а их клеткам осуществлять нормальный газообмен. Сейчас для решения проблемы используется созданный в Каролинском институте курсурф (Curosurf), получаемый из лёгких свиной, но он дорог, сложен в производстве и имеет риск побочных эффектов.

Именно поэтому шведы обратили свои взоры на пауков-шелкопрядов, имеющих специальный орган для производства шёлковых волокон, удлинение которых идёт в воронке, за которой следует мешкообразное расширение для хранения мицелл паутины, прочность которых в 5 раз превышает такую стальную нить того же диаметра. Мицелла имеет наружное усиление благодаря прочным доменам коротких белковых цепочек, идущих к её центру, что делает её похожей на хрупкое стекловолокно, заключённое в прочную оболочку. Немаловажно и то, что домены легко образуют нерастворимые агрегаты из хорошо растворимого протеина.

Графен против



Кишечная флора, меняющая ген-активность клеток хозяина

Фазовый переход одного состояния белка в другое упрощает и удешевляет получение нужного ПАВ. После осуществления процесса в пробирке учёные обратили свои взоры к кишечной палочке, синтезировавшей один из доменов, после чего его подшили к разным молекулам-кандидатам. Так, синтетический продукт оказался столь же эффективным в деле снижения «жёсткости» клеточной мембраны, что и биоаналог, имеющийся на рынке. Шелкообразное ПАВ прекрасно зарекомендовало себя у мышей с моделью респираторных расстройств.

Кишечная палочка хороша для проверки идей развития, потому что её поколения меняются каждые 20 минут, что позволяет за рабочий день дёшево симитировать процессы, длящиеся миллионы лет. Микробиологи Иллинойского университета в городе Урбана-Шампань решили посмо-

треть, как будут меняться всего лишь два признака у бактерий, развивающихся в богатой и обеднённой пищевыми ресурсами средах. Первый представлял скорость перемещения в жидкости, а второй – скорость репродукции, то есть клеточного деления. Опыты показали, что признаки взаимно исключают друг друга, так как увеличение скорости «плавания» сопровождалось замедлением клеточного деления и наоборот. Теоретики описывают подобное явление как «обмен», или trade-off, что объясняет отсутствие в природе жирафов с длинным хоботом.

Такие как бы отвлечённые теоретические и лабораторные исследования вроде бы не имеют никакого отношения к требованиям повседневной жизни и врачебной практики. Недавно сообщалось, что кишечная микрофлора оказывает влияние на активность «хозяйских» генов, меняя в част-

Эксперименты

Невечное сердце

Клинические испытания искусственного сердца, проводимые во Франции компанией-разработчиком протеза, приостановлены после смерти 5-го пациента, которому было пересажено опытное устройство. Об этом сообщили в Национальном агентстве по безопасности лекарственных средств и изделий медицинского назначения (ANSM), которое получило информацию со стороны, занимающейся разработкой и производством протеза. После этого принято решение приостановить клиническое испытание.

Непосредственно в компании, изготавливающей данный протез, подчеркнули, что прямой связи между смертью пациента и работой имплантата пока не установлено. Известно, что умершему пересадили первое искусственное сердце, созданное в ходе основной фазы клинических испытаний. Эта финальная стадия работ стартовала в августе, и по её итогам должно было быть получено разрешение от властей на начало массового коммерческого производства.

Клинические испытания искусственного сердца нового поколения ведутся с 2013 г., когда было получено разрешение на его

трансплантацию первым четырём пациентам. Максимальная продолжительность их жизни после пересадки составила 9 месяцев. Созданное французским профессором Аленом Карпантье устройство отличается от других моделей искусственных сердец тем, что не требует внешней регуляции рабочего режима при изменении интенсивности физической нагрузки человека.

Новое сердце, разработанное при поддержке специалистов авиационно-космического концерна и ряда других высокотехнологичных французских компаний, работает практически так же, как биологическое. Датчики давления и высоты, используемые в авиации, снимают информацию о потоке крови в сердце, благодаря этому искусственный орган реагирует практически мгновенно, увеличивая или уменьшая ток крови.

По размеру искусственное сердце похоже на настоящее сердце взрослого человека. Но при этом в 3 раза тяжелее, чем реальное, его масса составляет примерно 900 г. Сердце предназначено для непрерывной работы в течение не менее 5 лет (или 230 млн сокращений).

Герман АКОДИС.

По сообщению AFP.

ности работу транскрипционного фактора HNF (печёночный ядерный фактор, подстёгивающий в ядре клетки генную активность). Белок фактора был открыт в опухолях печени и при её инфицировании вирусами гепатита, способными трансформировать клетки печени для своего размножения. Ещё неприятнее ситуация с грамотрицательными микроорганизмами (Gram-negative, как и положительные, названы в честь датского учёного Г.Грама), имеющими на своей поверхности жироподобный сахар липополисахарид (LPS), действие которого оказывает пагубное действие на мозговые сосуды, вызывая образование мешкообразных выпячиваний, что повышает риск мозговых инсультов.

Лечить сегодня инфекции бывает весьма затруднительно в силу микробной резистентности к антибиотикам. В полном соответствии с изменениями клеточного генома при выращивании на разных средах палочки и кокки быстро приспосабливаются и адаптируются к появлению в их окружении ещё одного агента, жить с которым свыкаются. Так, на Ближнем Востоке возник «золотой шарик» – Staphylococcus aureus, – который устойчив к метициллину (MRSA). Сотрудники университетов Монаш в австралийской Канберре, Сингапурского и Исследовательского института Вейцмана выяснили, что невосприимчивость микроба к антибиотику определяется заменой одной аминокислоты в его рибосоме, на которой идёт синтез белков (mBio).

Свою лепту в борьбе с бактериологической угрозой миру внесли учёные Университета Райса в Техасском Хьюстоне, которые с помощью «бомбардировки» дешёвого полиимида (polyimide) инфракрасным лазером создали губчатую разновидность графена LIG (Laser-Induced Graphene). Сначала материал с переплетением монокристаллических слоёв графена хотели использовать при создании

тканей с «носимой» электроникой и солнечных панелей нового поколения, а также поверхностей со сверхотталкивающими воду свойствами, а также супергидрофильными свойствами. Однако в Хьюстоне совместно с сотрудниками Университета им. Бен-Гуриона в Негеве неожиданно для себя выяснили, что слаботочные электроды из такого графена убивают клетки весьма распространённого псевдомонаса (Pseudomonas aeruginosa) и не дают образоваться микробной плёнке-биофильму. Графеновый анод с напряжением не более 2,5 В «завлекает» микробы подобно мышеловке, способствуя их гибели и препятствуя их «склеиванию» друг с другом. К тому же электрохимический потенциал способствует образованию перекиси водорода (H₂O₂), которая издавна используется при обработке ссадин и ран.

Французский химик Л.Пастер своё первое открытие сделал в области 3D-химии (стереохимии), открыв хиральность, или «рукотворность» молекул, форма которых отличается как кисти-«хиры» рук (сравни: хирург-рукодей, хиропрактик-костоправ, хиродесия-рукоположение). Пастер увидел под микроскопом, что в среде выедаются левые кристаллы винной кислоты (тартрата), но не правые. Потом оказалось, что молекулы оптически активных – хиральных – веществ поворачивают плоскость поляризованного света вправо или влево, поэтому сахара нуклеиновых кислот являются «правыми», а белковых аминокислот – левыми (протеины состоят только из левовращающих аминокислот). Химия разочаровала Пастера, и он переключился на клетки, видимые только в микроскоп, которым он дал название «вирусы» (в память о смертоносных римских «вирах»-легионерах).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist.

Выводы

Рождённые в тоске

Ранние признаки клинической тревожности и депрессии могут проявиться в структурных и функциональных связях мозга ещё при рождении. К такому выводу пришли сотрудники школы медицины Университета Вашингтона (США).

Анализируя сканирование мозга новорождённых, исследователи обнаружили, что в ряде случаев сила и характер связей между его участками очень похожи на картину, которая развивается при чрезмерной грусти, застенчивости, нервозности или беспокойстве у двухлетних детей. У детей старшего возраста и взрослых такие симптомы интерпретируются как признаки клинической депрессии.

По мнению доцента кафедры детской психиатрии Университета Вашингтона Синтии Роджерс, наличие нейронных связей в мозгу новорождённых, напоминающих симптоматику депрессии, приводит к соответствующим изменениям в мозгу и влечёт за собой множество проблем в дальнейшей жизни.

MPT-сканированию подверглись 65 доношенных новорождённых и 57 детей, родившихся минимум на 10 недель раньше. Исследователи искали различия взаимосвязей разных областей мозга, в надежде объяснить – почему доношенные дети в дальнейшей жизни чаще болевают психическими расстройствами, включая депрессию и тревожность. В частности, учёные исследовали связи миндалевидного тела, отвечающего за обработку эмоций и связи с другими участками мозга.

Специалисты обнаружили, что

здоровые доношенные младенцы имели те же механизмы взаимодействия, что и взрослые. А вот у недоношенных детей прочность связи между миндалевидным телом и другими участками мозга была снижена. Кроме того, учёные отметили, что некоторые варианты связей между миндалевидным телом и префронтальной корой головного мозга у недоношенных детей усиливают риск ранних симптомов депрессии и тревожности.

Когда детям исполнилось 2 года, их снова подвергли сканированию, чтобы обнаружить симптомы тревоги и депрессии. В эксперименте приняли участие 27 детей, рождённых преждевременно, и 17, рождённых в срок. В этом возрасте внешние признаки депрессии у недоношенных детей проявлялись не больше, чем у тех, кто родился в срок. Однако, по мнению специалистов, это могло быть связано с тем, что некоторые доношенные дети уже попали в группу риска депрессии из-за социально-демографических факторов, таких как нищета или депрессия матери.

Тем не менее сканирование мозга в обеих группах показало сохранение соотношения тревожных симптомов в обеих группах и корреляцию с результатами обследования младенцев 2 года назад.

Теперь исследователи намерены оценить риски, когда дети достигнут 9-10-летнего возраста, после чего можно будет выстроить полноценную картину влияния особенностей структурных и функциональных связей мозга на риск развития депрессии и тревожных расстройств, начиная с рождения и кончая подростковым возрастом.

Ну и ну!

Курение помогает снять симптоматику шизофрении. Об этом сообщили учёные из Университета Колорадо (США). Это вызвано тем, что никотин ускоряет работу нейронов, предотвращая проявление болезни.

«Дым безумия»

Исследование, проведённое командой университета, имело цель изучить депрессию нейронов в префронтальной коре головного мозга, которая считается основным фактором шизофрении. Как показали предыдущие работы, эта депрессия вызвана изменениями гена CHRNA5, от которого в основном и зависит состояние психического здоровья человека, причём те, у кого работа гена нарушена, более склонны к курению. В целом табак потребляют около 90% больных шизофренией, используя курение как некую форму медитации.

Чтобы проверить эти предположения, исследователи провели серию экспериментов на крысах. Сначала они сканировали мозг грызунов, выявляя животных с генетическими изменениями, ведущими к депрессии префронтальных нейронов. Следующие испытания подтвердили предположение, что замедление работы этих клеток вызывает симптоматику шизофрении.

Затем учёные начали вводить грызунам никотин. Через 2 дня активность мозга крыс стала нарастать, через неделю пришла в норму. Единственным ограничением действия никотина, сообщил автор исследования Джерри Стицель, является то, что он компенсирует только генетически обусловленные отклонения.

По мнению экспертов, препарат, выделенный из табака, может быть использован, чтобы заменить больным шизофренией курение. Кроме того, депрессия нейронов вызывает другие формы аддиктивного поведения, так что исследования могут быть применены и в других сферах психиатрии.

Однако

И — как огурчик!

Известная американская актриса и певица Гвинет Пэлтроу подверглась критике после того, как на её сайте, посвящённом здоровому образу жизни, кардиолог из Калифорнии (США) Стивен Гандри написал, что обнаружена связь между потерей памяти и лектином, содержащемся в огурцах и помидорах. Он заявил, что такая еда может привести к слабоумию. Статья вызвала шквал критики, в которой читатели злорадно высмеивали предложение не есть огурцы.

Однако, как утверждают эксперты из США и Европы, действительно есть доказательства вреда лектинов. Так, британский доктор Том Гринфилд утверждает, что этот белок может играть значительную роль в мозговых нарушениях. При этом он считает, что это связано с генетикой и группами крови, и запрещать употребление лектинов всем неправильно: «он может быть полезен для одних людей и плох для других».

«Лектины могут изменить ваше тело, иммунную систему и показатели крови. Они могут блокировать рецепторы инсулина, и с течением времени это может повлиять на кровеносные сосуды даже в головном мозге. А если сосуды не работают, это может привести к повреждению головного мозга», — полагает врач.

Другой специалист доктор Дэвид Джокерс из США также считает,

Ракурс

Голод «подшофе»

Несмотря на то, что в бокале вина содержится 160 калорий (столько же, сколько в куске торта), выпитый перед обедом алкоголь заставляет человека съесть больше нормы, переключив мозг в режим голодания. Ответ на вопрос, почему после выпитого вина человек чувствует себя более голодным, нашли исследователи Института Фрэнсиса Крика (Лондон, Великобритания).

Как известно, алкоголь является вторым по калорийности питательным веществом после жира, но вместо того, чтобы утолять голод, он включает в мозг так называемые AgRP-нейроны, активирующие чувство голода. Именно в них был обнаружен этанол в экспериментах на мышах, причём мыши, получающие алкоголь в эквиваленте 2 бутылок вина на человека в течение 3 дней, потребляли на 20% больше еды по сравнению с контрольной группой.

По мнению учёных, потребление алкоголя является одним из причин ожирения, так как стимуляции

нейронов алкоголем вполне достаточно, чтобы вызвать быстрое переедание даже при отсутствии дефицита энергии. Ранее неуёмный аппетит после выпитого алкоголя пытались объяснить потерей самоконтроля, однако теперь совершенно очевидно, что обжорство после выпивки — это не просто социальная распушенность, а конкретный биологический феномен, характерный как для людей, так и для животных.

Таким образом, заключают исследователи, если кто-то решил похудеть или просто разгрузиться с помощью диеты, ему следует держаться подальше от выпивки.

Взгляд

Пока я ходить умею...

Учёные из Университета Нью-Мехико Хайлендс в Лас-Вегасе (США) обнаружили новое полезное свойство ходьбы. Выяснилось, что она способствует притоку крови в головной мозг, что, в свою очередь, приводит к улучшению памяти и познавательных способностей человека.

Американские учёные провели исследование при участии 12 здоровых добровольцев. Молодые люди должны были перемещаться с постоянной скоростью около метра в секунду, находясь в строго вертикальном положении. При этом специалисты отслеживали

кровообращение головного мозга с помощью ультразвука.

В ходе исследования было обнаружено, что удар стопы во время ходьбы посылает волны через артерии, которые значительно изменяют и увеличивают доставку крови в мозг. Этот эффект проявляет себя меньше, чем при беге, но значительно сильнее выражен, чем при езде на велосипеде.

«Удивительно, что нам потребовалось так много времени, чтобы наконец измерить эти очевидные гидравлические эффекты на кровообращение головного мозга», — отметил главный автор исследования Эрнест Грин.

Угроза

Страдает печень

Семена подсолнечника часто заражены токсином, который вырабатывается плесенью. Эта проблема критична для здоровья людей в странах с низким уровнем доходов, установили учёные Университета Мичигана (США).

Учёные обнаружили в семенах подсолнечника афлатоксины, которые вырабатываются грибами Аспергилл (Aspergillus). Ранее было известно, что эти грибки поражают семена кукурузы, арахиса, фисташек и миндаля. постоянное употребление заражённой афлатоксинами пищи приводит к гибели до 155 тыс. человек ежегодно. Это один из самых сильных канцеро-

генов, он вызывает заболевания печени. Теперь учёные планируют снизить смертность и уровень заболевания печени в районах, где распространено употребление семян подсолнечника.

Исследования проводились в Танзании, но проблема характерна и для других стран. «Миллиарды людей во всём мире подвергаются воздействию афлатоксинов, особенно там, где продукты питания не проходят регулярный контроль», — считают учёные.

Что характерно, новые данные были представлены в конце апреля нынешнего года на международном конгрессе по печени в Амстердаме (Нидерланды).

Кстати

Как выяснили учёные, показатели алкогольного цирроза выше в более холодных и менее солнечных регионах мира. Международная группа исследователей, проанализировавшая данные из 190 стран, выявила, что на каждое повышение температуры на 1°C доля алкогольного цирроза снижается на 0,3%. Учёные выдвинули гипотезу, что в холодных странах более высокое потребление алкоголя и, соответственно, доля алкогольного цирроза. Они считают, что употребление алкоголя вызывает чувство тепла, а меньшее количество солнечного света вызывает депрессию, которую также принято лечить злоупотреблением алкоголя.

«Наши работы демонстрируют, что климат и географическое положение страны оказывают потрясающее влияние на уровень цирроза печени. По мере того, как средняя температура и световое время снижаются, а широта увеличивается, увеличиваются и показатели цирроза, связанного с алкоголем. Это говорит о том, что чрезмерное употребление алкоголя для борьбы с холодом и темнотой может повысить риск заболевания алкогольным циррозом», — заявил ведущий автор исследования доктор Нил Шах из Университета Северной Каролины (США).

Исследовательская группа, состоящая из учёных Канады, Мексики, Испании и США, провела всесторонний анализ сведений из баз данных ВОЗ и Всемирной метеорологической организации. Они сопоставили информацию об употреблении алкоголя, средней температуре, климате, широте и световом времени в год, чтобы определить их влияние на цирроз печени, вызванный алкоголем.

По мнению учёных, полученные данные помогут дать рекомендации правительствам северных стран для снижения уровня алкогольного цирроза.



что лектины блокируют поглощение питательных веществ, и это приводит к определённым проблемам: «В целом это стресс для организма. Лектины имеют сходство с замком и блокируют инсулиновые рецепторы». При этом он отметил, что не считает лектины основной причиной деменции и болезни Альцгеймера, но полагает, что они могут быть одним из факторов её развития.

В свою очередь, диетолог Никки Острауэр из Канады утверждает, что мысль избегать продуктов с лектинами известна специалистам, но не широкой публике:

«Задолго до пестицидов растения вырабатывали свой способ защиты от угроз. Когда мы употребляем эти продукты в сыром виде, то фактически едим природный репеллент. Это антипитательные вещества, которые могут привести к проблемам с кишечником и даже к аутоиммунным заболеваниям».

Учёные сходятся во мнении, что исключить эти продукты из рациона полностью нельзя, однако можно их редко употреблять. Продукты, в которых содержатся лектины: огурцы, баклажаны, картофель, соя, перец, бобовые продукты.

Подготовил Марк ВИНТЕР.
По материалам Science Daily, Daily Mail, EurekAlert!, Reuters.

Владимир Василенко был чутким врачом, прекрасно владевшим методикой расспроса, исследования больного, совершенной логикой врачебного мышления. Консультации проводил, невзирая на свою занятость, к пациентам всегда относился крайне трепетно: «Самый плохой прогноз не должен останавливать лечебных усилий, и врачу необходимо бороться за каждый день и каждый час жизни больного – это основной закон врачевания», – говорил В.Василенко. Его диагностические способности стали легендой. До сих пор остаётся загадкой, как он мог в 1960-е годы, когда ещё не существовала ультразвуковая и компьютерная диагностическая аппаратура, распознавать, например, фиброэластоз эндокарда, опухоли тонкой кишки и другие патологии.

Послужной список Владимира Харитоновича весьма велик, среди его званий и наград такие, как: академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, член ряда зарубежных научных обществ терапевтов, кавалер трёх орденов Ленина, ордена Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, Отечественной войны I и II степени, Дружбы народов и т.д.

Звезда первой величины

Владимир Василенко родился 120 лет назад, 7 июня 1897 г., в Киеве. Родители его были людьми простыми, небогатыми: отец занимался извозом, а мать служила домоправительницей у одного из киевских врачей, однако они сумели привить сыну тягу и любовь к обучению и образованию, за что в преклонном возрасте Владимир Харитонович вспоминал их с большой благодарностью. Детство будущего корифея врачебного дела нельзя назвать лёгким, он довольно-таки рано стал самостоятельным, с 6-го класса гимназии занимался репетиторством, участвовал в цирковом аттракционе «летающие черти», где получил травму носа, оставившую ему на всю жизнь внешность «боксёра».

После окончания гимназии в 1917 г. поступил на медицинский факультет Киевского университета. Учёбу Владимир Харитонович всегда вспоминал с большой охотой, среди его учителей были терапевты Василий Образцов и Николай Стражеско – выдающиеся интернисты, создатели киевской медицинской школы. Студентом Владимир Харитонович, по его собственным словам, «делал революцию и доделался до того, что в 1919 г. пришлось бежать в Москву».

В 1922 г. В.Василенко окончил университет и устроился на работу врачом на сахарный завод в селе Бобровица Черниговской губернии, но уже год спустя стал ординатором факультетской терапевтической клиники Киевского медицинского института, возглавляемой Феофилом Яновским.

Научные идеи, стиль работы Ф.Яновского и Н.Стражеско стали примером для молодого пытливого исследователя. В.Василенко говорил, что они преподавали ученикам не только профессиональный опыт, но и своё отношение к делу, к жизни, «заражали» интересом к профессии.

Работу в терапевтической клинике Владимир Харитонович совмещал с аспирантурой на кафедре клинической медицины и был ординатором в Киевском институте туберкулёза. В 1926 г. В.Василенко успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клиническое значение ароматических соединений мочи и крови при заболевании почек».

Директором пропедевтической клиники в то время был Н.Стражеско, который в 1927 г. принял руководство госпитальной клиникой, а с 1929 г. и факультетской клиникой медицинского института. Среди влиившихся в руководимый им коллектив доцентов, ассистентов, аспирантов и врачей-экстеров оказался и Владимир Харитонович, избранный в 1930 г. ассистентом, а спустя 2 года доцентом кафедры терапии Киевского мединститута. Одновременно В.Василенко работал старшим ассистентом Института биохимии и патологии, а с 1930 г. руководил ещё и терапевтическим отделением городской больницы в Киеве.

В 1934 г., когда академик Н.Стражеско был назначен заведующим клиникой Института

Имена и судьбы

То взлёт, то посадка...

Жизненная парабола выдающегося клинициста



физиологии АН УССР, Владимир Харитонович стал старшим научным сотрудником в этом учреждении. Н.Стражеско и его ученики глубоко и всесторонне изучали клинику и патогенез недостаточности кровообращения, многие работы его коллектива были посвящены патогенезу и лечению язвенной болезни. Данная проблема являлась традиционной для киевской терапевтической школы, и Владимир Харитонович не терял интерес к гастроэнтерологии до конца жизни.

В 1935 г. Василенко был избран профессором и заведующим кафедрой терапии Киевского института усовершенствования врачей, где продолжал работать под руководством Н.Стражеско. В.Василенко не оставил изучение хронической недостаточности кровообращения: в своей докторской диссертации под названием «Материалы об обмене веществ при хронической недостаточности кровообращения» (1940) он детально осветил изменения процессов обмена веществ на различных стадиях недостаточности кровообращения.

Война и мир

В 1941 г. вместе с Украинским отделением академии наук СССР Владимир Харитонович был эвакуирован в Уфу, где заведовал группой патологии дыхания Института клинической физиологии, вёл курс пропедевтики и физиотерапии в Башкирском медицинском институте и проводил консультации в эвакугоспиталях. Однако, несмотря на полную занятость, он упорно стремился на фронт, и в начале 1943 г. ему удалось туда попасть. В мае 1943 г. В.Василенко был назначен главным терапевтом Северо-Кавказского фронта, а с ноября 1944 г. – 1-го Украинского фронта.

Во время наступления войск Северо-Кавказского фронта в 1943 г. в соединениях и частях возникло массовое заболевание малярией. Командующий фронтом генерал-лейтенант И.Петров поставил перед В.Василенко задачу в кратчайший срок восстановить боеспособность частей и соединений. По просьбе Владимира Харитоновича приказом командующего все госпитали фронта на 10 дней были переданы терапевтической службе. Больным был проведён курс лечения акрихином и хинином, и к назначенному приказом сроку боеспособность частей и

там до ноября 1952 г., группа вернулась на родину. Время было тревожное, в Москве шли аресты по «делу врачей-вредителей». В.Василенко пересёк советско-китайскую границу 6 ноября и ещё на борту самолёта был задержан. Его жену выгнали с работы, оставив с двумя детьми без средств к существованию. Началось следствие. В.Василенко был обвинён в умышленном неправильном лечении Г.Димитрова и А.Жданова, однако он не подписал инкриминируемых ему обвинений. И в статье газеты «Правда» от 13 января 1953 г., озаглавленной «Подлые шпионы и

звано отделение интенсивной терапии. Увеличение числа коек облегчило подбор тематических больных.

Впервые для занятий со студентами были выделены учебные комнаты, удобные для разбора больных, демонстрации слайдов, прослушивания магнитофонных записей дыхательных шумов, тонов сердца. Много внимания стало уделяться занятиям по лабораторной диагностике, электрокардиографии, исследованию функции внешнего дыхания. С 1984 г. на кафедре пропедевтики внутренних болезней студентам

соединений была восстановлена. За успешно проведённую терапевтическую операцию В.Василенко был награждён командованием боевым орденом Отечественной войны I степени. Войну Владимир Харитонович закончил в Берлине. Его боевые заслуги были отмечены различными орденами и многочисленными медалями.

Свои наблюдения и опыт периода Великой Отечественной войны В.Василенко обобщил в ряде оригинальных научных работ: «Принципы организации терапевтической помощи в условиях фронта» (1944), «Крупозная пневмония» (1947).

В эти трудные годы Владимир Харитонович работал не на одном «фронте» – с июля 1944 г. по распоряжению Народного комиссара здравоохранения СССР Г.Митерева Василенко сочетал военную службу с обязанностями заведующего кафедрой факультетской терапии Львовского медицинского института. После окончания войны он был назначен главным терапевтом Львовского и Прикарпатского военных округов. Об этом периоде своей жизни Владимир Харитонович вспоминал, что, будучи профессором, он иногда дежурил по клинике вместо своей жены Татьяны Осиповны, которая оставалась с маленькой дочкой.

Жизненные невзгоды

В своих воспоминаниях Никита Хрущёв писал о Василенко: «Я мало знал его лично, но слышал о нём очень хорошую характеристику от академика Н.Стражеско, которого я весьма уважал... Это он, когда заканчивалась война, попросил меня отозвать В.Василенко из армии, чтобы тот пришёл работать в киевскую клинику, которой заведовал Н.Стражеско. Он прямо говорил: «Василенко мой ученик, и я хотел бы, чтобы он остался после меня, чтобы клиника перешла в надёжные руки».

Однако, вопреки пожеланиям своего учителя, в марте 1948 г. В.Василенко по конкурсу был избран заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней 1-го Московского государственного медицинского института им. И.М.Сеченова, где проработал вплоть до 1987 г. Практически в то же время он был назначен и главным терапевтом Медсануправления Кремля (впоследствии IV Главного управления).

Осенью 1949 г. в числе других выдающихся советских врачей Владимир Харитонович был направлен в длительную командировку в Китай для лечения Мао Дзэдуня, диспансеризации известных деятелей КНР и консультативной работы. Проработав

убийцы под маской профессором-врачей», нет фамилии Владимира Харитоновича. Он надеялся доказать свою правоту на открытом суде, но, к счастью, этого не понадобилось: 5 марта 1953 г. умер Сталин, а 4 апреля измождённый, постаревший до неузнаваемости В.Василенко вернулся домой.

«Спустя несколько месяцев после освобождения невинных, – вспоминал один из учеников В.Василенко, – на научной конференции в Москве я встретился с Владимиром Харитоновичем. Его трудно было узнать – осунувшийся, не отошедший от перенесённых страданий, он с трудом ходил, в глазах светилась грусть. Поздоровавшись со мною, Василенко попросил передать профессорам – членам экспертной комиссии, признавшим обвинения справедливыми, чтобы они не подходили к нему, поскольку он не сможет подать им руки. Я выполнил его просьбу...»

Безграничный талант

Владимир Харитонович продолжил работу на кафедре, а в 1957 г. был избран действительным членом АМН СССР, с 1957 по 1966 г. он являлся членом президиума и академиком-секретарём отделения клинической медицины АМН СССР, с 1952 г. – главным редактором журнала «Клиническая медицина», редактором раздела «Внутренние болезни» Большой медицинской энциклопедии.

В 1961 г. решением президиума АМН СССР Василенко было поручено «возродить» гастроэнтерологию в нашей стране. Это стало очередным важным этапом в его жизни. В этом же году он организовал лабораторию гастроэнтерологии на базе клиники пропедевтики внутренних болезней «Сеченовки», которая в дальнейшем явилась «фундаментом» при образовании Всесоюзного НИИ гастроэнтерологии (ВНИИГ) Минздрава СССР. В 1966 г. по инициативе Владимира Харитоновича было организовано Всесоюзное общество гастроэнтерологов, которое он же и возглавил. В 1967 г. к 70-летию юбилею В.Василенко было присвоено звание Героя Социалистического Труда.

Благодаря усилиям В.Василенко в 1968 г. было построено новое 9-этажное здание, в котором разместились кафедра пропедевтики внутренних болезней 1-го ММИ им. И.М.Сеченова и ВНИИГ. После переезда кафедры в новое здание значительно расширились возможности диагностики, лечения больных и проведения научных исследований. При кардиологическом отделении было органи-

2-го курса лечебного факультета стали преподавать основы общего ухода за больными.

Вопреки здравому смыслу, в 1973 г. Минздрав СССР принял решение о ликвидации ВНИИГ и создании нового Центрального НИИ гастроэнтерологии при Мосгорздравотделе, где директором был назначен уже не В.Василенко. Это было несправедливо и тяжело для Владимира Харитоновича, но он, чтобы иметь возможность продолжать исследования, создал академическую группу и лабораторию гастроэнтерологии при кафедре, на которой также не прекращал активную работу.

В 1974 г. силами сотрудников кафедры был подготовлен новый учебник «Пропедевтика внутренних болезней», неоднократно переиздававшийся в последующие годы (в том числе на испанском и английском языках), а в 1979 г. коллектив авторов учебника во главе с академиком В.Василенко был удостоен Государственной премии СССР.

Навсегда в наших сердцах

Владимир Харитонович возглавлял кафедру почти до последних дней жизни, передав в мае 1987 г. руководство своему ученику профессору А.Гребенёву и перейдя после этого на должность научного консультанта. Кафедра пропедевтики внутренних болезней, которой он руководил на протяжении почти 40 лет, и клиника внутренних болезней теперь носят его имя.

Вскоре после своего 90-летнего юбилея В.Василенко получил перелом шейки бедра и уже не смог оправиться. Лежа на смертном одре, он написал своего рода завещание крупному интернисту и гематологу академику А.Воробьёву, в котором говорится о борьбе со знахарями, лечащими больных волшебными браслетами и пр.: «Давно наступило время отчаянной борьбы честных медиков с паразитами наших несчастных больных, у которых они пьют кровь, нагло обещая выздоровление. Вполне естественна борьба медицинской общественности с этими антикультурными, бесчестными особами... Мои воспоминания имеют целью направить наше терапевтическое общество на борьбу с бескультурьем и жульничеством, тем более что в нашу славную советскую печать проникают ядовитые газы псевдомедицины».

Умер он 19 декабря 1987 г. и был похоронен на Кунцевском кладбище в Москве.

Диана БУЙНОВСКАЯ,
корр. «МГ».

А ещё был случай

Ну, – за дерматологов!

Исповедь пациента



Медицина – наука прикладная. И не надо с нами, пациентами, спорить. Приложил знания, полученные в результате приобретенного жизненного опыта и «интернетовых изысканий», и получил на выходе что-нибудь: например, диагноз какой...

В нашей стране в медицине все более-менее разбираются, будь то инженер или дворник, бухгалтер или доярка. А к вам, врачам, лишь «долечиваться» приходим. Только у хирургов особый статус, поэтому народ их и не очень жалует. К ним и ходить страшно, и спорить тоже страшно, иначе: раз – и отрежут...

Из всех специалистов узкого профиля «популярнее» всего у народа дерматолог. Болезни кожные не смертельные, и всё как на ладони: смотри сам, ставь диагноз по интернету и лечись на здоровье. Лечение тоже простое и иногда даже приятное: мазью помазался, таблеточку заглотил – красота! Самым беспокойным из всех проявлений кожных хворей является лишь зуд: но тут тоже ничего страшного – чешись себе на здоровье, хоть всю жизнь чешись. Надоело чесаться – добежал до аптеки, ухватил себе что-либо антигистаминное «подешевше», и порядок.

Так что медицина – наука прикладная. Мы, пациенты, с кем хочешь на эту тему поспорим. Вот я, например, образования среднетехнического, а в вопросах медицины разбираюсь и не стесняюсь об этом громко говорить. «Приложились» мы однажды с другом на зелёной майской лужайке и незаметно так «освоили» на двоих бутылочку «Белой» под сочный шашлычок. Потом долго нежились на молодой травке под ласковым солнышком, «градус понижали», чтобы от домашних не досталось. Исключительно из-за своего миролюбивого характера я и заболел. Причём болезнь моя началась с дискомфорта в области мошонки, а затем и сама «болячка» стала прощупываться. Постепенно она увеличивалась в размерах, но детально обследовать сам её не мог из-за сопутствующих заболеваний: ожирения и остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Проконсультроваться у жены тоже не представлялось возможным из-за её основного диагноза – исключительной вредности с подозрительностью, а также сопутствующих – гипертонической и ишемической болезней. Так, чего доброго, оба пострадаем! Оставалось одно, рекомендованное в подобных случаях во «Всемирной

паутине» динамическое наблюдение. В течение следующей недели «наблюдалось» следующее:

- образованию «не нравились» гигиенические процедуры – тут же появлялись зуд и пощипывание;
- совершенно расшатавшаяся нервная система требовала каких-нибудь других действий, кроме динамического наблюдения».

По истечении тревожной недели добавил в диагноз приставку «ново». Согласиться, что так куда приятнее звучит и истине не противоречит – оно же у меня недавно... Только вот злосчастный интернет по поводу новообразований настоятельно рекомендует обращаться к... онкологам. Чуть не умер от страха, мне самому стало себя жалко – такого умного и сравнительно молодого технического специалиста! Засел за компьютер вплотную и всё-таки поставил себе окончательный и бесповоротный диагноз – киста! Согласиться, звучит солидно, и прогноз благоприятнее. Существует, конечно, опасность её перерождения в не-приятное заболевание, так это ж когда! Досадно было лишь одно: чтобы окончательно расправиться с кистой, рекомендовалось обратиться к хирургам. Ох уж эти мне

«радикалы от медицины». Нет у меня к ним доверия. Так как другие методы лечения им неведомы, то так и норовят отрезать что-нибудь. А мне жалко, да, жалко, хоть и детей с женой уже нарожали... Нет, надо «прорваться» к добрым специалистам. Лично мне очень импонируют дерматологи. Но чтобы получить долгожданный талон к выбранному врачу, пришлось наврать в регистратуре про сыпь в интимной зоне. Но сыпь – сыпью, а киста – кистой... Врачу всё же пришлось достоверно признаться, что явился я к ней отнюдь не по поводу сыпи, а с надеждой, что в её арсенале найдётся чудодейственная мазь для рассасывания кист мошонки. А почему, собственно, киста? Так я же человек образованный, начитанный, интернет освоил... Правда, за две недели до заболевания мы с приятелем на двоих ещё бутылочку «Беленкой» «освоили», валяясь на майской травке... После, чего, собственно, киста и образовалась. А что же вы думаете, снижение иммунитета у технических сотрудников, хроническое воспаление... То, что «хроническому воспалению» отроду две недели, так кто ж его знает, что и сколько у кого «хронически воспаляется». А потом ещё может быть «перерождение, малигнизация»... Только вот если очаровательный дерматолог эту «малигнизацию» чем-нибудь помажет... Нет, и в среде мирной специальности дерматологов есть свои радикалы: подойдут к «кисте», хватят пинцетом – и в лабораторию. Да, прямо в лабораторию, для исключения болезни Лайма.

Именно так, потому что и не «киста» это вовсе, и даже не «новообразование», а раздувшийся до максимально допустимых размеров жадный клещ с майской травки. Устроился себе удобно в малодоступной зоне и растёт, растёт, аж от самых «шашлыков»!

Нет, дерматологи всё же лучше, добрее. Ещё неизвестно, как бы поступили в такой ситуации хирурги. В общем, за дерматологов и моё чудесное исцеление!

**Записала Елена ДАВЫДЕНКО,
врач-дерматолог.**

Город Новозыбков,
Брянская область.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

**Вокруг науки,
учёных
и учеников**

- Народная мудрость и антинародная глупость – для альтернативы!
- Мысль о природе обязана пройти экологическую экспертизу.
- Науку убить нельзя. Но её можно сделать религией и верить, что она есть.
- Русскоязычный писатель – это вам не русский писатель. Это кустарник в окультуренном лесу.
- У каждой молекулы атом на уме.
- Если ты всех учишь, не обижайся, когда тебя захотят проучить.
- Любая цифра в глазах нолей кажется корявой уродиной.
- Люди с точки зрения математики выглядят нелогичными.
- От жажды знаний все соки жизни.
- Где нет науки, там первобытные войны. Где процветает наука, там всемирная война.
- Финансисты подсчитали и сообщают: для светлого будущего потребуется новое Светило.
- Работал в Школе жизни в качестве наглядного пособия.
- Сделав открытие, учёные пошли дальше. Оставив учеников разбираться со всем ими сделанным.
- Учил только плохому. Избавлялся от собственных, невостребованных знаний.
- Сколько шишек на голове – столько было приходящих мыслей.
- Самые грамотные живут за границей мозгов. На них там не капает.
- Источники информации требуют отечественных истоков.

Московская область.

↖	Диа- зепам	Траге- дия Шекс- пира	↖		↗		↗	СКАНВОРД								Муз. интер- вал	Гадание	↗		↖		↖																					
↗				Франц. невро- патолог	Посох		Топливо		Ваточ- ник	↖		↖		↗				Потому		... Крезу не то- варищ		Коме- дия Арис- тофана		Средне- азиат- ученый																			
	Город, Коми	Вилдаг- липтин		Груз. театр. режис- сер					Анти- астени- ческое			"Рог- неда"	На ... золота		Спенди- аров, опера		Алкил				Нем. ботаник		4,444 км																				
↗				Скум- брия	Аист		Залив, Красное море		Сум- чатый мед- ведь		Бабаян						↖	Прори- цатель																									
	Рус. поэт		Стрем- ление					Приш- вин, рассказ				Дери- бас	Нулево очко	Автобус				Мясное блюдо		Гимн. снаряд																							
	Чеш. скрипач				Азерб. барабан				"..." сена", Босх					Камен- ная стена (стар.)		Надеж- да																											
	Писто- лет		Альков					...-баты (воин.)		Единица смысла																																	
↖					Орган власти, Др. Греция				Инфек- ция																																		
Автор Валерий Шаршуков			Гарда на япон. мечах					... де Монмо- ранси		Гавань																																	
																Г			П	А	У	К																					
																Ф	Л	Ю	С		И		А		Ю		Г	А	Б	И	Т	У	С		Т	А	Р	У	С	А			
																О		В	И	З	Г		Л	А	Р	Г	О		О		Д	О	С	У	Г		Л		Б		В		
																А	Р	Н	И		И	Р	Г		А		Т		Н	А	В	О	Б		А	Н		М		Б	А	Л	А
																И		Л	И	Н	Е		О	П	А		Г		А				Л		О	Б	З	И	Д	А	Н		
																П	Я	Д	Ь		А	Т	С		А		Ш		О	Р	Е	Л		Ь	Я	Н	А		Г	А	Н	С	
																Е		П		А	Т	Б	А	Р	А		С	И	М	А													
																Л	А	Н	Д	А	У		У		В	А	Л	К	О		А	С											
																Ь		С	Т	А	Л	Л	О	Н	Е		Т	И	Н	А													
Ответы на сканворд, опубликованный в № 38 от 31.05.2012																																											

Отвѣты на сканворд,
опубликованный
в № 38 от 31.05.2017.

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

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

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rkmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.
Заказ № 17-05-00198
Тираж 23 973 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140
Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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

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