

Медицинская

22 февраля 2017 г.
среда
№ 13 (7731)

Газета®

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

Работают мастера

Удалили без крови

Маленький пациент ростовских онкологов имеет все шансы на полное выздоровление



Врачи Ростовского научно-исследовательского онкологического института удалили пятилетнему ребёнку опухоль редкой локализации. Злокачественное новообразование сдавливало мочеточник и мочевой пузырь. Врачи детского отделения онкологии РНИОИ провели лекарственное лечение с выраженным клиническим эффектом. После чего совместно с хирургами абдоминального отделения № 1 была сделана операция.

— Опухоль располагалась на диафрагме малого таза, что создавало сложности во время операции. Она была спаяна с задней стенкой мочевого пузыря и исходила из предстательной железы, — говорит оперирующий хирург, директор РНИОИ Минздрава России, член-

Самый ответственный момент операции

корреспондент РАН Олег Кит. — Новообразование размером около 5 см в диаметре было полностью удалено. Все функции организма сохранены.

Рабдомиосаркома у детей встречается нечасто — 7% от всех видов опухолей. Как правило, заболевание развивается очень агрессивно.

— Впереди у ребёнка восстановление после операции и многокурсовая химиотерапия, — отметил заведующий отделением детской онкологии РНИОИ Минздрава России кандидат медицинских наук Сергей Кузнецов. — Учитывая хороший эффект от предоперационного лекарственного лечения, отсутствие метастазов и радикальное удаление опухоли в пределах здоровых тканей, мы рассчитываем на полное выздоровление нашего пациента.

В последнее время в институте совершён большой рывок в детской онкохирургии. Операции по удалению сложных опухолей у маленьких пациентов совместно с детскими онкологами проводят ведущие хирурги профильных отделений института. Новейшие технологии, применяемые у взрослых пациентов, теперь успешно используются при хирургических вмешательствах у детей. Применение электрохирургии позволяет проводить операции в короткий промежуток времени, практически бескровно, с сохранением органов и быстрым восстановлением организма.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.



Геннадий СУХИХ,
директор Научного центра акушерства,
гинекологии и перинатологии
им. В.И.Кулакова, академик РАН:

И тестостерон-заместительная терапия для мужчин, и менопаузальная терапия для женщин очень нужны.

Стр. 5

Мария ПОЛТАВСКАЯ,
профессор кафедры профилактической и неотложной кардиологии
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова:

Сообщества кардиологов и онкологов во всём мире осознают важность сотрудничества.

Стр. 7



Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры терапии МОНКИ
им. М.Ф.Владимирского:

Длительная терапия дигоксином требует тщательного контроля с целью выявления первых признаков гликозидной интоксикации.

Стр. 11



Инициатива

Поддержать тех, кто не болеет

В рамках «времени эксперимента» в Совете Федерации заведующий кафедрой восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик Александр Разумов предложил поощрять граждан, у которых нет никаких заболеваний.

«В Фонде социального страхования мы страхуем болезнь, а никаких преференций здоровым гражданам, которые более работоспособны, вносят отчисления в социальную сферу и при этом экономят деньги фонда, нет. Это неправильно», — считает он. Также, по его мнению, сегодня нужно создать эффективную государственную систему укрепления здоровья людей. Он напомнил, что Концепция охраны здоровья человека носит региональный и ведомственный характер. По его

мнению, нужно законодательное и нормативно-правовое обеспечение профилактической медицинской деятельности и назначение органа исполнительной власти, ответственного за формирование культуры здоровья. К сожалению, профилактика и формирование ценности здоровья человека не стала частью социальной политики нашего государства, констатировал А.Разумов.

По его словам, сегодня в стране только 20% практически здоровых людей. Психическими расстройствами страдают 7,8 млн граждан, 5 млн — алкогольной зависимости. Он обратил внимание и на неминуемое предстоящее старение населения.

В связи с этим проблема сохранения здоровья здоровых людей является очень актуальной, считает А.Разумов.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Современные технологии

Инновационный биокерамик

Учёные Дальневосточного федерального университета создали инновационную технологию синтеза современных биоматериалов для регенеративной костной хирургии. Новый керамический биоматериал обладает высокой пористостью и прочностью, что обеспечит более эффективную интеграцию имплантата в скелет.

Разработки биокерамика ведутся в лаборатории ядерных технологий Школы естественных наук под руководством научного сотрудника ДВФУ Евгения Папынова.

Как объяснил основной исполнитель

научной работы, магистрант кафедры материаловедения и технологии материалов Инженерной школы ДВФУ Олег Шичалин, в медицине существует острая проблема совершенствования медицинских материалов для регенерации костных тканей человека. Одним из важнейших свойств биокерамики, которая используется в качестве имплантатов, является развитая пористая структура высокой конструктивной прочности. Это обеспечивает эффективную остеоинтеграцию (глубину прорастания костной ткани в имплантат) и уменьшает вероятность избыточного разрушения кости. Соблюдение таких условий яв-

ляется чрезвычайно сложной задачей для традиционных методов синтеза, что требует поиска современных и нестандартных подходов.

Учёные ДВФУ предлагают новый способ синтеза пористой керамики на основе синтетического волластонита (класс силикатов) и особой технологии соединения материалов. Получаемый материал представляет прогрессивный класс «биокерамик» и соответствует всем требованиям современной медицины.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ

Лампы фототерапии и «лучистое тепло»

- Светодиодные и УФ лампы фототерапии новорожденных
- Обогреватели для новорожденных «Лучистое тепло»
- Выгодное ценовое предложение, наличие на складе

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

Новости

Праздник на свежем воздухе

В Орехово-Зуево прошёл VII зимний спортивный фестиваль работников здравоохранения Московской области. В нём приняли участие более 300 человек. Фестиваль открыли А. Домников, председатель областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ, и В. Кабанова, депутат Государственной Думы РФ, председатель Московского областного объединения организаций профсоюзов.

Известно, что спорт любит решительных и выносливых. Участвуя регулярно в таких массовых соревнованиях, медики Подмоскovie получают яркие и позитивные эмоции, что сказывается и на их здоровье. Фестиваль собрал и много болельщиков. Это был праздник бодрости на свежем воздухе. В итоге в соревнованиях по биатлону 1-е место заняла команда Бронницкой городской больницы, по спуску с горы на лыжах – Орехово-Зуевской центральной городской больницы № 3, по развлекательному хоккею – Бронницкой городской больницы. Специальным призом также награждена команда Егорьевской центральной районной больницы.

В общекомандном первенстве на 1-м месте спортсмены Бронницкой городской больницы, на 2-м – Раменской центральной районной больницы, на 3-м – Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области.

Галина УРАЛЬСКАЯ.

Курс — на обновление

Капитальный ремонт завершён в урологическом отделении Краевой детской клинической больницы № 1 во Владивостоке. Обновлённое отделение, рассчитанное на 40 коек, вновь распахнуло свои двери для юных пациентов Приморского края. Медицинскую помощь здесь оказывают детям с рождения до 18 лет с урологическими заболеваниями, требующими хирургического вмешательства.

Как сообщили в региональном Департаменте здравоохранения, капитальный ремонт отделения выполнен по поручению губернатора Приморья Владимира Миклушевского за счёт средств краевого бюджета.

– Обновление лечебных учреждений ведётся в рамках планомерной работы по повышению качества и доступности медицинских услуг, – отметил глава ведомства Андрей Кузьмин.

– Это уже второе отделение, которое открывается после капитального ремонта в нашем учреждении в этом месяце, – сказала главный врач больницы Надежда Горелик. – В начале февраля запустили отделение новорождённых от 0 до 28 дней с различными патологиями.

В новых отделениях есть всё для комфортного пребывания и скорейшего выздоровления маленьких пациентов.

Вице-губернатор Павел Серебряков подчеркнул, что особое внимание сегодня уделяется обновлению детских учреждений, поскольку поддержка материнства и детства является приоритетным направлением долгосрочной стратегии развития региона.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Мастер-класс дали «лучшие умы»

В Тюмени, на базе Федерального центра нейрохирургии, 16 февраля стартовал мастер-класс по микрососудистому анастомозу под руководством профессора Альберта Суфианова и профессора Кимуры Хидехито из Японии. Организаторами курса выступили Ассоциация нейрохирургов Тюменской области, кафедра нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Открывая конференцию, главный врач центра нейрохирургии профессор А. Суфианов сказал, что мастер-класс даст всем участникам максимум знаний по теме и бесценный практический опыт. «Мы стремимся задействовать самое современное оборудование и привлечь лучшие умы», – отметил он.

Для участия в мастер-классе собрались не только тюменские специалисты, но и гости из Москвы, Екатеринбурга, Уфы, Оренбурга, Стерлитамака, Нижнего Новгорода и Челябинска. В первый день с лекцией по показаниям, противопоказаниям и технике микрососудистых анастомозов в нейрохирургии выступил врач-нейрохирург, доцент кафедры нейрохирургии Медицинской аспирантуры Университета города Кобе (Япония) Кимура Хидехито. Сразу после изучения теории приступили к практике.

Алексей ПИМШИН.

Тюмень.

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

Признание

Здоровье как общественное достояние

Это подтверждают наши студенты



Во время церемонии награждения в Совете Федерации

Самым здоровым высшим учебным заведением России признан Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Такое решение вынесло жюри Всероссийского конкурса среди организаций высшего образования «Здоровый университет». Инициатором его проведения выступил Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана при поддержке Совета Федерации РФ. Награждение победителей состоялось в Москве. Заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова, обращаясь к участникам торжественной церемонии, подчеркнула: «Здоровье – это общественное достояние, один из основных ресурсов, необходимых для достижения высокого качества жизни в России».

Красноярский ГМУ вышел на первое место, опередив другие «здоровые» медицинские вузы. На втором месте, по решению жюри, сразу три учебных заведения – Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск), Первый Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет им. И.П. Павлова и Тверской государственный медицинский университет. Третье место присуждено Самарскому и Ростовскому медицинским университетам.

Комментируя победу, в ректорате Красноярского ГМУ подчёркивают, что пример правильного отношения к собственному здоровью должны подавать студентам их преподаватели. В противном случае любые красивые слова останутся пустыми лозунгами.



В этом вузе ни ректор, ни проректоры, ни деканы не курят и принимают участие во всех спортивных событиях вуза. А спортивные события – спартакиады и чемпионаты – здесь происходят с завидной регулярностью, благо на территории университета построены бассейн и стадион с вечнозелёным покрытием, а недалеко от города есть собственная лыжная база.

Визитная карточка Красноярского ГМУ – это производственная гимнастика, на которую каждый день в 11:00 выходят из аудиторий и кабинетов студенты и сотрудники университета.

Свои здоровые знания студенты-медики несут в массы. Красноярский ГМУ стал застрельщиком многочисленных просветительских кампаний в регионе: по отказу от курения, профилактике ВИЧ, наркомании, повышению уровня информированности населения об инсульте, туберкулёзе, по стоматологическому здоровью и даже по грудному вскармливанию. Чего стоит одна только акция «Не курите в белых халатах!», в ходе которой будущие врачи призывают своих уже опытных будущих коллег отказаться от табака вообще, а тем более не смолить на глазах у пациентов.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Санитарная зона

Статус «страны, свободной от полиомиелита», Россия получила ровно 15 лет назад. Подтверждением тому стал сертификат Всемирной организации здравоохранения, вручённый в 2002 г.

С Программой глобальной ликвидации полиомиелита, принятой в мае 1988 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения государствами-членами ВОЗ во многом помогли справиться вирусологические лаборатории, созданные для адекватного эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами.

В Глобальной лабораторной сети по полиомиелиту, состо-

Вирусы под контролем лабораторий

ящую из специализированных региональных и национальных референс-лабораторий, входят также Российский национальный центр, функционирующий на базе Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова, и 6 региональных центров.

В Омске центр, сотрудники которого исследуют все случаи полиовирусной инфекции, работает с сентября 1999 г. К нему прикреплено 10 территорий с общим количеством населения 16,7 млн человек.

Как сообщила заведующая

вирусологической лабораторией Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области Наталья Логиновских, за период с 1999 по 2016 г. от больных с синдромом ОВП было исследовано 1793 проб (изолировано 148 различных типов вирусов – 8,3%), от контактных с ними лиц – 506 проб (56 вирусов – 11,1%), от беженцев с территорий, эндемичных по полиомиелиту, – 481 проба (46 вирусов – 9,6%). Все 100% штаммов полиовирусов отнесены к вакцинным вариантам.

За время реализации программы, по словам специалистов, возникло много дополнительных проблем, которые отодвинули срок достижения цели – глобальной ликвидации полиомиелита к 2000 г., однако достигнутые успехи позволяют надеяться, что человечество сможет победить и эту инфекцию, которая характеризуется большим количеством клинических форм – от стёртых до тяжёлых парезов и параличей, остающихся на всю жизнь.

Уверенность в этом придают цифры и факты: если в 1988 г. полиомиелит регистрировался

в 125 странах 5 континентов и более 350 тыс. детей в том году заболели паралитической формой полиомиелита, то в 2015 г. было зарегистрировано 74 случая заболевания дикими полиовирусами, в 2016 г. – 35 случаев. На данном этапе эндемичными странами, в которых продолжается передача дикого вируса полиомиелита, остались только 3: Нигерия, Пакистан, Афганистан.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Визиты

Приближаясь к «золотому стандарту»

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова посетила Республику Крым и город Севастополь с рабочим визитом.

Обширная программа визита началась с торжественной церемонии открытия современного Регионального сосудистого центра на базе Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко в Симферополе.

Открытие центра стало знаменательным событием. Он позволит через правильное оказание медицинской помощи сократить количество смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе, в котором этот показатель на сегодняшний день – один из самых высоких в стране. Именно на это министр обратила особое внимание.

«Центр очень добротный, очень хороший. Он позволяет делать всё, что нужно, и так, как надо», – сказала В.Скворцова на церемонии открытия.

Лечебное учреждение позволит оказывать квалифицированную и качественную медицинскую помощь жителям региона своевременно, что в вопросе лечения сердечно-сосудистых заболеваний играет первостепенную роль. Это поможет синхронизировать здравоохра-

нение республики с остальной страной в таких важных вопросах, как многоуровневая система оказания медицинской помощи пациентам, а также их маршрутизация. Стоит отметить, что новый центр изначально планировался с учётом использования телемедицинской помощи в его работе.

«Врачи центра прошли специальную подготовку в ведущих клиниках страны, чтобы дополнительно повысить квалификацию по оказанию помощи экстренным больным», – прокомментировала министр уровень персонала открывшегося центра.

Региональный центр включает в себя 15 отделений, в том числе неврологическое, кардиологическое, анестезиологии-реанимации, сосудистой хирургии, лучевой диагностики, физиотерапии, а также клиничко-диагностическую лабораторию. Мощность республиканского центра составляет 230 коек.

Лицензию на ведение деятельности руководитель центра получил лично из рук В.Скворцовой. В торжественной церемонии открытия также принял участие глава Республики Крым Сергей Аксёнов, который анонсировал создание республиканского медицинского центра и заверил, что подготовительные работы

уже ведутся, а в апреле начнётся его строительство.

В продолжение рабочей поездки министр посетила сосудистый центр в городе Севастополь. Он располагается в новом корпусе городской больницы № 1, и в его состав входит 6 отделений. Центр готов к оказанию экстренной неотложной медицинской помощи пациентам с нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом.

Осматривая работу центра, В.Скворцова указала на важность взаимодействия между региональными и федеральными медицинскими организациями, занимающимися лечением сердечно-сосудистых заболеваний.

«Все сосудистые центры в Крыму и Севастополе должны активно сотрудничать с другими такими же центрами в России, обмениваться информацией по больным и совещательно принимать решения по сложным пациентам», – сказала министр.

В завершение посещения медицинской организации В.Скворцова поставила перед системами здравоохранения Республики Крым и города Севастополь задачу по достижению «золотого стандарта» по показателям летальности больных с инсультом и инфарктом.

Соб. инф.

Решения

Губернатор Приморья Владимир Миклушевский поручил Департаменту по делам молодёжи Приморского края в течение месяца разработать концепцию по организации в крае движения волонтеров, которые будут оказывать пожилым людям социальную поддержку и медицинскую помощь. Такое решение глава региона озвучил в ходе приёма граждан по личным вопросам.

Пожилых не забывают

– Важность развития социального волонтерства подчеркнул Президент РФ Владимир Путин в послании Федеральному Собранию 2016 г., – акцентировал глава региона. – Волонтерское движение в Приморье хорошо развито: наши добровольцы участвуют в организации крупнейших мероприятий мирового уровня – Олимпиада и Паралимпиада в Сочи, саммит АТЭС, Восточный экономический форум. Но всё это праздники, а есть ещё и будни, когда надо помогать нуждающимся.

Губернатор добавил, что волонтеры, которые будут работать с пожилыми людьми, должны иметь медицинское образование.

– Привлекать таких добровольцев мы будем совместно с Тихоокеанским государственным медицинским университетом, там уже есть подобный опыт, – заявил В.Миклушевский.

Игорь РОМАНОВ.

МИА Сити!

Владивосток.

Однако

Ожирение бьёт по мужчинам



Каждый пятый мужчина в России страдает ожирением. Об этом в ходе вебинара «Стареем без старости. Адаптация мужского организма к возрастным изменениям: эндокринологические и андрологические аспекты» сообщила заведующая отделением терапии с группой патологии метаболизма и ожирения Эндокринологического научного центра Екатерина Трошина.

рыбе содержатся ценные полиненасыщенные жирные кислоты семейства Омега-3, витамины А, D, которые в том числе необходимы для зрения, кожи и мозга.

В этой связи очень актуально одно исследование, проведённое в начале нынешнего года учёными из США. Им удалось выяснить, какую пользу для организма человека даёт полный отказ от употребления сахара. В эксперименте североамериканских исследователей участвовали 700 человек. Респонденты не употребляли сахар в пищу ни в каком виде в течение 9 дней. В результате выяснилось, что у всех участников улучшилось здоровье. В частности, снизились цифры артериального давления, стали лучше показатели холестерина, а также на треть уменьшилась концентрация инсулина.

Заокеанские терапевты, кардиологи и эндокринологи советуют пациентам периодически обходиться без этого ингредиента к пище. При этом американские специалисты уверенно считают, что в мире не существует безопасных заменителей сахара.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

События

День открытых дверей

Во всех муниципальных поликлиниках Тюмени состоялся единый день открытых дверей. Горожане смогли задать вопросы и оставить пожелания по улучшению медицинского обслуживания.

Более 270 обращений поступило заместителям руководителя, непосредственно главным врачам городских поликлиник и по телефону горячей линии. Основные темы, которые были озвучены пациентами, – лекарственное обеспечение, доступность и качество медицинской помощи.

Каждый вопрос был разобран,

даны разъяснения, позже на общеклинических планёрках каждого учреждения будут объявлены благодарности докторам.

Главной целью мероприятия является повышение открытости и информированности граждан по вопросам качества и доступности оказания медицинской помощи.

Дни открытых дверей планируется проводить ежеквартально. Такие встречи – это отличный способ узнать о существующих проблемах пациентов от первого лица.

Следует отметить, что в поликлиниках существуют раз-

личные формы взаимодействия с пациентами. Это личный приём граждан, ответы на письменные обращения, по телефону, на официальных сайтах поликлиник, сайте Департамента здравоохранения администрации Тюмени. В учреждениях есть журнал замечаний и предложений, специальные ящики главного врача для приёма обращений. Регулярно проводятся «Школы здоровья», где врач может вне приёма пообщаться со своими пациентами.

Ксения ЛУЧИНИНА, внешт. корр. «МГ».

Тюмень.

Кадры

Будущие врачи делают выбор

Предварительные беседы с будущими врачами по поводу выбранной специальности и предполагаемому месту работы прошли в Амурской государственной медицинской академии.

Почти половина из 250 нынешних выпускников лечебного и педиатрического факультетов уже твёрдо определились с этими вопросами. В ординатуру наме-

реваются поступить 62 человека, при этом наибольшее количество на такие востребованные сегодня специальности, как хирургия, анестезиология-реаниматология, психиатрия, травматология. Из них подавляющее большинство своим будущим местом работы видит медицинские организации Приамурья и Благовещенска. Участковыми врачами терапевтами и педиатрами пока собираются стать 28 студентов 6-го

курса. При этом 11 хотят поехать в районы, 8 предпочли бы остаться в областном центре. К слову, у 4 участковых терапевтов уже имеются договоры со своими работодателями. Кроме этого, 6 выпускников хотят связать свою судьбу с Федеральным медико-биологическим агентством, 1 – поступить в аспирантуру.

У остальных без пяти минут молодых специалистов-медиков пока ещё есть время определиться со специализацией и местом будущей работы – заседание комиссии по трудоустройству выпускников медакадемии 2017 г. состоится в середине марта.

Николай ВОЛОДИН.

МИА Сити!

Благовещенск.

Мы живём во времена, когда интернет стал беспрецедентным источником информации. Но он принёс с собой в нашу жизнь и новые опасности. Одна из них – кибер-атаки. Они проводятся с различными неблагоприятными целями. Их и объединяет то, что в современном мире мало кто может чувствовать себя в абсолютной безопасности. Вот и сайт Министерства здравоохранения РФ недавно подвергся массовой атаке, о чём «МГ» сообщала в № 12 от 17.02.2016. Как удалось отразить нападение злоумышленников? Об этом беседа корреспондента Медицинского информационного агентства «МГ» Сито! Павла АЛЕКСЕЕВА с помощником министра Никитой ОДИНЦОВЫМ.

– Никита Игоревич, вы курируете несколько интересных направлений в работе министерства. В том числе информационную безопасность ведомства. На днях произошёл инцидент, который был широко освещён в СМИ. Некоторые его назвали так: «хакеры напали на Минздрав». Мы бы хотели поговорить более подробно об этом. Откуда проводились атаки?

– Та география, которую мы увидели по атакующим адресам – это, в порядке убывания, Япония, далее – США, следом – российские IP-адреса. Далее – Европа и Китай.

В целом география достаточно необычная, учитывая, что традиционно лидируют по числу

атак с заражённых серверов страны Юго-Восточной Азии.

– Какие действия были предприняты для борьбы с атакой?

– Подробный состав мер по предотвращению подобных инцидентов приводить, думаю, не имеет смысла, дабы не облегчать действия злоумышленников в дальнейшем.

Можно сказать только, что при возникновении существенной

– Как противостояли атаке на сервер?

– Естественно, по мере появления новых атакующих серверов они максимально оперативно блокировались. С нашей точки зрения, конечно, было бы легче всего заблокировать подсети, из которых осуществлялись атаки, то есть секциями как минимум по 65 тыс. адресов, но федеральное ведомство не может позволить себе подобных действий, так как

ры которых вовремя не устанавливаются заплатки безопасности.

Сводную информацию мы, естественно, передадим в компетентные органы, особенно учитывая тот факт, что во исполнение Указа Президента № 260 «О некоторых вопросах информационной безопасности Российской Федерации» Минздрав России осуществляет подключение к сети Интернет через сети Федеральной службы охраны.

– Наше предположение на данный момент – по результатам первичного анализа – скорее всего, это была апробация бот-сети с целью поиска «лёгких целей», то есть исследование возможностей лёгкого взлома ряда ресурсов министерства.

До консультаций с коллегами из компетентных органов излишних подробностей мы разглашать не станем, но анализ

Ситуация

Защита доступа

Масштабная хакерская атака не прошла

угрозы, сервисы Минздрава, как правило, переводятся на резервное подключение к внешним сетям, а атакуемые ресурсы переключаются в режим отдельной изолированной зоны не только программными средствами, но и физически.

– На какое время пришёлся пик запросов на сайт?

– На 12 часов дня. Он составил суммарно на всю сеть около 4 млн запросов в минуту.

В среднем за 6 часов (это 2 часа, судя по всему, тестовой атаки и 4 часа основной) – около 2 млн в минуту.

под блокировку могут попасть вполне законопослушные адреса и зоны, просто исходя из наличия в них нескольких десятков заражённых машин.

– Будете ли вы обращаться в Роскомнадзор с целью блокировки выявленных IP-адресов?

– Особенного смысла в этом не вижу, учитывая, что число выявленных адресов составило свыше 3 млн. При этом, как показал предварительный анализ, атака шла через взломанные wordpress-сервера. То есть бесплатные движки, администрато-

– Сколько, по вашим оценкам, вложили организаторы в это мероприятие?

– Сложно оценить, ведь если организаторы использовали собственную сеть – это одни цифры, когда затраты идут в основном на её создание. Другой вариант – аренда сети на проведение разового мероприятия. Так что приводить цифры здесь особенно нет смысла, разница может составлять несколько порядков.

– На ваш взгляд, в чём заключался смысл этой атаки?

нескольких сотен дефейснутых (deface – замена содержимого сайта или сервера вредоносным содержимым, с заменой головной страницы коротким «сообщением» от злоумышленников) серверов, с которых проводилась атака, показывает на её близневосточное происхождение. Что, конечно, может быть простым совпадением, так как практически любой уязвимый сервер в сети Интернет рано или поздно попадает на «чёрный рынок» для использования в одной или нескольких бот-сетях.

Тенденции

Ради детской жизни

Союз педиатров и промышленников даёт ощутимые результаты

В Областной детской клинической больнице им. Н.Н.Силищевой (Астрахань) состоялась торжественная церемония передачи нового высокотехнологичного компьютерного томографа. Современный аппарат для проведения усовершенствованной диагностики, стоимостью почти 40 млн руб., был приобретён в рамках благотворительной акции стратегическим партнёром Астраханской области Каспийским трубопроводным консорциумом. В мероприятии приняли участие губернатор Александр Жилкин, министр здравоохранения области Павел Джувалков и генеральный директор Каспийского трубопроводного консорциума Николай Горбань.

Мультиспиральный 64-срезовый компьютерный томограф был введён в эксплуатацию ещё в декабре 2016 г. и за это время помог врачам детской больницы спасти немало детских жизней. По словам главного врача Областной детской клинической больницы им. Н.Н.Силищевой Артасеса Симоняна, подобный томограф – первый в области с точки зрения снижения лучевой нагрузки и увеличения скорости проведения. «Это открывает широкие возможности в педиатрии, особенно в обследовании детей раннего возраста и с экстренной патологией, когда каждая минута на счету», – отметил он.

Благодаря новому многофунк-



А.Симонян благодарит Н.Горбаня за подаренное оборудование

циональному томографу значительно улучшится качество оказания медицинской помощи детскому населению региона. Аппарат позволяет за несколько минут провести диагностику организма ребёнка и исключить дополнительную маршрутизацию детей при неотложных состояниях. Также одним из преимуществ томографа является возможность обследования ребёнка, находящегося на искусственной вентиляции лёгких.

Компьютерный томограф имеет множество функций, например, функцию денситометрии, позволяющую определить степень минерализации костей, что очень важно в диагностике таких заболеваний, как остеомиелит, опухолевые процессы и иные изменения костной структуры. Специально для малышей аппарат оснастили экраном с плавающими рыбками, за которыми ребёнок наблюдает, пока проводится обследование.

В этот же день генеральный директор Каспийского трубопроводного консорциума Николай Горбань и губернатор Астраханской области Александр Жилкин подписали соглашение о долгосрочном сотрудничестве между консорциумом и регионом. Документ направлен на дальнейшее развитие партнёрства.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Инициатива

Во Владикавказе второй раз состоялась благотворительная акция «Операция Улыбка», в ходе которой проходил осмотр детей с врождёнными челюстно-лицевыми дефектами: «заячьей губой», «волчьей пастью», пороками развития твёрдого нёба и послеожоговыми рубцами.

Спасительные операции

От «Улыбки» становится светлей

Осмотр проводил чеченский пластический хирург Хасан Баиев, своими уникальными операциями и меценатством известный далеко за пределами родной республики. Из числа тех, кто пришёл на приём, а таковых в этот раз было 72, Хасан Жунаидович составил список детей, которым в первую очередь будет оказана медицинская помощь: дети-сироты, дети из малообеспеченных семей, жители сельской глубинки.

В прошлом году, например, операции проходили на базе Республиканской детской клинической больницы, в хирургическом отделении в рамках акции было развёрнуто 55 коек.

В этот раз детей, которые попали в список этой акции, ждут в Грозном, где и будут проходить операции.

Остаётся добавить, что в акции «Операция Улыбка» участвуют врачи-волонтеры, которые работают бесплатно в своё личное время, а вся эта акция существует за счёт пожертвований от частных лиц и компаний.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика
Северная Осетия – Алания.

На XI Международном конгрессе по репродуктивной медицине, который недавно прошёл в Москве, центральной темой стало благополучие стареющих – мужчины и женщины. Кажется, впервые столь пристально и в комплексе рассматривались эти вопросы.

Как продлить активное долголетие?

Если обернуться на полтора столетия назад, то средняя продолжительность жизни у нас тогда была 35 лет. Сейчас – 75. В России около 40 млн женщин старше 40 лет. По мнению главного специалиста по акушерству и гинекологии Минздрава России академика РАН Лейлы Адамян, это – опасный возраст. Статистические данные показывают, что женщины после 40 чаще всего страдают остеопорозом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями центральной нервной системы и молочной железы. Велика вероятность онкологической патологии. Следовательно, нужно помнить об этом, чтобы уменьшить количество нарушений в здоровье сограждан. Поэтому на первом месте должна быть профилактика: поддержка гормонального статуса, обязательная нормализация веса, переосмысление образа жизни и при необходимости обращение к эстетической медицине, использованию новых технологий.

– Если кому-то мешает внешность – приведите её в порядок от и до, – сказала Л.Адамян. – Надо планировать свою жизнь, сохранять привлекательность в любом возрасте. Очень важно, как вы сами к себе относитесь: хотите ли быть архитектором своей жизни или реставратором.

У всех людей после 40 лет наблюдается развитие биохимического, в том числе гормонального дисбаланса. Снижение содержания половых гормонов в крови, ранее обеспечивающих репродуктивную функцию, влечёт за собой нарушения в работе жизненно важных органов и систем. По мнению акушеров-гинекологов, сохранять энергию, работоспособность, привлекательность помогает современная менопаузальная гормональная терапия.

Как отметила директор Института клинической эндокринологии академик РАН Галина Мельниченко, ещё в начале прошлого века в качестве одной из теорий старения была выдвинута эндокринная, согласно которой именно нарушения естественной продукции гормонов и лежат в основе угасания. Казалось, что проблему можно решить просто: если чего-то недостаёт, то это надо дать. Идея «фонтана юности», восполнения недостающих гормонов, хорошо знакома врачам старшего поколения. Они помнят ту эпоху, когда тироксин давали из того, чтобы быть моложе. Однако это обернулось неудачей: раннее развитие болезни Альцгеймера, сломанные кости, кардиальные и прочие проблемы, связанные с тироксином, показали, что физиологическое неназначение гормонов невозможно. Юность не вернётся. С гормоном роста произошла та же история, специалисты потерпели неудачу. Его пульсирующая секреция исключает постоянное назначение для коррекции возрастного дефицита.

Выдержали испытание почти столетием только половые гормоны. Хотя на пути развития менопаузальной и заместительной гормональной терапии было несколько провалов, взлётов и падений – от неколебимой веры до глубокого разочарования. Учёные пришли к выводу, что для продления молодости, сохранения активности и работоспособности женщинам нужны эстрогены и прогестерон, а мужчинам – тестостерон.

Итоги и прогнозы

Кто вы, архитектор или реставратор?

Перед каждым встаёт этот вопрос, когда затихает его «фонтан юности»



В президиуме конгресса

Мифы и реальность

– Наш протектор – женские половые гормоны, – говорит Л.Адамян. – Они влияют на сердечно-сосудистую и нервную системы, печень, почки, молочную железу, кожу, слизистые, а также память, сексуальность. Мета-анализ показал, что при правильном своевременном назначении гормональной терапии увеличивается продолжительность жизни, активное долголетие. Но лечение должно быть начато вовремя, оно должно быть планомерно, конкретно, с обследованием индивидуума.

– Я против назначения препаратов горстями, – продолжила главный акушер-гинеколог Минздрава России. – Полипрагматизация – наш бич. Однако адресное использование менопаузальной гормональной терапии действительно нужно. Но это – не единый режим, назначенный стандартной пациентке. Гормонотерапия должна быть персонализированной. Известно, что одному человеку для хорошего настроения и полбокала вина достаточно, другому же и бутылки водки мало. А таблетки назначают всем подряд в одной и той же дозе 3 раза в день. Мы должны дать человеку столько, сколько ему надо. И для этого обследовать его. Существует много мифов, связанных с приёмом гормональных препаратов, в частности, что они увеличивают массу тела, повышают предрасположенность к опухолям (рак эндометрия, шейки матки, молочной железы).

– Те препараты, которые сегодня используются, низкодозированы, максимально очищены, и если они применяются при отсутствии противопоказаний, то не увеличивают ни риск онкологических заболеваний, ни массу тела, – заявила Л.Адамян.

Как сказала она далее, менопаузальная гормональная терапия, вводимая в том числе и трансдермально, не оказывает отрицательного влияния на организм женщины. Грамотно и вовремя назначенная, она – не фактор риска, а средство предупреждения онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, утверждают специалисты. По их мнению, гораздо важнее обратить внимание на систему свёртываемости крови, так как есть риск тромбозов.

Справедливости ради стоит сказать что, в последние годы

отношение к менопаузальной гормональной терапии изменилось в лучшую сторону, чему способствовало в том числе и появление новых форм эстрогенов и препаратов прогестерона.

Решение должно быть совместным

– Сегодня заместительная гормональная терапия у женщин воспринимается как норма бытия, – отметил главный специалист-уролог Минздрава России член-корреспондент РАН Дмитрий Пушкарь. – А у нас в урологии это пробуксовывает. Пациенты-мужчины знают о тестостероне, но недостаточно.

Это и понятно, ведь науке о женской заместительной терапии около 50 лет. Мужская заместительная терапия, по словам директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академика РАН Геннадия Сухих, отстаёт на 15-20 лет, но то, что она нужна, – вне сомнения.

Тестостерон участвует в регуляции работы всех систем мужского организма, и его снижение приводит к ухудшению качества жизни, разнообразным нарушениям – от сексуальной дисфункции до сердечно-сосудистой патологии. Специалисты утверждают, что сохранение высокой сексуальной активности у мужчин старшего возраста является важным показателем их соматического здоровья, в первую очередь сердечно-сосудистой системы. Эректильная дисфункция – сигнал скрытой недостаточности коронарного и мозгового кровообращения. Возникает она за 1,5-2 года до инфаркта миокарда или инсульта.

Почему у нас врачи крайне редко назначают препараты, связанные с тестостероном, поддерживающим мужское здоровье? Хотя за рубежом тестостерон-заместительная терапия весьма популярна. По словам Д.Пушкаря, во-первых, потому что общество не готово. Во-вторых, амбулаторные урологи (а их примерно 65%, остальные – стационарные), которые занимаются непосредственно приёмом пациентов, должны взять это на себя, но их нужно научить правильно использовать заместительную гормональную терапию (для чего в рамках конгресса организованы школы). И, в-третьих, споры вокруг неё продолжаются. Многие доктора опасаются, что тестостерон-заместительная терапия может быть

чревата повышением риска рака предстательной железы. Хотя доказано, что она не влияет на развитие этой патологии. Существует исследование, где говорится, что тестостерон нужно назначать даже пациенту с латентными формами рака простаты.

Кроме того, решение о приёме препарата – это общее, совместное решение врача и пациента.

Как отметил Д.Пушкарь, в России сегодня имеются все формы тестостерона, существующие в мире, и у врача есть возможность выбирать. Но прежде чем назначать препараты, следует определить уровень гормонов, в том числе тестостерона, выяснить, нет ли противопоказаний.

– По нашему мнению, эта терапия выигрышная, однако она должна применяться с осторожностью, – заявил главный специалист-уролог Минздрава России.

К сказанному присоединилась Г.Мельниченко:

– В наших руках есть великолепная опция, которая может помочь людям с разными стартовыми гормональными позициями. Почему мы должны отказывать человеку в 50 лет в возмещении нехватки гормонов, осторожном, аккуратном, под контролем специалистов, что даст ему возможность активной жизни на протяжении долгого времени?

– Но это не должна быть волшебная таблетка для всех, – подчернула Галина Афанасьевна. – Мы решаем вопросы конкретного человека.

– И тестостерон-заместительная терапия для мужчин, и менопаузальная заместительная терапия для женщин нужны, – заключил Г.Сухих. – Главное – выбрать тот препарат, ту дозу, ту комбинацию, которые будут наиболее приемлемы для пациентов, и не пропустить время, начать терапию в период так называемого терапевтического окна, совпадающего с переходом от молодости к зрелому возрасту. Если человек забыл о себе, решив в 53 года, что жизнь прошла, а в 59 лет вдруг вспомнил о своей жизни, то может получить горькое разочарование – многие возможности уже утрачены, какие бы молекулы тестостерона он ни принимал. Немалую роль играет и способ доставки препарата. Так, чрескожное применение порой в 10 раз снижает необходимую дозу.

Наша цель – сохранение качества жизни пациентов, повышение уровня удовлетворённости ею, – подчеркнул академик.

Ради интересов пациентов, однако...

– Чем бы мы ни занимались, во главе угла должна стоять биоэтика, – отметил в своём выступлении профессор из США Ф.Червенак. – Если мы не придерживаемся её принципов, то это – катастрофа. Ещё Джон Грегори из Великобритании в XVIII веке сформулировал этическую концепцию медицины как профессии: врач должен быть компетентным в научном, этическом и клиническом смысле, отстаивать интересы пациентов, отрешиться от корпоративного духа, когда речь идёт о здоровье.

– По моему мнению, врач должен зарабатывать неплохие деньги (выше среднего уровня), но на первом месте у него всегда должен быть пациент, – выразил свою точку зрения Ф.Червенак.

Остановившись на этических аспектах родоразрешения путём кесарева сечения, в частности выполнении его по желанию женщины, Ф.Червенак сказал:

– Если пациентка настаивает на операции, хотя никаких оснований для этого нет, то я бы рекомендовал не идти у неё на поводу.

По словам профессора, в США менее 1% женщин настаивают на кесаревом сечении, что связано с проблемами консультирования.

...Биоэтика, новые технологии, современные исследования – научная программа конгресса была обширной. Она включала большое количество симпозиумов, пленарных заседаний, школ, где обсуждались актуальные вопросы акушерства, гинекологии, перинатологии и, конечно, репродуктологии.

Заместитель министра здравоохранения России Татьяна Яковлева, приветствуя участников научного форума, поблагодарила всех собравшихся за труд:

– Мы с вами неплохо поработали. В стране достигнут исторический минимум материнской смертности. Выполнили четвертую и пятую Цели тысячелетия. Но предстоит ещё многое сделать в сфере охраны репродуктивного здоровья населения.

Заместитель министра обратила внимание на 3 наиболее важные задачи: широкомасштабное информирование населения в области здорового образа жизни и профилактики заболеваний («Здесь велико значение первичного звена здравоохранения»), борьбу с абортными («Да, у нас за 5 лет почти на 25% снизилось их число. Но до сих пор социально-медицинские центры, играющие в этом большую роль, открыты ни при всех женских консультациях и не во всех субъектах», – заметила она) и внедрение новых репродуктивных технологий.

– Не должно быть регионов, где существуют очереди на ЭКО, – заявила Т.Яковлева.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Потомственное служение медицине принято в обществе с античных времён. У её основателя Гиппократа отец был врачом, а мать – акушеркой. Великий Парацельс – сын лекаря. Создатель анатомии человека и хирург Везалий происходил из рода медиков. И этому перечислению династий в медицине нет конца.

Согласно социологическому исследованию К.Калашниковой (2012), в сегодняшней России около 50% врачей из медицинских семей. Что бы делало здравоохранение без этой династической опоры?

Продолжение дела отцов и матерей применительно к любой профессии, это естественный процесс. И понятно почему. С детства ребёнок знакомится и впитывает профессиональные обстановку, разговоры, заботы, инструменты, любовь и преданность делу родителей, тем более если это медицинская среда. В таком случае образование будущего врача начинается задолго до поступления в медицинский институт и имеет дополнительные профессиональные значимые преимущества. Тут ни у кого нет сомнений, «хорошо» это или «плохо». И количество династических врачей, а часто и их качество убедительно говорят сами за себя.

Вспомним хотя бы один пример из недалёкого прошлого. Александр Вишневский – крупнейший хирург, создатель Института хирургии, академик АМН СССР. Его сын Александр Вишневский достиг не меньших высот. Блистательный разносторонний хирург, он возглавил и расширил после отца институт, был избран академиком АМН СССР. Далее – уже его сын Александр Вишневский (младший) стал прекрасным полостным

хирургом, профессором, заместителем директора института им. А.В.Вишневского по науке.

Подобные иллюстрации высокой семейственности можно бесконечно продолжать. Вместе с тем в советское время сложилось какое-то странное убеждение, что династии у рабочих – это хорошо, а династии у интеллигенции – это плохо.

членом-корреспондентом или академиком. В этом нет ничего зазорного. Но достойно ли дитя по своим научным заслугам быть избранным или действует принцип грибоедовской пьесы «Горе от ума» – «Ну, как не порадовать родному человечку». Вот в чём вопрос! Первое – надо всячески поддерживать, а второе – исключать.

ность к профессии и лучше с ней адаптированы, нередко с ускоряющим темпом овладения знаниями и мануальными навыками.

Династичность в медицине нужно не отвергать, а глубоко и всесторонне изучать как естественно сложившийся феномен профессиональной преемственности и кадровых ресурсов. Мы

Точка зрения

Из рода медиков...

Кто и как относится к этому явлению

Приведём пример. Всемирно известный невролог Николай Коновалов, вице-президент АМН СССР и директор института неврологии, чтобы избежать упрека в семейственности, направил своего старшего сына Александра для обучения неврологии в институт нейрохирургии. Однако его увлекло мощное притяжение смежной специальности, и Александр Николаевич стал видным нейрохирургом. Неврология потеряла своего вполне вероятного лидера. Правда, в данном случае медицина в целом не проиграла.

Дело, на мой взгляд, не в том, что сын или дочь действующего академика избирается

Конечно, условия избрания учёного РАН надо формулировать очень чётко, с акцентом, прежде всего, на высокую планку уже состоявшихся научных свершений кандидата.

Династии в медицинской науке и здравоохранении следует рассматривать как важную социально-профессиональную группу, обеспечивающую кадровый потенциал данных отраслей. Процесс династичности включает в себя трансляцию профессионального опыта, навыков, ценностей и знаний посредством родственных связей. Как показывает жизнь, потомственные медики часто демонстрируют большую эмоциональную привержен-

должны понимать, что династии врачей и научных работников являются одним из главных резервов укомплектования медицины квалифицированными специалистами.

Крупному учёному никогда не надо стесняться поддерживать своих детей на научной стезе, если, разумеется, они достойны этого своими талантами, трудолюбием, порядочностью и служением людям.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии России.

**Национальный
научно-практический центр
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.**

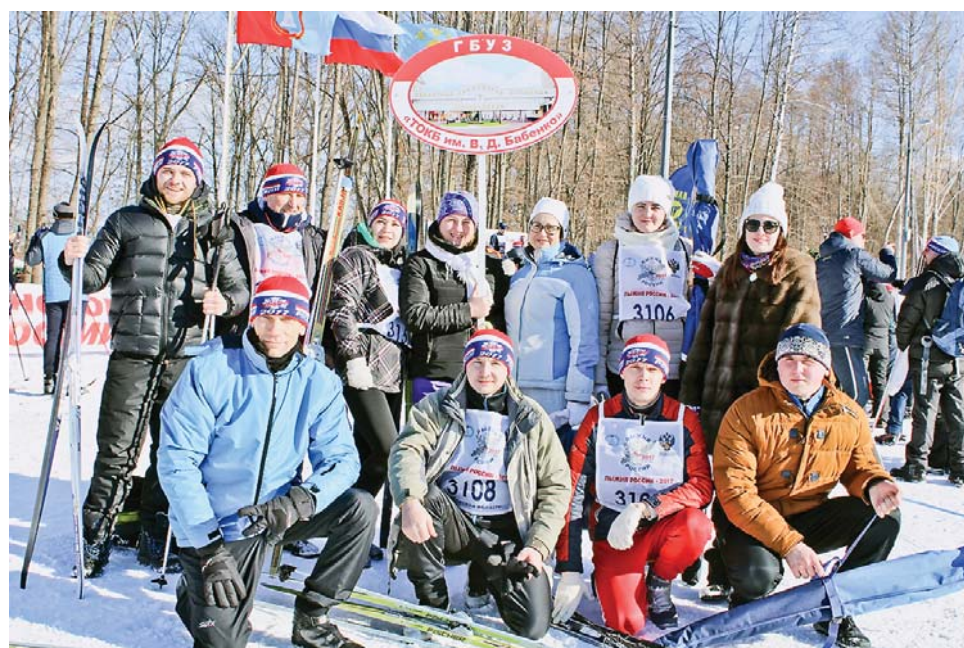
Здоровая жизнь

Вышли на лыжню России

Они сменили белые халаты на спортивные костюмы

Порадовала природа солнечным морозным днём участников и зрителей 35-й Всероссийской массовой лыжной гонки, что собрались на старт в притамбовском парке «Дружба». Действительно чудесное время года сопутствовало любителям одного из самых массовых видов зимнего спорта. Отсюда и отличное настроение, и всё возрастающее желание приобщиться к массовому мероприятию, собравшему более 6 тыс. лыжников из областного центра и всей Тамбовщины. Среди них – рабочие и фермеры, домохозяйки и инженеры, учителя и чиновники. Не ударили лицом в грязь и медики. Они тоже дружно и организованно вышли на «Лыжню России».

Среди тех, кто сменил белые халаты на спортивные костюмы, выделялись лыжники Тамбовской областной клинической больницы им. В.Д.Бабенко. В их числе – операционная медсестра Людмила Биттер, инструктор ЛФК Екатерина Шибкова, хирург Иван Иванов, заместитель главного врача Геннадий Калугин, инженер-программист Вадим Юрьев и другие. Их отличала особая



Команда медиков областной больницы после финиша

слаженность, организованность, спортивный азарт. Это и отразилось на результатах. По словам главного судьи «Лыжни России» Александра Кейно, медицинские работники прошли дистанцию по-спортивному: без нарушения правил гонки, с общим хорошим результатом.

По словам председателя первичной профсоюзной организации областного лечебного учреждения Ольги Неудахиной, отвечавшей за подготовку спортсменов-любителей к Всероссийской лыжной гонке, результаты участия медиков в этом мероприятии неизмеримо больше,

чем простое прохождение трассы. Дело в том, что долг медицинских работников – всемерно пропагандировать здоровый образ жизни. Что они и подтвердили на практике. Важен и второй фактор, заключающийся в личном участии в этой гонке. Многие из участников со школьных и студенческих лет не становились на лыжи. А участие в таком важном мероприятии напомнило многим, что путь к долголетию лежит через вот такой прекрасный день, такие «обыкновенные» лыжи и создаёт незабываемое впечатление от жизни...

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внест. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.

Проекты

Скрининг на рак лёгких

Компьютерная томография становится на защиту

По сообщению пресс-службы Департамента здравоохранения Москвы, в столице стартует пилотный проект по диагностике заболеваний у людей, подверженных табачной зависимости. Современная методика низкодозной компьютерной томографии позволяет диагностировать рак лёгкого более точно, а количество выявленных случаев на ранних стадиях увеличивается более чем в два раза.

Новая программа «Низкодозная компьютерная томография грудной клетки – скрининг рака лёгкого и других заболеваний органов грудной клетки» разработана Научно-практическим центром медицинской радиологии столичного Департамента здравоохранения.

Обследование предназначено для пациентов, входящих в группу риска и имеющих стаж курения более 30 лет. Исследование актуально и для бросивших курить менее 15 лет назад.

Получить направление на скрининг можно в городской поликлинике у терапевта, участкового врача или врача общей практики. Обследование будут проводить специалисты лучевой диагностики в Московском научно-практическом центре борьбы с туберкулёзом (ул. Стромынка, д. 10) и 10 городских поликлиниках, которые участвуют в пилотном проекте. Скрининг можно сделать бесплатно по полису ОМС.

Перед прохождением низкодозной компьютерной томографии пациенту предложат заполнить специальную анкету, в которой необходимо указать стаж курения и количество употребляемых сигарет, наличие онкологических заболеваний у родственников и т.д.

Результаты скрининга каждого пациента вносятся в общую городскую базу (Единый радиологический информационный сервис и ЕМИАС) и доступны врачам городских поликлиник. При наличии показаний пациент может быть направлен на дополнительные обследования или консультации специалистов, в том числе онколога.

Вне зависимости от результатов скрининга всем пациентам, употребляющим табачные изделия, рекомендуют посетить в поликлинике кабинеты по отказу от курения.

Существующая практика проведения флюорографии не направлена на выявление ранних стадий рака лёгких. Ранее исследования (низкодозная компьютерная томография) проводились в США, Голландии, Италии, чтобы определить эффективность методики для скрининга рака лёгких. Московский проект впервые вводит этот метод в практику и делает его доступным для жителей.

Итоги проекта в Москве будут подводиться каждые 3 месяца. В каждом квартале обследование смогут пройти 3,6 тыс. человек. Данные диагностики помогут провести первое в мире кластерное, рандомизированное, популяционное научное исследование скрининга рака лёгких.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

Москва.

В экономически развитых странах наиболее частыми причинами смерти являются сердечно-сосудистые (ССЗ) и онкологические заболевания, однако и в кардиологии, и в онкологии за последние 30 лет произошли впечатляющие изменения. В мире наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, но одновременно с этим благодаря более раннему выявлению опухолей, разработке и внедрению новых методов лечения возрастают и шансы на благоприятный исход.

Так, например, 5-летняя выживаемость при ранних стадиях рака молочной железы с 1990 по 2012 г. повысилась с 79 до 88%. Аналогичные успехи достигнуты в лечении целого ряда других опухолей. Во многих случаях рак из неизбежно фатального, терминального заболевания превратился в хроническое состояние, которое при адекватном лечении может контролироваться годами и непосредственно не определяет прогноз пациента. В результате растёт число лиц, переживших злокачественную опухоль. Предполагается, что к 2022 г. оно увеличится ещё на 30% и только в США достигнет 18 млн.

Бремя сердца

Несмотря на успешное лечение от рака, общий прогноз может оставаться неблагоприятным в связи с развитием осложнений лечения, в первую очередь – ССЗ. Современные химио- и лучевая терапия могут сопровождаться как прямыми, так и непрямыми (например, за счёт изменения образа жизни) негативными воздействиями на сердце и сосуды. Через 15 и 25 лет после перенесённого в детстве онкологического заболевания кардиальная смертность в 8,2 раза, а частота хронической сердечной недостаточности – в 15 раз превышают аналогичные показатели в сравнимой по возрасту и полу популяции.

У взрослых связь сердечной патологии с химио- и лучевой терапией не так очевидна, поскольку добавляются возраст и другие «обычные» факторы риска. Тем не менее, по данным исследования, опубликованного в минувшем году, и у взрослых через 2 года после установления онкологического диагноза частота ССЗ значительно выше, чем в контрольных группах: при множественной миеломе, например, – на 70%, при раке лёгкого – на 57%, а при неходжкинских лимфомах – на 41%.

У женщин старше 50 лет, леченных от рака молочной железы, риск смерти от ССЗ существенно выше, чем у их ровесниц, не болевших раком, и выше, чем риск смерти от самой опухоли или её рецидивов. Кардиальный риск после онкологического лечения варьируется в широких пределах в зависимости от типа опухоли, вида терапии, продолжительности применяемых доз, а также, что не менее важно, от наличия «обычных» факторов риска и сердечной патологии в анамнезе. Это определяет необходимость целевых профилактических программ для пациентов с наиболее высоким риском развития ССЗ.

Наличие кардиологического заболевания, его развитие или усугубление во время химио- или лучевой терапии может существенно повлиять на выбор тактики онкологом, привести к замене препаратов, снижению доз, перерывам в жизнеподдерживающем лечении. Более того, потенциально важная противоопухолевая терапия может быть вообще отменена (что не всегда в самом деле необходимо) в связи с предполагаемым увеличением сердечно-сосудистого риска.

Как совместить минимизацию кардиотоксичности и сохранение эффективного противоракового лечения? На этот вопрос пытается ответить новое направление медицины, которое сейчас во всём мире принято называть «кардиоонко-

Авторитетное мнение

Шанс, который нельзя упустить

Кардиоонкология: на пути к мультидисциплинарности

гия». Основная задача этой области – оптимизация кардиологической помощи пациентам с онкологией как во время лечения, так и после его окончания.

Что делать?

Говоря о конкретных наиболее актуальных проблемах в области кардиоонкологии, обычно начинают с антрациклинов, которые давно и эффективно используются в лечении различных злокачественных новообразований и о кардиотоксичности которых известно не только онкологам, но и большинству интернистов. Эти препараты могут повреждать миокард, что приводит к развитию кардиомиопатии, дисфункции левого желудочка и сердечной недостаточности.

До недавнего времени считалось, что антрациклин-индуцированная дисфункция левого желудочка необратима, прогноз при ней был хуже, чем при большинстве других кардиомиопатий. В настоящее время таких пациентов лечат, как и больных с сердечной недостаточностью другой этиологии, например, постинфарктной, с применением в первую очередь блокаторов ренин-ангиотензиновой системы и бета-адреноблокаторов. Многообещающие результаты получены и при профилактическом применении этих групп препаратов.

Симптомы сердечной недостаточности, что характерно, появляются не сразу, а спустя месяцы и даже годы после химиотерапии, когда произошедшие необратимые изменения миокарда делают терапию малоэффективной. Снижение фракции выброса левого желудочка – недостаточно надёжный и тоже относительно поздний показатель кардиотоксичности, в связи с чем в настоящее время большое внимание уделяется поиску ранних и более чувствительных предикторов развития кардиомиопатии. Таким образом, и современная диагностика, и лечение кардиомиопатии, ассоциированной с химиотерапией, требуют участия кардиологов, которые, в свою очередь, должны иметь соответствующие знания и навыки в этой специфической области.

О побочных эффектах других препаратов известно меньше. В частности, фторпиримидины могут являться причиной острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда, желудочковых тахикардий и внезапной сердечной смерти. Онкологи знают об этих осложнениях, но не всегда могут вовремя их распознать. По данным ретроспективных исследований, частота сердечных осложнений составляет 1-3%, а в проспективных работах, учитывающих бессимптомные изменения ЭКГ, достигает 8-12%. Проблема усугубляется тем, что механизм кардиотоксичности этих препаратов до сих пор не изучен, а средства с доказанной эффективностью для лечения и предотвращения повторных коронарных осложнений при продолжении химиотерапии неизвестны. Фторпиримидины применяются в лечении многих опухолей: кишечника, желудка, печени, головы и шеи, рецидивов и метастазов рака молочной железы, что определяет большое общее число пациентов, подверженных риску осложнений.

Когда есть цель

Внедрены и продолжают разрабатываться новые, нацеленные на клеточные сигнальные механизмы, «таргетные» препараты, которые могут оказывать негативное воздействие не только на опухоль, но также на сердце и сосуды. Многие из этих веществ являются ингибиторами тирозинкиназы, потенциально чреватыми целым рядом побочных эффектов, таких как кардиомиопатия, артериальная гипертония, удлинение интервала QT на ЭКГ и аритмии. Классический пример – ингибиторы HER2 рецепторов, значительно повышающие выживаемость при раке молочной железы. Первый представитель этого класса, по данным ранних клинических исследований, вызывал снижение сократимости левого желудочка в 14% случаев, а по данным регистров, включающих более пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями и факторами риска, – в 42% случаев. У большинства больных дисфункция сердца преходящая, и многие могут с успехом завершить полноценный курс лечения, однако оно должно сопровождаться обязательным кардиологическим мониторингом, в особенности если препарат назначается после антрациклинов.

Ещё одна группа таргетных препаратов – ингибиторы ангиогенеза – вызывают артериальную гипертонию со всеми её возможными негативными последствиями. Более того, по некоторым данным, повышение АД указывает на противоопухолевую эффективность препарата. Тщательный мониторинг и грамотное применение антигипертензивных средств позволяет не прерывать терапию вследствие гипертонии и её осложнений.

Вместе с тем старение населения приводит к тому, что всё чаще и чаще у одного и того же пациента имеются и онкологическая, и сердечная патология. Кардиологи и терапевты должны учитывать лекарственные взаимодействия противораковых и кардиологических препаратов, их возможные взаимные влияния на метаболизм, концентрацию и эффективность, а также потенцирование неблагоприятных действий, в частности удлинения QT и аритмий. Новые и новые лекарства, о побочных эффектах которых мы ещё не знаем, выходят на рынок, и кардиологи должны быть насторожены в отношении их потенциальной кардиотоксичности.

Зловещие лучи

Ещё один опасный для сердца и сосудов вид лечения – это лучевая терапия, направленная на средостение или левую половину грудной клетки, чаще всего по поводу лимфом или рака молочной железы. Облучение поражает все структуры сердца. Пациенты, вылеченные онкологами, могут



заболеть коронарной болезнью, клапанным пороком сердца, перикардитом, сердечной недостаточностью, нарушениями проводимости, требующими искусственного водителя ритма.

У лиц, переживших лимфому Ходжкина, риск смерти от инфаркта миокарда в 2,2-6,7 раза выше, чем в популяции. Риск лучевого поражения сердца не только сохраняется пожизненно, но со временем нарастает. Частота отдалённых кардиальных осложнений через 15 лет после облучения составляет 9,6%, а через 25 лет – как минимум 23%, при этом средний возраст начала клинических проявлений – 48 лет.

Современные методики лучевой терапии позволяют существенно снизить риск поражения сердца, но этими преимуществами смогут воспользоваться только «новые» пациенты, а те, кого лечили раньше (особенно в детстве или в подростковом возрасте), сейчас ещё достаточно молоды и подвержены сердечно-сосудистому риску, который с годами будет только расти. Заболеваемость лимфомой Ходжкина среди молодых людей в 1995 и 2002 гг. составляла соответственно 2,7 и 3,6 на 100 тыс. человек, полное выздоровление достигнуто более чем у 85% больных. Если учесть, что поражение внутригрудных лимфоузлов с показаниями к облучению имеется у 60-70% пациентов и что большинство из них получили лечение в возрасте до 30 лет, можно примерно определить количество лиц, выздоровевших от лимфомы и теперь имеющих шансы заболевания и смерти от лучевой патологии сердца.

Поскольку облучение – аддитивный фактор риска ИБС, пациентам необходимы активная профилактика осложнений атеросклероза и регулярный тщательный скрининг для раннего её выявления, предотвращения инфаркта миокарда и сердечной смерти. Ситуация усугубляется тем, что ишемия миокарда у таких больных зачастую не выявляется, а обнаруживается только при целенаправленном обследо-

вании, либо уже при инфаркте миокарда. Лучевые терапевты знают об этом риске, однако первые симптомы сердечной патологии выявляются, как правило, тогда, когда пациенты уже давно не наблюдаются у онколога.

Да и методы диагностики, профилактики и лечения лучевых осложнений (ишемии миокарда, рестриктивной кардиомиопатии, констрикции перикарда, блокад сердца и т.д.) находятся в ведении кардиологов и кардиохирургов. Вместе с тем не только пациенты, но и терапевты, и кардиологи, к которым они обращаются, недостаточно информированы об отдалённых последствиях облучения для сердца. Специалисты говорят о необходимости целенаправленного пожизненного диспансерного наблюдения с применением инструментальных методов для активного выявления поздних лучевых осложнений. Кроме того, необходимы: обучение пациентов, направленное на здоровый образ жизни, выявление и коррекция у них всех модифицируемых факторов риска, таких как гипертония, сахарный диабет 2-го и дислипидемия. К сожалению, такие программы пока не внедрены в практику здравоохранения.

Совместными усилиями

Наиболее частые сосудистые осложнения в онкологии – тромбоз эмболии, обусловленные, в частности, прокоагулянтным действием опухолевых клеток и химиопрепаратов. Риск тромбоза возрастает при раке в 7 раз, и они вносят значительный вклад в смертность онкологических больных. Это известно и онкологам, и большинству терапевтов и кардиологов, однако больных с тромбозами или высоким их риском часто недо лечивают. В частности, из-за опасений тромбоцитопении (не всегда оправданных) врачи могут снижать дозы и даже отменять антитромботические препараты у больных с фибрилляцией предсердий и даже механическими протезами клапанов.

Число ситуаций при планировании и в ходе противоракового лечения, требующих совместного решения онкологом и кардиологом, а подчас и целым рядом других специалистов, постоянно возрастает. Сообщества кардиологов и онкологов во всём мире осознают важность сотрудничества, и это уже привело к появлению некоторых документов рекомендательного характера в этой области. Создано международное общество кардиоонкологов, сформирована рабочая группа по кардиоонкологии и в Российском обществе специалистов по сердечной недостаточности. Во многих развитых странах появились отделения и центры кардиоонкологии, основными задачами которых являются стратификация сердечно-сосудистого риска перед онкологическим лечением, раннее выявление, предупреждение, мониторинг и лечение кардиотоксичности в ходе лечения и после него.

Вместе с тем огромное число вопросов пока остаётся без ответа, и для их решения нужны серьёзные совместные исследования. Сотрудничество специалистов будет играть важную роль в развитии и внедрении моделей ведения пациентов, образовательных программ для врачей и больных, проведении клинических доказательных исследований, направленных на улучшение помощи онкологическим больным.

Мария ПОЛТАВСКАЯ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кафедра профилактической
и неотложной кардиологии
Первого Московского
государственного медицинского
университета
им. И.М.Сеченова.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 13 (2043)

(Продолжение.)

Начало в № 12 от 17.02.2016.)

Алгоритм и эффективность применения магнитотерапии у различных категорий пациентов

Магнитотерапия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Существует довольно большое количество исследований, посвящённых оценке терапевтической эффективности МТ в лечении пациентов с заболеваниями суставов. Так, в ходе проспективного, рандомизированного, плацебо-контролируемого двойного слепого исследования, проводимого в клинических центрах Москвы и Казани, установлено, что у пациентов с гонартрозом (ГА), получавших воздействие БИМП (20 мТл, частота 6,24 Гц), выявлена более высокая клиническая эффективность по изменению показателя «Боль и дискомфорт», согласно опроснику EQ-5D, изменению объёма суставов по сравнению с пациентами, получавшими плацебо-воздействие. При этом в основной группе (75 пациентов) получено снижение показателя «Боль и дискомфорт» на 57,3%, тогда как в группе «плацебо» (95 пациентов) – лишь на 37,9%. В то же время в данном исследовании не было выявлено достоверных различий по динамике функциональных показателей поражённых суставов (угол сгибания и разгибания, объём поражённого сустава, ходьба на короткие расстояния).

По результатам проспективного, рандомизированного, плацебо-контролируемого двойного слепого исследования (75 пациентов с гонартрозом), проводимого в течение 6 недель, было установлено, что низкочастотная МТ хорошо переносилась всеми пациентами и, в отличие от группы «плацебо», вызвала статистически значимые изменения по шкалам WOMAC и EQ-5D (Euro-Quality of Life). Так, после МТ данные по шкале WOMAC были следующие: общий счёт ($p = 0,018$), боль ($p = 0,065$), инвалидность ($p = 0,019$), по шкале EuroQol ($p = 0,001$). В группе «плацебо» статистически значимых изменений не выявлено. Авторы исследования не указывают параметры воздействия, но делают вывод о необходимости дальнейших исследований для выявления общей эффективности МТ при использовании разных видов магнитных полей, всевозможных протоколов лечения на различных популяциях пациентов.

Об эффективности МТ в лечении ОА свидетельствуют также данные мета-анализа 9 РКИ, включающего 483 пациента с остеоартритом коленного сустава, выявлены благоприятные эффекты импульсной магнитотерапии на клинические проявления остеоартроза (ВРС 0,4; 95% ДИ 0,05 до 0,8; $p = 0,029$) и уровень бытовой активности таких пациентов (ВРС 0,8; 95% ДИ 0,2 до 1,4; $p = 0,014$). Статистически значимых различий в эффективности в зависимости от протоколов МТ не было выявлено.

В двух систематических обзорах приводятся убедительные доказательства обезболивающего действия ИМП, что уменьшает локomotorную дисфункцию у пациентов с ОА. К аналогичным выводам приводят результаты РКИ, доказавшие значимые преимущества в группе пациентов ОА, получавших ИМП по сравнению с группой «плацебо».

В обзоре по изучению эффективности МТ у пациентов с ОА, проанализировавшем 9 РКИ (636 субъектов), установлено, что МТ влияет на уровень боли, но не изменяет качество жизни пациентов. В то же время были проведены РКИ среднего качества, свидетельствующие о статистически достоверном улучшении показателей медико-психологического тестирования, снижении тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и ОА под влиянием ОМТ.

В трёх обзорах исследователи приходят к выводу о необходимости дальнейшего исследования эффективности МТ при ОА, поскольку на данный момент не считают убедительными имеющиеся доказательства. Это может быть связано с низким качеством РКИ, вошедших в обзор.

В иностранных источниках есть ссылки на два РКИ, целью которых было изучение эффективности МТ при остеохондрозе шейного отдела позвоночника. Приведённые в них доказательства свидетельствуют о значимом положительном влиянии ИМП на болевой синдром и мышечный спазм.

В ходе РКИ (45 пациентов с болями в шейном отделе позвоночника) ИМП применялась на фоне комплексного лечения, авторы приходят к выводу о незначительном вкладе МТ в общую эффективность лечения.

Также немногочисленны РКИ, посвящённые выявлению эффективности МТ при посттравматическом тендините, хроническом эпикондилите, темпоромандибулярном синдроме, остеопорозе. В РКИ высокого качества было доказано достоверное улучшение метаболизма костной ткани (по уровню биохимических маркеров) и функции суставов под влиянием МТ (величина магнитной индукции – 4 мТл, частота – 30 Гц, экспозиция 60 минут) у

20 мТл по сравнению с 5 мТл. В течение 5 недель отмечалось постепенное уменьшение боли в 86% случаев. К аналогичным выводам приходят и другие авторы.

Применение ПМП (магнитных стелек) в течение более короткого времени (8 недель по 4 часа в день) не вызывало существенной динамики болевого синдрома в нижних конечностях по данным РКИ среднего качества. Также в плацебо-контролируемом РКИ у пациентов с фибромиалгией в течение 6 месяцев не было выявлено различий в выраженности болевого синдрома с группой «плацебо».

В то же время в другом многоцентровом (48 центров) РКИ высокого качества при изучении влияния ПМП на болевой синдром (375 субъектов с диабетической полинейропатией 2-3 ст.) установлено, что постоянное ношение в течение 3-4 месяцев магнитных стелек с индукцией 45 мТл значительно уменьшает чувство жжения ($p < 0,05$), онемение и покалывание ($p < 0,05$), а также боли в ноге ($p < 0,05$). Причём выявленные достоверные различия касались и пациентов с исходной

уменьшения болевого синдрома, увеличения бытовой активности, улучшения психоэмоционального состояния и в целом повышения качества жизни.

Магнитотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Существуют доказательства гипотензивного действия МТ, полученные в ходе нескольких РКИ среднего качества. В ряде исследований положительная динамика артериального давления (АД) подтверждается современными диагностическими методами.

В ходе нерандомизированного, плацебо-контролируемого исследования (162 пациента с артериальной гипертензией (АГ) 1-й и 2-й степени), по данным лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), было установлено существенное различие в динамике показателей микроциркуляции в группах, получавших МТ при различной локализации воздействий по сравнению с группой «плацебо». Так, было установлено достоверное увеличение изначально сниженного тонуса артериол (ALF/СКО $\times 100\%$) на 26% ($p < 0,001$) при локализации

Применение магнитотерапии в лечебно-профилактических и реабилитационных программах. Клинические рекомендации

Таблица 1
Модель пациента

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
Категория возрастная	Взрослые, дети с 10 лет
Стадия заболевания	Любая
Фаза заболевания	Любая
Осложнения	Вне зависимости от осложнений
Условия оказания помощи	Амбулаторно, дневной стационар, стационар, санаторий

Таблица 2

Перечень медицинских услуг с использованием магнитных полей

Код	Наименование медицинской услуги
A17.03.007	Воздействие магнитными полями при костной патологии
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов
A17.13.005	Воздействие магнитными полями при нарушениях микроциркуляции
A17.20.001	Переменное магнитное поле при заболеваниях женских половых органов
A17.24.009	Воздействие магнитными полями при заболеваниях периферической нервной системы
A17.26.002	Низкочастотная магнитотерапия на органы зрения
A17.30.014	Трансцеребральное воздействие магнитными полями
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)
A17.30.025	Общая магнитотерапия
A17.30.031	Воздействие магнитными полями

* в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (Приказ МЗ СР РФ № 1664н от 27.12.2011)

пациентов с остеопорозом на фоне гемофилии А. Следует отметить, что в отечественной физиотерапии гемофилия является абсолютным противопоказанием для назначения любого физического воздействия, в том числе и МТ.

Неоднозначные результаты получены в исследованиях по изучению клинической эффективности ПМП. В мета-анализе, учитывающем результаты применения ПМП с целью обезболивания по данным 21 РКИ (из них 15 хорошего качества), делается вывод об эффективности использования МТ при болевых синдромах, связанных не только с воспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и фибромиалгиями, но и с нейропатиями, а также в послеоперационном периоде.

Ещё в одном РКИ с наличием двойного слепого контроля изучена эффективность ПМП с различной индукцией у пациентов с хроническими поясничными корешковыми болями. Первичной конечной точкой в исследовании была средняя ежедневная боль в ноге в баллах (шкала 0-10). Установлены достоверные различия по уровню боли в зависимости от уровня напряжённости магнитного поля. Более высокие результаты получены при величине магнитной индукции

сильной болью, у которых не ранее, чем через 4 месяца уменьшились боли (основная группа – 41%, группа «плацебо» – 21%; $p < 0,01$), онемение и покалывание (основная группа – 32%, группа «плацебо» – 14%; $p < 0,01$).

Эти данные зарубежных исследователей представляют практический интерес, поскольку общеизвестно, что ПМП значительно уступает по эффективности ПеМП, БИМП и ВрМП и в отечественной физиотерапии этот метод используется с целью лечения болевых синдромов крайне редко. Следует отметить, что все приведённые доказательства эффективности ПМП были получены при длительной ежедневной экспозиции ПМП и курсах не менее 3 месяцев. В отечественной литературе есть наблюдения об эффективности ПМП в течение месяца наблюдений (180 пациентов с травмами спинного мозга). Показано, что назначение с 1-го дня после травмы в течение месяца ПМП 35-38 мТл позволяет ускорить процессы регенерации, восстановить утраченные функции до 76%, предотвратить развитие осложнений.

Таким образом, существуют довольно веские доказательства (IIA) эффективности применения МТ у пациентов с заболеваниями суставов на основании выявленного

МТ как на лобную, так и на воротниковую область, что сопровождалось улучшением кровенаполнения в капиллярном русле (ACF/СКО $\times 100\%$) на 17% ($p < 0,05$) при лобной локализации и на 21% ($p < 0,01$) при воздействии на воротниковую область. У пациентов группы «плацебо» не выявлено достоверных изменений ни по одному показателю ЛДФ. У пациентов со спастическим типом микроциркуляции, получавших магнитные воздействия, отмечено увеличение изначально сниженного показателя микроциркуляции (ПМ) на 8% ($p < 0,05$), снижение исходного гипертонуса артериол на 45% ($p < 0,001$), а также снижение показателя АНФ/СКО $\times 100\%$, что свидетельствовало об улучшении оттока в веноулярном отделе микроциркуляторного русла на 35% ($p < 0,05$). В группе «плацебо» достоверных изменений не выявлено. Эти данные подтвердились также достоверной положительной динамикой показателей мозговой гемодинамики в 87% случаев при лобной локализации и в 71% случаев при воротниковой локализации МТ. В целом, представленные данные по непосредственным результатам у больных с АГ свидетельствуют о более высокой эффективности применения лобной (87%) локализации МТ по сравнению с воздействием на воротниковую зону (73%) и особенно «плацебо» (33%).

Эффективность МТ при лобной локализации воздействий изучена также в нерандомизированном РКИ (60 пациентов с АГ первой и второй степени). В данном исследовании было проведено плацебо-контролируемое экспериментальное обоснование лобной локализации МТ. По результатам клинического исследования выявлено достоверное ($p < 0,001$) снижение систолического АД на 20,2% и диастолического АД на 14,3% ($p < 0,001$), снижение ударного объёма крови (УО) на 30,2% ($p < 0,001$), ударного индекса (УИ) на 25,8% ($p < 0,01$), минутного объёма крови (МОК) на 35% ($p < 0,001$), сердечного индекса (СИ) на 39,5% ($p < 0,001$) на фоне статистически достоверного снижения частоты сердечных сокращений (ЧСС) с 92,7 до 74,3 уд./мин. Под влиянием МТ в 87% случаев, по данным УЗДГ, отмечалась коррекция исходных нарушений мозговой гемодинамики, что выражалось в уменьшении гипертензивных реакций на компрессионные пробы ($p < 0,05$), устранении асимметрии (гемодинамического преобладания) ($p < 0,002$) и уменьшении явлений венозного застоя у 95% больных.

Позднее аналогичная динамика АД, показателей центральной гемодинамики, УЗДГ была получена в клиническом исследовании у 42 пациентов с АГ при применении сочетанного постоянного и ПеМП.

Эффективность МТ в лечении артериальной гипертензии в ряде исследований не столь высока (54,4%), что может быть связано с нерациональным выбором параметров МТ (магнитная индукция 3-5 мТл, 10 минут на поле, локализация на шейный отдел позвоночника и по ходу нервных стволов, иннервирующих нижние конечности).

Сегодня во всём мире стало модно быть молодым, здоровым, красивым. Люди стремятся вести активный образ жизни, занимаются физической культурой, спортом. И, конечно же, стараются правильно питаться. Тем временем учёные свидетельствуют: активную жизнь человека реально продлить до 120 лет. Физиолог И.Павлов был уверен, что люди должны жить до 100 лет. И во многом благодаря рациональному питанию.

В эти дни идёт широкая Масленица, когда люди объедаются блинами, веселятся. Но уже на масляной (сыропустной) неделе Церковь ограничивает человека в потреблении мяса. Со следующей же недели начинается самый строгий в году пост, который продлится до 15 апреля. Это значимый период в жизни христиан, период воздержания от пищи, подготовка к празднованию Пасхи.

В преддверии поста мы попросили профессора кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии последипломного образования, доктора медицинских наук, заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача РФ Валерия МАКСИМОВА поделиться своими мыслями о пользе и вреде добровольного воздержания от еды.

– Валерий Алексеевич, для начала ваше мнение о процессе старения...

– Я разделяю точку зрения современных физиологов, что практически любой человек при определенных условиях в состоянии жить до 100 и более лет. Продолжительность жизни определяется сложными взаимоотношениями процесса старения и процесса, направленного на сохранение жизнеспособности организма и увеличение продолжительности жизни, который получил название «витаукт» (от лат. «при-рост, приумножение»).

Старость – это своего рода заболевание, которое нуждается в лечении. Такого взгляда придерживался И.Мечников. Ещё в XIX веке он отмечал, что старение не является обязательным для организма физиологическим процессом. Вся наша жизнь – это процесс деления клеток. В идеальных условиях клетка может делиться бесконечно. Современные физиологи утверждают, что жизнь человека по сути бесконечна, ведь клетку в искусственной среде можно поддерживать постоянно. Эта теория имеет свою научную основу. Сегодня раскрыты многие тайны организма.

– По свидетельству историка Геродота, Пифагор систематически голодал до 40 дней в году. Авиценна рекомендовал пациентам воздержание от пищи до 3 недель. Во многих религиях с этой целью устанавливались посты. Какова их эффективность?

– Правильное питание – это не что иное, как умение разумно поддерживать жизнеспособность организма. В глубокой древности люди подметили пользу постов. Человеку вообще нужны ограничения. Врачи и философы, жрецы и монахи первыми прибегали к ограничению в пище. Пост никогда и никому не вредил.

Преподобный Иоанн Лествичник напутствовал: «Возобладай над чревом, пока оно над тобою не возобладало». Церковь порицает такие страсти, как многоедение, переизбыток и др. Во время поста происходит своего рода тренировка организма, он очищается от шлаков, делает своеобразную передышку, восстанавливается, готовится к функционированию в полную силу. Вследствие этого у человека появляется положительный настрой, поэтому даже в самых сложных ситуациях он способен находить выход.

Слово «пост» многозначное. Оно подразумевает не только воздержание от пищи, но и имеет отношение к воинству. У военных пост – это место, откуда ведётся наблюдение, охранение. Как это понятие близко сути поста – всмотреться в свою душу, сохранить её в чистоте, совершая больше добрых дел и усердно молясь! Всё это способствует всестороннему оздоровлению человека на физическом, душевном и духовном уровнях.

Первой отечественной научной работой, в которой речь идёт об этом, является «Слово о постах, как средстве, предохранительном от болезней» доктора медицины профессора П.Вениаминова, озвученное им 23 апреля 1769 г. в стенах Московского университета в 40-й день рождения императрицы Екатерины II. Обратите внимание, как учёный назвал свою работу. Мы в XXI веке не можем чётко сформули-

Наши интервью

Подняться над чревом...

Пока оно не поднялось над нами



ровать идею оздоровления нации, а П.Вениаминов ещё в XVIII веке её блистательно выразил. Он положил врачам основу для назначения периодического воздержания от пищи в целях лечения многих болезней.

Я считаю забытую работу учёного уникальной, это первый научный труд на русском языке по гастроэнтерологии и, конечно, диетологии. Кстати, мне удалось найти этот трактат и переиздать его с предисловием, которое я написал с учётом современного понимания проблемы.

В христианстве посты существуют свыше 2 тыс. лет, постные дни составляют 182-207 дней в году. Если взглянуть на проблему с точки зрения биологии, мы обнаружим, что это не могло не сказаться на функциях печени, поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта, почек, всей выделительной системе организма. Была заложена определённая гормонально-ферментативная система, которая способствовала такому образу жизни. Но в XX веке с человека были сняты нравственные и религиозные ограничения. И что мы получили? Многие стали есть без ограничений. Сегодня мы всё чаще диагностируем у достаточно молодых людей метаболический синдром, ранний атеросклероз, желчнокаменную болезнь, сахарный диабет, гепатоз и их тяжелейшие осложнения.

– Признавая эффективность лечебного голодания, официальные наука и медицина игнорировали этот метод. До сих пор остаются тёмные зоны этой проблемы, ведь голодание может как принести пользу, так и нанести вред. Насколько оправданно для организма оказаться в стрессовой ситуации вследствие добровольного отказа от пищи? Как вы считаете, сейчас есть интерес к научному изучению и более широкому применению подобного метода в медицинской практике?

– Я вижу, что в настоящее время отмечается интерес к научному

изучению и более широкому применению метода разгрузочно-диетической терапии (РДТ), или, как говорили прежде, – лечебного голодания. Сегодня уже не вызывает сомнений обоснованный многочисленными фундаментальными физиологическими, нейрофизиологическими, биохимическими, гормональными, иммунологическими и другими исследованиями высокий терапевтический эффект дозированного голодания при целом ряде нервно-психических заболеваний и заболеваний внутренних органов. Научная аргументация безвредности и саногенетического воздействия метода РДТ обусловила его признание врачами и пациентами.

ны грамотные специалисты, хотя это вовсе не значит, что каждый обязан владеть методикой РДТ, но знать о ней должен.

Зачастую на начальных стадиях гипертонической болезни, бронхиальной астмы, сахарного диабета вполне возможно скорректировать состояние организма без медикаментозного вмешательства. А что чаще всего получается на практике? Пришёл пациент в поликлинику с повышенным давлением, ему тут же назначают гипотензивные препараты да ещё в большинстве случаев прописывают мочегонные и рекомендуют ограничить потребление жидкости. Хотя следовало бы поступить иначе и помочь че-

– Мне кажется, то, о чём вы рассказываете, напрямую связано с исследованиями японского учёного, молекулярного биолога из Технологического университета Токио Ёсинори Осуми, удостоенного в 2016 г. Нобелевской премии в области медицины за открытие механизмов аутофагии...

– Вне сомнения. Аутофагия как раз и подразумевает очистку клетки, о чём мы говорили. Ё.Осуми сумел выделить 15 генов семейства ATG, которые отвечают за процесс клеточной самоочистки. Они чрезвычайно важны для борьбы с вирусами и токсическими веществами. Учёный подтвердил, что

Что касается воздержания от пищи, это действительно стресс для живого организма, равно как и вся наша жизнь – стрессовое состояние, бесстрессовое существование невозможно. В норме организм индивида хорошо преодолевает такие вызовы. Эффект РДТ достигается за счёт того, что стресс стимулирует механизмы саморегуляции организма, которые обычно бездействуют из-за привычного образа жизни. Стресс является адаптивным ответом на изменения окружающей среды (ограничение или лишение пищи). Происходит перестройка организма, скажем так, «перезагрузка», ведь он вынужден начинать кормить себя сам. В ходе периодических разгрузочных дней и краткосрочного отказа от пищи запускается процесс регенерации и омоложения. Испытывая голод, тело бьёт тревогу, что проявляется выбросом гормонов и нейроэндокринными изменениями. Гормоны мобилизуют внутренние резервы организма. Механизмы саморегуляции оказывают лечебное действие. Так улучшаются многие биохимические показатели крови, снижаются уровни глюкозы и холестерина, инсулина и т.д. Физиологические системы организма нормализуются. Применение РДТ снижает потребление лекарств. Очень часто бывает, что таким образом организму удаётся победить болезнь. РДТ вышла из народной медицины и как метод лечения прошла этап научной доказательности, став таким образом методом научной медицины.

Однако некоторых людей, да и специалистов такой немедикаментозный метод лечения пугает, ведь неясно, как отреагирует организм. Тем не менее сегодня многие соглашаются на краткосрочное добровольное воздержание от пищи с учётом показаний и противопоказаний, и, что очень важно, под наблюдением врача, который владеет этой методикой. Рациональное пищевое поведение помогает не только избавиться от лишних килограммов, но и укрепляет организм, продлевает видовую и индивидуальную продолжительность жизни. За такими методиками – будущее.

– Значит, всякий врач должен знать об этой методике оздоровления?

– Бесспорно. К сожалению, в медицинских вузах студентам не говорят о РДТ. Необходимо вносить коррективы в программы вузовской подготовки специалистов. Остаётся вопрос и с последипломным обучением. Я полагаю, вопросы РДТ должны быть включены в программы повсеместно – любая кафедра должна освещать их. А начинать надо со знания наших глубоких корней, ведь русские врачи начали использовать такое лечение в XVIII-XIX веках. Нам нуж-

ловету, прежде всего с помощью правильного питания, не усугубить заболевание.

Казалось бы, какое отношение РДТ имеет к акушерству и гинекологии? Но выполненные на основе многолетних наблюдений работы демонстрируют, как с помощью курса воздержания от пищи удавалось оказывать позитивное воздействие на репродуктивную функцию женщины, у которой не наступала беременность или не происходило вынашивания. Я и в своей практике неоднократно наблюдал подобное. Акушеры-гинекологи должны знать об этом. То же касается и хирургов. Выполнивший впервые в стране пальцевую митральную комиссуротомию корифей сердечно-сосудистой хирургии А.Бакулев описывал, что если она проводилась после РДТ, то осложнений было намного меньше.

До сих пор не прекращающийся исследовательский процесс изучения и развития метода РДТ строится на базисе, который заложил учёный-патологический физиолог, начальник Военно-медицинской академии, академик В.Пашутин. В нашей стране вышли в свет целый ряд монографий, сотни статей, методические рекомендации. Опубликовано первое в мире руководство для врачей «Разгрузочно-диетическая терапия» под редакцией профессора А.Кокосова. Всё это свидетельствует о высоком положении данного терапевтического метода в научной медицине. Год назад мне удалось утвердить в РМАПО 36-часовую программу по РДТ в рамках последипломной подготовки специалистов, которую можно использовать для преподавания. Как видите, в стране накоплен опыт, аналогов которому нет в мире.

Конечно же, нам надо помнить, что начало широкого клинического применения РДТ связано с именем доктора медицинских наук профессора Ю.Николаева, психиатра, который впервые ввёл термин РДТ и подтвердил перспективность этого метода, использовавшегося им для лечения людей, страдающих психическими заболеваниями. Со временем он разработал клинические рекомендации, утверждённые Минздравом страны. Значительный вклад внесли представители Санкт-Петербургской школы, в частности сотрудники Военно-медицинской академии профессора Е.Ткаченко, И.Хорошилов, В.Луфт, а также пульмонолог доктор медицинских наук А.Кокосов, профессор Е.Лаптева и С.Осинин. С успехом продолжает это направление тюменская школа С.Муравьёва. Этот метод лечения прошёл научно-практическую апробацию в клиниках страны. Развитие РДТ в России идёт волнообразно. Сейчас как раз пришло время вновь обратиться к накопленному веками полезному опыту.

гены аутофагии активизируются, когда клетка находится в состоянии голода. Значит, умеренное потребление пищи или кратковременный отказ от неё ведут к тому, что в этот период клетка максимально мобилизует свои внутренние ресурсы для обеспечения нормальной жизнедеятельности и торможения процесса биологического старения. Голодая, клетки частично потребляют повреждённых и больных «сородичей», так организм переходит от экзогенного на эндогенное питание. Вот этот феномен аутофагии как раз и лежит в основе достижения лечебного эффекта РДТ, благодаря которой в нашей стране вылечились тысячи людей. В последнее время РДТ обогатилась новыми современными методиками, разработанными и апробированными в клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Улан-Удэ, Тюмени, Чите и т.д. Благодаря энтузиастам этого метода, в частности, министрам здравоохранения Республики Бурятия Б.Бальжирову и В.Кожевникову, начальникам городского отдела здравоохранения Улан-Удэ М.Халтаевой и В.Очирову, менеджеру К.Годинья, сотни врачей обучены методике РДТ, в течение 10 лет проводились научно-практические конференции «Байкальские чтения» с участием врачей из Германии, Японии, Австралии, ЮАР, Великобритании и международных экспертов.

– Какой видится вам перспектива этого направления?

– Не так давно премьер-министром Д.Медведевым подписана принятая на уровне Правительства РФ «дорожная карта» о превентивной медицине. Мне видится, что РДТ должна занять в ней достойное место. Было бы хорошо, если бы Минздрав России принял решение о включении РДТ в страховую медицину, чтобы для людей она стала бесплатной. Как в некоторых странах Европы, например в Германии, где 15-20% населения практикуют РДТ, а издержки покрываются за счёт средств социального страхования. А ещё в каждом санаторно-курортном учреждении нужно заниматься внедрением этой методики.

РДТ – это реальный метод лечения и оздоровления. Нам нужно принять как факт, что правильное, разумное питание сегодня должно стать образом жизни. Помимо лечения, этот метод можно проводить и для укрепления здоровья в виде разгрузочно-диетической профилактики. Даже для здоровых людей регулярная РДТ является лучшей превентивной мерой и омолаживающей терапией.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В клиниках и лабораториях

С позиций доказательной медицины

Использование сердечных гликозидов в современной клинической практике

Применение сердечных гликозидов в лечении хронической сердечной недостаточности, пароксизмальных тахикардий, а также для контроля частоты сокращений желудочков при постоянной форме фибрилляции предсердий следует рассматривать с позиций доказательной медицины. С учётом результатов современных клинических исследований показана возможность замены сердечных гликозидов препаратами групп ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов рецепторов ангиотензина II, диуретиков, блокаторов кальциевых каналов, β-адреноблокаторов с целью уменьшения риска токсического действия гликозидов, а в некоторых случаях и улучшения прогноза заболевания и качества жизни.

По возможности – избегать

В современной клинической практике сердечные гликозиды (СГ) находят довольно широкое применение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и тахикардия – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП), пароксизмальная наджелудочковая тахикардия – являются показаниями для назначения СГ. Рациональное лечение сердечной недостаточности по-прежнему является одной из актуальных проблем кардиологии. Наряду с сердечными гликозидами широкое использование получили различные новые кардиотропные средства.

По данным Росстата, в 2011 г. число больных сердечно-сосудистой патологией увеличилось на 3,8 млн человек (распространённость составила 26,6 на 1000 человек населения). В экономически развитых странах сердечная недостаточность наблюдается у 1-2% взрослого населения и более чем у 10% лиц старше 70 лет. ФП в мире страдают около 2% населения, в Европейском союзе насчитывается более 6 млн больных. Отмечается достоверное увеличение заболеваемости ФП с возрастом: так, после 80 лет она достигает 10%.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов 2012 г., применение дигоксина возможно для урежения частоты желудочковых сокращений при фракции выброса ниже 45% в случае невозможности использовать β-адреноблокаторы. Данное ограничение в первую очередь связано с узким терапевтическим окном и высоким риском токсических эффектов гликозидов, особенно в пожилом возрасте.

Использование современных лекарственных препаратов – ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), АРАII, диуретиков, β-адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов – позволяет по возможности избегать назначения дигоксина. СГ используются для лечения ХСН благодаря их способности усиливать сократимость миокарда и уменьшать проводимость, снижая частоту сердечных сокращений. Воздействуя на Na/K – АТФазу, СГ контролируют не только внутриклеточный градиент натрия и калия, но и экспрессию генов, и тканевой рост. Увеличение сократительной способности миокарда осуществляется в результате ингибирования Na/K – АТФазы.

Как, кому и когда

Перечень возможных показаний к применению сердечных гликозидов:

1. Случаи хронической застойной сердечной недостаточности вследствие мышечных и клапанных заболеваний миокарда, сопровождающиеся тахисистолической формой фибрилляции предсердий. Перевод тахи- в бради- (нормо-) систолическую форму ФП положительно воздействует на кардиогемодинамику и общее состояние

пациентов. По-видимому, это одно из немногих абсолютных показаний к применению СГ.

2. Сердечные гликозиды относительно показаны при заболеваниях сердца, когда на фоне застойной сердечной недостаточности сохраняется синусовый ритм, однако эффект гликозидов не столь очевиден, как при ФП. Усиление сократимости при ряде заболеваний – констриктивный или выпотной перикардит, клапанный стеноз устья аорты, гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией – способствует повышению нагрузки на миокард, гипоксии.

3. При митральном стенозе СГ не назначают в период синусового ритма, возможно их использование при присоединении правожелудочковой застойной недостаточности.

4. Применение СГ у пациентов с лёгочно-сердечной недостаточностью также вызывает определённые затруднения, что связано с наличием гипоксии к гиперкалиемии, сопутствующих газовому ацидозу у больных ХОБЛ. Стремление в подобной ситуации к замедлению синусового ритма путём повышения дозы СГ может вызвать у больного тяжёлую интоксикацию с выраженными нарушениями сердечного ритма. Более показаны средства, улучшающие бронхиальную проходимость, препараты, понижающие давление в лёгочной артерии, кислород.

СГ используются у больных с различными формами ИБС, осложнёнными застойной сердечной недостаточностью. СГ повышают потребность миокарда в кислороде, что при выраженном окклюзионном процессе в коронарных артериях может явиться дополнительным повреждающим фактором.

М.Кушаковский подтверждает общий положительный эффект СГ при левожелудочковой недостаточности, обусловленной острым коронарным синдромом, включая инфаркт миокарда (ИМ), особенно при сочетании сердечной недостаточности с АГ. Используемые для этого дозы СГ должны быть небольшими, строго контролируруемыми (медленное капельное вливание 0,05%-ного раствора строфантина 0,25 мл).

Не без «побочек»

Токсическое действие СГ обусловлено избыточным ингибированием Na/K-АТФазы, аккумулярующим кальций внутри клетки («кальциевая перегрузка»), и «спонтанным» высвобождением кальция из саркоплазматического ретикула, которое служит триггером замедления постдеполяризации и сердечных аритмий.

Клинические явления дигитальной интоксикации принято разделять на внесердечные и сердечные.

К внесердечным симптомам в порядке частоты развития относятся: тошнота, слабость, рвота, головокружение, нарушения зрения, головная боль и др.

Частота различных дигитальных аритмий в порядке частоты



Сердечный подход к кардиальным проблемам

развития: АВ-узловая блокада I степени (PQ ≥ 0,22 с), желудочковая экстрасистолия, желудочковая экстрасистолическая бигеминия, ускоренный ритма АВ-соединения и др.

Следует выделить весьма частые для дигитальной интоксикации ускоренные ритмы АВ-соединения, предсердную пароксизмальную тахикардию 3-й степени типа I.

Устранение токсических дигитальных аритмий:

1. Полная отмена гликозидов.
2. В/в капельно вливание 100 мг 0,9%-ного раствора калия хлорида; в конце вливания добавляют 5,0-7,0 мл 25%-ного раствора сульфата магния; в менее острых случаях панангин по 2 таблетки 3-4 раза в день, калий по 1,0 x 3-4 раза в день.
3. Подкожное введение 5-15 мл 5%-ного раствора унитиола.
4. Пропранолол по 10-20 мг x 2 раза в день с увеличением дозы на 20 мг на второй день (не больше 80-120 мг в день, 3 приёма).
 - Лидокаин в/в 80-120 мг за 2 мин с последующим капельным вливанием со скоростью 3 мг/мин;
 - Мексилетин в/в 200-250 мл за 5 минут с последующим вливанием со скоростью 60-90 мг/ч;
 - Верапамил (изоптин) в/в за 2 минуты 5-10 мг.

Клиницисты рекомендуют...

В международной клинической практике широко применяются иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина-1, β-адреноблокаторы, сравнение эффективности этих препаратов с гликозидами при лечении ХСН имело большое значение. Группа по изучению дигиталиса завершила рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование, в котором на протяжении 37 месяцев наблюдали 7,5 тыс. пациентов. Оказалось, что добавление дигоксина в дозе 0,25 мг/сут к базовой терапии диуретиками и иАПФ не привело к снижению смертности: через 37 месяцев смертность в группе пациентов, получавших дигоксин, составила 34,8%, а в группе приёма плацебо – 35,1%.

Зофеноприл достоверно снижает на 15% проявления сердечной недостаточности, риск повторного инфаркта миокарда, уменьшает потребность в нитратах. Помимо гипотензивного действия, препарат показал ещё один важный в лечении ХСН и ишемической болезни сердца эффект – антиангинальный – благодаря своей способности снижать общее периферическое сопротивление сосудов и уменьшать пред- и постнагрузку на сердце.

Строго по показаниям

За последние годы тактика ведения пациентов с фибрилляцией или трепетанием предсердий претерпела изменения. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование AFFIRM, включившее 4060 пациентов с ФП, продемонстрировало равнозначность методов восстановления синусового ритма и контроля частоты сокращений желудочков. Однако наличие постоянной формы ФП в долгосрочной перспективе повышает риск прогрессирования проявлений ХСН. Изучение лекарственных средств, используемых для контроля частоты сокращений желудочков (β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов), позволило выявить преимущества препаратов группы блокаторов кальциевых каналов.

На основании исследования уровня мозгового натрийуретического пептида, увеличение концентрации которого достоверно указывает на прогрессирование ХСН, было показано, что приём 360 мг дилтиазема или 240 мг верапамила в сутки у пациентов с постоянной формой ФП приводит к снижению уровня этого пептидного гормона, что коррелирует с увеличением толерантности к физической нагрузке.

Наша практика подтверждает эти данные. Большинство пациентов с постоянной формой ФП и фракцией выброса левого желудочка более 40%, длительно принимавшие до госпитализации дигоксин в дозе 0,125-0,25 мг, отмечают улучшение состояния после замены дигоксина на верапамил.

Таким образом, в настоящее время отмечается сужение спектра показаний для назначения СГ как в долгосрочной перспективе, так и в urgentных ситуациях. Но несмотря на это, СГ сохраняют своё место в комбинированной терапии у пациентов с систолической дисфункцией и низкой фракцией выброса (< 40%). Длительная терапия дигоксином требует тщательного контроля с целью выявления первых признаков гликозидной интоксикации.

Учитывая большой разброс продолжительности периода полувыведения дигоксина среди разных возрастных групп, мы считаем целесообразным выполнять контроль в сыворотке крови через 2 и 4 недели от начала лечения (терапевтическая концентрация в сыворотке 0,5-2,0 нг/мл) в случае медленного насыщения в дозе 0,125-0,5 мг/сут. При необходимости быстрого насыщения, когда пациент получает 0,5-1,0 мг дигоксина, а затем по 0,25-0,75 мг каждые 6 часов в течение 2-3 дней, после чего больного переводят на поддерживающую дозу 0,125-0,25 мг/сут, контроль уровня дигоксина в сыворотке необходимо провести на 3-4-й день и через 10-12 дней от начала терапии. Такой двукратный контроль сывороточной концентрации дигоксина позволяет максимально точно подобрать дозу с учётом индивидуальных особенностей фармакокинетики препарата у пациента и минимизировать риск токсического действия.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Московского областного научно-исследовательского клинического
института им. М.Ф.Владимирского.

Гипотезы

Выбить клин клином

С. Розенберг, работающий в Национальном институте здоровья, описал 50-летнюю женщину, мать 5 детей, которую он за 10 лет до того успешно вылечил от метастатического рака толстого кишечника с помощью иммунотерапии. Опухоль возникла в результате мутации в одном из генов Ras (сокращение от Rat sarcoma – саркома крыс, у которых она была впервые обнаружена). Женщина стала первой, кому помогла иммунотерапия после введения туморо-инфильтрирующих лимфоцитов (ТИЛ).

Мутация в Ras была открыта в 1983 г., и тогда казалось, что проблема рака решена, достаточно лишь «исправить» неблагоприятный ген (онкоген). Прошедшая треть века несколько пригасила первоначальный энтузиазм, хотя по ходу раковых исследований и было сделано несколько основополагающих открытий. В начале геномного миллениума вновь заиграла надежда, что лечение рака чуть ли не за углом, надо только «прочитать» геном здоровых клеток и раковых и на основе их сравнения выбрать нужную терапию. Однако технология чтения ДНК следующего поколения довольно быстро показала необычайную мозаичность клеток опухоли, да и здоровых тоже. ДНК генов в основном находится в хромосомах, представляющих собой X-образные структуры, пересечения которых называются центромерами (дословно «центральные части»). К ним прикрепляются микротрубочки веретена деления, которые при делении «растаскивают» половинки хромосом в дочерние клетки. Этим обеспечивается стабильность правильного разделения генома и сохранение клеточной судьбы (cell fate). В свою очередь, судьба определяется развитием стволовых клеток по мере включения соответствующих программ в геноме (так, мальчики и девочки до пубертата внешне мало отличаются друг от друга).

ДНК хромосом «защищена» мощными протеиновыми комплексами, и всё вместе носит название хроматин, активность которого зависит и от внешних факторов. Так при разнаживании новых туфель или ботинок образуются мозоли. Сигнал к процессу поступает от протеинов, в частности актина, образующих сеть под мембраной-оболочкой, и белковые рецепторы, интегрированные в неё. Сотрудники Техасского университета показали, что белок SMARCS осуществляет связь между актином внеклеточного матрикса-основы, тем самым регулируя состояние хроматина, о чём говорит его название.

Угроза

Бактерии побеждают?

70-летняя гражданка США скончалась от супербактерии, устойчивой к 26 антибиотикам. Об этом сообщает пресс-служба федерального Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC).

Сообщается, что женщина долгое время пребывала в Индии и повредила там ногу, её рана воспалилась. В августе прошлого года она вернулась на родину – в штат Невада, а в сентябре неожиданно скончалась.

После смерти в образцах ткани пожилой женщины была об-

наружена бактерия *Klebsiella pneumoniae*. Однако её новый штамм, убивший женщину, оказался устойчив ко всем антибиотикам, доступным на территории США. По словам главного научного сотрудника британского Центра исследования антибиотиков доктора Дэвида Брауна, случаи инфицирования супербактериями чрезвычайно редки, но в будущем могут значительно участиться.

Согласно результатам исследования, проведённого под руководством бывшего экономиста Goldman Sachs Group Джима

Выключение его гена приводит к тому, что «оседлые» эпителиальные клетки обретают способность мигрировать и проникать в окружающие ткани. Данный процесс происходит под действием аномального Ras и приводит к вариативности клеток рака поджелудочной железы. Свой вывод учёные основывают на анализе биопсий, взятых у 134 пациентов, в клетках которых отмечался низкий уровень регулятора хроматина и активности нормального гена Ras, сдерживающего клеточное деление. Применение ингибитора раковых протеинов и химиотерапевтического гемситабина (gemcitabine) продлевало жизнь подопытных мышей. Интересно, отмечают авторы, что выключение SMARCS повышало активность гена Muc, названного по миелоцитам, являющегося членом квартета генов, которые необходимы для «перевода» взрослых клеток в стволовые (индуцированные плюрипотентные).

Хроматин и хромосомная ДНК во многом определяют активность генов, соглашаясь с коллегами их соседи из Университета в Сан-Диего (Калифорния). Но дьявол, как известно, проявляет себя в деталях. Три года назад калифорнийцы обратили внимание на мозговую опухоль глиобластому, известную быстрым развитием и резистентностью к химиотерапии. Анализ ДНК большого разрешения показал, что мутантный ген EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor), кодирующий синтез белкового рецептора эпидермального фактора роста, находится не в хромосоме, а в небольших кольцах ДНК – плазидах, – не имеющих центромер и поэтому распределяющихся при клеточном делении неравномерно. Тем самым внехромосомная ДНК (ec) является важным фактором клеточной пластичности и всем известной гетерогенности опухолевых клеток, каждая из которых – единственная в своём роде. Свою статью учёные Сан-Диего назвали «Активность экстрахромосомного онкогена «рулит» эволюцией опухоли и её гетерогенностью».

В России было открыто первое в мире отделение реабилитации для детей, прошедших химиолучевую терапию, операции, трансплантацию костного мозга, при Центре гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва. Директор центра рассказал в интервью, что заключён договор с одним из госпиталей в Теннесси, и «счастье, когда дети, которые раньше умирали, теперь выздоравливают и нормально живут».

Игорь ЛАЛАЯНИ, кандидат биологических наук. По материалам Science, The New England Journal of Medicine.

О’Нила, к 2050 г. антибиотикорезистентные микроорганизмы («супербактерии») унесут жизни 360 млн человек, если в мире не будут приняты меры для предотвращения их распространения. Всего антибиотикорезистентность, по данным аналитиков, может обойтись миру в 50 млрд долл. за тот же срок.

Что характерно, осенью прошлого года министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что Россия начнёт разработку стратегии по борьбе с распространением устойчивости микроорганизмов к антибиотикам (антибиотикорезистентности).

Борис БЕРКУТ. По сообщению CBS News.

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Вяземская центральная районная больница» требуются для постоянного трудоустройства ТЕРАПЕВТЫ.

Оплата съёмного жилья с последующим предоставлением служебного.

Тел. (48131) 4-10-03 (главный врач).

Адрес: ул. Комсомольская, 29, г. Вязьма, Вяземский район, Смоленская область 215110.

Резюме отправлять по адресу: crbvzazma@yandex.ru

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская районная больница» требуются врачи следующих специальностей:

ФТИЗИАТР, ТЕРАПЕВТ, АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ, НЕОНАТОЛОГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, НЕВРОЛОГ, РЕНТГЕНОЛОГ, ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, КАРДИОЛОГ, ПЕДИАТР, ОТРИНОЛАРИНГОЛОГ, СТОМАТОЛОГ, ЛАБОРАНТ.

Местность приравненная к районам Крайнего Севера.

Предоставляется: заработная плата от 20 тыс. руб., служебная квартира, социальный пакет.

Тел.: (39565) 57-735 – главный врач; (39565) 58-482 – зам. главного врача по общим вопросам; (39565) 57-902 – отдел кадров.

Исследования

Модифицируя геном

Геномный редактор, о начале испытаний которого сообщили китайские учёные, успешно применён на мышах. Опыты на грызунах, в чьи тела были введены фрагменты опухоли, показали ошеломляющие результаты. В их организме происходила массовая гибель раковых клеток, новообразования уменьшались. При этом здоровые клетки никак не затрагивались этим редактором.

Как известно, локус CRISPR совместно с ассоциированными белками Cas обеспечивает адаптивный иммунитет, направленно редактируя геном. Вырезая и встраивая в нуклеиновую цепь необходимые гены, система CRISPR/Cas9 перестраивает программу на выполнение определённых действий, в том числе активирующая программу самоуничтожения раковой клетки.

Примечательно, что данная технология заключается в том, что фермент, разрезающий ДНК, делает два разреза в нужном месте цепочки генома, который находит с помощью заранее подобранной направляющей РНК, чья последовательность совпадает с нужной последовательностью в ДНК. Затем специальные белки находят концы оборванной ДНК и вставляют в это место последовательность нуклеотидов, заранее подобранную учёными.

Профилактика

ВИЧ: что новенького

Учёные из Национального института здравоохранения (США) во главе с Марком Коннорсом выявили антитела у ВИЧ-инфицированного человека, которые способны нейтрализовать 98% изолятов ВИЧ, в том числе 16 из 20 штаммов, которые устойчивы к другим антителам того же класса. Эта информация сможет помочь разработать вакцину для лечения или профилактики ВИЧ.

Идентифицировать широко нейтрализующие антитела против ВИЧ было тяжело, так как вирус быстро мутирует, изменяя свои поверхностные белки, тем самым «прячется» от системы иммунитета. В 2010 г. учёные исследовательского центра вакцин NIAID обнаружили антитела под названием VRC01, которые могут остановить заражение клеток человека штаммами ВИЧ. Подобно VRC01, N6

До испытаний на мышах белок проверялся лишь на эмбрионах. Эксперименты показали низкий результат: из 86 оплодотворённых яйцеклеток выжила 71, 54 из них были отобраны на анализ. В геном 28 клеток фермент Cas9 внёс нужные разрывы, и только в 4 случаях репарация прошла по плану – с заменой последовательности генома на необходимый фрагмент. Правда, при этом в геноме клеток были обнаружены множественные разрывы в произвольных местах. Однако в декабре прошлого года удалось создать искусственную версию фермента Cas9, которая работает гораздо точнее природной и почти не вносит лишних разрезов в цепочку ДНК.

В эксперименте на живых организмах белок начал работать при появлении белка NPM, который являлся маркером онкологических процессов в мочевом пузыре. Работа Cas9 активировала так называемые стражи генома, антионкогены, подавляющие образование злокачественной опухоли p53 и p21. Эти участки ДНК способствуют удалению из группы размножающихся клеток образования с «битой» информацией, которые являются потенциально онкогенными, включая в них программу самоуничтожения.

Ян РИЦКИЙ.

По материалам Nature Methods.

Герман АКОДИС.

По сообщению CNN.

В особых условиях

Пересадка на станцию «Матка»

Бригада врачей из медицинского центра Бэйлорского университета в Далласе (США) провели 4 операции по пересадке матки от живых доноров, которые не только не являются их родственниками, но даже не знакомы с реципиентами. Это первая попытка трансплантации такого рода.

Операции прошли осенью прошлого года. К сожалению, 3 трансплантированных матки были удалены, так как не получали нормального кровотока. Тем не менее одна женщина до сих пор чувствует себя нормально, а пересаженная матка не показывает никаких признаков отторжения.

Ведущий хирург университета доктор Джулиано Теста признал, что результаты операций пока разочаровывают, однако наличие хотя бы одной пациентки, которая чувствует себя хорошо, показывает, что у данного метода есть большая перспектива.

Все 4 женщины родились без матки (синдром Майер – Рокитанского – Кустер – Хаузера). Он встречается с частотой примерно 1 раз на 4,5 тыс. девочек. Хирурги планируют провести в общей сложности 10 операций по пересадке матки. «Нельзя сбрасывать со счетов стремление женщины к нормальной беременности и же-

лание родить своего собственного ребёнка, это часть человеческой природы», – сказал Дж.Теста.

По информации университета, женщины получили органы от так называемых альтруистических доноров. Средний возраст реципиентов – от 20 до 35 лет, доноров – от 35 до 60 лет. Своей маткой добровольно пожертвовали 50 женщин. Они сказали: «нам посчастливилось родить детей, и matka нам больше не нужна, так что мы можем отдать её женщинам, которые сейчас действительно в ней нуждаются».

Операции по пересадке матки длились 10 часов: 5 часов для удаления матки из тела донора и ещё 5 для пересадки. Хирургическая бригада включала в себя 4 хирургов медицинского центра Бэйлорского университета, 2 хирургов из Швеции с опытом работы по пересадке матки, 2 анестезиологов и 7 операционных медицинских сестёр.

Женщины будут наблюдаться в госпитале в течение 3 месяцев, после чего вернуться к нормальной жизни. Затем в период от 6 до 12 месяцев в случае успеха операции женщинам будет проведено экстракорпоральное оплодотворение. Забеременеть естественным путём эти женщины не смогут, так как яичники не связаны с пересаженными матками. Поскольку

женщины вынуждены постоянно принимать токсичные препараты, препятствующие отторжению пересаженного органа, после того как они родят двоих детей, матка будет снова удалена.

«Я не стыжусь, что меня запомнят как человека, который сначала сделал 3 неудачные операции из 4, – сказал Теста. – Я продолжу свою работу, так как считаю, что, с этической, клинической и научной точки зрения, мы делаем правильное дело».

Подобные операции уже были проведены в Швеции, в Университетской больнице Салгрэнска в Гётеборге, однако там донорами матки выступили близкие родственницы. Отметим, что из 9 реципиентов после трансплантации матки здоровых детей родили 5 женщин, и одна из них беременна во второй раз.

Кроме того, в феврале этого года клиника города Кливленда пересадила матку от умершего донора. Меньше чем через 2 недели после пересадки матка была поражена грибками, и орган пришлось удалить. После этого программа в Кливленде была приостановлена. Отметим, что трансплантаты матки стоят от 150 тыс. до 500 тыс. долл. и даже больше, а так как операции носят экспериментальный характер, они обычно не покрываются страховкой.

Почему бы и нет?

Посмотрев на лицо человека, другой человек обычно с большой вероятностью определит, кто перед ним: мужчина или женщина. Мозг у людей разного пола также выглядит по-разному, заявили учёные, группой которых руководила Кристина Экер из Франкфуртского университета им. И.В.Гёте (Германия). По словам профессора Экер, мужчины страдают аутизмом в 2-5 раз чаще, чем женщины, и это может быть обусловлено в том числе особенностями мозга. В ходе исследования научная группа выяснила, что у женщин, мозг которых имел более «мужское» строение, аутизм диагностировали в три раза чаще, чем у женщин с «женским» мозгом.

Аутизм предпочитает мужчин

В ходе работы учёные проверили, зависит ли вероятность развития расстройств аутистического спектра от различий в анатомии головного мозга. В частности, они измеряли толщину коры. Ранее в ходе другого исследования стало известно, что в среднем кора головного мозга у женщин толще, чем у мужчин и что у аутистов толщина коры изменяется.

Группа К.Экер работала с 98 высокофункциональными аутистами, из которых половина была мужского, а половина – женского пола, и 98 здоровыми людьми, из которых женского пола было 47 человек. Специалисты удостоверились в отсутствии у участников травм головного мозга, расстройств психики, каких-либо генетических заболеваний, изменяющих функции мозга (например, эпилепсии). Ни один из участников также не принимал медикаментов, которые могли бы повлиять на результат исследования.

Все люди, с которыми работали исследователи, прошли сканирование головного мозга с помощью магнитно-резонансной томографии. Затем Кристина Экер и её коллеги с помощью специального программного обеспечения измерили толщину коры головного мозга

на каждом снимке. После этого они собрали эту информацию в общую базу, убрав имена участников и упоминание об их половой принадлежности. Полученные данные были рассортированы на основе толщины коры мозга и других физических характеристик, и специалисты предположили, какие из снимков могут принадлежать мужчинам, а какие женщинам.

На выходе была получена шкала «фенотипов мозга». 68,1% женских снимков имели большее количество признаков женского мозга, и 74,5% мужских снимков – признаков мужского. Примерно в 74% случаев учёные могли угадать, женщине принадлежит снимок или мужчине. Когда они вновь сопоставили данные МРТ с информацией о том, кому они принадлежат, то выявили связь между «маскулинностью» мозга и аутизмом.

К.Экер отметила, что риск развития аутизма можно предсказать, если обратить внимание на строение мозга. Несмотря на то, что в исследовании участвовали только взрослые люди, такой подход может работать и у детей. Однако пока рано говорить о применении такого метода диагностики в клинической практике.

Взгляд

Группа слабоумия

Учёные из Вермонтского университета (США) обнаружили связь между болезнями и группой крови. Как оказалось, люди, имеющие IV группу крови, в большей степени подвержены риску развития слабоумия, считают сотрудники медицинского колледжа при университете.

Они суммировали трёхлетние наблюдения за более чем 30 тыс. человек. Почти у 500 пациентов стали развиваться признаки слабоумия, причём признаки нарушения памяти и когнитивного расстройства проявляются в основном у обладателей IV группы крови.

Как говорят учёные, люди с этой группой крови на 82% склонны к развитию деменции. Дело в том, что в этом случае у человека повышенный уровень содержания белка, ускоряющего свёртываемость крови. Как следствие, кровеносная система подвержена высокой вероятности тромбообразования и плохой проводимости сосудов, провоцирующих деменцию.

Кроме того, именно у обладателей IV группы крови резко увеличивается шанс столкнуться с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учёные отмечают, что нарушения памяти и когнитивные расстройства реже всего диагностируются у обладателей I группы

крови: они были подвержены подобному риску примерно на 24% реже.

Добавим, что ранее исследователи назвали продукты, уменьшающие угрозу развития сахарного диабета 2-го типа, инсульта и ишемической болезни сердца. В ходе проведённого исследования выяснилось, что люди, употребляющие продукты с высоким содержанием магния, болеют сахарным диабетом 2-го типа на 26% реже. При этом они также на 12% меньше рискуют получить инсульт и на 10% реже страдают от ишемической болезни сердца.

Специалисты напоминают, что ежедневный рацион питания человека обязательно должен включать в себя от 0,5 до 0,75 г магния. Он содержится в цельных злаках, орехах, морской капусте, овощах, а также специях.

Ситуация

Южноафриканские будни

Причиной крупного скандала, разразившегося в Южно-Африканской Республике, стала массовая гибель пациентов частных психиатрических клиник. За прошедший год только в центральной провинции ЮАР скончались около 100 пациентов.

Согласно заявлению местных надзорных органов, в сфере здравоохранения только в одном случае смерть пациента была связана с психическим расстройством, остальные погибли от обезвоживания, диареи и других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Сообщается, что в прошлом году Департамент здравоохранения провинции Гаутенг с целью сокращения расходов принял решение передать более 1,4 тыс. пациентов с психическими заболеваниями в частные медицинские клиники. Как выяснилось позже, большинство медцентров не имели лицензии на лечение пациентов, страдающих такого рода заболеваниями.

Президент ЮАР Джейкоб Зума поручил властям провинции провести расследование и разоблачить в случившемся. Глава Министерства здравоохранения провинции Гаутенг подал в отставку.

Однако

Нейрохирурги из Правительственного госпиталя Нагпура (Индия) успешно удалили 18-сантиметровый хвост у молодого человека. По-видимому, это самый длинный из зафиксированных до сих пор атавистических отростков такого рода, выросших у людей, сообщили доктора.

По словам заведующего кафедрой нейрохирургии доктора Прамода Гири, семья не желала обращаться к врачам из-за социальных предрассудков. Кроме того, хвост не причинял особых неприятностей и никак не влиял на здоровье юноши. «Как правило, дефект проявляется очень рано, так как присутствует от рождения, с возрастом он растёт и не может оставаться незамеченным. Но родители и ребёнок скрывали атавизм все эти годы, хотя подобный дефект исправляется

В доказательство теории Дарвина

хирургическим путём в возрасте нескольких месяцев после рождения», – заявил хирург.

Когда хвост стал причинять 18-летнему юноше боль, родители привели его в госпиталь. Через несколько дней он был оперирован. «Хвост сильно вырос, хвостовые кости, развёрнутые внутрь, затвердели и стали давить на мальчика сзади – он уже не мог ни спать, ни сидеть. Поэтому родители и обратились к нам», – пояснил доктор.

Такие операции делают нейрохирурги, так как хвостовые позвонки включают в себя часть спинного мозга. При сжатии нервных окончаний в хвосте могут развиваться различные виды нейропатологий.



Человеческий хвост, как правило, вызывает проблемы, связанные с функционированием мочевого пузыря и контролем над кишечником. Более того, зажим нервных окончаний может привести к параличу ног, поэтому такая операция необходима в любом случае.

«Наличие у человека хвоста является редким атавизмом, так что нынешний хвост – самый длинный из зафиксированных на сегодняшний день», – отметил доктор Гири.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По информации Associated Press, CNN, Live Science, Time, The Asian Age.

23 февраля — День защитника Отечества

Со скальпелем и гитарой

С ними не расставалась фронтовая сестричка Зоя

Всё началось с телефонного звонка моего давнего товарища Валерия Кислякова, собиравшего, что по одному из телеканалов будут показывать его маму, Зою Васильевну. Ту передачу, посвящённую долгожителям и участникам Великой Отечественной войны, я посмотрел. А некоторое время спустя Валерий позвонил ещё раз и сказал, что Зоя Васильевна живёт у него на даче под Владимиром, приглашал приехать. И вот мы сидим в яблоневом саду, вспоминаем отошедшие в историю годы. Зоя Васильевна рассказывает о себе, поёт под гитару песни и романсы, которых знает множество. А ей уже 94-й год. И не могу сейчас не рассказать о ней самой, в лице которой отразились лучшие черты девушек её поколения, фронтовых медсестёр.

Вместе с музыкой

Зоя Васильевна родилась в Вязниках Владимирской области в декабре 1923 г. Отец её работал директором совхоза, мама учительствовала в сельской школе. Семья была музыкальной, родители пели и играли — папа на баяне, мать на гитаре, в хорошую минуту заводила патефон. Зоя уже с малых лет брала в руки гитару, подбирала на слух мелодии, специально музыке и пению нигде не училась, всё воспринимала на слух. Ходила вместе с подругами в храм — послушать пение церковного хора. После семилетки поступила на двухгодичные курсы медсестёр детских дошкольных учреждений и стала «ясельной медсестрой», как сама называла первую свою профессию.

В январе 1941 г., окончив курсы медсестёр, девушка приехала по путёвке комсомола в Краснодарский край, стала работать в больнице станицы Крымской. А когда 22 июня началась война, она поспешила в военкомат. Ей не исполнилось тогда ещё 18 лет, поэтому получила отказ. Но проявила настойчивость, и зачислили в истребительный батальон НКВД. Дальнейшая фронтовая судьба Зои Васильевны была связана с партизанским отрядом, сформированным на базе истребительного батальона. В сентябре 1942 г. отряд вёл ожесточённые бои с врагом.

«Бомбардировщики гудят над головой, снаряды летят, немецкая «рама» висит, — передаёт она впечатления тех фронтовых дней. — Вокруг зелёная трава, благодать, и вдруг — взрыв мины и алая кровь раненых бойцов на этой траве. Бились мужественно. Одного бойца ранило в руку, так он винтовку привязал к руке и продолжал сражаться. Раненых было много, из воронок на волокушах пришлось вытаскивать».

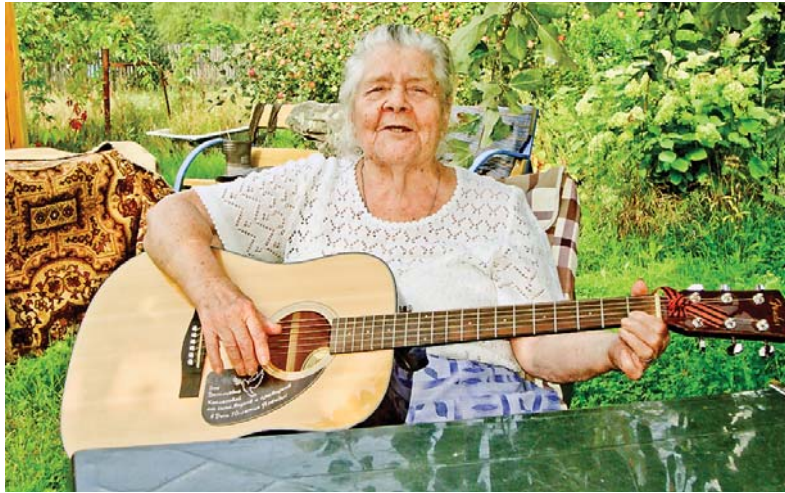
В течение трёх дней девушка лично вынесла и оказала первую медицинскую помощь 32 ране-

ным бойцам. За это её наградили орденом Красной Звезды, но вручили его гораздо позже, лишь в апреле 1977 г. Когда начальник медслужбы отряда осмотрел раненых, он заинтересовался, кто их перевязывал, настолько умело и грамотно это было сделано. После этого разговора она была зачислена в медико-санитарную роту 81-й Краснознаменной бригады. В июне 1943 г. бригаду ввели в состав Новороссийской дивизии, где Зоя Кислякова продолжила службу в военном госпитале. Персонал госпиталя не смыкал глаз, военные хирурги не отходили от операционного стола, спасая раненых. «Сестричка» Зоя не только хорошо умела перевязывать рану — она замечательно играла на гитаре и пела. Бывало, сутки у операционного стола простоит, ассистируя хирургу: тут бы отдохнуть вволю, а за ней раненые идут, просят спеть...

Много лет спустя Зоя Васильевна встретила с бывшим заведующим хирургическим отделением их госпиталя Василием Веселовским в Москве, в приёмном покое клиники им. Н.Н.Бурденко. «Мы шли друг другу навстречу, с улыбкой и слезами радости, — вспоминает З.Кислякова. — Широко раскинув руки, как два крыла, он неожиданно во весь голос запел: «Белая роза — знакомство, красная роза — любовь», — и объяснил сидящим в приёмном покое удивлённым людям: «Это наша Зоя пела и играла на гитаре раненым в госпитале».

Песня для бойца на войне много значила. Зоя Васильевна вспоминает, как к ним на фронт приезжали армейские ансамбли. Прямо в поле с двух машин снимали борта, делали сцену. Также и перед десантом на Керчь приезжал ансамбль, пел песню «Прощай, родимый город». И когда шли в бой, шли на смерть, поднимаясь по трапам на суда в 43-м, пели эту полюбившуюся всем песню.

Во время десантной операции под Керчью ей запомнились двухчасовая артподготовка, десант морских пехотинцев; наши корабли, подрывающиеся на вражеских минах; начавшийся шторм, прямое попадание снаряда в их катер. «Слева упал один снаряд, — вспоминает она те драматические мгновенья, — нас вверх бросило.левой рукой зацепилась за что-то и слышу: «Держись, держись!» Корабль носом кверху встал... Моряки падают в воду... Больше ничего не помню...». Её спасли, у неё была



общая контузия, очнулась уже в госпитале. Пролежала в нём больше месяца, там ей исполнилось 20 лет. А потом начальник медслужбы 18-й армии повёз её в расположенный под Киевом госпиталь первой линии, там привёл её к другим медсёстрам, находившимся на отдыхе в уютной палатке. Отдохнув с дороги, Зоя Кислякова вышла на ночное дежурство. Задачей госпиталя было заходить в освобождённые города сразу после боя, чтобы оказывать первую медицинскую помощь раненым бойцам. Здесь Зоя Васильевна прослужила до конца войны, с ним дошла до Германии. Победу встретила в немецком городе Цвиккау.

Человек, который всем нужен

После войны Зоя Васильевна вернулась в родные зелёные Вязники. Вчерашняя фронтовичка стала работать в поликлинике медсестрой, и за эти почти 10 лет ей довелось поработать, наверное, во всех кабинетах поликлиники рядом с опытными врачами. С лёгкой руки Зои Васильевны в поликлинике был создан струнный оркестр, успешно выступавший затем на городской, районной и даже на областной сцене. И всё-таки ей хотелось учиться дальше, и в 1954 г. девушка поступила в Ленинградский медицинский институт. Выполняя советы вязниковских коллег, с началом учёбы в вузе устроилась работать медсестрой в поликлинику. С утра — учёба в институте, во второй половине дня — выход с врачом на участок в районе Пискарёвки.

В институте неуёмная, музыкально одарённая Зоя организовала

струнный оркестр, который даже по телевидению показывали. А когда З.Кислякова оканчивала институт, у неё было уже 20 лет медицинского стажа. Наверное, могла бы остаться жить и работать в этом замечательном городе, но приехала назад в Вязники. Устроилась на работу в санэпидстанцию врачом промышленной санитарии. В отделе сумела проявить себя грамотным специалистом и настоящим бойцом за здоровье рабочих. Как-то на заседании присутствовали представители из области, занимающиеся вопросами промышленной санитарии. Молодой специалист Зоя Кислякова не побоялась и открыто высказала свои замечания и предложения. После бурных прений к ней подошла доверенный врач из Облсовпрофа и пригласила на работу во Владимир: «Вы тот человек, который всем нужен, — сказала она. — Если надумаете, позвоните». Пару дней Кислякова была в раздумьях, потом решила. Мать с сыном Валерием погрузили нехитрый скарб в кузов машины и переехали во Владимир. Кисляковым сразу дали 2-комнатную квартиру, Зое Васильевне предложили должность доверенного врача в Облсовпрофе. Там она проработала около 10 лет, а потом долгое время трудилась в областном отделе здравоохранения инспектором по кадрам. На заслуженный отдых ушла в 1989 г. Пока работала, Зоя Васильевна помогала сыну, затем участвовала в воспитании трёх внуков и двух правнучек. Рассказывала о себе, показывала им боевые награды: ордена Красной Звезды, Отечественной войны, многочисленные медали. Вскоре устроила и свою личную жизнь:

вышла замуж за морского офицера в отставке и уехала с ним в Москву.

Песня как лекарство

Дальнейшая судьба З.Кисляковой связана с Московским геронтологическим центром «Переделкино». В центре под наблюдением опытных специалистов проживают, проходят обследование и лечение ветераны войны и труда, заслуженные люди страны. В их числе и Зоя Кислякова. И вот именно здесь она с двумя своими единомышленниками, также хорошо владеющими гитарой, организовала трио «Кабачок три стула». Вскоре к ним присоединились и другие музыканты-любители. Образовалась группа «Весёлые ребята», которая осенью 2002 г. дала свой первый концерт в одном из корпусов центра. Успех был исключительный, решено было группу переименовать в ансамбль «Мелодия». Островком национальной культуры назвала его И.Петрова — кандидат искусствоведения, член Союза композиторов России, — поскольку «он создаёт тот час радостного отдыха, который заслужили люди, находящиеся здесь».

Из телевизионного сюжета мне запомнился эпизод, когда Зоя Васильевна везёт по коридору центра каталку со своей гитарой, словно с каким-то лекарственным препаратом, направляясь быстрым шагом на одно из своих сольных выступлений перед лежащими больными.

Она как будто всё та же фронтовая медсестра, которой раненый капитан подарил свою фотографию с памятной надписью: «С удовольствием дарю фотокарточку, ибо знаю, простая мужественная Зоя много сделала для Родины, поднимала дух тяжелораненых своими песнями». Капитан Лиров. 1944 г.». Вот о таких людях надо слагать стихи, снимать фильмы, писать книги. Это о них, женщинах войны, замечательный поэт и в прошлом тоже фронтовая медсестра Юлия Друнина написала пронзительные строки:

*Я столько раз видала
рукопашный,
Раз наяву. И тысячу — во сне.
Кто говорит, что на войне
не страшно,
Тот ничего не знает о войне.*

Сергей АПОСТОЛОВ,
член Союза журналистов РФ.

Владимир.

Память



Нечасто в последние годы в российских городах увековечивают имена выдающихся врачей и учёных-медиков, хотя имён, достойных искреннего уважения потомков, в истории отечественной медицины немало.

В честь доктора

Именем основателя иркутской неврологической школы назван городской сквер

И вот на днях такое событие произошло в Приангарье. Сквер рядом с Иркутским областным геронтологическим центром получил имя известного невролога, профессора, заслуженного деятеля науки РСФСР, почётного гражданина Иркутска Хаим-Бера Ходоса. Торжество приурочили к 120-летию со дня рождения доктора Ходоса.

— Место для увековечивания имени Хаим-Бера Гершоновича Ходоса выбрано не случайно. Раньше в здании областного геронтологического центра рас-

полагалась областная больница № 2, где консультировал пациентов этот знаменитый невропатолог. Здесь же, неподалёку, находилась квартира доктора, — пояснили в Министерстве здравоохранения Иркутской области.

Родившийся 24 января 1897 г. в Минской области, Хаим-Бер Гершонович оказался в Сибири волею судьбы, но связал с этим краем всю свою жизнь. Он начинал учёбу «на врача» в Томском университете, однако уже с третьего курса, в 1919 г., был мобилизован в армию Сибирского временного

правительства и направлен в Иркутск фельдшером в 1-ю артиллерийскую дивизию 5-й Красной армии. Отслужив, перевёлся на медицинский факультет Иркутского университета, где по окончании остался работать на кафедре нервных болезней, пройдя путь от ассистента до заведующего. С 1937 по 1951 г. Хаим-Бер Ходос был деканом лечебного факультета Иркутского медицинского института.

Профессора Ходоса считают основателем иркутской неврологической школы. Ещё в годы

Великой Отечественной войны он объединил вокруг себя около двадцати иркутских невропатологов и психиатров, вместе с которыми создал первый на тот момент в СССР невролого-психиатрический центр для лечения раненых с поражениями нервной системы.

На церемонии открытия сквера нынешний президент Ассоциации неврологов Иркутской области, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Владимир Шпрах признался, что выбрал неврологию своей врачебной специальностью именно после того, как на четвёртом курсе института стал посещать лекции профессора Ходоса.

В перспективе в сквере имени Хаим-Бера Ходоса будет установлен памятник этому замечательному врачу и учёному.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

На литературный конкурс

Евгений ЗДОРОВЦЕВ

Самое могучее средство



Как-то летом, на рассвете заглянул... в замочную скважину к своему соседу художник-надомник Константин Маляревский. И, не сумев разглядеть ничего, осторожно, но достаточно громко постучал.

Не совсем терпеливо, но всё-таки дождавшись, когда дверь полуоткрылась, художник Маляревский тут же выпалил: – Доктор, доктор, простите, но что-то со мной не того!..

– А чего? – недоверчиво поинтересовался хозяин квартиры, недавно ставший соседом Маляревского, а потому пока ещё не известный ему по имени, а тем более по отчеству.

– Перед глазами всё плывёт и качается! – застонав, сообщил художник, пытаясь просунуть голову под дверную цепочку.

Дверь тут же захлопнулась, но уже через несколько секунд открылась, и страдалец оказался в квартире своего нового соседа, о котором надомный мастер кисти и красок знал пока только одно – то, что недавний заселенец был доктором.

– Так значит, всё качается и плывёт? – предложив сесть на стул, уточнил сосед. – Наверное, хорошо накачались вчера?

– Нет, в спортзал я не хожу... – начал было страдалец.

– А в бары? – подозрительно посмотрел на него хозяин квартиры.

– Да что вы? – почти обиделся Маляревский. – У меня же срочный заказ. Я же художник!

– А... – понимающе посмотрел на него хозяин. – Так вы, наверное, маринист? Небось, «Девятый вал» всю ночь изображали?

– Причём тут «Девятый вал», доктор?! Я не маринист. И это, наверное, у меня с головой плохо!

– Но ведь без неё ещё хуже! – объяснил хозяин.

– Шутите, да? – почти обиделся надомник. – Смеётесь?

– А чтобы быть здоровым, батенька, надо смеяться... в том числе и над своими болезнями! – строго сообщил ему новый сосед.

– Как это? – не совсем понял художник.

– Вот у вас сейчас проблемы с головой? – принялся уточнять сосед. – Так?

– Ну... – подтвердил страдалец. – Так.

– Вот и начните смеяться над ней! – безапелляционно порекомендовал его собеседник.

– Это как? – снова не совсем понял Маляревский.

– Как хотите, – туманно разъяснил консультант.

– Над ней?

– Над ней, над ней – над этой вашей головой.

– Но ведь выше головы не прыгнешь, а тем более не посмеёшься,

– почти задумался Маляревский. – Может лучше – вы?

– Что – я?

– Посмеётесь.

– Над чем? – теперь уже не понял явно пока ещё не совсем покинувший цепкие объятия Морфея сосед.

– Да над ней же, над моей головой. Ведь вы – доктор, значит, должны владеть этим лечебным методом.

– Этим методом? Как это? – начал уточнять сосед.

– Ну, к примеру, заберите на этот вот стол и начинайте.

– Что?

– Так ведь смеяться начинайте. Над ней.

– Над чем?

– Да над моей же головой! – поразился такому вот недопониманию страдалец.

– Вы что – большой?! – ахнул новый сосед.

– Нет, не я – это голова у меня

больная, – постарался как можно доходчивее разъяснить Маляревский. – А, может, только глаза...

– Ещё и глаза?! И они – ведь это именно в них всё плывёт... и качается, – напомнил художник.

– Вам лечиться надо! – громыхнул, явно окончательно избавившись от остатков сна, специалист.

– Вот я и говорю, – согласился художник, – раз этот самый смех всё лечит, то я – согласный.

– С чем? – замотал головой сосед.

– Ну, я же вам уже сказал – согласный, чтобы вы стали смеяться.

– Я?! Над чем?!

– Да над ней же! Над моей головой! Прямо у меня на глазах.

Впрочем, можете не залезать на стол, давайте я лучше сам попробую сесть на корточках, – предложил художник-надомник.

– Это зачем? – тупо глядя на него, спросил консультант.

– Чтобы вам было удобнее смеяться.

– На корточках?

– Нет, – уточнил Маляревский, – вы будете стоять.

– Для чего?

– Ну, чтобы смеяться.

– Над чем?!

– Над чем?!

– Над чем?!

– Во, заладили! Да над ней же! Над моей головой!

– Ох-хо-хо! Ой-ё-ёй!.. – застонал специалист.

– Что с вами, доктор? – удивлённо воскликнул художник.

– Голова!.. Моя голова!..

– Понятно, что ваша, – успокоил его Маляревский. – А что это с ней?

– Бо-бо!.. – с трудом смог вымолвить хозяин квартиры.

– Тоже болит? – сочувствующе посмотрел на него художник. – Тогда вы вот что, доктор, тогда вы давайте сами на корточках.

– Для чего?

– Ну, чтобы мне было удобнее смеяться.

– Над чем?!

– Да над этой самой, над вашей головой! – удивился подобному непониманию надомник.

– Зачем?! – застонал специалист.

– Так вы же сами меня научили. Вот я над вашим лечебным методом сейчас посмеялся, и мне легче стало. Или лучше мне всё-таки на стол залезть, а, как вы считаете?..

– Кого?

– Что – кого?

– Кого я считаю?!

– Нет, ну вы даёте!..

– Кому?

– Что – кому?

– Кому я даю?

– А кому хотите.

– Стоп! – вдруг очнулся почти от гипнотического транса хозяин соседской квартиры. – Кто вы такой? И почему пришли ко мне?

– Я ваш сосед. Художник. Надомник, – снова представился Константин Маляревский. – А к вам я пришёл за помощью.

– За какой?

– Да за медицинской же. Ведь вы же доктор?

– Доктор.

– Каких наук? Медицинских?

– Точно.

– Так почему же вы не можете мне оказать сейчас первую медицинскую помощь, если вы доктор? Может, вы всё-таки не доктор?

– Нет, я доктор медицинских наук! – гордо подтвердил хозяин квартиры.

– Ну, вот! – обрадовался этому сообщению Маляревский, почувствовавший, между прочим, исчезновение из собственной головы столь мучавшей его ещё недавно цефалгии, а также странных и пугающих нарушений зрения. – И потому вы должны знать и помнить, даже почти среди ночи, как лечить любые страдания.

– Да, но я, простите, – не просто доктор, я занимаюсь, так сказать, лечением наук.

– Вот даже как? – подозревая розыгрыш, вперил в него свой художественный взгляд Маляревский. – Это каких же таких наук?

– Ну, я же вам уже сказал – медицинских, вот каких! У вас что же, ещё и с памятью плохо?..

– С памятью-то хорошо, без памяти плохо, – задумчиво протянул надомный художник Маляревский, вспомнивший вдруг и ещё об одной своей проблеме. А о какой – в последний момент и забыл!..

Долгопрудный, Московская область.

Следующий номер «МГ» выйдет 01.03.2017.

СКАНВОРД crossword puzzle grid with clues and answers.

Full page of contact information, including editorial board, subscription details, and legal notices.