

# Медицинская

3 мая 2017 г.  
среда  
№ 31 (7749)

# Газета®

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

## События

# Выставка, на которой лечили

## Лидеры офтальмологии показали современное оборудование и продемонстрировали своё мастерство



— С XI Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России» делегация Калужской области вернулась домой с хорошим рабочим настроением, — сообщил корреспонденту «Медицинской газеты» министр здравоохранения региона Константин Баранов. — Высокий уровень общения, заинтересованный обмен опытом, демонстрация перспективных наработок — это и многое другое поможет нам уже в ближайшее время ещё более активно развивать здравоохранение области.

А стержнем выставочной экспозиции калужан была практическая демонстрация суперсовременной диагностической линии филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им.

В «Гостином дворе» консультировали и лечили

С.Н.Фёдорова. Каждый желающий мог бесплатно измерить остроту зрения, рефракцию, внутриглазное давление и получить консультацию заведующей отделением лазерной хирургии донной патологии глаза Юлии Сидоровой и офтальмолога отделения хирургии катаракты Анжелики Карпуниной. Более 350 посетителей выставки получили от них консультативно-диагностическую, а по возможности и лечебную помощь. С работой офтальмологов Калуги предметно ознакомилась и дала ей высокую оценку министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Форум «Здоровье нации — основа процветания России» проходил в Москве под огромной стеклянной крышей выставочного комплекса

«Гостиный двор». В нём приняло участие более ста предприятий фармацевтики, медицинской промышленности и лечебно-профилактических учреждений страны, успешно решающих проблемы здоровьесбережения и здоровьесформирующей среды. Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, который возглавляет доктор медицинских наук Александр Терещенко, — один из лидеров внедрения в российской офтальмологии фемтохирургии и уникальных методик лечения ретинопатии недоношенных младенцев.

Владимир КОРОЛЁВ,  
соб. корр. «МГ».

Калуга.

Сергей СОБЯНИН,  
мэр Москвы:

Для врача общей практики должна быть введена дополнительная оплата труда.

Стр. 5



Магомед ДИБИРОВ,  
заведующий кафедрой хирургических  
болезней и клинической ангиологии  
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,  
профессор:

Абдоминальный сепсис остаётся одной из самых актуальных проблем в хирургии.

Стр. 10-11

Елена ЖОЛОВА,  
главный детский ревматолог  
Департамента здравоохранения  
Москвы, профессор:

Большинство российских педиатров абсолютно не знают ревматологии.

Стр. 12



## Акценты

# Большой совет неонатологов

В четвёртый раз Екатеринбург принимал столь масштабное мероприятие, как неонатальный форум с международным участием. Его организаторами выступили Министерство здравоохранения Свердловской области и Всероссийская общественная организация «Российское общество неонатологов».

На форум приехали ведущие мировые эксперты из девяти стран, а также более 600 участников из различных городов России от Калининграда до Владивостока.

— Хочется сказать огромное спасибо всем специалистам, принимающим участие в выхаживании маловесных детей. Если перевести ваш труд в цифры, то за последние 3 года на территории Свердловской области отмечается хорошая динамика по уменьшению показателей младенческой смертности, за 2016 г. — это 5,8 промилле — и за этими цифрами стоит именно ваш огромный труд, — подчеркнула, открывая мероприятие, заместитель министра здравоохранения Свердловской области Елена Чадова.

Сопредседателем конференции являлся заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России, заведующий

кафедрой неонатологии педиатрического факультета Первого Московского государственного университета им. И.М.Сеченова, председатель совета Межрегионального общественного объединения «Ассоциация неонатологов», доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дегтярёв, который подробно рассказал участникам о вехах отечественной неонатологии за последние 30 лет.

В рамках форума прошли практические занятия и мастер-классы для врачей и медицинских сестёр. Выступления специалистов были посвящены современным аспектам выхаживания детей с экстремально низкой массой тела при рождении, оказанию помощи детям с врождёнными пороками развития, современным технологиям респираторной поддержки. Был подробно рассмотрен протокол проведения лечебной гипотермии.

Особый интерес вызвали «круглые столы», посвящённые технологиям снижения младенческой смертности, участию родителей в выхаживании недоношенных детей в отделении реанимации, который прошёл при участии представителей обществ родителей недоношенных детей.

Елена ОСТАПОВА,  
МИА Cito!

Екатеринбург.

## Решения

# За хорошую работу — достойную оплату

Доплата врачам общей практики в столичном регионе составит 20 тыс. руб. в месяц. Об этом в ходе заседания президиума правительства Москвы сообщил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

«Врачи общей практики будут иметь возможность получать материальное стимулирование в размере 20 тыс. руб.,

врачи, которые ведут выделенные терапевтические участки для работы с пациентами с хроническими заболеваниями, — также 20 тыс. руб. в месяц, и сопровождающие их работники среднего медицинского персонала — 10 тыс.», — сказал А.Хрипун.

По его словам, на сегодняшний день количество врачей общей практики, которые ведут полноценный приём, достигло 650 человек.

«С будущего сентября это ещё 1,5 тыс. человек, а в 2018 г. этот приём, по нашим подсчётам, будут вести более 3 тыс. человек. Это позволит качественно поднять уровень оказания медицинской помощи», — добавил А.Хрипун.

Кроме того, глава департамента уточнил, что врачей, работающих с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, сегодня 250 человек, к концу года их станет 400.

«Это специально подготовленные наши лучшие терапевты, которые имеют индивидуальную программу работы с каждым из таких пациентов», — пояснил он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

## Новости

Послабления  
курильщикам не будет

Глава комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова выступила против возвращения комнат для курения в аэропортах. Об этом депутат сообщила в ходе очередного заседания Мосгордумы.

«Лоббистские поползновения со стороны табачных компаний не прекращаются. Я считаю, что этого категорически делать нельзя, потому что этим дымом теперь будет дышать весь аэропорт. Мы проводили исследование и пришли к выводу, что все вентиляции и прочее снижают этот дым со всеми аэрополлютантами лишь на 20%. Все мы будем дышать им, в том числе и дети. Я категорически против, и считаю это очередной провокацией», – сказала Л.Стебенкова.

Ранее сообщалось, что во Внуково и Шереметьево поддерживают инициативу о возвращении курительных комнат в аэропортах. Отмечалось, что аэропорт Шереметьево уже презентовал концепцию и стандарты курительных комнат, а во Внуково построены «курилки» с девятикратным обменом воздуха, которые до сих пор не демонтировали.

Кроме того, недавно в СМИ появилась информация о том, что депутаты «Единой России» подготовили законопроект, разрешающий курение на территории аэропортов. Документ предполагает разрешение пассажирам курить в специально выделенных местах, которые будут оборудованы системами вентиляции.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

## На онкологию ищут управу

Алтайский край традиционно относится к регионам с высокой онкозаболеваемостью. Поэтому комплексный план мероприятий по снижению смертности от злокачественных новообразований, который начал реализовываться в нынешнем году, стал более чем актуальным. Он включает в себя проведение региональных профилактических акций, активизацию работы по первичной профилактике онкологических заболеваний среди населения края, работу с группами повышенного риска и пр.

– Результатом проведённой уже в I квартале этого года работы стало снижение смертности от онкологических заболеваний. Так, за январь – март от новообразований умерло на 58 человек меньше, чем в соответствующий период 2016 г.; от злокачественных новообразований – меньше на 71 человек. На 5,5% снизилась смертность от рака лёгких и на 9,1% – от рака молочной железы. В трудоспособном возрасте умерло на 35 человек меньше, чем в 2016 г. Уменьшилась и одногодичная летальность от онкологических заболеваний на 11,2%, – сообщил главный специалист-онколог Министерства здравоохранения Алтайского края Александр Лазарев.

В регионе активно продолжается работа лечебно-профилактических учреждений по выявлению онкологических заболеваний на ранних стадиях. В I квартале этого года у 1492 пациентов было диагностировано злокачественное новообразование на ранних стадиях, что составило 59,2% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований.

Вместе с тем улучшается качество диагностики, лечения и реабилитации больных после специального лечения. В связи с этим число пациентов, проживших 5 и более лет с момента установления диагноза злокачественного новообразования, увеличилось более чем на тысячу человек по сравнению с 2016 г.

Ирина АЛТАЕВА.

Барнаул.

## Диспансеризация зовёт...

В Омской области с начала года прошли диспансеризацию больше 100 тыс. омичей. А всего за год обследованием намечено охватить 365 тыс. жителей городов и сёл. Это внушительная цифра, раньше такой активности не наблюдалось.

Как известно, диспансеризация взрослого населения в нашей стране проводится с 2013 г. Этот повсеместный скрининг направлен, прежде всего, на выявление хронических неинфекционных заболеваний (сахарного диабета, сердечно-сосудистых, онкологических, бронхолегочных заболеваний). И это неслучайно, ведь хронические неинфекционные заболевания являются причиной почти трёх четвертей всех смертей.

Медицинские осмотры происходят в два этапа: на первом выявляются «подозрительные» симптомы, на втором уточняется диагноз заболевания. Кроме того, в ходе диспансеризации осуществляется проведение профилактического консультирования для коррекции факторов риска и постановки больных при наличии показаний на диспансерное наблюдение.

Особое внимание во время диспансеризации уделяется выявлению на ранних стадиях злокачественных опухолей. Ежегодно благодаря профилактическим осмотрам отмечается более 500 новых случаев новообразований различной локализации.

Как сообщили в региональном Минздраве, на территории области диспансеризацию можно пройти в 60 бюджетных учреждениях здравоохранения: 32 ЦРБ и 28 учреждениях здравоохранения, расположенных в Омске. В северном, самом отдалённом Тарском районе для удобства населения, проживающего в труднодоступных населённых пунктах, работает передвижной мобильный комплекс. Также в регионе организована выездная работа 101 мобильной бригады для проведения диспансеризации работающего населения и граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

## Инициатива

Давай поговорим  
по душам

И тогда уйдёт грусть, уйдёт депрессия...

С самого утра в Консультативно-диагностическом центре Государственного научно-исследовательского центра (ГНИЦ) профилактической медицины Минздрава России царил праздничная атмосфера.

Так начинался здесь Всемирный день здоровья, который, по словам заместителя директора ГНИЦ доктора медицинских наук Руслана Линчака, действительно особенный для любого медицинского учреждения, для любого его сотрудника.

– Ключевая задача ГНИЦ профилактической медицины – разработка стратегии формирования здорового образа жизни, создание культуры и приверженности к его ведению, а также борьба с неинфекционными заболеваниями, на долю которых приходится почти 80% смертности в нашей стране, – говорит он.

Каждый год тематика Дня здоровья меняется, высвечивая самые актуальные и важные проблемы, стоящие перед медициной и обществом в целом.

В этом году его девиз: «Депрессия: давай поговорим!».

– Депрессия и тревожные расстройства, будучи чрезвычайно распространёнными явлениями в обществе, в реальной практике диагностируются весьма редко, – отмечает Р.Линчак.

Депрессия не только доставляет психологический дискомфорт, но и серьёзно влияет на все сферы жизни человека, порой делая невозможным выполнение повседневных задач, осложняя взаимоотношения с друзьями и семьёй.



Измерение артериального давления и антропометрических данных проводит Татьяна Домовенкова

## Образование

В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого прошла V Всероссийская студенческая межвузовская олимпиада по педиатрии. Кроме самих студентов КрасГМУ за Кубок победителей боролись команды из Алтайского, Кемеровского, Новосибирского, Омского и Самарского государственных медицинских университетов.

В конкурсе «Блиц-опрос» участникам предлагалось ответить на вопросы по пропедевтике детских болезней. А конкурс «Патофизиология детских болезней» требовал будущих педиатров составить правильную последовательность звеньев патогенеза следующих состояний: нефротический синдром, атипичная бронхиальная астма, рахит.

Кроме того, в программе олимпиады были теоретические испытания по теории лабораторной диагностики: нужно было верно



Главный врач КДЦ Лидия Рыжакова и заведующий отделением медицинской профилактики Денис Комков разыгрывают призы

Но медики убеждены: депрессия поддаётся профилактике и лечению. Главное – заметить ту грань, которая отделяет плохое настроение и связанное с этим плохое самочувствие от болезни действительно тяжёлой.

Не случаен и призыв: «Давай поговорим!». Известно, что для человека, живущего с депрессией, даже простой разговор с тем, кому он доверяет – часто первый шаг к улучшению самочувствия и выздоровлению.

– Мы знаем, как сложно бывает говорить открыто о сокровенных проблемах, поэтому в День здоровья всем, пришедшим на праздник, было предложено анонимно оценить свой риск развития тревоги и депрессии по специальной госпитальной анкете, – рассказала нам

главный врач центра Лидия Рыжакова. – Каждый, кто по результатам такого опросника захотел получить консультацию специалиста, мог оставить в анкете свои координаты.

Надо сказать, что часть анкет действительно была заполнена, и это не может не радовать. Значит, люди готовы обратиться к специалистам за помощью и лечением.

Но во время самого праздника как-то даже думать о депрессии не хотелось. Доброжелательные медики и волонтеры – студенты Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова – проводили профилактические обследования желающих, давали советы по здоровому образу жизни. У каждого, прошедшего такое обследование, была возможность поучаствовать в беспроигрышной лотерее, где среди призов были даже сертификаты на несколько посещений бассейна, солярия, соляной пещеры и т.п.

Вручались призы и участникам интересных викторин, а затем в течение дня проходили школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией и по рациональному питанию.

Иными словами, все участники действия получили, как пожелал им того на открытии праздника Р.Линчак, заряд бодрости на весь день. Нет сомнения, что каждый из них ещё больше укрепился в стремлении к здоровому образу жизни.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

## Роды принять обязаны

интерпретировать результаты анализов крови или мочи при самых часто встречающихся детских заболеваниях. В разделе «оценка инструментальных методов исследования» завтрашние детские врачи должны были объяснить данные, полученные при выполнении ЭКГ, Р-графии, УЗИ.

Наконец, для полной оценки теоретических знаний старшекурсников медицинских вузов организаторы олимпиады провели конкурс «Клинический случай», где команды решали ситуационные задачи. Им следовало поставить диагноз, назначить лечение, затем составить план диспансерного наблюдения, а также дать пациенту рекомендации по реабилитации и вакцинопрофилактике.

От теории – к практике. На этом этапе участникам соревнований

пришлось показать свои навыки в оказании неотложной помощи детям и подросткам на догоспитальном этапе. Весьма неожиданной на этапе «Оказание экстренной помощи» оказалась для участников ситуация, где им предстояло принять домашние роды в комнате студенческого общежития. Педиатрия-педиатрией, а во врачебной жизни всякое может случиться...

Завершилась V Всероссийская студенческая олимпиада по педиатрии убедительной победой команды КрасГМУ. Вторыми стали студенты Алтайского государственного медицинского университета, на третьем месте – омичи.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Деловые встречи

# Грозный гипотиреоз

В рамках XIII Московского городского съезда эндокринологов «Эндокринология столицы-2017» прошёл сателлитный симпозиум «Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы», где был обобщён прогрессивный мировой опыт диагностики и лечения различных эндокринологических заболеваний.

Одним из самых распространённых хронических заболеваний является гипотиреоз. Проблеме его диагностики и лечения посвятил своё выступление заведующий кафедрой и директор клиники эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Валентин Фадеев. Он представил обзор клинических рекомендаций Британской тиреоидной ассоциации, в которых особое внимание уделяется диагностике и лечению субклинического гипотиреоза, особенно у беременных женщин и детей.

Также В.Фадеев познакомил участников симпозиума с клиниче-

скими рекомендациями Американской тиреоидной ассоциации. Он сообщил, что подходы к лечению тиреотоксикоза могут значительно различаться в зависимости от вызвавшего его заболевания. Большую часть в нозологической структуре синдрома тиреотоксикоза составляет болезнь Грейвса – системное аутоиммунное заболевание. К сожалению, методы его лечения до сих пор не разработаны, и оно подразумевает различные воздействия на саму щитовидную железу, а не на аутоиммунный процесс.

Наиболее частой и тяжёлой аутоиммунной патологией, сопутствующей болезни Грейвса, специалисты считают эндокринную орбитопатию. В большинстве случаев она протекает без тяжёлых осложнений и хорошо поддаётся консервативному лечению. Однако примерно у 5% пациентов развивается оптическая нейропатия, клинические симптомы которой включают прогрессирующую потерю зрения, нарушение цветоощущения, появление дефектов в поле зрения, относительный аферентный зрачковый дефект, отёк диска зрительного нерва.

Заместитель директора Института клинической эндокринологии по лечебной работе, главный научный сотрудник отделения терапевтической эндокринологии Эндокринологического научного центра Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Наталья Свириденко осветила основные принципы лечения эндокринной орбитопатии, изложенные в клинических рекомендациях Европейской тиреоидной ассоциации.

Доцент кафедры эндокринологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова кандидат медицинских наук Алексей Зилов сделал сообщение об эффективности традиционной терапии, успешно применяемой как в лечении сахарного диабета 2-го типа, так и нарушений толерантности к глюкозе (предиабет) у людей с нормальной и избыточной массой тела. При этом, по его словам, внедрение инновационных лекарственных форм способствует уменьшению частоты развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ и повышению приверженности пациентов к терапии сахарного диабета.

Анна ЛЕВИНА.

Москва.

Однако

# Статистика всё вытерпит?

«Производятся ли, на ваш взгляд, в вашем ЛПУ манипуляции с диагнозами для улучшения статистики по посмертным диагнозам?» – 40% рядовых российских врачей ответили на этот вопрос «Да, но нечасто», 34% – «Да, постоянно» и лишь 26% «Не замечали ничего такого».

Об этом свидетельствуют результаты опроса, проведённого сообществом «Врачи РФ». В исследовании приняли участие почти 1700 медиков из разных регионов страны, работающих в государственных медучреждениях. Из них 24% – это врачи, работающие в стационарах, 30% – в поликлиниках, 14% – главные врачи, заместители главного врача по лечебной работе и начмеды, 12% – заведующие отделениями в стационаре или поликлинике, 7% – патологоанатомы и судмедэксперты, 4% – специалисты, занимающиеся ведением медицинской статистики.

«30% врачей регулярно ощущают на себе и или своих коллегах давление руководства ЛПУ, направленное на минимизацию постановки некоторых диагнозов и причин смерти; 34% опрошенных чувствуют на себе такого рода давление относительно редко; а 35% респондентов сказали, что никакого давления не ощущают и ставят те диагнозы, которые считают верными и обоснованными», – следует из материалов опроса.

Ощущают давление, направленное на искусственную корректуру структуры смертности, и руководители медучреждений. Так, 32% заведующих отделениями, главных врачей, их заместителей и начмедов заявили, что постоянно ощущают его на себе, 41% руководителей ответили, что такое бывает, но нечасто, и только 28% респондентов не замечали ничего подобного.

«Вышеприведённые цифры однозначно позволяют сделать вывод, что манипуляции с реальными причинами смертности пациентов

происходят как в стационарах, так и в поликлиниках. Статистикой причин смертности на местах манипулируют. На врачей давят руководители отделений, на них, в свою очередь, – главные врачи, а на руководителей ЛПУ воздействуют региональные министерства здравоохранения», – подытожили авторы исследования.

В январе 2017 г. в новую редакцию государственной программы «Развитие здравоохранения» были внесены существенные изменения. По сравнению с прошлой версией в ней ухудшен ряд ключевых показателей, характеризующих смертность, продолжительность жизни, охват диспансеризацией и количество курящих к 2020 г., но улучшены прогнозы по смертности от туберкулёза и сердечно-сосудистых заболеваний, а также добавлены новые разделы по профилактике ВИЧ, сокращению количества аборт и др.

Константин САВРАНСКИЙ.  
МИА Сити!

Вехи

# Не теряя связи с малой родиной

В столице прошло празднование 25-летия Уральского землячества, в котором приняли участие более 400 московских уральцев, – руководители Свердловской области, правительств Москвы, депутаты Госдумы РФ, руководители Федеральных органов власти.

Активное участие в праздничных мероприятиях приняли члены медицинского клуба. Их заметный вклад в работу землячества был отмечен многочисленными наградами.

От их имени президент клуба Людмила Терентьева поблагодарила за награды и рассказала о той совместной работе, которую при

поддержке органов государственной власти члены этой организации ведут в городе Алапаевске Свердловской области. Здесь в течение ряда лет проводились многочисленные акции по профилактике различных заболеваний у жителей города, особенно у молодёжи, что реально позволило снизить уровень смертности от сердечно-сосудистых недугов.

В городе осуществлена программа на средства Президентского гранта «От сердца к сердцу», в ходе которой приобретена медицинская техника, спортивный инвентарь, дополнительно оборудованы палаты интенсивной терапии центральной городской больницы на общую сумму около 2,5 млн руб.

При участии членов Уральского землячества создано отделение реабилитации детей с ДЦП. Ежегодно проводится медицинский десант, благодаря чему уже проконсультировано более тысячи человек. По словам Л.Терентьевой, это существенная помощь для жителей небольшого уральского городка.

О традициях уральской медицинской школы говорил вице-президент РАН Владимир Стародубов. Действительно, все московские врачи-уральцы испытывают огромную благодарность своей альма-матер. За годы существования Свердловский медицинский институт (ныне УГМУ) выпустил более 40 тыс. специалистов. Среди них – учёные с мировым именем.

Праздничный вечер стал поводом и для воспоминаний, и для новых планов работы на благо малой родины.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

Официально

# Профессиональный стандарт для участкового терапевта

Приказом Минтруда России № 293н от 21.03.2017 утверждён профессиональный стандарт «врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

Согласно новому стандарту, основной целью деятельности данных специалистов является сохранение и укрепление здоровья взрослого населения.

Стандартом предусмотрено выполнение участковыми терапевтами функций по оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в

амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

Содержатся в нём и требования к образованию и опыту работы, необходимые специалисту для выполнения своих функций.

Профессиональный стандарт разрабатывался под руководством Общероссийской общественной организации «Российское медицинское общество терапевтов».

Соб. инф.

Профилактика

# Эстафета здоровья

«Вредны ли электронные сигареты?», «Как помочь другу бросить курить?», «Какой вред здоровью наносит вино?»

Эти и другие вопросы прозвучали на встречах с учащимися общеобразовательных школ специалистов наркологического кабинета Рузской районной больницы. Только в I квартале этого года прошло 12 таких встреч, участниками которых стали 560 учащихся 7-11-х классов. Лекции-беседы проходили в рамках выполнения комплексного плана комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Рузского муниципального района. Одним из его направлений явилась профилактика наркомании, токсикомании, алкоголизма и табакокурения в подростковой среде.

Лекции были организованы в тесном взаимодействии с районным Управлением образования.

Эстафету пропаганды здорового образа жизни среди подрастающего поколения I квартал передал II. Так, уже апрель ознаменовался проведением областной акции «Здоровый город». На этот раз лекции прослушали восьмиклассники Рузской средней школы и кружковцы городского центра детского творчества. В качестве иллюстративного материала демонстрировались слайды, а также видеоролик.

Тамара ГРОМОВА,  
специалист по социальной работе наркологического кабинета Рузской районной больницы.  
Московская область.

Криминал

# Расстрелял «скорую»



Во Владивостоке в недавнее погожее весеннее утро сотрудникам скорой помощи пришлось туго. Мужчина вызвал «скорую» для своей жены, которую сам же ранил ножом. Приехавшие на вызов врачи увидели истекающую кровью женщину, а когда попытались погрузить её на носилки, супруг открыл по ним стрельбу из ружья. Бригада СМП срочно покинула опасную квартиру. Несколько минут медработники прятались под козырьком подъезда, а в это время стрелок из окна 12-го этажа расстреливал карету «скорой». Несмотря на приличное расстояние, ему удалось изрешетить медицинский «форд».

На помощь работникам службы СМП в квартиру стрелка попытались войти полицейские, но мужчина не унимался, из-за закрытой двери продолжали звучать выстрелы. Стражам порядка пришлось открыть ответный огонь.

По словам Ирины Салахутдиновой, заместителя главного врача Станции скорой медицинской помощи Владивостока, мужчина находился в состоянии делирия.

К счастью, в результате инцидента никто не пострадал, в ходе переговоров полицейским удалось убедить правонарушителя прекратить стрельбу и добровольно сдать 51-летний житель Владивостока доставлен в отдел полиции. В ходе осмотра его квартиры изъято огнестрельное оружие, которое он хранил незаконно.

Сейчас пострадавший автомобиль припаркован у станции скорой

помощи, к ремонту пока не приступали – его должны тщательно осмотреть следователи.

– В настоящее время выясняются все обстоятельства произошедшего, – прокомментировала старший помощник руководителя следственного управления СК РФ по Приморскому краю Аврора Римская. – Опрошены медработники и очевидцы. По результатам проверки будет принято процессуальное решение.

К слову, в январе этого года похожая история произошла в Республике Саха (Якутия). Предприниматель в сфере оказания ритуальных услуг обстрелял медиков СМП, прибывших на вызов.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

**Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко приняла участие в дискуссионной площадке ярославского семинара-совещания по проекту «Бережливая поликлиника».**

**В рамках общероссийского образовательного семинара-совещания по вопросу организации первичной медико-социальной помощи на принципах бережливого производства состоялась дискуссионная площадка по проблемам, возникающим при реализации проекта «Бережливая поликлиника».**

**Федеральный фонд ОМС входит в состав межведомственной рабочей группы пилотного проекта по созданию поликлиник-образцов на основе технологий бережливого производства.**

#### На принципах взаимодействия

Председатель ФОМС Наталья Стадченко в своём докладе подчеркнула значимость взаимодействия территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и лечебных учреждений при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Глава фонда обратила внимание на то, что одним из приоритетных направлений государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения является обеспечение доступности и качества медицинской помощи.

– В рамках решения поставленных задач Федеральным фондом ОМС определены приоритетные направления деятельности территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций в рамках реализации пилотного проекта в субъектах РФ, – отметила Н.Стадченко. Она сообщила, что определён план мероприятий проекта, проводится еженедельный мониторинг его выполнения; разработаны формы опросов застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи, прописан регламент информационного взаимодействия участников системы ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц при организации и проведении профилактических мероприятий.

Председатель ФОМС проинформировала участников заседания, что каждый территориальный фонд ОМС разрабатывает «дорожную карту» проекта, которая интегрирована в «дорожную карту» субъекта РФ, назначает проектных менеджеров, анализирует показатели деятельности каждой медицинской организации до начала проекта и в процессе его реализации – для определения наиболее эффективных мероприятий, направленных на обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, ФОМС осуществляет мониторинг выполнения «дорожной карты», оценивает эффективность взаимодействия страховых медицинских организаций (СМО) и медицинских организаций, взаимодействует с органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и представителями госкорпорации «Росатом».

Н.Стадченко отметила активное участие в реализации пилотных проектов СМО, каждая из которых назначает проектных менеджеров, осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий (диспансеризации), участвует в разработке маршрутизации застрахованного лица – в том числе при прохождении профилактических мероприятий, подготавливает и размещает информационные материалы по установленным стандартам в медицинских организациях, организует и проводит тематические экспертизы качества медицинской помощи, осуществляет опросы по доступности и качеству первичной медико-санитарной помощи.

Председатель Федерального фонда ОМС перечислила особенности на этапе реализации мероприятий пилотного проекта в

соответствии с «дорожной картой». «В целях улучшения материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, предусмотрено использование нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, включающего средства, в том числе для финансового обеспечения мероприятий по приобретению медицинского оборудования. При этом необходимым условием является наличие у медицинской организации потребности в приобретаемом медицинском оборудовании, предусмотренном утверждёнными Министерством здравоохранения РФ порядками оказания медицинской помощи», – отметила она.

и передавать конкретизированную информацию о временном периоде осуществления профилактических мероприятий, а также о возможности получения дополнительной информации или осуществления записи. Указанное изменение текста привело к увеличению количества граждан, пришедших на диспансеризацию.

Н.Стадченко напомнила, что с целью увеличения доступности и качества оказания медицинской помощи с 2016 г. в сфере ОМС во всех субъектах Российской Федерации формируется институт страховых представителей.

– В первом полугодии 2016 г. проведены необходимые подготовительные мероприятия, проработаны



Н.Стадченко

субъектов РФ приведёт к повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, оказываемой застрахованным по ОМС лицам, что, в свою очередь, позволит увеличить удовлетворённость населения медицинской помощью.

Обращаясь к участникам дискуссионной площадки, заместитель министра здравоохранения Татьяна Яковлева призвала организаторов здравоохранения плотнее взаимодействовать с СМО. «Сталкиваясь с тем, что некоторые главные врачи даже не знают, что за счёт страховых медицинских организаций можно организовывать профилактическую составляющую, печатать буклеты о значимости здорового

#### ОМС: реальность и перспективы

# Ярославский стандарт поликлиники

## Особенности продвижения пилотного проекта



Министр здравоохранения РФ В.Скворцова среди участников семинара-совещания

«При проведении опросов застрахованных лиц базовый перечень вопросов о доступности и качестве медицинской помощи устанавливается Федеральным фондом ОМС, – продолжила Н.Стадченко. – Условиями мониторинга выполнения плана мероприятий пилотного проекта предусмотрена оценка эффективности информирования застрахованных лиц о прохождении диспансеризации, осуществляемой путём направления информации по каналам телефонной и интернет-связи, а также (при отсутствии технической возможности) – направления почтовых сообщений.

#### От формы до содержания

Руководитель ФОМС сообщила, что в форме опроса о доступности медицинской помощи, разработанной Федеральным фондом ОМС, определены основные вопросы, позволяющие оценить все этапы процесса оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

– Необходимо отметить, что большое значение в информировании застрахованных лиц о возможности прохождения профилактических мероприятий имеет форма приглашения, – подчеркнула она. – В рамках пилотного проекта отработан текст оповещения, который в обязательном порядке должен содержать персонализированное обращение к застрахованному лицу

технологические процессы взаимодействия, определён функционал страховых представителей трёх уровней, проведено обучение специалистов, внесены изменения в нормативно-правовые акты. С января 2017 г. приступили к осуществлению деятельности страховых представителей 2-го уровня», – рассказала руководитель ФОМС. Она обратила внимание, что в рамках реализации

«пилотного проекта» осуществляется взаимодействие медицинских организаций и СМО при информационном сопровождении застрахованных лиц на территории медицинской организации.

– Медицинская организация предоставляет на безвозмездной основе страховой медицинской организации в своём помещении рабочее место для осуществления деятельности страхового представителя и определяет ответственное лицо в целях оперативного решения вопросов застрахованных лиц. Основными функциями страхового представителя являются приём и консультирование застрахованных лиц, контроль доступности медицинской помощи во взаимодействии со специалистами медицинской организации. При этом необходимо отметить, что территориальный фонд ОМС координирует деятельность страховых медицинских организаций по организации работы страховых представителей, проводит мониторинг и последующий анализ реализации функционала страховых представителей, – пояснила Н.Стадченко.

#### Реальные достижения

Руководитель Федерального фонда ОМС привела ряд достигнутых показателей в регионах, реализующих пилотный проект: «Применение ресурсосберегающих технологий

при организации и оказании первичной медико-санитарной помощи и модернизация программного обеспечения в пилотных организациях города Севастополя позволило увеличить удовлетворённость сроками ожидания лабораторных и инструментальных исследований в 2,1 раза (с 30 до 60%). Внедрение института страховых представителей, открытие контакт-центров в территориальном ФОМС и страховых медицинских организациях на территории города Севастополя, информационное сопровождение проекта позволили сократить сроки прохождения диспансеризации в «пилотных» поликлиниках в 4,2 раза.

По результатам проведённых тематических экспертиз качества медицинской помощи на всех этапах её оказания на территории Калининградской области снизился уровень госпитализации по направлению детской поликлиники на 4%, возросло количество случаев лечения в расписаниях дневного стационара на 46,8%, уменьшилось количество дефектов при оказании медицинской помощи выявляемых при проведении экспертных мероприятий на 3,6%.

Введение тарифов на оказание неотложной медицинской помощи на территории Ярославской области позволило увеличить объёмы её финансирования на 7,2%.

Говоря о составляющих элементах эффективной реализации мероприятий пилотного проекта, Н.Стадченко перечислила: результативное взаимодействие органов управления здравоохранением, ФОМС, СМО и медицинских организаций; оптимизация и интеграция программного обеспечения, применяемого в информационных системах, соответствие заявленных объёмов медицинской помощи уровню кадровой обеспеченности и технической оснащённости медицинских организаций, укрепление материально-технической базы медицинских организаций, повышение мотивации медицинских работников.

#### Когда открываются резервы

– В реализации проекта активное участие принимают территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации, – отметила руководитель Федерального фонда ОМС. – Пилотный проект позволил по-новому взглянуть на имеющиеся резервные возможности организации и оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

В завершение Н.Стадченко выразила уверенность, что тиражирование результатов и возможностей пилотного проекта на территории

образа жизни, проводить тренинги для персонала», – заметила заместитель министра.

Говоря о результатах контрольно-надзорных мероприятий в поликлиниках, заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Ирина Серёгина перечислила ряд типичных нарушений при оказании первичной медико-санитарной помощи, в числе которых несоответствие стандартов оснащения, отсутствие у медицинских работников соответствующих сертификатов и данных о повышении квалификации, нарушения в оформлении медицинской документации.

По данным И.Серёгиной, в 2016 г. в центральный аппарат и территориальные органы Росздравнадзора поступило 19 666 обращений граждан с жалобами на нарушения их прав при оказании медицинской помощи. Большинство из них (67%) связано с низким качеством медицинской помощи.

#### Проблемы видны на поверхности

Главный специалист по медицинской профилактике Минздрава России Сергей Бойцов озвучил последствия организационных проблем при проведении диспансеризации. В их числе: неоправданно длительное время процесса обследования – до 70 дней, длительное время ожидания результатов, снижение доступности участковых терапевтов – ожидание приёма у которых может достигать 2 недель. При этом организация диспансеризации на принципах бережливого производства решает задачи увеличения объёмов оказываемых услуг и повышения удовлетворённости населения, подчеркнул он.

В ходе дискуссии Т.Яковлева обратилась к участникам совещания, призвав направлять существенную часть консолидированной субсидии из федерального бюджета на профилактику и пропаганду здорового образа жизни. «Все центры здоровья должны стать филиалами центров профилактики, которые мониторят ситуацию, используя показатели диспансеризации», – предложила заместитель министра. Особо подчеркнула она приоритетную роль первичного звена медицинской помощи в профилактике заболеваемости и отметила важность конструктивного взаимодействия всех участников здравоохранения и системы ОМС в вопросах организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства.

Ксения САПОЖКОВА, внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

«Медицинская помощь пожилым людям в столичных поликлиниках стала доступнее», – сообщил мэр Москвы Сергей Собянин в ходе посещения городской поликлиники № 175, где реализуется проект, осуществляемый правительством Москвы и Департаментом здравоохранения Москвы и направленный на улучшение качества медицинской помощи пожилым пациентам, имеющим в своём анамнезе более двух хронических заболеваний.

В столичном правительстве сообщили, что данный амбициозный план способствует составлению индивидуального плана лечения каждому из более чем 100 тыс. москвичей пожилого возраста с коморбидностью, являющейся одним из главных особенностей клинической медицины на современном этапе развития отрасли.

#### По особому принципу

– Если брать общую статистику, то в столичном регионе значительно улучшилась доступность медицинской помощи – как поликлинической, так и стационарной, – отметил С.Собянин. – В связи с тем, что население Москвы стареет, продолжительность жизни растёт, есть большая категория больных, которым требуется индивидуальный подход. Два года назад с подачи медицинского сообщества мы запустили эксперимент, который касается обслуживания больных с хроническими заболеваниями. Были созданы специальные участки, где закрепляется небольшое количество этих пациентов таким образом, чтобы врач мог индивидуально работать с каждым, персонализированно назначать курс амбулаторного лечения и в случае необходимости давать направление на госпитализацию.

Официальная статистика департамента говорит о положительном результате эксперимента. Поэтому такая организация работы будет постепенно внедряться в другие столичные амбулаторные медучреждения. «У нас уже сегодня около 60 тыс. пациентов изъявили желание перейти на эту систему, которая даёт значительно

большой клинический эффект. Это – практика экономически развитых стран, и мы должны постепенно внедрять у себя подобные алгоритмы», – заявил С.Собянин.

Говоря о врачах общей практики, столичный градоначальник отметил, что на этих специалистов ложится большая ответственность и нагрузка. «Мы считаем, что для врача общей практики должна быть

Осенью нынешнего года у докторов будет возможность попробовать себя в этом качестве и сдать заветный экзамен.

#### В индивидуальном порядке

Главной целью проекта столичных властей по улучшению оказания медицинской помощи пожилым москвичам с несколькими хроническими

цереброваскулярную болезнь, хроническую сердечную недостаточность, фибрилляцию и трепетание предсердий, сахарный диабет 2-го типа, бронхиальную астму, хроническую обструктивную болезнь лёгких и хроническую болезнь почек.

Для них в поликлиниках создали специальные небольшие участки (не более 450–500 человек), за которыми закрепили отдельных терапевтов. Время

людей удалось стабилизировать артериальное давление (с 26 до 74%), уровень холестерина (с 35 до 60%), снизить частоту вызовов бригад скорой помощи (на 9% по сравнению с аналогичными пациентами, не участвующими в проекте). При этом, согласно статистике департамента, количество пациентов, удовлетворённых медицинской помощью, выросло более чем на треть.

#### Перемены

# Слушая осень жизни

## Московское здравоохранение стало больше ориентироваться на работу с пожилыми пациентами

введена дополнительная оплата труда», – сказал он, добавив, что этот вопрос будет рассмотрен в ближайшее время. Кроме того, по словам С.Собянина, правительство Москвы рассмотрит возможность выделения грантов поликлиникам, реализующим проект медпомощи пожилым людям.

– Пилотный проект по улучшению медицинской помощи пожилым пациентам доказал свою эффективность, – уверен руководитель департамента профессор Алексей Хрипун. – Мы располагаем задокументированными данными, что количество экстренных вызовов среди пожилых пациентов медучреждения, где реализуется этот проект, снизилось на 60%. Это значит, что пациенты поверили в своего врача, общаются с ним на регулярной основе, и поводов для экстренного вызова врача на дом нет.

А.Хрипун также отметил высокий уровень профессиональной квалификации специалистов, работающих с пожилыми пациентами. Многие из врачей, которые занимаются сейчас пациентами с хроническими заболеваниями, точно могут претендовать на статус «московский врач», который недавно был утверждён на заседании столичного правитель-



заболеваниями является повышение продолжительности и качества жизни пациентов, что повлечёт за собой уменьшение частоты и тяжести обострений хронических болезней, а также снижение числа экстренных вызовов и госпитализаций.

Суть проекта заключается в новых принципах работы терапевтов с пациентами пенсионного возраста – женщинами от 55 лет и мужчинами от 60. В нём участвовали те, кто имеет 2 и более хронических заболеваний, как правило, неинфекционных социально значимых: артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца,

первичного приёма увеличили до 40 минут, повторного – до 20. Для каждого пациента врачи разработали индивидуальный план лечения. Терапевты и медсёстры, задействованные в пилотном проекте, прошли специальные курсы обучения. А их пациенты получили возможность в случае необходимости связываться с медиками по телефону, чтобы проконсультироваться о приёме лекарств и состоянии здоровья.

Результаты проекта за прошлый год показали значительное улучшение состояния здоровья и самочувствия пациентов. У большинства пожилых

По итогам реализации пилотного проекта правительство Москвы решило распространить проект улучшения медицинской помощи пожилым пациентам с несколькими хроническими заболеваниями на все поликлиники города. На первом этапе (до сентября нынешнего года) он охватит 104,5 тыс. пациентов. В дальнейшем его снова планируют расширить.

В настоящее время в проекте участвуют 209 врачей, а до конца года их количество увеличится до 400. В начале весны для них стартовал лекционный курс об особенностях работы с пациентами пенсионного возраста. После него врачей ждёт отработка практических навыков в симуляционном центре на базе столичной ГКБ им. С.П.Боткина. Примечательно, что сотрудники поликлиники обзванивают пациентов, чтобы рассказать им об особенностях и преимуществах проекта. Своё согласие на участие в нём уже дали более 60 тыс. человек.

С начала апреля во всех поликлиниках, подведомственных департаменту, терапевты ведут первичный приём пациентов с несколькими хроническими заболеваниями. В течение первой недели они провели их более 4,5 тыс.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

#### Начало

# Повод для гордости

## Здесь дети будут получать полноценную реабилитационную помощь

На пребывание 180 стационарных больных и ежедневный приём 300 амбулаторных пациентов рассчитан вступивший в эксплуатацию детский лечебно-реабилитационный комплекс Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова. Он предназначен для прохождения медицинской реабилитации детьми и подростками после сложных кардиохирургических вмешательств и операций на желудочно-кишечном тракте, трансплантации органов и костного мозга, химиотерапевтического лечения. Здесь же, на Коломяжском проспекте, будут предоставлять необходимые реабилитационные пособия лицам с орфанными заболеваниями, а также выхаживать новорождённых с экстремально низкой массой тела.

Необходимость в развёртывании серьёзной реабилитационной помощи в «Алмазове», пациентами которого традиционно являются не только пе-

тербуржцы, но и жители других регионов страны, диктует статистическая «цифра»: ежегодно в исследовательском центре им. В.А.Алмазова выполняется

свыше 700 кардиохирургических операций детям, в том числе 300 – новорождённым. А в перинатальном центре медицинского учреждения, куда госпитализируются женщины с патологией беременности, рождаются порядка 250 недоношенных детей. Всем им, конечно же, не обойтись без полноценной стационарной реабилитации, по мнению председателя Совета Федерации Федерального Собрания РФ Валентины Матвиенко, принявшей участие в торжественной церемонии открытия социально значимого объекта. Спикер сообщила, что сегодня потребности Санкт-Петербурга

и в целом Северо-Западного федерального округа в лечебной реабилитации «закрываются» имеющимися в наличии койками лишь на 10%. С вводом же нового центра появляются мощности для того, чтобы обеспечить таким комплексным лечением уже 45-50% детей и беременных с тяжёлыми патологиями от числа всех нуждающихся.

Упомянутые возможности предоставляют галокамера, залы ЛФК, водолечебница с бассейнами и гидромассажными ваннами, кабинеты физиотерапии и функциональной диагностики. Оборудованные на «пясть» помещения детского лечебно-реабилитаци-

онного комплекса в сопровождении генерального директора центра им. В.А.Алмазова Евгения Шлякхо обошла делегация почётных гостей, в составе которой помимо В.Матвиенко находились заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой, губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко и председатель городского Законодательного собрания Вячеслав Макаров. Они высоко оценили увиденное. Как очередной уверенный шаг в развитии российской и петербургской медицины охарактеризовал открытие комплекса руководитель региона.

– Петербург гордится тем, что в нашем городе есть такой лечебный и научный центр мирового уровня. Здесь работают прекрасные врачи, которые делают сложнейшие операции, помогают маленьким пациентам в уникальных условиях, – сказал он.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

**Благотворительный фонд «Подари жизнь» учредил премию для российских общественных организаций, которые помогают детям с онкологическими заболеваниями. Она будет вручаться «за лучшие проекты, направленные на повышение доступности качественной медицинской помощи онкологическим больным, и на повышение качества жизни тех, кто сейчас проходит лечение».**

### Ради жизни

Премия фонда «Подари жизнь» будет вручаться в двух номинациях:

«Спасение жизни» – за проекты, направленные на то, чтобы качественная медицинская онкологическая помощь была доступнее (обеспечение больниц лекарствами, оборудованием, проекты по диагностике, транспортировке больных, ремонты в больницах, обучение врачей новым методам лечения и пр.);

«Качество жизни» – за проекты, направленные на организацию быта и досуга в больницах, развитие психологической помощи пациентам, социально-психологической реабилитации, паллиативной помощи, развитие и образование детей в больницах и пр.

Учрежден также «Приз зрительских симпатий», который определят фонды-участники семинара «Благотворительность против рака» и представители некоммерческой организации, говорится в сообщении, распространенном благотворительной организацией. Оценивать проекты и выбирать лучшие будут члены экспертного совета премии, в который войдут онкологи, гематологи и педиатры, руководители фонда «Подари жизнь».

«За годы работы не только мы, но и наши коллеги накопили огромный опыт. В регионах, имея довольно ограниченные ресурсы, фонды творят настоящие чудеса, и каждый день делают буквально невозможное, чтобы помочь людям, вынужденным бороться с тяжёлыми болезнями. Мы надеемся, что премия не только поможет организациям учиться друг у друга лучшим практикам, но и сплотит противораковые фонды, как сообщество», – заявила директор фонда Екатерина Чистякова.

Первое вручение премии состоится 28 октября 2017 г. в рамках семинара для региональных некоммерческих организаций «Благотворительность против рака», который состоится уже в седьмой раз. Приём заявок на участие в конкурсе откроется 15 июня 2017 г. Победители в номинациях «Спасение жизни» и «Качество жизни» получают диплом, памятный знак и 100 тыс. руб. Получатель Приза зрительских симпатий

также награждается дипломом и получает 50 тыс. руб. Вручат награды соучредитель фонда «Подари жизнь» Чулпан Хаматова и директор фонда Е.Чистякова. О технических требованиях к проектам, о сроках и механизме подачи материалов для участия в премии можно узнать на сайте фонда.

жертвователей, и отказываются вести расследование, пока от них не поступят заявления.

Однако, уверена Л.Михеева, потерпевшими в действительности является всё общество, поскольку здесь наносится репутационный урон самой идее благотворительности. Задача благотворительных организаций в такой ситуации –

организаций с похожими наименованиями можно было бы в том случае, если бы были «критерии схожести в наименовании». Не все люди, создающие некоммерческие организации с похожими наименованиями, – мошенники, нельзя «нарушать права других граждан, которые хотят создать аналогичную организацию».

### Работа только начинается

– Когда документы лежат на регистрации, сказать, мошенник это или не мошенник, невозможно, – отметила А.Дворок. – О фактах мошенничества можно судить позднее, когда организация проработает какое-то время. Если создавать барьеры для некоммерческих организаций, вводить ограничения на их создание, то это нарушит конституционное право граждан на создание объединений.

По мнению Игоря Соболева, заместителя председателя Комитета общественных связей московской администрации, если бы в каждом городе был реестр благотворительных организаций, как в Москве, контролировать работу фондов было бы проще. «Это механизм, который переводит из серого пространства в белое», – уверен он.

Как отметил исполнительный директор фонда «Подари жизнь» Григорий Мазманянц, для защиты наименования уже есть технология, отработанная в Роспатенте. У специалистов по товарным знакам имеется система, с помощью которой они отфильтровывают коммерческие организации уже при регистрации. Такую же практику следует распространить и на некоммерческих организациях, считает он.

Предложения, сделанные участниками встречи, будут обобщены в итоговом документе, который будет направлен в Минюст, МВД, Генпрокуратуру, Следственный комитет, Госдуму и Совет Федерации, сообщили организаторы.

«Представитель МВД озабочен важностью проблемы и сообщил, что ведомство в дальнейшем, так или иначе, будет принимать участие в её разработке, – рассказал portalу Милосердие.ру участвовавший во встрече глава благотворительного фонда «Предание» Владимир Берхин. – В целом, настрой у всех вполне боевой, позитивный. Но конкретные предложения о том, что и как делать, в общем, не прозвучало. Это нормально – работа лишь начинается».

Сегодня положение с защитой фондов от клонирования в публичном пространстве – ужасающее. Никаких законных способов избежать его на данный момент не обнаружено. Это первая проблема, решение которой необходимо найти. Вторая – в том, что в случае массовых мошеннических сборов настолько размыто понятие «пострадавший», что законные меры к тому, кто тратит деньги не на то, на что собирал, применить оказывается невозможно».

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

### Точка зрения

# Белое и серое

## Как избавиться от «сорняков» в благотворительности?



Праздник жизни в фонде «Подари жизнь»

### Потерпевшие – всё общество

Признания и наград удостоится те, чьё призвание – творить добро. А что делать, какие меры следует немедленно принять против мошенничества под видом благотворительности? Эти вопросы обсудили в Общественной палате РФ представители ряда благотворительных организаций и профильных ведомств. Поводом для встречи стал инцидент с фондом «Подари жизнь» – используя его бренд, посторонний человек получил в Красноярске около миллиона рублей, уговорив жертвователей взять кредит и передать эти средства якобы на благотворительные цели.

Как сообщила председатель Комиссии Общественной палаты РФ по общественному контролю, общественной экспертизе и взаимодействию с общественными советами Лидия Михеева, в такой ситуации правоохранительные органы, к сожалению, рассматривают как потерпевших лишь

не отпугнуть граждан, желающих оказывать благотворительную помощь, а понять, как предотвратить подобные злоупотребления.

В числе возможных мер противодействия мошенничеству в благотворительной сфере выступавшая назвала введение запрета на использование наименования некоммерческих организаций, если точно такое же наименование уже было присвоено другой НКО, успешно ведущей сбор пожертвований. Также представитель Общественной палаты РФ напомнила, что законодательство позволяет ликвидировать организацию, если та допускает явное грубое нарушение законодательства. «Коллеги полагают, что систематический сбор денег под чужим именем – это явное нарушение законодательства», – считает Л.Михеева.

Как заявила ведущий советник отдела по делам структурных подразделений иностранных некоммерческих организаций Минюста России Анастасия Дворок, препятствовать созданию

«Что касается уже зарегистрированной организации, которая собирает от имени другой пожертвования, может, следует проработать вопрос самим благотворительным организациям, информировать общество о своих счетах, чтобы они были на слуху», – сказала А.Дворок.

### Если вызывают к помощи на тротуаре...

Вопрос о сборе средств лжеволонтерами на улицах и в пробках следует рассматривать отдельно, при участии других служб МВД, считает начальник 8-го отдела Управления экономической безопасности и противодействия коррупции Главного управления МВД России по Москве Иван Князькин. Фишинговые страницы (поддельные сайты фондов) – это другая проблема. По его мнению, если регламентировать использование названий фондов, как это сделано с товарными знаками, то это было бы выходом из ситуации.

Также представитель МВД подтвердил, что уголовные дела против лжеблаготворителей могут возбуждаться по заявлениям потерпевших, введённых в заблуждение относительно использования пожертвований.

По мнению И.Князькина, вероятно, имело бы смысл ужесточить наказание за мошеннические действия. Или же «создать такие условия при регистрации, как целевое расходование средств». Кроме того, он заявил о необходимости для фондов иметь единые расчётные счета, которые должны быть в открытом доступе. Впрочем, как отметили присутствующие, у большинства фондов и так расчётные счета опубликованы на сайтах, но в том-то и дело, что мошенники используют порой поддельные сайты.

### Признание

**Омская область признана лучшим регионом в России по выполнению мероприятий, направленных на противодействие ВИЧ-инфекции.**

Этот «вердикт» озвучила на заседании профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ заместитель главного специалиста по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции министерства Инга Латышева. Она отметила, что по итогам работы учреждений службы профилактики и борьбы со СПИДом за 2016 г. в рамках реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России лучшей признана Омская область.

На территории Прииртышья действует план первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции на период 2016-

2017 гг., утверждённый губернатором Виктором Назаровым. В минувшем году тестирование на ВИЧ-инфекцию в регионе прошли 478 827 человек. Это значит, что обследован каждый четвёртый житель области. За прошлый год выявлено случаев ВИЧ-инфекции на 10,2% меньше по сравнению с предыдущим годом. При этом 80% выявленных инфицированных пациентов поставлены на диспансерный учёт.

Кроме того, на 14% увеличился охват пациентов, получающих противовирусную терапию. В 1,8 раза снизилась доля умерших от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией, особенно в продвинутых стадиях СПИДа, что

свидетельствует о своевременном выявлении инфицированных и назначении таким пациентам эффективной противовирусной терапии.

Отметили эксперты и тот факт, что в Прииртышье активно реализуются профилактические проекты и программы в различных целевых группах населения, направленные на повышение их информированности о серьёзности проблемы ВИЧ-инфекции. Так, в минувшем году Омский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями занял первое место в номинации «Лучший коммуникационный проект в СМИ, направленный на

информирование населения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в СМИ» за проведение информационной кампании «ВИЧ в большом городе. Ты предупреждён!». Также на базе центра открыта «Школа пациента».

Разумеется, признание деятельности Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями это действительно высокая оценка профессионализма и квалификации кадрового состава учреждения. По данным официального сайта, в центре работают 38 врачей, 51 специалист со средним медицинским образованием, 3 провизора и 2 фармацевта. Высшую квалификацион-

ную категорию имеют 16 врачей и 21 специалист со средним медицинским образованием. Здесь ведут приём 3 кандидата медицинских наук, 3 отличника здравоохранения РФ. Остаётся добавить, что в 2009 г. лаборатория клинической иммунологии центра стала дипломантом Всероссийского конкурса «100 лучших товаров года» в номинации «Услуги», а в декабре 2010 г. омский центр был включён в национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

# Когда все средства хороши

Ситуация

# Логистика, подчинённая логике

## Система экстренной хирургической помощи не должна зависеть от пробок на дорогах

Новое – это если не всегда, то очень часто хорошо забытое старое. Данная формула применима не только к моде, но и к медицине. В этом имели возможность убедиться участники недавно прошедшего в Москве I Национального хирургического конгресса: о необходимости использовать в настоящем и будущем организации здравоохранения эффективные наработки прошлого напомнил коллегам главный специалист Минздрава России по скорой медицинской помощи, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, академик РАН Сергей Багненко.

### Куда доставят больного?

Речь шла о том, как сегодня в России устроена система оказания экстренной хирургической помощи, как она должна выглядеть в идеале, и насколько на результативность экстренной хирургии влияет работа службы скорой медицинской помощи.

– Говоря о скорой помощи, надо понимать, что это не только собственно работа врачебной бригады, которая на санитарном транспорте должна довести больного до лечебного учреждения и передать его на руки врачам стационара. Здесь не это самое главное, а то, куда именно карета «скорой» должна привезти того или иного больного. И, коль скоро мы говорим о хирургическом больном, привезти его должны в отделение экстренной хирургической помощи, которое устроено совершенно особым образом, – сформулировал идею академик С.Багненко.

Подробно о том, как должно быть устроено такое отделение, – чуть позже, а сначала о том, чем обусловлена необходимость выстроить оптимальную логистику транспортировки экстренных хирургических больных.

По словам С.Багненко, с 2000 г. в Санкт-Петербурге началась реорганизация системы экстренной медицинской помощи. На тот момент в городе на Неве около 40 больниц занимались экстренной хирургией, из них только 8 – тысячекоечные учреждения, где представлены специалисты всех профилей и все современные технологии. Эти стационары уже тогда оказывали в совокупности 70% от всего объёма экстренной помощи в регионе.

– Мы поставили перед собой задачу сформировать медико-географические зоны, в центре которых расположены тысячекоечные стационары, исключив из этой схемы все мелкие стационары скорой медицинской помощи. К 2011 г. данная система сформировалась окончательно, эту модель с некоторыми вариациями сейчас внедряет Москва, – поясняет С.Багненко.

### Уроки трагедии

В том, что модель оказалась эффективно работающей, в очередной раз довелось убедиться во время апрельского теракта в метро Санкт-Петербурга. Уже через три минуты на месте трагедии были первые машины «скорой», вскоре появилась санавиация, и пациентов быстро начали развозить строго

по определённым медицинским учреждениям. В таких мегаполисах, как Москва и Санкт-Петербург, где большое количество крупных многопрофильных стационаров, и плечо эвакуации раненых составляет максимум 15 минут, задачу с большим числом пострадавших можно решить методом веерной развозки именно по таким учреждениям – не узкопрофильным, а способным решить весь комплекс проблем: и хирургической помощи, и нейрохирургической, и сосудистой, и комбустиологической. Подобный принцип эвакуации позволяет существенно снизить летальность.

Конечно, подчёркивает главный специалист Минздрава России, совершенно иной может быть ситуация в других регионах. К примеру, в Волгограде, который вытянут на 90 км, продвигаясь по пробкам на дорогах, можно потерять больных. Для экономии времени всех пострадавших при теракте на железнодорожном вокзале везли в одну городскую больницу, которая в первый момент захлёбывалась, принимая такой поток.

Есть ещё более сложные ситуации: как быть с экстренными пациентами хирургического профиля в сельских районах, даже если речь идёт не о большом числе пострадавших или заболевших, а всего об одном человеке?

– Можем ли мы в каждом сельском районе поставить компьютерный томограф? Теоретически можем, но что это даст? Это будет самым дорогостоящим памятником нашей глупости. С другой стороны, как сегодня можно диагностировать и лечить тяжёлый панкреатит без компьютерной томографии? А сочетанную травму? Что касается семи нозологических форм острого живота, оказание экстренной помощи ни в одном из этих случаев не может быть проведено в соответствии с национальными клиническими рекомендациями, если в учреждении нет технологий, которые указаны в национальных клинических рекомендациях. Следовательно, создать полноценную экстренную хирургию на уровне районного звена здравоохранения там, где численность населения от 10 до 40 тыс. человек, невозможно в принципе, – убеждён главный специалист Минздрава России.

Так что же, пусть больные погибают? Или всех их следует транспортировать в областные больницы? По

мнению С.Багненко, оптимальная логистическая схема возможна и в данных обстоятельствах. Что касается сочетанной травмы, не надо развозить больных по всем больницам, а следует эвакуировать их только в травмоцентры второго или первого уровня, которые имеют соответствующий уровень технической оснащённости.

– И, что очень важно, создавая концентрацию пострадавших в этих точках, мы формируем и поддерживаем здесь высокий уровень квалификации медицинского персонала. Потому что, если сочетанной травмой заниматься раз в месяц, то летальность будет от 20 до 40%. А если заниматься этим каждый день, показатель летальности будет существенно ниже – от 12 до 16%, – напомнил коллегам академик С.Багненко.

### Наглядный пример

В отношении другой хирургической патологии на помощь также приходят современные технологии организации оказания экстренной медицинской помощи, которые используются в мире и уже отчасти в нашей стране. Ведь смогли же мы выстроить систему оказания экстренной помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Разработана схема маршрутизации: на каждые 200 тыс. населения создаётся одно отделение для лечения больных с ОНМК, в котором 24 неврологических и 6 реанимационных мест. Аналогичная схема маршрутизации больных с ОКС: на каждые 200 тыс. населения создаётся отделение неотложной кардиологии.

По профилю «неотложная абдоминальная хирургия» на каждые 200 тыс. жителей нужно 30 стационарных коек. Сказанное означает, что надо выстроить систему, при которой на каждые 200 тыс. жителей региона есть по одному отделению неотложной кардиологии, неврологии, гинекологии, экстренной абдоминальной хирургии. Все прочие хирургические профили должны быть представлены в лечебном учреждении, рассчитанном на миллион населения, то есть на уровне областной, краевой, республиканской больницы. Вот как, по мнению главного специалиста, должна выглядеть оптимальная система экстренной медицинской помощи:



Академик РАН С.Багненко

– В селе есть ФАП. Следующий этап – ЦРБ, где должны оставаться, к примеру, больные с лёгкими формами панкреатита, гастродуоденита, колит. Но когда это панкреатит, который мы трактуем именно как тяжёлый – с острым началом, многократной рвотой, сосудистым рисунком и т.д., – больного как минимум необходимо доставить в межмуниципальный центр, а если через сутки ему не станет легче – передавать на региональный уровень, где есть возможность использовать МРТ, оперативную эндоскопию и иные технологии. Черепно-лицевая травма, тяжёлые отравления, обширные ожоги – состояния, которые также требуют своевременной эвакуации больного в учреждение того уровня, где могут сразу оказать полноценную помощь. Межмуниципальный центр – это учреждение, на которое замкнуты 5-6 сельских районов с общей численностью жителей 200 тыс. человек. В межмуниципальном центре должны сосредоточиваться пациенты с основными, перечисленными выше экстренными хирургическими профилями, при этом больных «узких» экстренных профилей необходимо сразу эвакуировать в областные, краевые, республиканские больницы.

### Востребован опыт учителей

По сути дела, говорит С.Багненко, это не что иное, как экстраполяция модели этапного лечения с эвакуацией по назначению, которую в 1942 г. предложил начальник Главного военно-санитарного управления Красной армии Ефим Смирнов. Благодаря этой модели во время

Великой Отечественной войны удалось 72% раненых вернуть в строй. Прошло каких-то 70 лет, и опыт учителей оказался вновь востребован учениками.

И, наконец, о том, как должны перестроить свою работу лечебные учреждения, участвующие в системе оказания экстренной хирургической помощи. Обычно в стационаре больного сразу госпитализируют в профильное хирургическое отделение. В то же время между каретой «скорой» и профильным отделением госпиталя должно быть ещё одно звено – стационарное отделение скорой медицинской помощи, где есть несколько коек и вся диагностическая линейка: и КТ, и МРТ, и УЗИ, и ангиография. Задачи этого подразделения – приём, осмотр и обследование пациента, установление диагноза и в определённых случаях краткосрочное лечение длительностью не более 3 суток. Далее, в зависимости от результатов человека либо выписывают, либо переводят в профильное отделение для хирургического лечения.

– Для чего необходимо данное звено? Больные «лёгкой» категории не должны проходить мимо этого отделения напрямую в профильные отделения стационара. К примеру, у пациента почечная колика, но чаще всего – лоханочная система не расширена, и моча «чистая». Зачем его госпитализировать сразу в отделение урологии, если можно, выполнив все необходимые диагностические исследования, купировать боль здесь, на уровне стационарного отделения скорой медицинской помощи? Пациент может пробыть здесь под наблюдением врачей 3 суток, и этого окажется достаточно. Наконец, что делать пациенту с хирургической патологией в отделении хирургии, если он изначально не соглашается на операцию? – разъясняет С.Багненко.

За рубежом подобные отделения активно практикуются, клиническая и экономическая эффективность их обоснована и подтверждена опытом. В нашей стране первые такие отделения были созданы в крупных больницах Набережных Челнов и Казани, затем в Краснодаре и Сочи. Сейчас решено организовать 10 аналогичных отделений в клиниках Москвы и 5 – в Санкт-Петербурге.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

## Перспективы

В Ханкайской центральной районной больнице Приморского края планируют проводить эндоскопические операции. Такие хирургические вмешательства, ставшие уже обычным явлением в современных клиниках, в Ханкайской ЦРБ до сих пор ещё не выполнялись, отмечает главный врач медицинского учреждения Виктория Ендовицкая. Между тем необходимость в них в районе достаточно велика.

По словам главного врача, ежегодно в подведомственном ей

# Такие нужные операции

## Они уже будут выполняться в обычной районной больнице

учреждении выявляются до 50-70 человек с желчекаменной болезнью и другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в отношении которых возникает необходимость проводить операции с применением эндоскопического оборудования. Но за неимением специалиста и необходимого обо-

рудования пациенты вынуждены получать данный вид медицинской помощи в других ЛПУ Приморского края как платно, так и бесплатно по программе госгарантий за счёт средств обязательного медицинского страхования.

В.Ендовицкая надеется изменить ситуацию и уже в скором

будущем организовать всё необходимое для проведения эндоскопических вмешательств в больнице, которую возглавляет.

– У нас хороший операционный блок, но нам нужны рабочие руки и оборудование, – подчеркнула она. – В сентябре к нам придёт молодой специалист, наш интерн,

хирург, который после получения специальных знаний и навыков будет владеть необходимой техникой операции. Сразу по возвращении мы планируем направить его для прохождения профессиональной переподготовки. И за время обучения надеемся приобрести всё необходимое оборудование. Если всё будет так, как мы рассчитываем, уже в 2018 г. в Ханкайской ЦРБ будут проводиться эндоскопические операции.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 30 (2060)

(Продолжение. Начало в № 30 от 28.04.2017.)

## Диагностика метаболического синдрома

### Критерии диагностики МС

В настоящее время существует как минимум 7 альтернативных критериев (WHO – World Health Organization; EGIR – European Group for the Study of Insulin Resistance; NCEP-ATP III – National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III; AACE – American Association of Clinical Endocrinologists; IDF-International Diabetes Federation; Международного института метаболического синдрома «Рекомендации по диагностике и лечению метаболического синдрома ВНОК») диагностики МС. В этой связи сегодня приходится опираться на эпидемиологические данные и прогностические исследования, проведённые в странах Америки и Западной Европы и единичные эпидемиологические исследования, посвящённые распространённости МС в РФ. При этом практически отсутствуют какие-либо прогностические данные, касающиеся преимуществ различных критериев постановки диагноза МС. В этой связи очевидна необходимость гармонизации и адаптации существующих диагностических критериев для РФ, поскольку необходимо учитывать этнические, генетические отличия российской популяции, национальные особенности питания, образа жизни и экономические возможности государства.

### Основной критерий:

– центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин.

### Дополнительные критерии:

– уровень АД >140 и 90 мм рт.ст. или лечение АГ препаратами;  
– повышение уровня триглицеридов ( $\geq 1,7$  ммоль/л);  
– снижение уровня ХС ЛПВП ( $< 1,0$  ммоль/л у мужчин;  $< 1,2$  ммоль/л у женщин);  
– повышение уровня ХС ЛПНП  $> 3,0$  ммоль/л;  
– нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) – повышенный уровень глюкозы плазмы через 2 часа после нагрузки 75 г безводной глюкозы при ПГТТ  $\geq 7,8$  и  $< 11,1$  ммоль/л, при условии, что уровень глюкозы плазмы натощак составляет менее 7,0 ммоль/л;

– нарушенная гликемия натощак (НГН) – повышенный уровень глюкозы плазмы натощак  $\geq 6,1$  и  $< 7,0$  ммоль/л, при условии, что глюкоза плазмы через 2 часа при ПГТТ составляет менее 7,8 ммоль/л;  
– комбинированное нарушение НГН/НТГ – повышенный уровень глюкозы плазмы натощак  $\geq 6,1$  и  $< 7,0$  ммоль/л в сочетании с глюкозой плазмы через 2 часа при ПГТТ  $\geq 7,8$  и  $< 11,1$  ммоль/л.

Достоверным МС считается при наличии 3 критериев: 1 основного и 2 дополнительных.

Такой подход на данном этапе позволяет максимально возможно гармонизировать различные существующие рекомендации по отдельным компонентам МС и повысить эффективность выявления лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и СД 2-го типа.

Метаболический синдром развивается постепенно и длительное время протекает без явной клинической симптоматики. Наличие МС можно предположить уже при внешнем осмотре пациента и сборе анамнеза. Абдоминальный тип ожирения можно распознать по характерному перераспределению жировой ткани. Это андройдный тип ожирения, с преимущественным отложением жира в области живота и верхнего плечевого пояса (тип «яблоко»), в отличие от гиноидного (типа «груша») с отложением жира в области бёдер и ягодиц. Именно этот тип ожирения ассоциируется с риском развития ССЗ и их осложнений, а также с высоким риском развития СД 2-го типа.

При наличии у пациента абдоминального типа ожирения необходимо подробно выяснить анамнез заболевания, жизни, наследственности и провести дополнительные исследования. Это может иметь значение не только для диагностики МС, оценки прогноза, но и при определении тактики лечения.

### Рекомендуемые исследования:

– взвешивание пациента и измерение роста для вычисления индекса массы тела (ИМТ);  
– наиболее простой метод косвенного определения абдоминального типа ожирения

состоит в антропометрическом измерении ОТ;

– для выявления нарушений углеводного обмена применяется определение глюкозы в крови натощак и через 2 часа после перорального приёма 75 г глюкозы – или пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ);

– определение в крови показателей липидного обмена (общего холестерина, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и триглицеридов). Наличие МС в первичной профилактике атеросклероза может служить основанием для назначения анализа на дополнительные показатели липидного обмена с целью дальнейшей оценки сердечно-сосудистого риска;

– определение уровня мочевой кислоты;  
– измерение уровня артериального давле-

# Ведение больных с метаболическим синдромом

## Клинические рекомендации Минздрава России

ния методом Короткова, суточного мониторирования АД (СМАД);

– опрос больного для выявления скрытых нарушений дыхания во время сна;

– определение состояния органов-мишеней – сердца (с определением ИММЛЖ), почек (с определением МАУ), сосудов (с определением ТИМ ОСА).

Диагностические возможности специализированных стационаров и клиник позволяют расширить возможности выявления МС за счёт определения массы абдоминального жира методом компьютерной или магнитно-резонансной томографии, более полного липидного спектра, исследования инсулинорезистентности прямыми и непрямими методами. Эти показатели позволяют наиболее точно и корректно судить о наличии у больного МС и определять тактику лечения.

### Дифференциальная диагностика МС

При необходимости дифференциальной диагностики МС с другими эндокринными заболеваниями, сопровождающимися АГ, ожирением и ИР необходимо проведение дополнительных методов обследования:

– компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) гипофиза и надпочечников;  
– УЗИ щитовидной железы;  
– определение содержания в крови гормонов.

Абдоминальный тип ожирения, АГ и нарушения метаболизма углеводов и жиров, характерные для МС, наблюдаются также при болезни и синдроме Иценко – Кушинга. Даже внешний вид пациентов с МС и болезнью Иценко – Кушинга зачастую идентичен, что требует проведения дифференциального диагноза именно с этим заболеванием. Для болезни Иценко – Кушинга характерно наличие опухоли гипофиза и двусторонней гиперплазия надпочечников. Синдром Иценко – Кушинга может быть обусловлен односторонним поражением надпочечников (кортикостерома, аденокарцинома коры надпочечников).

Дополнительную помощь в дифференциальной диагностике могут оказать гормональные методы исследования. С этой целью определяют содержание в крови кортизола, альдостерона, адренокортикотропного гормона (АКТГ), пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ) и т.д.

У пациентов с МС также может наблюдаться небольшое повышение уровней кортизола, пролактина, ТТГ, АКТГ, однако при первичной эндокринной патологии концентрация этих гормонов будет значительно больше (в десятки, сотни раз).

Выявлению феохромоцитомы будет способствовать наряду с КТ надпочечников и парааортальной области исследование катехоламинов в крови и моче и ванилилминдальной кислоты (ВМК) в моче, особенно в период после гипертонического криза.

Нечасто удаётся выявить органическую причину ожирения, лишь у 1 из 1000 паци-

ентов можно обнаружить заболевание, приводящее к повышению массы тела. Тем не менее тщательное обследование пациентов для выявления возможной причины ожирения необходимо, так как это в значительной степени влияет на тактику лечения.

## Диагностика отдельных компонентов метаболического синдрома

### Артериальная гипертония

Клиническими особенностями течения АГ при сопутствующих метаболических нарушениях являются: частое формирование рефрактерной АГ, раннее поражение органов-мишеней – развитие ГЛЖ (гипертрофия левого желудочка), быстро приводящей к дисфункции миокарда, почечной гиперфильтрации и МАУ, снижение эластичности аорты и артерий. По данным СМАД, у больных АГ с метаболическими нарушениями диагностируются более выраженные нарушения суточного ритма АД, более высокие показатели нагрузки давлением в ночные часы и повышенная вариабельность по сравнению с больными АГ без метаболических нарушений.

разнице АД  $> 5$  мм рт.ст. производят одно дополнительное измерение; за конечное (регистрируемое) значение принимается минимальное из трёх измерений. Для диагностики АГ при небольшом повышении АД повторное измерение (2-3 раза) проводят через несколько месяцев. При выраженном повышении АД и наличии ПОМ, высоком и очень высоком риске ССО повторные измерения АД проводят через несколько дней.

### Техника измерения

Быстро накачать воздух в манжету до уровня давления, на 20 мм рт.ст. превышающего САД (по исчезновению пульса). АД измеряют с точностью до 2 мм рт.ст. Снижать давление в манжете со скоростью примерно 2 мм рт.ст. в секунду. Уровень давления, при котором появляется 1-й тон, соответствует САД (1-я фаза тонов Короткова). Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова) соответствует ДАД; у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых, когда невозможно определить 5-ю фазу, следует попытаться определить 4-ю фазу

АГ можно выявить путём офисного измерения АД по методу Короткова либо методом суточного мониторирования АД.

Измерение АД проводит врач или медицинская сестра в амбулаторных условиях или в стационаре (клиническое АД). Измерения проводятся аускультативным методом (по Н.Короткову). Допускается применение автоматических (аускультативных или осциллометрических) приборов, но только в тех случаях, когда их точность в клинической практике подтверждена в специальных исследованиях, проводимых согласно международным и отечественным стандартам. Кроме того, АД также может регистрировать сам пациент или родственники в домашних условиях – самоконтроль АД (СКАД). СМАД проводят медицинские работники амбулаторно или в условиях стационара. Клиническое измерение АД имеет наибольшую доказательную базу для обоснования классификации уровней АД, прогноза рисков, оценки эффективности терапии. Точность измерения АД и, соответственно, гарантия правильной диагностики АГ, определения её степени тяжести зависят от соблюдения правил по его измерению.

**Для измерения АД имеет значение соблюдение следующих условий:**

### Положение больного

Сидя в удобной позе; рука на столе и находится на уровне сердца; манжета накладывается на плечо, нижний край её на 2 см выше локтевого сгиба.

### Условия измерения АД

Исключается употребление кофе и крепкого чая в течение часа перед исследованием; рекомендуется не курить в течение 30 минут до измерения АД; отменяется приём симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли; АД измеряется в покое после 5-минутного отдыха; в случае, если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая или эмоциональная нагрузка, период отдыха следует продлить до 15-30 минут.

### Оснащение

Размер манжеты должен соответствовать размеру руки: резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80% окружности плеча; измерения окружности руки в верхней трети плеча могут быть полезны при выборе соответствующего размера манжеты. Рекомендуются следующие размеры манжеты: для плеча 27-34 см – манжета 13 x 30 см; для плеча 35-44 см – манжета 16 x 38 см; для плеча 45-52 см – манжета 20 x 42 см. Таким образом, для многих пациентов, страдающих ожирением, манжеты стандартного размера могут быть недостаточными для получения достоверных результатов измерения АД. Столбик ртутный или стрелка тонометра перед началом измерения должны находиться на нулевой отметке.

### Кратность измерения

Для оценки уровня АД на каждой руке следует выполнить не менее двух измерений с интервалом не менее минуты; при

тонов Короткова, которая характеризуется значительным ослаблением тонов. Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.

При первичном осмотре пациента следует измерить давление на обеих руках; в дальнейшем измерения проводят на той руке, на которой АД выше. У больных старше 65 лет, при наличии СД и у лиц, получающих антигипертензивную терапию (АГТ), следует также произвести измерение АД через 3 минуты пребывания в положении стоя.

Целесообразно измерять АД на ногах, особенно у больных моложе 30 лет; измерение проводится с помощью широкой манжеты (той же, что и у лиц с ожирением); фонендоскоп располагается в подколенной ямке; для выявления окклюзирующих поражений артерий и оценки лодыжечно-плечевого индекса измеряют САД с помощью манжеты, расположенной на лодыжке, и/или ультразвуковым методом.

Частота сердечных сокращений подсчитывается по пульсу на лучевой артерии (минимум за 30 секунд) после второго измерения АД в положении сидя.

### Измерение АД в домашних условиях

Показатели АД, полученные в домашних условиях, могут стать ценным дополнением к клиническому АД при диагностике АГ и контроле за эффективностью лечения, но предполагают применение других нормативов. Принято считать, что величина АД 140/90 мм рт.ст., измеренная на приёме у врача, соответствует АД примерно 130-135/85 мм рт.ст. при измерении дома. Оптимальная величина АД при самоконтроле составляет 130/80 мм рт.ст. Для СКАД могут быть использованы традиционные тонометры со стрелочными манометрами, но в последние годы предпочтение отдаётся автоматическим и полуполуприборам для домашнего применения, прошедшим строгие клинические испытания для подтверждения точности измерений. Следует с осторожностью трактовать результаты, полученные с помощью большинства имеющихся в настоящее время приборов, которые измеряют АД на запястье; необходимо также иметь в виду, что приборы, измеряющие АД в артериях пальцев кисти, отличает низкая точность получаемых при этом значений АД.

Величины АД, полученные при СКАД, позволяют точнее судить о прогнозе ССО. Проведение его показано при подозрении на изолированную клиническую АГ (ИКАГ) и изолированную амбулаторную АГ (ИААГ), при необходимости длительного контроля АД на фоне медикаментозного лечения, при АГ, резистентной к лечению. СКАД может применяться при диагностике и лечении АГ у беременных, пациентов с СД, пожилых лиц.

СКАД обладает следующими достоинствами:

– даёт дополнительную информацию об эффективности АГТ;



Таблица 1  
Классификация ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997)

Типы массы тела	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	< 18,5	Низкий (повышен риск других заболеваний)
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Обычный
Избыточная масса тела (предожирение)	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30,0-34,9	Высокий
Ожирение II степени	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение III степени	40	Чрезвычайно высокий

– улучшает приверженность пациентов к лечению;

– измерение проводится под контролем пациента, поэтому в отличие от СМАД полученные цифры АД вызывают меньше сомнений по поводу надёжности работы аппарата и условий измерения АД.

СКАД не может быть рекомендован в следующих ситуациях:

– измерение вызывает беспокойство у пациента;

– пациент склонен использовать полученные результаты для самостоятельной коррекции терапии.

Вместе с тем необходимо учитывать, что СКАД не может дать информацию об уровнях АД в течение «повседневной» дневной активности, особенно у работающей части населения, и в ночные часы.

**Суточное мониторирование АД**

Клиническое АД является основным методом определения величины АД и стратификации риска, но СМАД имеет ряд определённых достоинств:

– даёт информацию об АД в течение «повседневной» дневной активности и ночные часы;

– позволяет уточнить прогноз ССО;

– более тесно связано с изменениями в органах-мишенях исходно и наблюдаемой их динамикой в процессе лечения;

– более точно оценивает антигипертензивный эффект терапии, так как позволяет уменьшить эффект «белого халата» и плацебо.

СМАД предоставляет важную информацию о состоянии механизмов сердечно-сосудистой регуляции, в частности позволяет определять суточный ритм АД, ночную гипотензию и гипертензию, динамику АД во времени и равномерность антигипертензивного эффекта препаратов.

Ситуации, в которых выполнение СМАД наиболее целесообразно:

– повышенная лабильность АД при повторных измерениях, визитах или по данным самоконтроля;

– высокие значения клинического АД у пациентов с малым числом ФР и отсутствием характерных для АГ изменений органов-мишеней;

– нормальные значения клинического АД у пациентов с большим числом ФР и/или наличием характерных для АГ изменений органов-мишеней;

– большие различия в величине АД на приёме и по данным самоконтроля;

– резистентность к АГТ;

– эпизоды гипотензии, особенно у пожилых пациентов и больных СД;

– АГ у беременных и подозрение на преэклампсию.

Для проведения СМАД могут быть рекомендованы только аппараты, успешно прошедшие строгие клинические испытания по международным протоколам для подтверждения точности измерений. При интерпретации данных СМАД основное внимание должно быть уделено средним значениям АД за день, ночь и сутки (и их соотношениям). Остальные показатели представляют несомненный интерес, но требуют дальнейшего накопления доказательной базы.

После установления АГ необходимо обследовать пациентов на предмет выявления форм вторичных АГ, определения состояния органов-мишеней и общего сердечно-сосудистого риска.

**Методы обследования** включают в себя: сбор анамнеза обеспечивает возможность получения важной информации о сопутствующих ФР, признаках ПОМ, АКС и вторичных формах АГ;

– физикальное исследование больного АГ направлено на выявление ФР, признаков вторичного характера АГ и органных поражений. Измеряют рост, массу тела с вычислением ИМТ в кг/м<sup>2</sup> и ОТ;

– лабораторные и инструментальные методы исследования – необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной

АГ, оценки ФР, ПОМ и АКС. Профильные специалисты по показаниям проводят углублённое обследование пациента, когда требуется подтвердить вторичный характер АГ и тщательно оценить состояние больных при осложнённом течении АГ;

– исследование состояния органов-мишеней чрезвычайно важно, так как позволяет определить степень риска развития ССО. Для выявления ПОМ целесообразно использовать дополнительные методы исследования сердца (определение ИММЛЖ), почек (определение микроальбуминурии и протеинурии), сосудов (определение ТИМ общих сонных артерий, наличие атеросклеротических бляшек в брахиоцефальных и подвздошно-бедренных сосудах, определение скорости пульсовой волны).

**Ожирение**

Под ожирением следует понимать хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определённый круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения.

Наиболее часто используемой является классификация ожирения по степени его выраженности (см. табл. 1). Чаще всего для этого используют ИМТ или индекс Кеттле. Он определяется путём деления массы тела в килограммах на величину роста в метрах, возведённую в квадрат, который достаточно надёжно характеризует избыток массы тела у взрослых мужчин и женщин, имеющих рост в пределах средних значений (150-185 см).

Кроме того, существует классификация ожирения по характеру распределения жира – абдоминальное, когда основная масса жира расположена в брюшной полости, на передней брюшной стенке, туловище, шее и лице (мужской или андронидный тип ожирения), и глютеофеморальное с преимущественным отложением жира на ягодицах и бёдрах (женский или гинеоидный тип ожирения) (М.Гинзбург, Г.Козупица, 1996, N.Hashimoto, Y.Saito, 2000). Такое разделение обусловлено тем, что при абдоминальном ожирении значительно чаще, чем при глютеофеморальном, наблюдаются осложнения. В исследовании Health, Aging and Body Composition Study висцеральное ожирение было тесно связано с наличием АГ, при этом ассоциация была сильной даже у лиц с низкой общей долей жира в организме. В исследовании Framingham Heart Study Multidetector Computed Tomography Study были получены аналогичные данные. У мужчин систолическое артериальное давление увеличивалось на 3,3 мм рт.ст. на каждое стандартное отклонение увеличе-

ния объёма висцеральной жировой ткани и на 2,3 мм рт.ст. для каждого стандартного отклонения увеличения объёма подкожной жировой клетчатки.

Диагностика ожирения довольно проста и заключается в измерении массы тела путём взвешивания (проводится на стандартизованных весах, без тяжёлой одежды и обуви), роста пациента на медицинском ростомере (без обуви) и определении ОТ, которую измеряют в положении стоя (на пациентах должно быть только нижнее бельё, точкой измерения является середина расстояния между вершиной гребня подвздошной кости и нижним боковым краем рёбер), мерную ленту следует держать горизонтально.

**Диагностика нарушений углеводного обмена**

НГН (нарушение гликемии натощак) и НТГ (нарушение толерантности к глюкозе) представляют собой ранние нарушения углеводного обмена со снижением утилизации глюкозы в тканях, не имеющие клинических проявлений, которые определяются только при проведении ПГТТ. НГН и НТГ характеризуются показателями глюкозы крови, превышающими нормальные значения, но не достигающими диабетического уровня.

Традиционно диагностика нарушений углеводного обмена основывалась на определении уровня глюкозы плазмы натощак, или при случайном измерении, или по результатам ПГТТ (см. табл. 2) Абсолютно необходимым требованием является исследование уровня гликемии на лабораторном оборудовании. Использование глюкометров для диагностики СД и других нарушений недопустимо и может применяться только для самоконтроля СД пациентом. Для предотвращения гликолиза и ошибочных результатов определение гликемии должно проводиться сразу после взятия анализа, или кровь должна быть сразу центрифугирована, или храниться при температуре 0-4°C, или взята в пробирку с консервантом (флуорид натрия).

Под гликемией натощак понимают уровень глюкозы утром после предварительного голодания в течение ночи не менее 8, но не более 14 часов, при этом можно пить воду. Случайная гликемия – это уровень глюкозы в любое время суток вне зависимости от времени последнего приёма пищи.

Стандартный ПГТТ – это измерение глюкозы крови натощак и через 2 часа после приёма 75 г безводной глюкозы (или 82,5 г моногидрата глюкозы), растворённых в 250-300 мл воды. Выполнение теста требует соблюдения определённых, достаточно жёстких правил, которые могут значимо повлиять на результат исследования. Тест проводится на фоне не менее чем 3-дневного свободного питания (без соблюдения диеты), содержащего достаточное количество углеводов (не менее 150 г/сутки), последний вечерний приём пищи накануне теста должен содержать не менее 30-50 г углеводов. В процессе теста запрещается курение и физическая активность. ПГТТ не выполняется на фоне острого заболевания и других факторов, повышающих уровень гликемии (например, кратковременный приём ряда препаратов – глюкокортикоидов, тиреоидных гормонов, тиазидных диуретиков, бета-адреноблокаторов и др.).

НТГ определяется как повышенный уровень глюкозы плазмы через 2 часа после

Таблица 2  
Диагностические критерии нарушений углеводного обмена и сахарного диабета (ВОЗ, 1999-2006)

	Концентрация глюкозы, ммоль/л	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма
	<b>Норма</b>	
Натощак и через 2 часа после ПГТТ	< 5,6	< 6,1
	< 7,8	< 7,8
	<b>Сахарный диабет</b>	
Натощак или	6,1	7,0
Через 2 часа после ПГТТ или	11,1	11,1
Случайное определение	11,1	11,1
	<b>Нарушенная толерантность к глюкозе</b>	
Натощак (если определяется) и через 2 часа после ПГТТ	< 6,1	< 7,0
	7,8 и < 11,1	7,8 и < 11,1
	<b>Нарушенная гликемия натощак</b>	
Натощак и через 2 часа после ПГТТ (если определяется)	5,6 и < 6,1	6,1 и < 7,0
	< 7,8	< 7,8

нагрузки 75 г безводной глюкозы при ПГТТ ≥ 7,8 и < 11,1 ммоль/л при условии, что уровень глюкозы плазмы натощак составляет менее 7,0 ммоль/л.

НГН определяется как повышенный уровень глюкозы плазмы натощак ≥ 6,1 и < 7,0 ммоль/л при условии, что глюкоза плазмы через 2 часа при ПГТТ составляет менее 7,8 ммоль/л.

Комбинированное нарушение НГН/НТГ определяется как повышенный уровень глюкозы плазмы натощак ≥ 6,1 и < 7,0 ммоль/л в сочетании с глюкозой плазмы через 2 часа при ПГТТ ≥ 7,8 и < 11,1 ммоль/л.

Дифференцировать статус преддиабетических нарушений углеводного обмена – наличие НГН, НТГ или их комбинации, можно только после проведения ПГТТ.

В Российской Федерации, как и в других европейских странах, для выявления нарушений углеводного обмена используются диагностические критерии ВОЗ (см. табл. 2). Позиции Американской диабетической ассоциации (ADA, American Diabetes Association) в отношении диагностики преддиабетических нарушений отличаются от рекомендаций ВОЗ, с 2003 г. ADA снизило порог диагностики НГН до 5,6 ммоль/л, что неизбежно повлекло за собой увеличение распространённости НГН приблизительно в 3-4 раза.

**Диагностика инсулинорезистентности** (применяется преимущественно в научных целях) включает прямые и непрямые методы оценки действия инсулина.

Непрямые методы направлены на оценку эффектов эндогенного инсулина. К ним относятся: ПГТТ, внутривенный глюкозотолерантный тест (ВВГТТ).

При проведении прямых методов осуществляется инфузия инсулина и оцениваются его эффекты на метаболизм глюкозы. К ним относятся: инсулиновый тест толерантности (ИТТ), эугликемический гиперинсулинемический клэмп-тест (ЭГК), инсулиновый супрессивный тест (ИСТ).

**ПГТТ** – самый простой способ определения нарушения чувствительности тканей к инсулину. Методика проведения теста состоит в измерении уровней глюкозы и инсулина в крови натощак и через 30, 60, 90 и 120 минут после приёма внутрь пациентом 75 г сухой глюкозы, растворённой в 200 мл воды. Определение уровня плазменной концентрации инсулина широко используется как косвенный способ оценки чувствительности к инсулину. Оценивается уровень инсулина как натощак, так и после нагрузки глюкозой. Значимая ИР приводит к возрастанию плазменных показателей инсулина. В ряде исследований для оценки действия инсулина используется гликемический индекс, рассчитываемый по соотношению содержания глюкозы натощак к инсулину натощак, а также инсулиноглюкозный индекс, представляющий собой отношение площади под кривой инсулина к площади под кривой глюкозы.

**Инсулиномодифицированный тест толерантности к внутривенно вводимой глюкозе (ВВГТТ).**

Основные преимущества ВВГТТ по сравнению с пероральным глюкозотолерантным тестом заключаются в том, что абсорбция глюкозы происходит быстрее и не зависит от функционирования кишечной стенки. Кроме того, ВВГТТ – динамический тест, позволяющий воспроизвести нормальную физиологическую модель действия инсулина. В отличие от эугликемического гиперинсулинемического клэмп-теста ВВГТТ позволяет оценить обе фазы секреции инсулина. К недостаткам метода ВВГТТ относится сложность его выполнения: требуется два внутривенных доступа, пробы крови забираются часто (15 раз) в течение длительного времени (3 часа).

**Методика проведения теста:** Проведение теста начинают в период с 8:30 до 9:00 часов утра после 30 минут отдыха в положении лёжа. Во время проведения теста пациенты должны находиться в расслабленном состоянии, исключается курение, приём пищи и воды, физические нагрузки. Тест проводится не менее чем через 12 часов после последнего приёма пищи.

В стерильных условиях устанавливаются два кубитальных венозных катетера. В один из них с целью стимуляции эндогенной секреции инсулина болюсно вводят 40%-ный раствор глюкозы в течение 2 минут из расчёта 0,3 гр/кг массы тела с последующим частым (15 раз за 3 часа) забороном крови для определения уровня глюкозы, инсулина и С-пептида. На 20-й минуте от введения глюкозы внутривенно болюсно вводят инсулин короткого действия из расчёта 0,03 Ед/кг массы тела. Схема забора крови: – 10, 5, 2, 4, 8, 19, 22, 25, 27, 30, 40, 50, 70, 90 и 180 минут (за нулевую точку принимают время введения глюкозы). Образцы крови центрифугируют со скоростью 3 тыс. оборотов в минуту в течение 30 минут.

(Продолжение следует.)

Абдоминальный сепсис – одна из самых тревожных ситуаций в хирургии в связи с развитием жизнеугрожающих состояний и неудовлетворительными результатами лечения. Летальность при сепсисе находится в высокой зависимости от своевременности начатого лечения и адекватности проводимой терапии. Летальность при абдоминальном сепсисе существенно различается в разных стационарах. Так, в Великобритании уровень летальности достигает 41,7% в одних больницах и минимальный в других – 3,6%.

### Эффективное взаимодействие

Осложнённые абдоминальные инфекции являются одной из трёх самых частых причин сепсиса. Согласно данным больших исследований, больные с инфекционными процессами составляют до 51% больных в отделениях интенсивной терапии, 19% – больные с интраабдоминальной инфекцией. Абдоминальный сепсис сопровождается летальностью от 30 до 60%, при этом затраты на лечение превышают затраты на лечение сепсиса другой этиологии.

Исход лечения при абдоминальном сепсисе зависит от совокупности факторов, связанных со слаженной работой группы специалистов (хирург, анестезиолог-реаниматолог, микробиолог и др.), а также от факторов, связанных с больным (сопутствующие заболевания, преклонный возраст, перенесённые заболевания и длительные курсы антибактериальной терапии и др.). Поэтому мы наблюдаем неблагоприятный исход заболевания при минимальной контаминации брюшной полости у одного больного и благоприятный исход у другого больного с каловым перитонитом.

Наши лечебные действия напрямую связаны с пониманием патогенеза сепсиса и клинико-диагностическим алгоритмом.

Состоявшаяся в 1991 г. в Чикаго согласительная конференция Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины – ACCP/SCCM представила новую для того времени концепцию сепсиса как системную реакцию на инфекционный очаг.

Была предложена клиническая интерпретация нового взгляда на патогенез сепсиса в виде классификации и критериев диагностики. (см. табл. 1.)

Эта же клинико-диагностическая концепция была принята российскими хирургами на Калужской согласительной конференции по сепсису в 2004 г.

Российские эксперты расширили определение сепсиса, не меняя его принципиальной сути, и предложили следующее определение сепсиса.

Сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую). Было уточнено, что бактериемия является лишь одним из возможных, но не обязательных проявлений сепсиса. И отсутствие бактериемии не исключает диагноз сепсиса при наличии других его критериев. Даже в современных лабораториях частота бактериемии, как правило, не превышает 40%. Тем не менее бактериологическое исследование крови необходимо для:

- определения этиологического фактора заболевания;
- выявления механизма генерализации инфекции (например, катетер-ассоциированная ангиогенная инфекция);
- оценки тяжести течения патологического процесса для некоторых клинических ситуаций (например, септический эндокардит, синегнойная и клебсиеллезная инфекция);
- выбора или смены режима антибактериальной терапии;
- оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий.

### Слово о болезни

# Концепция взвешенного подхода

## Абдоминальный сепсис: новый диагностический алгоритм

Критерии диагностики сепсиса и классификация ACCP/SCCM (1992)

Патологический процесс	Клинико-лабораторные признаки
Синдром системной воспалительной реакции (ССВР) – системная реакция организма на воздействие различных сильных раздражителей (инфекция, травма, операция и др.)	Наличие двух и более из следующих четырёх признаков: – температура выше 38°C или ниже 36°C – ЧСС более 90/мин – ЧД > 20/мин или гипервентиляция (PaCO <sub>2</sub> менее 32 мм рт.ст.) – Лейкоциты крови > 12 × 10 <sup>9</sup> /мл, Или < 4 × 10 <sup>9</sup> /мл, или незрелых форм > 10%
Сепсис – синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов	Наличие очага инфекции Синдрома системной воспалительной реакции
Тяжёлый сепсис	Сепсис, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией
Септический шок	Сепсис с признаками тканевой и органной гипоперфузии, гиперлактатемией (лактат плазмы крови более 2 ммоль/л) и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов для поддержания СрАД более 65 мм рт.ст.
Дополнительные определения	
Синдром полиорганной дисфункции	Дисфункция по двум и более системам органов
Рефрактерный септический шок	Сохраняющаяся артериальная гипотония, несмотря на адекватную инфузию, применение инотропной и вазопрессорной поддержки

С 2002 г. была инициирована международная компания «Выживание при сепсисе», предложившая в 2012 г. международные рекомендации по его лечению. Были внесены изменения в определение тяжёлого сепсиса и в критерии септического шока. Септический шок был определён как стресс-индуцированная гипотензия на фоне адекватной инфузионной терапии.

### Необходимые дополнения

В последующие годы возникла необходимость в пересмотре концепции сепсиса как системной воспалительной реакции на очаг инфекции в связи с низкой специфичностью и высокой чувствительностью критериев сепсиса, что приводило к гипердиагностике, разной трактовке клинических проявлений сепсиса и необъективной статистике, делающей невозможным сравнение результатов лечения и создание единых рекомендаций. На практике часто клиницисты называют сепсис, имея в виду тяжёлый сепсис.

Vincent JL и соавторы в 2012 г. предложили включить органную дисфункцию в критерии сепсиса, то есть сепсис должен быть определён как системный ответ на инфекцию с признаками органной дисфункции.

На Международном форуме по сепсису в 2014 г. в Париже рядом учёных были представлены аргументы в пользу концепции системной воспалительной реакции.

III Международный консенсус по определению сепсиса и септического шока принял новое определение.

Сепсис – это жизнеугрожающая дисфункция органов, вызванная дисрегуляторным ответом организма на инфекцию. Органная дисфункция расценивается как остро возникшие изменения, оцениваемые по шкале SOFA (Sepsis-related (sequential) organ failure assessment) в 2 и более баллов, в ответ на инфекцию.

Таким образом, понятия сепсис и тяжёлый сепсис объединяются в определение сепсиса.

«Септический шок является клиническим вариантом течения сепсиса с развитием артериальной гипотензии, не устраняемой посредством инфузии; гиперлактатемией (лактат плазмы крови более 2 ммоль/л) и требующей назначения катехоламинов для поддержания среднего артериального давления выше 65 мм рт.ст.» (Сепсис. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Под редакцией Б.Р.Гельфанда, 2017).

Эксперты Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям в 2016 г. предложили дополненное определение сепсиса.

Сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую) в сочетании с остро возникшими признаками органной дисфункции и/или доказательствами микробной диссеминации.

Это определение было неоднозначно воспринято специалистами. Многие российские и зарубежные специалисты настаивают на использовании старой классификации сепсиса, ссылаясь на возможные негативные последствия выключения огромной группы больных с синдромом системной воспалительной реакции из зоны повышенного внимания реаниматологов и хирургов.

В любом случае выделение группы больных с синдромом системной воспалительной реакции на фоне очага инфекции (по предыдущей классификации, сепсис) является очень важным для проведения всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий по предотвращению генерализации инфекции.

### Критерии органно-системной дисфункции и оценки тяжести состояния больных

Оценка органной дисфункции проводится по шкале SOFA. Нулевое значение по шкале SOFA означает отсутствие органной

дисфункции, значение 2 и более баллов при наличии очага инфекции соответствуют сепсису. На сегодняшний день эта шкала является наиболее информативной и используется во всех лечебных учреждениях.

Для выявления больных с высокой вероятностью развития сепсиса используют критерии Quick SOFA (qSOFA) (экспресс-SOFA), позволяющие предполагать наличие сепсиса по клиническим признакам:

- уровень сознания 13 и менее баллов шкалы комы Глазго;
- систолическое артериальное давление менее 100 мм рт.ст.;
- частота дыхания 22 и более в минуту.

Каждому признаку присваивается по 1 баллу. При 2 и более баллах вероятность присутствия инфекции в варианте сепсиса составляет около 80%.

Для оценки функциональной органно-системной состоятельности

при сепсисе можно использовать критерии A.Baue et al. (см. табл. 2).

По шкале SOFA можно определять в количественном выражении тяжесть органно-системных нарушений.

Очевидно, что ни SOFA, ни Quick SOFA, ни множество биохимических маркеров не могут быть уникальными, абсолютными критериями сепсиса, однако использование их позволяет выделить группу больных, нуждающихся в неотложных мероприятиях, и избежать задержки начала лечения.

Поскольку популяция пациентов с сепсисом является гетерогенной по демографическим показателям и сопутствующим заболеваниям, влияющим на исход, оценка тяжести состояния больного определяется по шкалам APACHE II или SAPSII.

В 2015 г. Всемирным обществом экстренной хирургии предложена шкала оценки тяжести сепсиса и прогнозирования летальности у больных с осложнёнными интраабдоминальными инфекциями на основе проспективного обсервационного исследования, проведённого в 132 центрах и охватившего 4533 больных с абдоминальным сепсисом.

Разработана WSES Sepsis Severity Score для больных с осложнёнными ИАИ (баллы 0-18). (см. табл. 3, 4.)

Предиктор летального исхода – оценка ≥ 5,5 баллов (чувствительность 89,2%, специфичность 83,5%).

### Вне закономерностей

Абдоминальный сепсис является одной из форм хирургического сепсиса. Но, подчиняясь общим закономерностям развития и прогрессирования воспалительного процесса, имеет свои особенности, обусловленные развитием инфекционного процесса в брюшной полости.

Согласно современным представлениям, абдоминальный сепсис является СВР организма в ответ на развитие деструктивного (воспалительного) инфекционного процесса в органах с различной локализацией в брюшной полости

Таблица 2  
Критерии органной дисфункции при сепсисе

Система/орган	Клинико-лабораторные критерии
Сердечно-сосудистая система	Систолическое АД ниже 90 мм рт.ст. или среднее АД ниже 70 мм рт.ст. в течение не менее чем 1 часа, несмотря на коррекцию гиповолемии
Мочевыделительная система	Мочеотделение < 0,5мл/кг/ч в течение часа при адекватном волемическом восполнении или повышение уровня креатинина в 2 раза от нормального значения
Дыхательная система	Респираторный индекс (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ) ниже 250, или наличие билатеральных инфильтратов на рентгенограмме, или необходимость проведения ИВЛ
Печень	Увеличение содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение 2 дней или повышение уровня трансаминаз в 2 раза и более от нормы
Свёртывающая система крови	Число тромбоцитов < 100000 мм <sup>3</sup> или их снижение на 50% от наивысшего значения в течение 3 дней
Метаболическая дисфункция	pH менее 7,3, дефицит оснований менее 5,0 мЭк/л, лактат плазмы в 1,5 раза выше нормы
ЦНС	Балл по шкале Глазго менее 15

Таблица 3

Показатель тяжести сепсиса у больных с осложнёнными интраабдоминальными инфекциями

Показатель	Балл
<b>Состояние при поступлении</b>	
Тяжёлый сепсис	3
Септический шок	5
<b>Условия развития инфекции</b>	
ИСОМП	2
<b>Происхождение ИАИ</b>	
Перфорация толстой кишки (кроме дивертикула)	2
Перфорация тонкой кишки с перитонитом	3
Перитонит на фоне дивертикулита	2
Послеоперационный диффузный перитонит	2
<b>Отсрочка оперативного вмешательства</b>	
Продолжительность предоперационного периода при местном и диффузном перитоните более 24 часов	3
<b>Дополнительные факторы риска</b>	
Возраст старше 70 лет	2
Иммуносупрессия (приём ГКС, иммунодепрессантов, ХТ, лимфолейкозы, ВИЧ-инфекция)	3

Таблица 4

Прогнозирование летальности по WSES Sepsis Severity Score

Оценка в баллах	Прогнозируемая летальность
0-3	0,63%
4-6	6,3%
≥ 7	41,7%
≥ 9	55,5%
≥ 11	68,2%
≥ 13	80,9%

и/или забрюшинном пространстве и развитием дисфункции органов различной степени выраженности.

При этой форме сепсиса источник инфекции не всегда может быть адекватно устранён на одной операции. Именно трудности эффективной и одноэтапной хирургической и антибактериальной санации очага деструкции и инфекции абдоминальный сепсис занимает особое место.

Выделяют следующие формы абдоминального сепсиса: перитонеальный, холангиогенный, панкреатогенный и кишечный.

Особенности абдоминального сепсиса, определяющие диагностическую и лечебную тактику, изложены в национальных рекомендациях по абдоминальным хирургическим инфекциям и могут быть сформулированы следующим образом: абдоминальный сепсис чаще всего возникает при многоочаговых, крупномасштабных и/или распространённых источниках деструкции и инфицирования в брюшной полости и забрюшинном пространстве, топография которых сложна для выполнения «идеального» хирургического вмешательства. Поэтому источник (очаг) инфекции при абдоминальном сепсисе не всегда может быть радикально ликвидирован в один этап.

Существуют длительные синхронные (брюшная полость, ЖКТ, забрюшинное пространство) и метасинхронные («растянутые во времени») очаги инфекции – гнойная рана, пневмонический очаг, а также пролежни, катетеры, дренажи, тампоны, которые становятся источниками эндогенного и экзогенного инфицирования при абдоминальном сепсисе.

Множественные источники инфицирования при всех формах абдоминального сепсиса обладают мощным интоксикационным потенциалом, включающим активацию медиаторов воспаления (цитокинез), образование вазоактивных субстанций, эндотоксинов бактериальной природы и продуктов дисметаболизма организма.

Наблюдаются существенные трудности дифференциального диагноза между абактериальным воспалительным процессом в тканях/органах и инфекционным

– гнойным процессом (панкреонекроз, дисбиоз, лекарственная болезнь и другие системные заболевания).

Быстро развиваются потенциально «фатальные» проявления сепсиса, септического шока и некорректируемой полиорганной недостаточности.

Компетентная и индивидуализированная антибактериальная интенсивная терапия и анестезиологическое пособие являются не менее важными компонентами лечебной программы, чем хирургическое вмешательство, и в стратегическом плане обеспечивают больному «дожитие» до момента, когда хирургическая и лекарственная санация очага окажет переломное действие в динамике интраабдоминальной инфекции.

### Заключение

Абдоминальный сепсис остаётся одной из самых актуальных проблем в хирургии. Успех его лечения обеспечивается комплексом лечебно-диагностических мероприятий, осуществляемым совместными усилиями различных специалистов.

На сегодняшний день предложена новая клинико-диагностическая концепция сепсиса, которая позволяет сконцентрировать внимание на лечении тяжёлой группы больных с органной дисфункцией. Однако больные с синдромом воспалительной реакции на очаг инфекции также нуждаются в повышенном к ним внимании и адекватном финансировании на лечение.

Несомненно, поиск наиболее подходящего определения сепсиса и септического шока, а также разработка диагностических критериев до сих пор продолжаются.

**Нана ХАЧАТРИАН,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

**Магомед ДИБИРОВ,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии  
Московского государственного  
медико-стоматологического  
университета им. А.И.Евдокимова.

## Санитарная зона

# Малярия даёт о себе знать

Требуется усиление профилактической работы

«Покончим с малярией навсегда» – под таким девизом прошёл недавно Всемирный день борьбы с малярией. Цель его – привлечь внимание мировой общественности к необходимости продолжения инвестиций и сохранения политической приверженности в области профилактики этого инфекционного заболевания, ежегодно уносящего жизни более 400 тыс. человек.

В 2016 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 100 завозных случаев малярии в 35 регионах страны против 99 случаев (0,07 на 100 тыс. населения) в 33 субъектах РФ в 2015 г., сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). Наибольшее число заразившихся прибыло из 4 стран: Конго – 10, Анголы и Нигерии – по 7, Танзании – 6. Из Камеруна, Кот-д’Ивуара, Судана, Южного Судана, Бенина, Ганы, Гвинеи, Замбии, Мали, Уганды, завезено по 2. По 1 случаю завезено из Буркина-Фасо, Бурунди, Гвинеи-Бисау, Зимбабве, Кении, Либерии, Нигера, Сенегала, Сомали, Сьерра-Леоне, Центральной Африканской Республики, Экваториальной Гвинеи, Эфиопии.

В 2016 г. зарегистрированы летальные исходы малярии в Ленинградской области в связи с поздней диагностикой и в Москве в связи с поздним обращением.

За первые 2 месяца 2017 г. в нашей стране зарегистрировано три случая малярии с летальным исходом – в Свердловской, Самарской и Ульяновской областях. Все они выявлены у туристов после поездок в Индию, штат Гоа.

В мире, по информации Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется свыше 200 млн новых случаев и 429 тыс. летальных исходов. Каждые две минуты от малярии гибнет один ребёнок.

Наибольший уровень заболеваемости и смертности приходится на регионы Африканского континента, расположенные южнее Сахары. Имеется риск заражения и в Юго-Восточной Азии, в основном Индии, Афганистане, Таиланде.

Профилактика малярии сыграла с 2000 г. большую роль в сокращении числа случаев заболевания и смерти, главным образом посредством повышения показателей использования обработанных инсектицидом противомоскитных сеток и распыления инсектицидов в помещениях. Так, в странах Африки к югу от Сахары, для которых характерна наиболее высокая концентрация очагов заболевания, всё больше и больше людей спят под обработанными инсектицидами сетками. В 2015 г., по оценкам ВОЗ, доля населения, подверженного риску, но использующая это средство профилактики, составила 53%, тогда как в 2010 г. – лишь 30%. В 20 странах Африки число беременных, прошедших курс профилактического лечения, с 2010 по 2015 г. возросло в 5 раз.

Расширение профилактики приносит свои плоды, считают в ВОЗ, многие страны с продолжающейся передачей малярии смогли добиться значительного снижения бремени заболеваемости. В глобальном масштабе с 2010 по 2015 г. число новых случаев малярии сократилось на 21%. За этот же 5-летний период смертность от болезни снизилась на 29%.

Тем не менее необходимо серьёзным образом ускорить ход профилактической работы. В Глобальной технической стра-



В 2018 г. в Гане, Кении и Малави стартует пилотный проект ВОЗ по вакцинации населения против малярии

тегии ВОЗ на 2016-2030 гг. в отношении малярии содержится призыв добиться сокращения числа случаев заболевания и смерти к 2020 г. на 40% по сравнению с исходными показателями 2015 г. Менее половины (40) стран мира, где имеет место передача малярии (91), уверенно двигаются к достижению этих целевых ориентиров. Медленно идёт работа в странах с низким уровнем доходов и высоким бременем малярии.

Для ускорения движения по направлению к глобальным целям ВОЗ призывает страны, страдающие от малярии, и их партнёров в области развития нарастить объёмы инвестиций в области профилактики. Это позволит дать новый импульс для движения по пути к ликвидации заболевания, при этом способствуя достижению других целей в области устойчивого развития, таких как укрепление здоровья матерей и детей.

При наличии необходимых ресурсов, объединив всех партнёров, мы сможем, как полагает ВОЗ, претворить в жизнь нашу общую идею – покончить с малярией навсегда.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

## Акция

# Не допускать и ликвидировать

В России прошла Европейская неделя иммунизации

**Увеличение охвата вакцинацией посредством привлечения внимания и повышения осведомлённости о важности иммунизации, в частности среди уязвимых групп населения, – такова цель очередной Европейской недели иммунизации, которая проводилась в конце апреля 2017 г. в Российской Федерации.**

Инициатор недели, тема которой в этом году «Вакцины приносят результат!», – Всемирная организация здравоохранения, признавшая иммунизацию одной из самых успешных и эффективных мер здравоохранения по сохранению жизни и здоровья людей.

Благодаря профилактическим прививкам достигнуты грандиозные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями. В глобальном масштабе ликвидирована натуральная оспа – инфекция, от которой в средние века погибало население городов и целых стран. Большинство государств на Земле имеют сертификат ВОЗ как территории, свободные от полио-

миелита. Заболеваемость корью во многих странах снизилась до единичной, а в некоторых – отсутствует. Резко сократилась по сравнению с допрививочной эрой заболеваемость туберкулёзом. Достигнуты существенные успехи в борьбе со столбняком, дифтерией, гепатитом В и другими управляемыми инфекциями.

Россия в составе Европейского региона с 2002 г. поддерживает статус страны, свободной от полиомиелита, и вместе с мировым сообществом поставила цель в ближайшие годы достичь Глобальной ликвидации полиомиелита, информирует Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). На низких уровнях регистрируется заболеваемость дифтерией, столбняком, краснухой, эпидемическим паротитом, стабилизирована эпидемиологическая ситуация по кори.

Благодаря массовой иммунизации против гепатита В, число детей, заболевших острым гепатитом В, сегодня исчисляется единицами (за 2016 г. – 22 ребёнка до 17 лет).

Прививки против гриппа, в том числе детей (в 2016 г. привито более 56,4 млн человек, из них – свыше 15 млн детей), позволяют ежегодно существенно снижать интенсивность эпидемического процесса гриппа и бремя его социально-экономических последствий.

В организации и проведении в России Европейской недели иммунизации в 2017 г. приняли участие представители органов и учреждений Роспотребнадзора, органов исполнительной власти субъектов РФ, городов и муниципальных образований, органов исполнительной власти управления здравоохранением, образования, социальной защиты населения, опеки и попечительства, организаций науки и культуры, представители медицинских организаций, детских дошкольных и образовательных учреждений, средств массовой информации. К этой работе привлекаются также неправительственные организации (профсоюзы работников здравоохранения и др.), средства массовой информации, медицинские организации, руководители предприятий, религиозные лидеры.

Особое внимание в ходе недели было уделено работе с родителями, отказывающимися от иммунизации детей, труднодоступными группами населения.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

**Ревматологический больной – это полиморбидный пациент. В этой связи врачи самых разных специальностей (неврологи, кардиологи, терапевты, хирурги, травматологи-ортопеды) обращаются к вопросам ревматологии всё чаще. Рост ревматических поражений костно-мышечной системы на сегодняшний день уверенно опережает сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), а по числу случаев нетрудоспособности давно оставил позади ССЗ и эндокринную патологию. Таким образом, высокий уровень заболеваемости костно-мышечной системы требует новых профессиональных компетенций и от врачей первичного звена.**

**Этому и многим другим острым вопросам была посвящена прошедшая в Москве XIV научно-практическая конференция «Проблемы современной ревматологии».**

## На пути к возрождению

Одним из первых на конференции обсуждался вопрос организации детской ревматологической службы. «С распадом кардиоревматологической службы детская ревматология переживала очень сложный период, – отметила руководитель Московского городского центра детской ревматологии, главный детский ревматолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Елена Жолобова. – Конечно, продолжали работать федеральные центры, но дальше был провал. И, к сожалению, в связи с тем, что большинство наших педиатров абсолютно не знают ревматологии, за многие годы сложилась плачевная ситуация: пациенты попадают к ревматологу в лучшем случае месяца через 3 от начала заболевания. А раннее выявление заболевания – чрезвычайно важно, ведь при раннем назначении терапии у детей достигаются достоверно лучшие результаты лечения. Кроме того, было выявлено, что многие пациенты получали терапию бесконтрольно, то есть получали препараты и не наблюдались у ревматологов», – подчеркнула она.

Однако в настоящий период времени ситуация улучшилась. В созданном на базе Морозовской детской городской клинической больницы центре для лечения детей с ревматическими заболеваниями планируется открытие отделения на 40 коек. С целью раннего выявления ревматологических заболеваний была создана система окружных детских специалистов и единый регистр пациентов, получающих генно-инженерные биологические препараты и пр.

Большой интерес на конференции был вызван обсуждением современного понимания такой нозологии, как остеоартрит. Так, по словам заведующего ревматологическим кабинетом поликлиники Центральной клинической больницы Управления делами Президента РФ доцента Николая Хитрова, остеоартрит долгое время считался «золушкой в ревматологии».

– Недопонимание многих существенных механизмов развития остеоартрита позволяло его расценивать как стигму старения организма и сопутствующую этому процессу дегенерации суставных структур, – сказал Н.Хитров. – В настоящее время он трактуется как агрессивный катаболизм суставных тканей, главным образом хряща, протекающего на фоне воспаления сустава.

Как отметила профессор кафедры ревматологии Сеченовского университета Людмила Алексеева, остеоартрит – чрезвычайно злободневная проблема. Из всего спектра ревматических патологий он встречается наиболее часто. Его распространённость постоянно продолжает расти, что связано с двумя факторами: первый – это старение популяции и ожирение, а второй – это коморбидность.

– Подавляющее большинство лиц старше 65 лет, обратившихся в поликлинику по поводу остеоартрита, имеют до 7 сопутствующих заболеваний, – заявила Л.Алексеева. – Иными словами, врачам всех специальностей приходится сталкиваться с этой проблемой. Сопутствующие патологии увеличивают риск развития самого заболевания, а также негативно влияют на характер и интенсивность

## Авторитетное мнение

# Клинический ренессанс

## В России отмечается воссоздание ревматологической службы



Выступает Е.Жолобова

такого признака остеоартрита, как хроническая боль, – добавила она.

Как известно, хроническая боль приводит к анатомическим изменениям в периферических отделах нервной системы, ядрах задних рогов спинного мозга, в собственно задних рогах. Длительное существование боли ведёт к центральной сенситизации, а лечение этого состояния очень трудное и часто не даёт желаемого результата. Хронический болевой синдром – это также весомый фактор быстрой прогрессии остеоартрита, он усугубляет течение коморбидных состояний, вызывает расстройство сна, депрессию и вкпе с другими симптомами, такими как ограничение объёма движений, нестабильность сустава, резко снижает качество жизни пациентов.

### И снова – коморбидность

– Прогноз при ряде ревматических заболеваний во многом зависит от развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), – акцентировала внимание аудитории член президиума московского городского ревматологического общества профессор Светлана Чернова. – В частности, при ревматоидном артрите риск кардиоваскулярной летальности достигает 48%. Ведущими факторами риска высокой смертности от ССО при ревматических заболеваниях являются ускоренное прогрессирование атеросклероза с развитием инфаркта миокарда (ИМ), инсульта, внезапной сердечной смерти (ВСС) и прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Характерно, что практически у половины пациентов с ревматоидным артритом, по данным Холтеровского мониторирования, имеется «немая» ишемия миокарда, а у 20%

развитие острого коронарного синдрома проходит в безболевогой форме. Кроме того, он у больных ревматоидным артритом имеет свои особенности: это многососудистое поражение коронарных артерий, ранние рецидивы синдрома, более высокий процент летальности после первого инфаркта миокарда и высокая частота «бессимптомного» инфаркта миокарда.

Увеличение же кардиоваскулярного риска у ревматологи-

ство его со всеми проявлениями болезни является ключевым аспектом лечения. Так было показано, что снижение массы тела эффективно влияло на снижение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, а регулярная физическая активность способствует снижению риска смертности, связанного с хронической гиперурикемией.

– Ранняя диагностика гиперурикемии имеет огромное значение, так как это состояние ведёт к

венулу, артериол), при котором могут поражаться артерии мелкого и среднего калибра и отсутствует гранулематозное воспаление, при этом типично развитие некротизирующего гломерулонефрита, часто присоединяется геморрагический альвеолит. Ключевое отличие микрокроскопического полиангиита от других АНЦА-СВ в отсутствии гранулематозного воспаления, – пояснила она.

Между тем в последние годы в процессе совершенствования клинической диагностики был предложен ряд инструментов, позволяющих выявить клинические эквиваленты патологических процессов, обусловленных некротизирующим васкулитом или гранулематозным воспалением. К ним относятся так называемые суррогатные критерии гранулематоза (СК-Г) и васкулита (СК-В). СК-Г включает 3 критерия: гранулематозное воспаление по данным биопсии; стойкие инфильтраты в лёгких с распадом, образованием полостей; поражение лор-органов и/или глаз в виде полипов слизистой оболочки придаточных пазух носа, мастоидита, перфорации носовой перегородки, деструктивного синусита, стеноза гортани или трахеи. СК-В включает два критерия: признаки гломерулонефрита, клинические (гематурия/гематурия в сочетании с протеинурией) и морфологические (картина расщипанного гломерулонефрита); проявления экстраренального васкулита, эписклерита, множественного мононеврита.

### Быть в тренде!

Устаревшие классификационные критерии гранулематоза с полиангиитом и эозинофильного гранулематоза с полиангиитом, предложенные в 1990 г., не учитывали АНЦА и существование микрокроскопического полиангиита. Критерии гранулематоза с полиангиитом требуют 2 из 4 признаков: воспаление слизистой полости рта; изменения в лёгких в виде узелков, инфильтратов, полостей распада; изменения мочи (эритроцитурия); гранулематозное воспаление в стенке артерии по данным биопсии. Критерии эозинофильного гранулематоза с полиангиитом: наличие 4 из 6 перечисленных признаков – бронхиальной астмы; эозинофилии > 10%; моно- или полинейропатии; мигрирующих лёгочных инфильтратов; патология гайморовых пазух; периваскулярной инфильтрации эозинофилами по данным биопсии. Детальное клиническое обследование пациентов имеет решающее значение в диагностике отдельных форм АНЦА-СВ, в частности наиболее агрессивного варианта – микрокроскопического полиангиита.

– Для определения нозологической принадлежности случаев АНЦА-СВ нами был разработан алгоритм клинической диагностики, основанный на последовательной оценке следующих параметров: наличия эозинофилии > 10%, соответствия классификационных критериев той или иной форме АНЦА-СВ и определению микрокроскопического полиангиита. Ценность предложенного алгоритма и важность своевременной диагностики микрокроскопического полиангиита подчёркивают результаты проведённого анализа выживаемости, в соответствии с которым 10-летняя выживаемость у пациентов с микрокроскопическим полиангиитом (74%) была достоверно ниже выживаемости пациентов с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (95%) и гранулематозом с полиангиитом (91%). Таким образом, применение суррогатных критериев гранулематоза и васкулита в качестве базового принципа диагностики микрокроскопического полиангиита, гранулематоза с полиангиитом и эозинофильного гранулематоза с полиангиитом при помощи предложенного алгоритма позволяет классифицировать 99% всех случаев АНЦА-СВ, – заключила Т.Бекетова.

Юлия ШЕВЧУК,  
корр. «МГ».

ческих больных связано с накоплением традиционных факторов риска, таких как артериальная гипертензия (в развитии которой также играют роль ревматические заболевания), курение, сахарный диабет 2-го типа, гиперлипидемия и ожирение. Но основной фактор раннего развития и ускоренной прогрессии атеросклероза при ревматических заболеваниях – это общность иммуновоспалительных механизмов, лежащих в основе патогенеза системных заболеваний соединительной ткани и атеросклероза. А системное воспаление на фоне классических факторов риска ССЗ способствует развитию их клинических проявлений.

– Ведение пациентов с хронической подагрой – одного из самых распространённых ревматических заболеваний III тысячелетия – требует междисциплинарного подхода, – сообщил в своём выступлении профессор кафедры гериатрии Сеченовского университета Владимир Цурко. – Хочу подчеркнуть: острый подагрический артрит не всегда является началом болезни. Воспаление, вызванное отложением кристаллов моноурата натрия, может развиваться в интактном суставе длительное время до клинических проявлений подагрической атаки. А подагрическая нефропатия может стать почечной «маской» заболевания. Обычно она возникает на фоне многолетнего течения подагры и включает в себя несколько синдромов, таких как уратный нефролитиаз, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, острую мочекислотную нефропатию и атеросклероз почечных артерий. Важно помнить, что нефропатия в сочетании с артериальной гипертензией на много лет могут предшествовать манифестации суставного синдрома.

По мнению В.Цурко, к факторам риска подагры относят мужской пол и пожилой возраст, особенности питания (употребление алкоголя и красного мяса), ожирение, гиперинсулинемию и т.д. Кроме того, определён ряд и других модифицирующих факторов риска, таких как употребление подслащённых напитков, продуктов, богатых фруктозой, фруктовых соков. Для хронической тофусной подагры также характерен болевой синдром, который способствует прогрессированию ССЗ, ухудшая качество жизни и сокращая её продолжительность.

Ссылаясь на слова В.Цурко, информирование пациента и знаком-

формированию хронической болезни почек. Поэтому регулярное определение расчётной скорости клубочковой фильтрации рекомендуется контролировать наряду с уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови. В эпидемиологических исследованиях было показано, что гиперурикемия и/или подагра являются независимыми факторами риска таких состояний, как ИБС, сердечная недостаточность, инсульт, атеросклероз периферических артерий и сахарный диабет, а также летальности от ССЗ, – резюмировал В.Цурко.

### Системное поражение

– Как известно, к системным васкулитам (СВ), ассоциированным с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА) относятся микрокроскопический полиангиит, гранулематоз с полиангиитом Вегенера и эозинофильный гранулематоз с полиангиитом Чеджа – Стросса, – актуализировала проблему ведущий научный сотрудник лаборатории ревматологических проблем заболеваний печени НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой Татьяна Бекетова. – При этом АНЦА являются ключевым звеном патогенеза данных заболеваний, характеризующихся поражением сосудов мелкого калибра, общностью патоморфологии поражения почек, в виде так называемого расщипанного гломерулонефрита с высокой частотой быстро прогрессирующего гломерулонефрита, полиорганным поражением и фатальным прогнозом в отсутствие своевременного адекватного лечения. За последние десятилетия зарубежные авторы отмечают существенное увеличение распространённости микрокроскопического полиангиита. Это редкое и малоизвестное широкому кругу врачей заболевание, характеризуется вариабельностью эпиптопной специфичности АНЦА и разнообразием клинических проявлений, что обуславливает сложности диагностики и дифференциальной диагностики с другими формами антинейтрофильных цитоплазматических антител системного васкулита. Это осложняется отсутствием классификационных критериев микрокроскопического полиангиита. Также затруднения вызывает отсутствие термина АНЦА-СВ в МКБ-10 и понятия микрокроскопического полиангиита, который, по согласованному с международными экспертами определению, характеризуется как некротический васкулит с отсутствием (или небольшим количеством) иммунных депозитов, с преимущественным поражением мелких сосудов (капилляров,

Почему бы и нет?

## Двойное назначение

Нормальные клетки рождаются, созревают-специализируются, чтобы выполнить возложенные на них функции и затем умереть запрограммированной смертью (PD – Programmed Death). Иммунные лимфоциты, как известно, делятся на два больших класса, первый из которых В отвечает за синтез белковых антител, представляющих собой большие Y-образные молекулы. Концами своих верхних «веточек» они связывают антигены, в том числе и различных патогенов, распознаваемых протеиновыми рецепторами на поверхности Т-лимфоцитов. Те, в свою очередь, созревают, или проходят обучение (официальный термин) в зобной железе, или тимусе, откуда и название этих клеток.

По ходу обучения «наивные» Т-лимфоциты знакомятся с антигенами собственного организма, чтобы потом отличать своё от чужеродного. Те же, что реагируют на своё и способны вызывать аутоиммунные расстройства, «истощаются», то есть блокируются с помощью белка PD и «отсеиваются». Так в идеале работает иммунная система организма.

Но по ходу старения организма те же клетки эпителия, выстилающего слизистую кишечника, постепенно «усыхают», что приводит к увеличению пространства между их боковыми стенками в результате нарушения межклеточных контактов, например с помощью протеина под названием коннексин (connexin, от пехих – сеть). Увеличение межклеточного пространства ведёт к повышению проницаемости защитного клеточного слоя и нарушению волокнистой подложки-матрицы. Теряют свою агрессивность и мечниковские макрофаги, «истощению» которых способствуют стопорящие иммунную функцию белки, например белок TNF – опухолю-некротизиру-

ющий фактор, название которого говорит само за себя.

Иммунному истощению и гибели лимфоцитов способствуют различные патогены, например малярийный плазмодий и трипаносома, вызывающая в Африке сонную болезнь, ВИЧ и туберкулёзная бацилла, воздействие которых блокируют клеточную функцию. Несколько иначе действует возбудитель гонореи (N.gonorrhoeae), атакующий клетки слизистого эпителия, покрывающего шейку матки. Специалисты Мэрилендского университета в Вашингтоне покрасили микроб и белок межклеточных контактов, благодаря чему проследили инфицирование. Клетки здоровой слизистой слущиваются без нарушения контактных протеинов, микроб же эти белки разрушает, что даёт ему возможность преодоления защитного барьера. При этом возбудитель каким-то образом стимулирует клетки накапливать белок миозин. Авторы высказывают надежду, что воздействием на известные гены микроба можно будет подавлять его проникновение. Это особенно важно, если учесть, что гонорея является самым распространённым венерическим заболеванием.

Нарушение подложки происходит и при других процессах, протекающих с инвазивным ростом и клеточным переносом в другие ткани по кровеносным сосудам. Разрастание клеток требует образования новых сосудов, протекающих с помощью белкового фактора эндотелия и ангиопоэтина, напоминающего своим действием известный эритропоэтин (ЭПО). Последний синтезируется в костном мозге, способствуя увеличению эритроцитарной массы, поэтому используется в качестве допинга.

До сих пор при лечении использовали моноклональные антитела только против ростового

фактора сосудистого эндотелия. Специалисты Католического университета в бельгийском Лувене совместно с коллегами Института экспериментальных исследований в Лозанне и Калифорнийского университета в Сан-Франциско предложили моноклональные антитела двойного назначения. Биспецифические антитела A2V одновременно подавляют функцию макрофагов и рост новых сосудов, что приводит к васкулярной регрессии, а также стимулируют некроз новообразованных клеток. Помимо этого, A2V нормализуют состояние сосудов, что способствует выходу из них цитотоксических Т-лимфоцитов, с помощью своего интерферона-гамма убивающих аномальные клетки с их белками повышения активности упомянутого выше PD (вызывающего иммунное истощение).

По другую сторону Атлантики учёные Национального института здоровья в Вашингтонском пригороде Бетезда проследили за реакцией Т-лимфоцитов на клеточные и вирусные антигены. Известно, что клетки слизистой шейки матки атакуются вирусами папиллом двух классов, развитие которых в эпителии сдерживается Т-клетками. Оказалось, однако, что иммунные клетки мало «обращают внимание» на непосредственно вирусные антигены, концентрируя его на новые клеточные, с которыми ранее были не знакомы (в частности, всё на тот же PD, блокирующий их функцию). Авторы полагают, что борьба с новообразованиями слизистой может быть успешной при условии снятия мощной и эшелонированной блокады иммунной функции со стороны комплекса запрограммированной смерти истощённых Т-лимфоцитов.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По сообщениям PLOS, Science.

Акцид

## Не допустить сепсиса

Органы здравоохранения Великобритании начали кампанию по повышению осведомлённости населения о возможных рисках развития сепсиса, ежегодно уносящего жизни более 37 тыс. британцев.

Кампания является частью целого ряда мер, принятых Национальной службой здравоохранения Великобритании (NHS) по борьбе с сепсисом, и нацелена

на то, чтобы помочь родителям и опекунам детей до 4 лет определить первые признаки развития этого инфекционного заболевания. Представитель Минздрава Объединённого Королевства Мелисса Мид, чей сын умер от сепсиса 2 года назад, выражает надежду, что «кампания затронет максимально возможное число людей».

Миллионы листовок с указанием симптомов развития за-

болевания, призывающих родителей незамедлительно принимать меры и обращаться за медицинской помощью в случае обнаружения первых симптомов, разосланы в клиники и больницы по всей стране.

«Путём повышения уровня осведомлённости и улучшения клинической практики мы будем спасать жизни в борьбе с этой ужасной болезнью», – заявил министр здравоохранения Великобритании Джереми Хант.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По сообщению The Guardian.

Идеи

Небольшая группа учёных из США заявила о намерении секвенировать геномы всех живых существ на Земле. Инициатива была названа «Биогеномный проект планеты Земля» (Earth BioGenome Project – EBP).

Стоимость проекта оценивается в несколько миллиардов долларов, но пока он не имеет собственного финансирования. По словам исследователя в области эволюционной геномики Гарриса Льюина из Калифорнийского университета (США), первым шагом EBP станет расшифровка геномов эукариотов – группы организмов, клетки которых содержат оформленное ядро, включая растения и животных.

## Геномный шифр

Многие детали проекта ещё находятся на стадии разработки, тем не менее схема уже составлена. Первым шагом станет детальное секвенирование ДНК одного представителя из каждого семейства эукариотов, а всего таких семейств около 9 тыс. Это позволит создать набор референсных геномов высокого качества.

Затем будет проведено секвенирование по одному виду для каждого из известных в настоящее время родов (их количество оценивается в 150-200 тыс.). На завершающей

стадии планируется получить геномы низкого разрешения для всех видов эукариотов. Впоследствии их можно будет уточнять, сравнивая с референсными геномами, полученными на уровне семейств или проводя дополнительное секвенирование.

Согласно оценкам организаторов EBP, секвенирование геномов всех видов эукариотических организмов будет стоить примерно столько же, сколько стоило секвенирование первого генома человека – 2,7 млрд долл., что в пересчёте на сегодняш-

Исследования

Активное потребление белков снижает риск развития сахарного диабета 2-го типа – об этом сообщили две независимые команды исследователей. Первая группа провела метаанализ данных по безглютеновым диетам, собранным в течение 30 лет, вторая – серию экспериментов по воздействию животных белков на уровень сахара в крови.

зывать, потребляя перед приёмом пищи коктейль из сывороточного протеина, который обычно используют культуристы на тренировках. Для доказательства своих предположений учёные провели два эксперимента. В первом приняли участие 12 мужчин, страдающих лишним весом. После 30-минутного отдыха они получали протеиновый коктейль, а затем обед,

## На белковой диете

Первое исследование провели учёные Гарвардского университета (США). Согласно их сообщению, снизить риск СД 2-го типа помогает обычная растительная клейковина – белок, который содержится в пшенице, ржи и ячмене (именно он придаёт эластичность хлебным изделиям). Свои выводы исследователи основывают на анализе здоровья 4,24 млн человек, за которыми наблюдали с 1984 по 2013 г. Согласно полученным данным, пациенты, рацион которых на 20% составляли зерновые продукты – каши и хлеб, на 13% реже заболели СД 2-го типа, по сравнению с пациентами, придерживающимися безглютеновой диеты.

В то же время учёные из Университета Ньюкасла (Великобритания) сообщили, что уровень глюкозы в крови после еды можно нормали-

богатый углеводами. После еды уровень глюкозы в крови оставался в пределах контролируемой нормы, тогда как при потреблении безбелкового плацебо сахар в крови совершал неконтрольный скачок. Во втором исследовании приняли участие 11 мужчин, страдающих СД 2-го типа, которые получали по 15 г протеинового коктейля перед едой. В этом случае уровень сахара также удалось держать под контролем.

Примечательно, что недавние исследования воздействия протеиновых добавок на организм показали, что белковый коктейль снижает уровень холестерина, кровяного давления и на 8% понижает риск развития сердечно-сосудистых катастроф.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению Science Daily.

Мнения

## Цветы жизни

Люди, имеющие хотя бы одного ребёнка, живут дольше, чем их бездетные сверстники. Об этом сообщили учёные Каролинского института (Швеция). Само по себе это сообщение не является сенсационным, однако исследователи полагают, что собранная ими информация позволяет объяснить, почему наличие детей прибавляет человеку годы жизни.

Используя базу данных населения Швеции, группа под руководством доктора Карин Модин исследовала продолжительность жизни людей, родившихся между 1911 и 1925 гг. Выяснилось, что по достижении 60-летнего возраста мужчины, имеющие хотя бы одного ребёнка, живёт на 2 года больше бездетных сверстников. Для женщин эта разница составила 1,5 года. С возрастом разрыв в смертности возрастёт.

Таким образом, 70-летний отец имеет 2,9% риск умереть в следующем году. Для бездетного мужчины этот риск составляет уже 3,3%. В 90 лет эти показатели составили 16,2 и 17,7% соответственно. При этом разница в смертности между мужчинами, не состоящими в браке (включая вдовцов и разведённых) и женатыми, возросла в два раза.

По мнению учёных, выборка из более чем 1,4 млн человек гарантирует надёжность этих данных.

Для объяснения феномена уже были выдвинуты различные теории. Например, известно, что рождение детей снижает риск развития некоторых видов рака у женщин. Кроме того, возможность стать родителем может подразумевать критерии здоровья, диагностировать которые в обычной жизни невозможно. Однако исследования шведских учёных отвергают эти теории, по крайней мере, в качестве основного фактора долголетия.

По мнению научной группы под руководством профессора Карин Модин, достичь преклонных лет родителям помогают дети. Старые родители всегда могут обратиться к ним, чтобы получить поддержку или медицинскую помощь. Этот вывод вполне согласуется с наблюдениями, указывающими на высокий разброс смертности именно в старческом возрасте. Большинство альтернативных гипотез подразумевает, что с возрастом разница в смертности должна снижаться.

Примечательно, что в отличие от многих предыдущих утверждений пол детей на смертность родителей не влияет.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

биоразнообразие из Сан-Диего, штат Калифорния (США).

Для воплощения проекта в жизнь планируется наладить активное сотрудничество с научными сообществами развивающихся стран, в первую очередь тех, где биоразнообразие особенно высоко.

Тем не менее ряд экспертов в области геномики и протеомики полагают, что секвенирование геномов всех живых существ, обитающих на Земле, вне всякого сомнения, представляет интерес исключительно для «чистой» науки, однако применить результаты этих исследований для нужд практического здравоохранения в обозримом будущем вряд ли получится.

Герман АКОДИС.

По сообщению BBC.

## Ситуация

Побочные  
эффекты прогресса

**Чрезмерная привязанность к смартфону вредит людям, заявляют сотрудники Бингемтонского университета (Нью-Йорк, США). Если люди используют свои смартфоны постоянно – к чему более склонны женщины – это может привести к личным, социальным и рабочим проблемам.**

Руководитель работы Исаак Вагефи рассказал, что в последнее время телефон стал средством быстрого получения удовольствия – нейроны активизируются, происходит выброс дофамина, человек испытывает положительные эмоции – и всё это может стать причиной появления зависимости. Кроме того, привязанность к гаджету делает человека менее внимательным и более подверженным скуке.

Учёные опросили 182 студентов колледжа о том, насколько часто они пользуются смартфоном, и разделили их на 5 групп согласно полученным ответам – от тех, кто использовал гаджет периодически, до тех, кто «сидел в телефоне» постоянно. Последних оказалось 7%, ещё 12% были привязаны к своим устройствам чуть меньше. Обе эти группы испытывали проблемы – и с личной жизнью, и с друзьями, и на работе.

Кроме того, у этих людей наблюдались симптомы депрессии, тревожности, была более низкая самооценка, чем у остальных, они были более застенчивы. И.Вагефи

отметил, что хотя в исследовании по-настоящему зависимых от смартфона людей было меньшинство, но с развитием технологии их число, скорее всего, будет расти. Группа учёных выделила несколько симптомов зависимости, обнаружив у себя которые, человек, по мнению сотрудников университета, должен обратиться к специалисту: если он использует смартфон как способ уйти от проблем или облегчить чувства беспомощности, тревожности, вины или депрессии; если виртуальная жизнь становится важнее реальной; если есть желание проверять смартфон постоянно, даже если он не подаёт сигналы – звуком или вибрацией; если отсутствие смартфона вызывает ощущение тревоги.

С другой стороны, сообщают специалисты из Висконсинского университета в Мадисоне (США), существует и положительный эффект от смартфонов. Популярная игра Pokemon Go, по словам группы исследователей, делает людей счастливыми. Спустя 3 недели после выхода игры учёные опросили 400 человек об их социальной жизни, физической активности и эмоциях. Позже около 40% респондентов начали играть в Pokemon Go. Эти люди были более активны физически – как минимум больше ходили пешком, чаще испытывали положительные эмоции и были более удовлетворены жизнью.

Кроме того, они были более склонны заводить новые знаком-

ства и укреплять старые связи – у них было больше друзей в социальных сетях, они чаще обменивались номерами телефонов с другими людьми. Автор исследования Джеймс Алекс Бонус резюмировал, что обычно люди фокусируются на отрицательной стороне медиа – насилии и агрессии, однако информационное пространство может иметь и положительные черты.

Что характерно, учёные из Лондонского университета Биркбек выяснили, что ежедневное использование маленькими детьми устройств с сенсорным экраном приводит к сокращению времени сна. Авторы работы провели опрос среди родителей с детьми возрастом от полугода до 3 лет. Респонденты указывали среднюю продолжительность дневного и ночного сна ребёнка, сколько времени ему требуется, чтобы уснуть, а также – часто ли он просыпается ночью. Около 70% опрошенных родителей владели устройствами с сенсорным экраном. Из них 75% давали телефоны и планшеты детям.

Согласно результатам исследования, у детей, которые проводили больше времени за смартфонами и планшетами, сократилась продолжительность ночного сна. Каждый час использования такого устройства отнимал 15,6 минуты сна ребёнка. К тому же пользующимся гаджетами детям сложнее заснуть.

## Дословно

Ежегодно в мире около 20 млн человек умирают от последствий сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфарктов миокарда, инсультов, нарушений сердечного ритма, острой артериальной патологии и др. В определении вероятности возникновения таких случаев терапевты и кардиологи используют 8 факторов риска, включая возраст, уровень холестерина и артериальное давление. Однако учёные из Университета Ноттингема (Великобритания) считают, что этих критериев недостаточно.

## Программа-предсказатель

Как известно, между биологическими системами существует много взаимосвязей, некоторые из которых противоречат здравому смыслу: много жира в организме может реально защитить от болезни сердца в некоторых случаях, говорит эпидемиолог из Ноттингемского университета Стивен Вэн. Некоторые из этих взаимодействий неочевидны, и их сложно заметить и объяснить, но это хорошо удаётся обнаружить компьютерной программе.

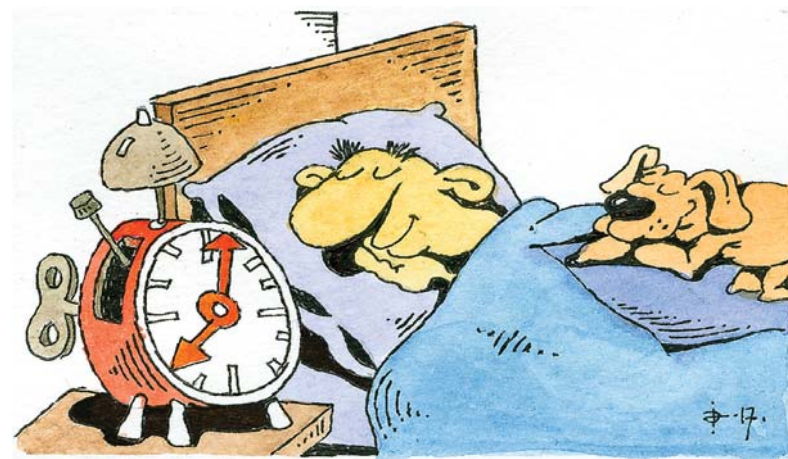
С.Вэн и его коллеги в ходе исследования сравнили эффективность врачебных инструкций с работой 4 программ, действующих по принципу машинного обучения. Цель – найти закономерности в записях более 378 тыс. пациентов. Учёные добавили в список медиков 22 критерия, в том числе этническое

происхождение, наличие патологий опорно-двигательного аппарата и заболеваний почек.

По результатам исследований, врачи на основе инструкции могут предсказать опасные состояния с точностью 72,8%, в то время как программы дали результат от 74,5 до 76,4%. Лучший из алгоритмов, основанный на нейронных сетях, дал на 7,6% больше верных предсказаний опасных состояний и на 1,6% меньше ложных, чем методика врачей.

Учёные намерены продолжить работу над программой и хотя бы факторы риска, как образ жизни и генетика для повышения точности предсказания. Врачи считают, что компьютерная программа может помочь им в будущем в более точном определении рисков сердечно-сосудистых событий.

## Угроза

О пользе  
раннего отбоя

**Хронический недосып и позднее время засыпания у подростков приводит к деструктивным изменениям в процессе созревания головного мозга, приводящим к уменьшению объёма серого вещества. Таковы результаты исследований, проведённых в Национальном институте здоровья и медицинских исследований (Франция).**

Учёные изучили состояние мозга и время сна 177 четырнадцатилетних учеников парижских школ. В среднем дети ложились спать в 10:20 вечера и вставали в 7 утра. В выходные подростки засыпали примерно в 23:30 и вставали в 9:45. Такие подростки демонстрировали нормальное развитие, однако если количество сна составляло менее 7 часов в день или если в выходные дни ученики засыпали позже обычного срока, объём их серого вещества оказывался меньше нормы, причём чем позже дети ложились спать, тем сильнее проявлялась деградация тканей.

В основном снижение объёма серого вещества проявлялось в трёх областях мозга: лобных

долях, передней части поясной извилины и предклинной коре, спрятанной внутри борозды, разделяющей полушария мозга. Данные области, что характерно, связаны с вниманием, концентрацией и способностью решать несколько задач одновременно.

Недостаток сна, отмечают учёные, приводит не только к ухудшению успеваемости в школе. Анализ социальных групп показал, что уменьшение серого вещества, связанное с поздним отходом ко сну, проявлялось в основном в бедных социальных слоях и в малообеспеченных семьях. Так что специалисты настоятельно рекомендуют родителям быть особенно внимательными к режиму детского сна, так как это не только поможет успешной учёбе, но и позитивно отразится на дальнейшей карьере и будущем социальном уровне нынешнего подростка.

Подготовил  
Марк ВИНТЕР.

По материалам Scientific Reports,  
Le Figaro, Medical Xpress, Science.

## Выводы

## Невидимый барьер

**«Представьте, что вы сидите на работе и испытываете сильный голод. Вы видите конфету на столе коллеги – возьмёте ли вы её? Скорее всего, нет. Многие люди не возьмут чужое, потому что считают такое поведение неправильным. Другие – поскольку это, по их мнению, рискованно. Однако у большинства немедленный ответ мозга на саму мысль о том, чтобы взять чужую конфету, заключается в сигнале о невозможности этого действия», – утверждают специалисты Гарвардского университета (США) Фьери Кушман и Джонатан Филлипс, недавно опубликовавшие своё исследование в журнале Nature.**

По словам Дж.Филлипса, на аморальные действия одних людей другие могут отреагировать словами «этого не может быть» или «я не могу в это поверить». Возможно, мозг обрабатывает данную информацию так же, как он воспринял бы сведения о том, что чья-то голова стала бы шоколадной – а это совершенно невозможно. Для такой реакции есть причины – она помогает людям поступать «как положено» – то есть в соответствии с тем, что считается правильным в обществе.

Гораздо проще для человека, пояснил Ф.Кушман, представлять противоправные действия невозможными, потому что в ином случае они могли бы показаться заманчивыми. В каком-то смысле, продолжил учёный, в голове человека есть два голоса, один из которых рассматривает ситуации с точки зрения морали, а другой – с точки зрения физики. Обыватель относится к слову «невозможно» не так, как философ или исследователь, он

воспринимает невозможность с практической точки зрения.

Делать что-то аморальное или иррациональное неразумно – поэтому практический подход к таким вещам подразумевает их восприятие как невозможных. Тогда человек, резюмировал руководитель научной работы, может сфокусироваться только на тех вещах, которые действительно стоят его внимания. Чтобы разобраться, как люди реагируют одновременно на неправильные и невозможные действия, Кушман и Филлипс провели эксперимент.

Участникам предлагали обдумать определённые ситуации. В одной из них, например, им необходимо было попасть в аэропорт, а у них ломалась машина. Для каждой ситуации было подготовлено несколько решений: как противоправных (огрбить кого-то), так и физически невозможных. По каждому из решений необходимо было вынести вердикт – является оно возможным или нет. Половина участников

отвечала на этот вопрос сразу, а другую попросили выждать 1,5 секунды перед ответом.

Результаты показали, что если людям давали время на раздумья, то они называли невозможными около четверти решений. Если отвечать необходимо было сразу же, это число возросло вдвое, и невозможными казались около половины путей выхода. Джонатан Филлипс пояснил, что, если у человека есть время подумать, он «включает» логическое мышление и рассматривает ситуацию с этой позиции. Если ответ требуется немедленно – времени на выстраивание логических цепочек нет, и люди полагаются на свои базовые установки.

Выводы по исследованию поднимают массу дополнительных вопросов, а также могут помочь в понимании того, почему некоторые люди постоянно совершают противоправные действия. Например, пациенты с психопатией: задумываются ли они о том, что красть нехорошо, или в их головах есть такая установка, но в какие-то моменты она даёт сбой? Также результаты научной работы позволяют предположить, почему религия настолько успешно работает для тех, кто хочет уйти от алкогольной или наркотической зависимости. Она выступает против этих зависимостей, и мозг религиозного человека начинает воспринимать их как невозможные.

**Начало пути**

Родом Владимир Алмазов из тверской глубинки. Получив начальное образование в родном селе, среднюю школу окончил с отличием в ближайшем районном центре – Торопце. И в ту же осень стал студентом 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П.Павлова. При этом по только ему известным мотивам поменял часто встречающуюся отцовскую фамилию Семёнов на более звучную материнскую Алмазов.

Уже в студенческие годы педагоги отмечали его незаурядные способности и увлечённой работой в научных кружках. Институт Алмазов окончил с красным дипломом. В клиническую ординатуру его зачислили на кафедру факультетской терапии, которой руководил незадолго до того ушедший из жизни выдающийся ленинградский врач Г.Ланг, и где весь коллектив свято следовал установленному им порядку работы. Аспирантуру Владимир Алмазов окончил на той же кафедре, так что у него были основания полушутя-полусерьёзно считать себя «внуком» Ланга.

**Сердце может лечить сердце**

Но возвратимся в студенческие годы Алмазова. Однажды – Владимир был тогда на 4-м курсе – профессор во время одного из обходов больных обратил особое внимание будущих врачей на 21-летнюю девушку. Страдала она септическим эндокардитом. Температура, несмотря на все предпринимаемые меры, держалась под 40. Сердце едва билось. К больной, рассказывал профессор, призывались многие ленинградские медицинские светила, и все сходились на том, что она безнадежна – в те годы медицина с тяжёлыми формами септического эндокардита ещё не справлялась. Но во время того обхода Алмазов едва внимал объяснениям профессора – покорённый красотой больной, он не сводил с неё глаз.

Владимир стал навещать девушку. Приходил с цветами, подолгу сидел у её постели. Одним словом – влюбился. И она, даже будучи тяжело больной, не могла не ответить на чувства молодого человека. Поразительно, но день ото дня её состояние улучшалось – медленно на глазах она поправлялась.

Ещё студентом Алмазов повёл свою избранницу под венец. Врачи поразились: любовь оказалась сильнее проводимого лечения.

Прожили Алмазовы вместе долгую жизнь. Родили и воспитали детей. И дом их всегда привлекал гостеприимством. Часто там собирались крупные ленинградские медики, вспоминает известный фтизиатр Николай Шмелёв. А на свою серебряную свадьбу профессор Алмазов пригласил всех врачей, в своё время лечивших его супругу. Она же ещё загодя своё сердце завещала институту, где учился и затем трудился её муж. И на рабочем столе его долгие годы в заспиртованном виде хранилось сердце любимой.

**Но не только любовь**

Разумеется, в историю отечественной медицины Владимир Алмазов вошёл не благодаря столь трогательной драматической истории. Человек, как уже отмечалось, от природы одарённый и трудолюбивый, он в 29 лет защитил кандидатскую диссертацию и спустя несколько лет, изучив новейшие методы исследования лейкопении, представил свою первую моногра-

Отдельный рассказ можно было бы посвятить Алмазову-клиницисту. При блестящей эрудиции он обладал ещё интуитивным чувством диагноста, искусством, нутром понять, что происходит с пациентом. И при этом в силу своего характера с высочайшей ответственностью относился к каждому. Один из сотрудников Владимира Андреевича вспоминает, как во время своего дежурства застал шефа в клинике в 7 утра (в то время Алмазов уже

всегда бывала в доброжелательном духе, в виде пожелания, подсказки, как ему представлялось стоило бы подойти к проводимому исследованию.

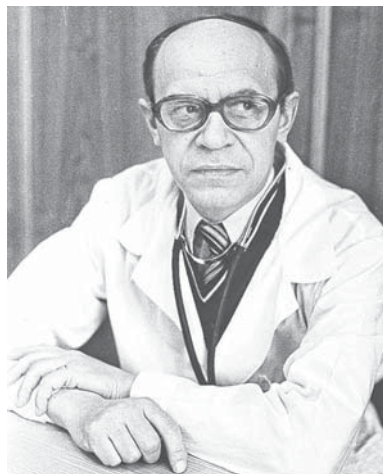
Может показаться, что мы идеализируем своего героя. Вовсе нет! Каждый человек не лишён недостатков. Несомненно, были они и у Алмазова. Но нас больше привлекают те черты его естества, благодаря которым он оставил яркий след в отечественной медицине.

том и кафедрой. А по субботам, если только не поджигали форс-мажорные обстоятельства, работал в библиотеке. Знакомство с новейшей медицинской литературой входило в перечень основных его обязанностей. И всё же наступил день, когда Алмазов сам пришёл к решению передать кафедру своему ближайшему соратнику. Что скрывать, расставание с делом, которому было отдано почти три десятилетия, далось ему нелегко.

**Имена и судьбы**

# Питерский интеллигент

Владимир Алмазов (1931-2001) вошёл в историю отечественной медицины как создатель кардиологической службы в Северной столице.



фию на эту тему. В 36 лет Алмазов стал доктором наук. Вскоре ему поручают возглавить кафедру факультетской терапии – ту самую, которая в своё время была детищем профессора Ланга.

Трудностей поначалу у молодого учёного было немало. Как руководителю кафедры факультетской терапии приходилось заниматься не только полюбившейся кардиологией. Исследования и преподавание велись также в области гематологии, эндокринологии, ряда других медицинских специальностей. При этом современного оборудования, реактивов катастрофически не хватало. И непросто было их добыть. Спасибо сыну Ланга – он для созданной Владимиром Андреевичем лаборатории кровяных клеток помогал закупать реактивы за границей. В те годы Алмазов вошёл в историю отечественной медицины благодаря освоенным под его руководством методам культивирования и клонирования кровяных клеток. Но душой Владимир Андреевич всё же больше был привязан к кардиологии. И изучая особенности сердечной недостаточности, ему впервые удалось описать целый ряд закономерностей в области регуляции кровообращения при артериальной гипертензии и определить при этом роль нейрогенных процессов.

совмещал заведование кафедрой с другой высокой должностью). «Что так рано, Андреевич?» «Да я вчера не успел посмотреть нескольких больных, – словно оправдываясь, ответил профессор, – видимо, ночь из-за этого спал беспокойно». И как тут не припомнить слова Альбера Камю: «Врач не может быть хорошим врачом, если он только врач. Когда исчезают вдохновение и чувство ответственности, рождается и творческое начало». Алмазов всей жизнью своей подтвердил эту истину.

Характерный пример, иллюстрирующий характер Владимира Андреевича, приводит в одной из своих публикаций профессор В.Цырлин, долгие годы проработавший с ним рядом. Как-то столкнувшись с Алмазовым в коридоре возле студенческой аудитории, Цырлин обратил внимание на явную его озабоченность. «Что-нибудь не так?» – спросил он. «Понимаешь, у меня через несколько минут лекция для 6-курсников по патогенезу гипертонической болезни, а я никак не найду удачного к ней подхода». – «Помилуй, ведь эта тема – твой конёк». «Всё так, – согласился Владимир Андреевич, – но одно дело, что мне известно и интересно, и совсем другое, как увлечь тем же будущих врачей».

А на кафедре уже привыкли, что каждая Алмазовская лекция даже на одну и ту же тему всегда дополнялась новыми научными данными. Он не только был в курсе всего, что рождалось в тех областях медицины, которыми интересовался, но и, как уже отмечалось, был автором ряда научных открытий, прежде всего в области особенностей артериального давления. Причём каждое его новое исследование подавалось без всякой помпы. Вместе с тем природная скромность Алмазова сочеталась с требовательностью к научной продукции подчинённых. Но даже если его не удовлетворяла представленная работа коллеги, он никогда не позволял себе резкого слова, унижающего его достоинство. Критика Владимира Андреевича

**Душа Ленинградской кардиологии**

В 1978 г. Алмазов был назначен главным кардиологом Северной столицы. И он с привычной целеустремлённостью добивается организации в городе системной кардиологической службы. В поликлиниках открываются кардиологические кабинеты, в стационарах – специализированные отделения, в том числе для лечения больных инфарктом миокарда. Обосновывает Алмазов и необходимость создания Института кардиологии. Добивается его не под себя – Владимиру Андреевичу и без того хватало работы. Добивается для города. Тем более что претендентов на директорское кресло оказалось предостаточно, и среди них такие именитые ленинградские кардиологи, как И.Ганелина, М.Кушаковский. А выбор пал на Алмазова.

Далеко не все заинтересованные лица одобрительно отнеслись к этому назначению. И притирка назначенного директора шла непросто. Широко развернуться поначалу с более чем скромным штатом (институту выделили 39 научных сотрудников) не удавалось. Вероятно, чтобы с честью преодолеть первые трудности, надо было обладать не только организаторскими способностями, но и искусством общения с людьми. Как бы то ни было, прошли год-два, и институт стал в своей области головным в Российской Федерации. Его коллектив помимо научной деятельности изучал болезни кровотока и сердечно-сосудистой системы на всей территории огромного региона. И насколько позволяли возможности, добивался на местах становления соответствующих специализированных служб. Даже тот же профессор Кушаковский признал: назначение Алмазова директором было абсолютно оправданным.

Долгое время Владимир Андреевич своей рабочий день, нередко затягивавшийся до позднего вечера, делил между институ-

Ещё одну особенность характера профессора Алмазова трудно обойти. Он всегда был доступен и для больных и для сотрудников. Даже будучи директором института, депутатом Верховного Совета СССР, академиком РАМН, он не изменял своим привычкам и не заводил официальных приёмных часов. Хорошо это или нет, особенно при высокой занятости человека, – вопрос спорный. Только у Владимира Андреевича такая открытость души шла не из должностной любезности.

Не исключено, что постоянная трудовая перегрузка подорвала силы Алмазова. Ушёл он из жизни рано, даже не дожив до своего 70-летия. Но память об этом человеке сохраняется. Институт, который он открывал с нуля, развивался и креп. Нынче это Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии, носящий имя Алмазова. О Владимире Андреевиче снят фильм «Ломоносов из Торопца». Академик РАМН В.Моисеев в своей статье в честь его 80-летия отдал должное В.Алмазову: именно он своей деловитостью, деликатностью, глубокими знаниями создал в Питере школу кардиологов. И назвал Владимира Андреевича истым питерским интеллигентом. А международный центр в Кембридже наградил его медалью и дипломом «За выдающиеся достижения в медицине XX столетия».

Перед тем как поставить точку в этом очерке, хочется привести отрывок из интервью, которое В.Алмазов дал незадолго до своей кончины. Корреспондент задал вопрос, как ему видится духовность в России. Ответ был таков: «Я вспоминаю историю России. В ней было много мрачных страниц. Однако всегда наши люди находили в себе силы преодолеть все трудности, поэтому с оптимизмом смотрю в будущее. Я верю в возрождение духовности народа и нашей страны». Мудрые слова, будто сегодня произнесённые.

Марина МЕЛКОНЯН, внешт. корр. «МГ».

**Накануне**

Летний оздоровительный сезон не за горами. Считают дни до начала каникул, обдумывая планы, не только школьники, но и взрослые, в том числе медицинские работники. Ведь их присутствие в загородных и пришкольных лагерях обязательно.

В Омской области учреждения здравоохранения активно готовятся к оздоровительной кампании. Как сообщили в региональном Минздраве, нынешним летом в учреждениях отдыха и оздоровления детей будут работать свыше 12 тыс. человек обслуживающего персонала. В каждой смене в стационарных оздоровительных лагерях будет занято до 40 педиатров и 65 средних медицинских работни-

# Лето, ах, лето!..

ков, до 170 средних медицинских работников – в лагерях дневного пребывания (пришкольных), около 50 – в палаточных лагерях.

Сейчас ведётся подбор медицинских кадров для работы в учреждениях отдыха и оздоровления детей. В течение мая они пройдут профилактический осмотр. Запланировано также проведение обучающих семинаров для медработников детских оздоровительных учреждений всех типов.

Отработаны алгоритмы оказания медицинской помощи отдыхающим детям. В пригородной Красноярска-Чернолуцкой зоне отдыха, где находится основная масса летних

оздоровительных лагерей, с 1 июня по 31 августа будет организована работа выездного здравпункта с круглосуточным режимом работы (педиатр, травматолог, хирургическая медицинская сестра) и круглосуточным дежурством санитарного автотранспорта. Пункты первой медицинской помощи будут организованы в местах купания детей, на спортивных и культурно-массовых мероприятиях. Кроме того, предусматривается сопровождение колонн автобусов с детьми бригадами скорой медицинской помощи. Непосредственно в автобусах медицинское сопровождение детей при перевозке в оздоровительные

лагеря будет обеспечиваться медицинскими работниками.

Как и прежде, школьники и медики, выезжающие в загородные лагеря и находящиеся в лагерях дневного пребывания, будут привиты против клещевого энцефалита. Для иммунизации персонала пищеблоков учреждений отдыха и оздоровления намечено приобрести 4 тыс. доз вакцины против вирусного гепатита А и 3 тыс. – против дизентерии Зонне.

Существующая организация медицинского обслуживания учреждений отдыха и оздоровления, заверили в Минздраве, на протяжении многих лет позволяет обеспечивать не только эпидемиологическое благополучие в детских лагерях, но и своевременность и полноту оказания квалифицированной неотложной медицинской помощи

детям, оперативную госпитализацию и, как следствие, отсутствие осложнений заболеваний.

Этим летом школьников Омска готовы принять 13 загородных лагерей, ещё около 10 тыс. городских мальчишек и девочек получат путёвки в пришкольные лагеря, около тысячи юных омичей смогут отдохнуть в палаточных лагерях. Плюс к этому – места в профильных сменах (спортивных, экологических, патриотических, казачьих, творческих, лесных), а также клубы по месту жительства и дворовые площадки, где также можно будет интересно, весело и с пользой провести летние деньки.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

А ещё был случай

# Еврейский табор Николая Жемчужного

Произошло это в нашем древнем Владимире, когда я был ещё молодым судмедэкспертом. В погожие летние дни июля заехал к нам цыганский ансамбль Николая Жемчужного, остановившийся в гостинице «Заря» и концертировавший через дорогу в городской филармонии.

После бурного песенно-танцевального шоу с аплодисментами актёры-цыгане живописно – в расписных рубашках, хромовых сапогах, длинных цветастых шалях – небольшим табором отправлялись в «Зарю». Переодевшись в номерах и обретя цивилизованный вид, они направлялись на ужин в ресторан при гостинице.

Итак, представьте себе летний вечер после концерта. Около десятка артистов за довольно живописным столом. Тосты, лёгкий шум с хоровым пением, хорошее настроение. Рядом, за сдвинутыми столиками, схожая картина: молодые офицеры-танкисты отмечают присвоение очередного воинского звания своему товарищу, теперь уже старшему лейтенанту Диме Михееву.

Казалось бы, расклад самый благоприятный и для артистов, и для танкистов. Но тут кто-то неосторожно сказал что-то кому-то из противоположной дружеской компании. Большой шум. Стулья. Бутылки. Лёгкий бокс, переходящий в драку. Милиция. Изолятор временного задержания. Руководитель ансамбля, сам Жемчужный. Командир полка. Директор гостиницы.

Утром – синяки, шишки, ссадины, переломы у артистов и танкистов. Счёт по перелому равный, ничья: один-один (артистический нос и офицерское ребро), назначенная военной прокуратурой судебно-медицинская экспертиза. Офицеров освидетельствуют в одном номере «Зари», артистов-цыган – этажом ниже. Мне, в качестве



эксперта, выпало осматривать приезжих артистов. Входит молодой черноволосый мужчина, по виду – типичный цыган, а по фамилии Лифшиц. Узнаю, что он скрипач, живёт в Москве.

Внимательно осмотрев Михаила Ароновича Лифшица, отмечаю живописные подробности его нового лица, с парой синяков и ссадиной на лбу. Следующим оказывается невысокий цыган блондинистого типа с перевязанной рукой. Фамилия его Бергинер, скрипач и тоже из Москвы.

В ходе осмотра снимаю повязку с руки, под ней – ушибленная рана. Тут же, сличая фотографию на паспорте, вижу знакомую пятаку графу. Третьим цыганом оказался Эммануил Борисович Коган, а четвёртым – мой однофамилец – Фурман Михаил Захарович (!), играющий на ударных, коренной петербуржец. Он – чемпион по травмам из всего ансамбля – приобрёл свежий опухший перелом костей носа со смещением.

Вот этого-то ударника с переломом я, осмотрев его ещё более сильно в сравнении с генетикой увеличенный нос, и спрашиваю:

– Что-то не пойму, какой это у вас ансамбль в действительности – цыганский или чисто еврейский? Как и у вас, Фурман – моя фамилия.

– Это в корне меняет дело, – говорит ударник, удовлетворяя моё любопытство. – Все те цыгане, что когда-то были в ансамбле, разом за границу подальше. Лучшая мировая биография: Нью-Йорк, Брайтон-Бич, Тель-Авив, Хайфа, Мюнхен. Осталось их только трое – наш шеф, Николай Жемчужный, его заместитель Роман Придорожный, – он сейчас с командиром полка дружественный армянский коньяк в люксе пьёт, – и наша прима-солистка Роза Мечукаева, у неё сын стоматологический оканчивает. Вот этот-то Придорожный и организовал наше концертно-еврейское ОАО.

Вот такая цыганско-еврейско-военная история с дракой и криминальным уклоном приключилась в нашем Владимире. А я получил от ударника-однофамильца за внимание, разговор по душам и большой чистый бинт на нос контрамарки на концерт. В итоге дело, конечно, замяли. Но сам факт такого национального табора... Так и хотелось крикнуть: «Да здравствует цыганско-еврейская дружба! И дружба всех народов!» Но это было тогда...

**Марк ФУРМАН,**  
судебно-медицинский эксперт,  
кандидат медицинских наук.

Владимир.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

## По жизненным путям и перепутьям

- Партийных программ больше, чем программ телеканалов... И все они обновляются каждую неделю.
- Хочется оторвать кому-нибудь слишком умную голову. Но выбрать не удаётся.
- Когда козёл заявляет, что вокруг – одни козлы, это большая смелость.
- В начале дороги все горы – маленькие, поэтому все хочется покорить.
- Стукоподражатель дятлу.
- Певец истории оказался самым большим фантастом...
- Как называется изба, из которой не выносят сор? Это музей.
- Слова, брошенные на ветер, – реклама.
- Постучал по каске. Пусть мозги проснутся!
- В наш ресторан аппетит не приходит. Наши цены ему не по карману.
- Убеждение рыбака: «На дне – рыба вкуснее».
- Все болезни – из разных возрастов.
- Шире шах – больше последователей.
- Черепаха – это всесторонне тупой ёжик.
- Мысли разлетелись. Теперь можно в одиночестве подумать.
- Либеральная тряпка грязь найдёт. Но чище не сделает.
- Нашёл своё счастье? Сам виноват. Теперь финансируй его.
- Всем «железным людям» одна дорога – в металлолом цветных металлов.
- Если кого и надо бояться – это в первую очередь самого себя.
- В литературе теперь нет провинции. Вся литература хуже всякой провинции.


- Не учите меня жить. Дайте мне жить!
- Мы разные, это жизнь так повеселилась.
- Косметика спасает женщину и убивает мужчину.
- Самый полезный путешественник, который привёз в Европу картошку.
- Спи, когда спишь, женись, когда не спишь.
- Не было бы Циолковского, не стало бы и Кира Булычёва.
- От дешёвых духов не продохнёшь.
- От духовной пищи часто ветер в желудке.
- На пришествие из Петербурга в Москву.
- В каждой газете свой постоянный клоунист.
- Мирятся не всегда с теми, с кем поссорились.
- Больше всего голых на пляжах – в самых богатых странах.
- Вперёд к себе навстречу. Назад к себе навстречу.
- Будущее начинается не завтра. Будущее началось вчера.
- Дождь на дождь менять – только грязь мешать.
- Россия – это самолёт, который летит только в Россию.
- Семь раз сделай, один раз переделай – станешь мастером.
- Не каждый предвыборный политик обязательно станет послевыборным.
- Раз на раз не приходится, а дважды два – всегда четыре. Не играй в одиночество.
- Афоризм холодильника: «Внутреннее содержание обязано быть свежим и калорийным».
- Чем серьёзней шутка, тем она смешней.
- Спешите делать добро – освобождай рабочее место для производителей зла.
- На Европу – можно только в окно смотреть. В целях безопасности.
- Переживёшь себя, и потомки тебе этого не простят.
- Всё течёт... Везде – дырки!

Московская область.

Резкий звук				Врач ... Вернике	Тулень	<b>СКАНВОРД</b>										Колесо, ремень				Козин- цев, фильм	Чинар												
	Вера- памил	Тугопл. металл	Улица			Чеш. танец								Греч. Богиня юности	Брюки	Вал- сартан		Вспом. теорема	Франц. живо- писец														
				Злак	Индиго, жид- кость	Конт- ракт	Часть колеса	Япон. борьба	Лора- тадин	Единица уско- рения						Англ. философ																	
	Метал- лорез. инстру- мент	Клюква	Родст- венник осетра						Опухоль										Прибор, глубина моря														
			Армян. феодал	Духов- ное звание		Англ. хирург	Порт, Па-де- Кале			Зубр						П. Ньюмен, фильм																	
	Тропич. цветок	Амер. писа- тель			Город, Малай- зия		Генети- ческий	Анде- лико		Чадский язык	Цирк (горн.)							Рос. архи- тектор															
				Рос. живо- писец			Жен. одежда																										
	Пере- возка пасса- жиров	"Петька на ...", Андреев			В общей сумме			Корал- ловый																									
Автор Валерий Шаршуков	Монета, Лаос			Сере- дина			Вишне- ва																										
													А	Х	О	С	Е					Р	Е	Т	Р	О	В	И	Р				
													С	Е	Н	Н	А	А	Э	Ю	У	К	Л	А	Д	К	А	Е	З				
													А	О	М	И	Л	Е	Р	А	Н	Р	М	К	С	В	Е	Ч	А				
													Н	А	Р	В	А	О	И	Г	А	Л	Е	В	И	Ф	О	Р	Т	Е	А	Т	У
													В	Е	Л	А	П	И	Н	А	Н	П	И	Р	С	Е	О	Р	Е	Ш	И	Н	
													А	К	К	О	Л	Д	И	Р	О	В	С	И	Н	Д	Е	К	С	А	Н	Т	
													Л	С	С	И	В	У	Ч	И	Д	О	М	И	Г								
													К	И	Р	А	С	А	А	С	К	Ш	Х	У	Н	А							
													Я	Д	А	М	И	С	О	С	Ь	Т	О	Л									

Ответы на сканворд,  
опубликованный  
в № 29 от 26.04.2017.

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.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

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); rekmedic@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 «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-04-00373 Тираж 23 942 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – В.КОРОЛЁВ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.